



**FAPAC- FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO.**

**FERNANDO VYNÍCIUS NASCIMENTO TEODORO
LARYSSA FERNANDA NASCIMENTO TEODORO**

**DESCRIÇÃO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES NA
SÍNDROME CORONARIANA AGUDA ATENDIDOS NO HOSPITAL REGIONAL DE
PORTO NACIONAL TOCANTINS**

PORTO NACIONAL- TO

2018

FERNANDO VYNÍCIUS NASCIMENTO TEODORO
LARYSSA FERNANDA NASCIMENTO TEODORO

**DESCRIÇÃO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES NA
SÍNDROME CORONARIANA AGUDA ATENDIDOS NO HOSPITAL REGIONAL DE
PORTO NACIONAL, TOCANTINS**

Projeto de Pesquisa submetido ao Curso de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S.A – ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para aprovação na disciplina TCC I.

Orientador: Profº Dr: Thompson De Oliveira Turíbio

PORTO NACIONAL- TO
2018

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
1.1 PROBLEMA	5
1.2 HIPÓTESE	5
1.3 JUSTIFICATIVA	5
2 OBJETIVOS	6
2.1 OBJETIVO GERAL.....	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
3.1 SÍNDROME CORONARIANA	7
3.1.1 Infarto Agudo do Miocárdio com (SST)	7
3.1.2 Infarto agudo sem ST	8
3.2 DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA.....	8
3.3 FATORES DE RISCO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA.....	9
3.4 MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	11
3.4.1 Terapia antiplaquetária	11
3.4.2 Terapia antitrombínica (anticoagulante)	12
3.4.3 Terapias adjuvantes nas síndromes coronarianas agudas com ou sem elevação do ST	12
3.5 TRATAMENTO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	13
3.5.1 Alívio da dor, ansiedade e hipoxemia.....	13
3.5.2 Antiplaquetários: aspirina e derivados tienopiridínicos	13
3.5.3 Antiplaquetários: inibidores da glicoproteína IIb/IIIa	14
3.5.4 Heparina	14
4 METODOLOGIA	17
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	17
4.2 LOCAL DE PESQUISA	17
4.3 POPULAÇÃO TOTAL.....	17
4.4 AMOSTRA.....	17
4.5 CRITÉRIOS	17
4.5.1 Critérios de inclusão	17
4.5.3 Critérios de exclusão	18
4.6 PROCEDIMENTOS.....	18
4.6.1 Instrumentos de pesquisa	18
4.6.2 Variáveis.....	18
5 ASPECTOS ÉTICOS	19
6 DESFECHO	20

6.1 DESFECHO PRIMÁRIO	20
6.2 DESFECHO SECUNDÁRIO.....	20
7 RISCOS E BENEFÍCIOS	21
7.1 RISCOS.....	21
7.2 BENEFÍCIOS.....	21
8 ORÇAMENTO	22
9 CRONOGRAMA	23
REFERENCIAS.....	24
APÊNDICE A	27

1 INTRODUÇÃO

No Brasil a Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é a principal causa de morte entre homens e mulheres, envolve um grupo de fundamentos que incluem infarto agudo do miocárdio (IAM) com Supradesnível do Segmento ST (SST), infarto agudo do miocárdio sem SST e angina instável. Essas ocorrências são comuns nos setores de emergência dos hospitais, essa doença somada com outras cardiovasculares resulta em maior custo referente a internações hospitalares no sistema de saúde nacional (ALMEIDA, 2014).

São várias as diferenças que existem entre homens e mulheres em relação à fisiopatologia, prevalência, apresentação clínica, diagnóstico e prognóstico da Síndrome Coronariana Aguda. A SCA representa qualquer grupo de sintomas desencadeados por redução ou bloqueio subido do fluxo sanguíneo causado por um trombo ou uma placa aterosclerótica nas artérias que irrigam o coração, fazendo com que haja perda de tecido muscular cardíaco. A evolução da doença inicia com isquemia silenciosa, angina aos esforços, angina instável podendo evoluir para IAM (SÍRIO-LIBANÊS, 2013).

A fisiopatologia das doenças coronarianas agudas teve um maior conhecimento na última década, progressos foram alcançados conforme a exposições de novos medicamentos no tratamento e intervenções terapêuticas. Ensaios clínicos randomizados direcionados em populações geograficamente limitadas e em pacientes devidamente selecionados. Nosso sistema de saúde criou o registro de pacientes com SCA para documentar as características clínicas, tratamento durante a internação, evolução hospitalar e formas de apresentação. Foram identificados, nesta população, pacientes com angina instável, diagnóstico de IAM com SST, IAM sem STT (SANTOS, 2006).

Segundo publicação do DATASUS (2014), há cerca de 100 mil óbitos anuais no País, e outro levantamento do DATASUS (2012) no estado de Tocantins registrou 469 infartos do miocárdio sendo 296 das vítimas eram homens. É de suma importância identificar os fatores de risco característicos de cada população e determinantes sociais para a redução da mortalidade e controle adequado (DATASUS, 2014).

A proposta deste estudo é descrever e comparar o perfil clínico-epidemiológico entre homens e mulheres na Síndrome Coronariana Aguda atendidas no Hospital Regional do município de Porto Nacional-TO, Brasil.

1.1 PROBLEMA

A Síndrome Coronariana Aguda tem alta prevalência e é grande causa de morbidade e mortalidade, ligada diretamente a fatores de risco socioeconômicos que acometem homens e mulheres.

1.2 HIPÓTESE

Os fatores de risco mais frequentes observados em homens e mulheres são a hipertensão arterial sistêmica, o sedentarismo, o tabagismo e o alcoolismo dentre a amostra estudada.

1.3 JUSTIFICATIVA

O levantamento de dados epidemiológicos é uma ferramenta de extrema importância para a elaboração das estratégias de promoção e prevenção de saúde, em que atuam principalmente profissionais da saúde primária. Após a aprovação e execução desta descrição do perfil clínico-epidemiológico entre homens e mulheres que estão na zona de risco ou são portadores da SCA e que foram atendidos no Hospital Regional do município de Porto Nacional – TO será possível ter uma estimativa dos números e subgrupos facilitando a elaboração de políticas públicas de saúde que poderão intervir para a redução destes valores.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil clínico-epidemiológico entre pacientes na Síndrome Coronariana Aguda que foram atendidos em 2018 no Hospital Regional de Porto Nacional, Tocantins.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população estudada quanto as variáveis;
- Descrever os antecedentes pessoais e fatores de risco da população estudada;
- Relatar as complicações durante a hospitalização da população estudada.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SINDROME CORONARIANA

A definição de infarto agudo do miocárdio (IAM) se classifica como qualquer quantidade de necrose miocárdica causada por suspensão da irrigação sanguínea (ISQUEMIA), somado ao quadro clínico compatível e/ou alterações eletrocardiográficas típicas ou imagem conciliável com isquemia miocárdica (SOCERJ, 2015).

De acordo com a OMS as doenças cardiovasculares são responsáveis por 17 milhões de óbitos em 2011, 7 milhões faleceram por enfermidades cardiovasculares isquêmicas. As enfermidades cardíacas isquêmicas têm como principal representante o infarto agudo do miocárdio (MAC, 2015).

A síndrome coronariana aguda (SCA) engloba um grupo de entidades que incluem infarto agudo do miocárdio (IAM) com Supradesnível do segmento ST (SST), IAM sem SST e angina instável (ALMEIDA, 2014).

3.1.1 Infarto Agudo do Miocárdio com (SST)

A definição de IAM com SST é configurada pela curva típica nos marcadores bioquímicos de necrose miocárdica, de preferência a troponina e CKMB-massa, acompanhada por ao menos um dos seguintes critérios:

- Sintomas condizentes com isquemia.
- Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG.
- Alterações no ECG que indicam o sofrimento miocárdico com a presença da elevação do segmento ST (SOCERJ, 2015).

O diagnóstico clínico inicial de IAM nunca pode ser excluído por qualquer exame (exceto pela anatomia patológica). A boa definição e caracterização da anamnese e o exame físico são essenciais para a suspeita de IAM. A presença de dor precordial deve ser meticulosamente avaliada, pois há grande importância para o diagnóstico e o prognóstico. A dor precordial pode vir juntamente com alguns sintomas como sudorese, palidez cutânea e dispnéia. Normalmente a dor é localizada atrás do esterno e pode irradiar para o ombro, axila, mandíbula, dentes braços e região dorsal. Em alguns grupos de pacientes, como diabéticos, idosos,

mulheres e pacientes no pós-operatório muitas vezes apresentam sintomas atípicos como forma de manifestação do IAM (síncope, fadiga, dispneia, náusea ou confusão) (SOCERJ, 2015).

3.1.2 Infarto agudo sem ST

A diferença do diagnóstico do IAM com SST para do IAM sem o Supradesnível ST é basicamente o aparecimento desta alteração no eletrocardiograma, e o diferencial para angina instável depende da presença de IAM sem ou com SST de marcadores de necrose do miocárdio elevados (NICOLAU, 2014).

A síndrome coronariana aguda sem elevação do ST (SCASEST) tem como característica a dor torácica comum com alteração no ECG que indicam isquemia (infradesnívelamento do segmento ST e/ou alteração na onda T) ou se apresenta com o ECG normal. Neste caso devemos suspeitar de alguns diagnósticos diferenciais, como: doença do refluxo gastroesofágico, doenças da aorta, pneumotórax, síndrome do pânico, osteocondrite, entre outras. Se o paciente se encaixa em algum subgrupo que tem alto risco para doença arterial, mesmo com a normalidade do ECG, ele deve ser investigado. Estes subgrupos são : idosos, diabéticos, dislipidêmicos, hipertensos, tabagistas, história familiar positiva para DAC e DAC prévia (SOCERJ, 2015).

3.2 DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

O diagnóstico é consolidado quando há evidência de necrose no tecido miocárdio em um contexto clínico de isquemia com elevação de marcadores de necrose do miocárdio (preferencialmente troponina) acima do percentil 99 do limite máximo de referência somado também com ao menos 1 dos seguintes critérios:

- Sintomas que indicam isquemia do miocárdio;
- O aparecimento de novas ondas Q no ECG;
- Novas ou presumivelmente novas alterações significativas no segmento ST, na onda T, ou bloqueio de ramo esquerdo (BRE) novo;
- Quando há comprovação de perda de miocárdio viável ou de uma nova alteração segmentar de contratilidade ventricular;

- Reconhecimento de trombo intracoronariano por necropsia ou angiografia (NICOLAU, 2014)

O exame físico é acompanhado com algumas características, incluindo agitação, ansiedade, hipotensão e hipertensão, taquicardia ou bradicardia, sudorese, oligúria no baixo débito, turgência jugular quando o caso é complicado com insuficiência cardíaca e também estertores pulmonares (secos e húmidos) no caso de congestão. (SOCERJ, 2015).

Quando ao eletrocardiograma, é importante que todos os pacientes que apresentam suspeitas de SCA devem realizar o exame em até dez minutos de sua chegada a emergência. O ECG é o teste mais útil para a confirmação do diagnóstico e localização do IAM, normalmente o primeiro manifesto é a alteração na amplitude da onda T (apiculada) seguida por elevação no segmento ST após alguns minutos (SOCERJ, 2015).

A onda R pode aumentar a sua voltagem e com o decorrer do tempo diminuir com o aparecimento da onda P. Caso ocorra reperfusão do tecido miocárdio de uma maneira espontânea, observamos dentro no decorrer as primeiras 4 horas a reversão ao nível normal do segmento ST, mesmo que a onda T casualmente permaneça invertida e a onda Q possa ou regredir (SOCERJ, 2015).

3.3 FATORES DE RISCO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Ações de prevenção e tratamento dos fatores de risco das doenças cardiovasculares é o método mais eficiente para diminuir a frequência das doenças cardiovasculares (LEMOS, 2010).

A Hipertensão arterial sistêmica é um grave risco para o desenvolvimento da síndrome coronariana, é uma doença silenciosa por na maioria das vezes não exibir sintomas (SILVA, 2011).

A idade é um fator de risco importante, calcula-se que 65% dos idosos sejam hipertensos no Brasil. Grande parte exibe pressão arterial sistólica isolada, é essencial a observação de comorbidades e do uso de medicamentos. A orientação terapêutica para pacientes idosos, englobando aqueles com hipertensão sistólica isolada, procedem os mesmos fundamentos, ou seja alcançando uma redução gradual da pressão arterial para valores abaixo de 140/90 mmHg. Na população idosa duas questões retratam as mudanças do sistema cardiovascular influenciadas

pela idade: a chamada pseudo-hipertensão, onde a aterosclerose provoca uma redução das fibras elásticas provocando uma rigidez arterial, em que ao insuflar o manguito se obtém pressões maiores ao que realmente esperaria dentro dos vasos, e a verificação da hipotensão postural ou pós- prandial, sendo observada em 20% a 30% dos idosos. Geralmente reflete a perda progressiva do barorreflexo conforme o avanço da idade (PEDROSA, 2008).

A obesidade é constantemente relacionada ao surgimento da hipertensão e doença cardiovascular. A síndrome metabólica sendo um conjunto de condições que corroboram para o risco de IAM apresenta os seguintes critérios: obesidade central (circunferência abdominal > 102 cm nos homens e > 88 cm nas mulheres), glicemia de jejum alterada (> 110 mg/dL), pressão arterial > 130/85 mmHg, triglicérides elevado (> 150 mg/dL) ou HDL-colesterol baixo (< 40 mg/dL nos homens, < 50 mg/dL nas mulheres). Três ou mais desses critérios torna o paciente portador de síndrome metabólica. Devem-se dar importância na diminuição do excesso de peso, prática de atividade física habitualmente e diminuição de sal para se obter o controle pressórico (PEDROSA, 2008).

A relação entre diabetes e a doença cardiovascular tem sido revelada não somente nos pacientes que exibem a forma clínica da doença, estabelecida por glicemias de jejum acima de 126 mg/dL ou glicemias casuais superiores a 200 mg/dL, mas também em fases mais adiantadas e assintomáticas da história natural da doença, onde as glicemias de jejum estão alteradas (entre 100 mg/ dL e 126 mg/dL) ou apresentam elevação das glicemias pós-prandiais (entre 140 mg/dL e 200 mg/dL), chamadas respectivamente de pré-diabetes, e intolerância à glicose (12-14). A importância dessas modificações glicêmicas precoces como fator de risco para o desenvolvimento da doença cardiovascular tem sido demonstrada por diversos estudos clínicos. (LERARIO, 2008).

O consumo de cigarros demonstra o fator de risco significativo para doenças cardiovasculares. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considerou o tabagismo sendo o principal motivo de morte evitável em todo mundo (SOUZA, 2006).

A consumação intensa de álcool pode ocasionar inúmeros adversos para a saúde, incluindo a hipertensão arterial sistêmica e acidente vascular cerebral (AVEZUM, 2005).

Pacientes que apresentam antecedentes familiares com parentes em primeiro grau com doenças cardiovasculares, têm maiores possibilidades de desenvolver doença arterial coronariana que os habitantes em geral (MARTINS, 2011).

3.4 MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

3.4.1 Terapia antiplaquetária

Ácido acetilsalicílico O uso do ácido acetilsalicílico (AAS, aspirina) é apropriado no tratamento inicial da SCA, independente do método de reperfusão com angioplastia primária ou fibrinolíticos, ou mesmo sem reperfusão. O uso do ácido acetilsalicílico está contraindicado em algumas situações excepcionais, como hipersensibilidade conhecida (urticária, anafilaxia ou broncoespasmo), discrasia sanguínea, úlcera péptica ativa ou hepatopatia. O período de uso deve ser por tempo indefinido, independente da realização de reperfusão farmacológica, evolução clínica ou angioplastia coronariana (SOCERJ, 2015).

Clopidogrel Este medicamento deve ser aplicado em conjunto ao ácido acetilsalicílico rapidamente após o diagnóstico. Nos pacientes sujeitos à angioplastia, primária ou não, com ou sem implante de stents convencionais ou farmacológicos, a manutenção do clopidogrel deve ser de um ano, por se referir a síndrome coronariana aguda (SOCERJ, 2015).

Prasugrel, ticagrelor e inibidores da glicoproteína IIb/IIIa Esses fármacos não devem ser utilizados em associação aos fibrinolíticos, mas podem ser favoráveis na estratégia envolvendo a angioplastia primária, assim como em SCA sem elevação de ST, principalmente em pacientes de alto risco isquêmico e baixo risco hemorrágico. O prasugrel, correspondente ao clopidogrel, mas com início de ação muito mais rápido, pode ser manuseado na síndrome coronariana aguda com ou sem elevação de ST, porém somente depois da coronariografia e a escolha de realizar-se angioplastia, independente da utilização de stents (SOCERJ, 2015).

3.4.2 Terapia antitrombínica (anticoagulante)

O tratamento inicial do IAMCEST engloba, além do tratamento antiplaquetário duplo, a utilização de antitrombínicos. No Brasil, se faz uso das heparinas (fracionadas e não fracionadas) (SOCERJ, 2015).

O sangramento grave está relacionado ao aumento de mortalidade em pacientes sem supradesnivelamento do segmento ST, considerando essa observação existe uma necessidade de buscar novos anticoagulantes que intervêm na coagulação. O fondaparinux é um inibidor seletivo do fator Xa, e está associado a um menor índice de sangramento. O tratamento com esse fármaco é tão eficaz quanto a utilização de enoxaparina, além de ter menor custo direto beneficiando na economia do SUS (PEPE, 2012).

3.4.3 Terapias adjuvantes nas síndromes coronarianas agudas com ou sem elevação do ST

Nitratos Não devem ser empregados corriqueiramente. São aconselhados para pacientes com dor torácica ou nos casos de hipertensão e/ou insuficiência cardíaca (SOCERJ, 2015).

Estão contraindicados em pacientes que utilizaram inibidores da fosfodiesterase tipo 5 para terapia de disfunção erétil ou hipertensão pulmonar nas 24 horas (sildenafil ou vardenafil) a 48 horas (tadalafila) anteriores. Usar com cuidado em pacientes portadores de infarto do ventrículo direito, cardiomiopatia hipertrófica com obstrução do trato de saída em repouso, estenose aórtica severa, embolia pulmonar com comprometimento hemodinâmico (SOCERJ, 2015).

Betabloqueadores devem ser utilizados via oral para todos os pacientes nas primeiras 24 horas, na inexistência de contraindicações. Devem ser continuados durante e após a hospitalização. Contraindicações: Evidência de baixo débito, insuficiência cardíaca, bloqueio atrioventricular de segundo e terceiro grau, bradicardia, intervalo PR > 0,24 s, hiper-reatividade brônquica e alto risco para choque cardiogênico (SOCERJ, 2015).

Antagonistas dos canais de cálcio o uso frequente não é sugerido. Os antagonistas dos canais de cálcio não di-hidropiridínicos (diltiazem e verapamil) podem ser empregados nos pacientes que não toleram os betabloqueadores e não

se encontram em insuficiência cardíaca, bradicardia ou com distúrbios de condução atrioventricular. Entretanto, podem ser utilizados também na tentativa de controlar sintomas isquêmicos refratários em pacientes já em uso de nitratos e betabloqueadores em doses adequadas. Não utilizar os di-hidropiridínicos, como o nifedipino, a menos que utilizados simultaneamente aos betabloqueadores (SOCERJ, 2015).

A família Inibidores do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA) após o tratamento de reperfusão, aspirina e betabloqueadores, todos os pacientes devem receber medicação para bloqueio do sistema SRAA. Utilizando IECA como primeira escolha (inibidores da enzima conversora da angiotensina) nas primeiras 24 horas em todos os pacientes. Contraindicações: hipotensão; hipersensibilidade; gravidez (SOCERJ, 2015).

3.5 TRATAMENTO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

3.5.1 Alívio da dor, ansiedade e hipoxemia

Na fase aguda do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST ou a qualquer paciente com dor suspeita de origem isquêmica, a utilização de oxigênio se tornou uma prática comum. Alguns estudos experimentais apontam que a inalação de oxigênio pode conter a lesão isquêmica imposta ao miocárdio (AVEZUM, 2004).

A analgesia estabelece outro ponto fundamental do tratamento precoce do IAM. Após a reperfusão miocárdica ocorre um completo alívio da dor, entendendo-se que a dor anginosa, é secundária a isquemia. Desta forma, procedimentos que pretendem restabelecer o fluxo miocárdico ou medidas anti-isquêmicas são indicados, como o uso de betabloqueadores e nitratos, costuma ser bastante eficientes no controle da angina (AVEZUM, 2004).

3.5.2 Antiplaquetários: aspirina e derivados tienopiridínicos

No IAM com elevação de segmento ST, os antiplaquetários têm benefício confirmado, em especial o ácido acetilsalicílico por possuir boa eficácia e segurança.

Os antiplaquetários, particularmente o AAS, estão entre os fármacos mais manuseados mundialmente (AVEZUM, 2004).

Em pacientes com antecedente de alergia ao medicamento, discrasia sanguínea, insuficiência hepática grave ou úlcera hemorrágica, a aspirina deve ser evitada, podendo ser substituída por clopidrogel (PESARO, 2004).

3.5.3 Antiplaquetários: inibidores da glicoproteína IIb/IIIa

Nos portadores da SCA de alto risco sem elevação do segmento ST, quando sujeitos a angioplastia coronariana especialmente se houver lesões complexas e com presença de trombo, é indicado os inibidores da glicoproteína IIb/IIIa plaquetária sendo de grande importância no tratamento auxiliar. A vantagem dessa inibição é a diminuição de infartos do miocárdio não fatais e, casualmente, da mortalidade a longo prazo. Os receptores da glicoproteína IIb/IIIa são encarregados pela via final da agregação plaquetária, através de pontes de fibrinogênio. De acordo com os resultados de ensaios que implicam a administração intravenosa dos inibidores IIb/IIIa apresentaram redução significativa de desfechos isquêmicos. Porém, inibidores orais alcançaram resultados desvantajosos, não sendo recomendados na prática clínica (AVEZUM, 2004).

3.5.4 Heparina

A deposição de fibrina juntamente com a agregação plaquetária resulta em uma obstrução das coronárias, sendo as heparinas de grande utilidade em ações anticoagulantes. Acessível em heparina não fracionada e heparinas de baixo peso molecular. (AVEZUM, 2004).

A vantagem do uso da heparina não fracionada (HNF) nas síndromes coronárias agudas foi aprovada mesmo antes do emprego do AAS e do tratamento trombolítico. As Heparinas de baixo peso molecular, Assim como a heparina não fracionada, desempenham sua atividade anticoagulante ativando a antitrombina III (STAICO, 2004).

HPBPM são frações da HNF criadas pela despolimerização controlada de suas cadeias de polissacarídeos, esse processo diminui seu peso molecular. Apresentam também uma meia-vida plasmática duas a quatro vezes maiores do que

as HNF, também uma maior absorção subcutânea, o que concede uma aplicação de doses com intervalo maior, além de possuir menor interação com as plaquetas. As Heparinas de baixo peso molecular atuam menos intensamente sobre a permeabilidade vascular, o que possibilita menos hemorragias do que as HNF (STAICO, 2004).

Anticoagulantes orais na prevenção de um possível reinfarto ou morte é uma das ações mais indispensáveis em pacientes que sofreram síndrome coronariana aguda. A anticoagulação oral é uma das técnicas mais antigas para esses casos. A eficácia clínica dos anticoagulantes orais tem sido determinada por estudos clínicos bem explicados, para prevenção de tromboembolismo venoso, acidente vascular cerebral, reinfarto e/ou morte em pacientes que já sofreram infarto agudo do miocárdio (AVEZUM, 2004).

Quando se tratar de isquemia persistente, falência de bomba, infarto agudo do miocárdio extenso, ou hipertensão arterial sistêmica, o nitrato é utilizado por via venosa. Em pacientes com disfunção ventricular esquerda, não aplicar por via venosa, fazer uso por via oral ou tópica após 48 horas (AVEZUM, 2004).

Os betabloqueadores são fármacos que diminuem a frequência cardíaca, a pressão arterial e altera a contração da musculatura cardíaca, conduzindo a uma redução do consumo de oxigênio no miocárdio. Essas intervenções são responsáveis por reduzir as taxas de ruptura miocárdica, limitar o tamanho do IAM, melhorar a função cardíaca e restringir a mortalidade tanto precoce como tardia (AVEZUM, 2004).

O magnésio tem uma função vasodilatadora, retarda a condução atrioventricular e reduz a contratilidade miocárdica. A eficácia do magnésio nas síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis se deve à junção de suas ações, reduzindo o consumo de oxigênio pelo coração, a pós-carga, a contratilidade e a frequência cardíaca, melhorando a oferta de oxigênio pela ação aumentando o fluxo coronariano (AVEZUM, 2004).

Os Bloqueadores de Canais de Cálcio (BCC) possuem uma ação anti-isquêmica reduzindo a passagem de cálcio pela membrana celular disponibilizando uma diminuição da contratilidade miocárdica e vascular, e também reduzindo a velocidade de condução atrioventricular e a atividade do nó sinusal (AVEZUM, 2004).

Inibidores da enzima conversora da angiotensina e inibidores dos receptores de angiotensina (AVEZUM, 2004).

Quando o IECA é empregado em pacientes com infarto do miocárdio agudo ou crônico, podem amenizar até mesmo prevenir o remodelamento ventricular, diminuir a ocorrência de uma insuficiência cardíaca futura, melhorar a qualidade de vida e reduzir sintomas. O uso antecipado de um IECA por via oral é seguro e eficaz.

Os fibrinolíticos são responsáveis pela desobstrução da artéria, o uso desse fármaco relacionado à pacientes com IAM foi acrescentado na prática clínica há mais de 25 anos, e está fundamentado em duas observações: o alto predomínio da presença de um trombo oclusivo nas coronarianas nas primeiras horas do infarto agudo do miocárdio e o entendimento de que o avanço da necrose miocárdica pode ser diminuído com a reperfusão do vaso sanguíneo (AVEZUM, 2004).

Na intervenção coronariana percutânea no IAM pode apresentar três classificações:

- Primária: na intervenção coronariana percutânea primária, não há uso de fibrinolíticos, compreende apenas o uso do cateter-balão a implantação de stents coronarianos, restabelecendo a passagem sanguínea na artéria coronariana de forma mecânica, com o objetivo de restabelecer o fluxo coronário de maneira mecânica. Este método é a melhor alternativa para a obtenção da reperfusão das coronárias se iniciada até 90min após o diagnóstico.
- Facilitada: é uma nova maneira oferecida para a reperfusão coronária na vigência de IAM. A finalidade é combinar as vantagens de ambas as modalidades terapêuticas (fibrinolítico e intervencionista), superando as deficiências características de cada uma delas.
- Salvamento ou resgate: é estabelecida quando o uso de fibrinolítico falha em alcançar a reperfusão miocárdica, onde o paciente continua com dor precordial, instabilidade hemodinâmica ou elevação duradoura do segmento ST, devendo ser utilizada uma angiografia de forma urgente, idealmente 90min após a terapia fibrinolítica (AVEZUM, 2004).

No caso da revascularização cirúrgica é atribuída em pacientes na presença de complicações como isquemia frequente, choque cardiogênico, falha na terapia com trombolíticos e falha na revascularização percutânea (AVEZUM, 2004).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um levantamento de dados através de prontuários do Hospital Regional do Município de Porto Nacional – TO.

4.2 LOCAL DE PESQUISA

O estudo será realizado com dados de pacientes que estão na zona de risco, apresentam sintomas ou já são portadores da SCA.

4.3 POPULAÇÃO TOTAL

Estudo dos dados de pessoas que estão na zona de risco, apresentam sintomas ou já são portadores da SCA que procuraram o Hospital Regional de Porto Nacional em 2018. Serão revisados no mínimo 300 prontuários.

4.4 AMOSTRA

A amostra será composta por, no mínimo, 60 (sessenta) prontuários que foram atendidos em 2018 no hospital regional de Porto Nacional e que obedeçam aos critérios do estudo.

4.5 CRITÉRIOS

4.5.1 Critérios de inclusão

- Prontuários de pacientes atendidos no Hospital Regional do município de Porto Nacional – TO no período de 2018;
- Prontuários de pacientes que estão na zona de risco;
- Prontuários de pacientes com sintomas que possam evoluir para a SCA;
- Prontuários de pacientes que possuem a SCA.

4.5.3 Critérios de exclusão

- Prontuários de pacientes ilegíveis ou rasurados.

4.6 PROCEDIMENTOS

4.6.1 Instrumentos de pesquisa

A coleta e estudo das informações dos prontuários dos pacientes serão feitas manualmente mediante autorização da direção do Hospital Regional de Porto nacional.

A coleta será feita através de uma planilha em *Excel*, contida no Apêndice A.

O presente projeto será submetido ao comitê de Ética da FAPAC/ITAPAC Porto e apenas depois da aprovação será dado início a execução do mesmo.

4.6.2 Variáveis

No levantamento e seleção dos prontuários serão consideradas as seguintes variáveis:

- Sexo;
- Idade;
- Gênero;
- Antecedentes familiares;
- Fatores de risco.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo e descrição deverão respeitar as normas do Hospital Regional de Porto Nacional e também as estabelecidas pelo Conselho Regional de Saúde através da Resolução nº **466, de 12 de Dezembro de 2012, que trata das Diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando os princípios que norteiam este tipo de pesquisa. Devendo ser livre e esclarecido para todo indivíduo, além de ser submetida a um comitê de ética em pesquisa.** Os dados coletados do prontuário serão mantidos sobre sigilo, mantendo assim a integridade da pesquisa.

Os responsáveis pelo levantamento de dados deverão deixar explícito que a pesquisa será realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

6 DESFECHO

É esperado, a coleta, agrupamento e organização de informações através de uma planilha de controle (apêndice a) para a descrição dos dados absorvidos por meio dos prontuários dos pacientes alvos atendidos no Hospital Regional do município de Porto Nacional – TO.

6.1 DESFECHO PRIMÁRIO

Descrição dos dados do perfil clínico-epidemiológico pacientes na Síndrome Coronariana Aguda que foram atendidos em 2018 no Hospital Regional de Porto Nacional, Tocantins.

6.2 DESFECHO SECUNDÁRIO

Após a execução deste estudo e descrição dos dados de maneira ordenada e classificada, será possível observar variáveis e elaborar projetos e estratégias de prevenção da Síndrome Coronariana Aguda, visando maior foco na atenção básica para reduzir um número futuro de pessoas afetadas.

7 RISCOS E BENEFÍCIOS

7.1 RISCOS

Não haverá procedimentos invasivos nos pacientes e os riscos são considerados mínimos, reduzidos apenas a possibilidade de obtenção de informação constrangedora para o paciente que esteja registrada em seu prontuário.

Para garantir que os danos previsíveis sejam evitados, os pesquisadores se comprometem em:

- Garantir a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras);
- Assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- Assegurar a inexistência de conflito de interesse entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa.

7.2 BENEFÍCIOS

Esta pesquisa traz como benefícios a contribuição à ciência, o levantamento do perfil clínico-epidemiológico entre homens e mulheres na Síndrome Coronariana Aguda do Hospital Regional de Porto Nacional - TO, possibilitando o conhecimento sobre as condições de saúde da população assistida bem como auxiliar na formulação de políticas públicas voltadas a esse público.

8 ORÇAMENTO

CATEGORIA: Gastos com Recursos Materiais			
ITENS	Quantidade diária und	Valor unitário R\$	Valor total diário
Xerox/Impressão	60	0,15	2,25
Caneta	10	0,50	1,25
Caderno para anotações	1	20,00	5,00
Valor Total			8,50

CATEGORIA: Recursos humanos			
ITENS	Quantidade diária und	Valor unitário R\$	Valor total diário
Combustível	8 Litros	4,80	9,60
Alimentação	8	5,00	40,00
Valor Total			49,60

FINANCIAMENTO TOTAL DA PESQUISA	
ITENS	Valor Total diário
Gastos com recursos materiais	8,50
Gastos com recursos humanos	49,50
Valor Total	58,00

As despesas para a realização deste estudo e descrição destes dados serão custeadas pelos acadêmicos da carreira de Medicina do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos do município de Porto Nacional – TO.

9 CRONOGRAMA

Evento	Ano 2018			Ano de 2019				
	Set	Out	Nov	Ago	M1	M2	M3	M4
Escolha do tema do projeto de pesquisa								
Pesquisa Bibliográfica								
Elaboração do projeto de Pesquisa								
Submissão ao CEP/CONEP								
Revisão Bibliográfica								
Coleta de dados								
Classificação dos dados								
Elaboração do artigo								
Revisão do artigo								
Submissão do Artigo								

REFERENCIAS

____; **Em seu último levantamento DATASUS registra 469 vítimas de infarto agudo do miocárdio no Tocantins.** DATASUS, 31 de jul. de 2014. Disponível em: < <http://datasus.saude.gov.br/nucleos-regionais/tocantins/noticias-tocantins/499-em-seu-ultimo-levantamento-datasus-registra-469-vitimas-de-infarto-agudo-do-miocardio-no-tocantins>>. Acesso em: 04 de set. de 2018.

____; **MAC, Manual de Atualização e Conduta, Síndrome Coronariana Aguda (SCA).** RIO DE JANEIRO. SOCERJ Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em < <https://socerj.org.br/wp-content/uploads/2015/11/manual-de-conduta.pdf>>. Acesso em: 04 de set. de 2018.

____; **INFARTO agudo do miocárdio é primeira causa de mortes no País, revela dados do DATASUS.** DATASUS, 10 de nov. de 2014. Disponível em: < <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/559-infarto-agudo-do-miocardio-e-primeira-causa-de-mortes-no-pais-revela-dados-do-datasus>>. Acesso em: 04 de set. de 2018.

ALMEIDA, Maria Celita De et al . Comparação do Perfil Clínico-Epidemiológico entre Homens e Mulheres na Síndrome Coronariana Aguda. **Rev. Bras. Cardiol. Recife**, PE, p. 423-429, 2014. Available from <<http://www.onlineijcs.org/english/sumario/27/pdf/v27n6a06.pdf>>. Access on 28 ago. 2018.

AVEZUM, Álvaro et al . III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 83, supl. 4, p. 1-86, Sept. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004002200001&lng=en&nrm=iso>. Access on 01 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2004002200001>.

AVEZUM, Álvaro; PIEGAS, Leopoldo Soares; PEREIRA, Júlio César R.. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo: uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo , v. 84, n. 3, p. 206-213, Mar. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005000300003&lng=en&nrm=iso>. Access on 01 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2005000300003>.

LEMOS, Karine Franke et al. Prevalência de fatores de risco para Síndrome Coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 129-135, Mar. 2010 . Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100018&lng=en&nrm=iso>. Access on 01 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000100018>.

LERARIO, Antonio Carlos et al. Avaliação da prevalência do diabetes e da hiperglicemia de estresse no infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v.52, n.3, p.465-472, 2008 Disponível em <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/11725/art_LERARIO_Avaliacao_da_prevalencia_do_diabetes_e_da_2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR2dVf0EuDaH74TDoDay4HHCQOY_ljCfHMqXYhn43NPw6TD83WPhEehN9GM> acessos em 23 out. 2018.

LOPES, Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga et al . Comparação do perfil epidemiológico, clínico e dos resultados das intervenções coronárias percutâneas entre os gêneros masculino e feminino, na população brasileira: dados do Registro CENIC. **Rev. Bras. Cardiol. Invasiva**, São Paulo, v.16, n. 4, p.463-473, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-83972008000400017&lng=en&nrm=iso>.Access on 06 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S2179-83972008000400017>.

MARTINS, Leticia Neves et al. Prevalência dos Fatores de Risco Cardiovascular em Adultos Admitidos na Unidade de Dor Torácica em Vassouras, RJ. **Rev. Bras. Cardiol.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p 299-307, set. 2011. Disponível em http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_05/2a_2011_v24_n05_04prevalencia.pdf?fbclid=IwAR2V1yVQNf6kfGsHQMtOPyDRuwkEqpTqEoNORcQJVf-0ABdFCCNZq3PJWp4> acessos em 26 out. 2018.

NICOLAU, JC et al . Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007) - Atualização 2013/2014. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 102, n. 3, supl. 1, p. 01-75, Mar. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014000800001&lng=en&nrm=iso>. Access on 30 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.2014S001>.

PEDROSA, Rodrigo Pinto, Como Diagnosticar e Tratar a Hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Moreira Jr.** São Paulo, p 74-84 nov. de 2008 Disponível em <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3951&fbclid=IwAR1I_lloEnDcXSr42ltev_c-TA6dlbcR-dN-gMEliJm2lGDTGp6dOII0-l8> acessos em 28 out. 2018.

PEPE, Camila et al . Custo-efetividade de fondaparinux em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda sem supradesnívelamento do ST. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 99, n. 1, p. 613-622, July 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001000006&lng=en&nrm=iso>. Access on 06 Nov. 2018. Epub June 26, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000060>.

PESARO, Antonio Eduardo Pereira; SERRANO JR., Carlos Vicente; NICOLAU, José Carlos. Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p.214-220, Apr. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200041&lng=en&nrm=iso>. Access on 06 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000200041>.

SANTOS, Elizabete Silva dos et al . Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 87, n. 5, p. 597-602, nov. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001800008&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 12 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2006001800008>.

SÃO PAULO. Hospital Sírio-Libanês. Protocolo de síndrome coronariana aguda. São Paulo-SP, nov. de 2013.

SILVA, Daniele Braz da et al. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza – Ceará. V. 24, n. 1, p. 16 2011 Disponível em <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2046/2340>> acessos em 22 out. 2018.

SOUZA, José Roberto Matos, Como Diagnosticar e Tratar Fatores de Risco cardiovascular. **Rev. Moreira Jr.** São Paulo, p 29-37 out. de 2006 Disponível em <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3480&fbclid=IwAR05KA127I_M5GPnFXyoh8fyvXsLtpAyg-7bWOJ_cDRDGOh4LiprMnVR96Y> acessos em 24 out. 2018.

STAICO, Rodolfo et al Heparina Não-Fracionada e de Baixo Peso Molecular: Equivalência ou Superioridade na Intervenção Coronária Percutânea?. **Rev Bras Cardiol Invas.** São Paulo v12 n. 3, p. 138-145, 2004 Disponível em <<http://oldarchive.rbc.org.br/imageBank/PDF/12-03-04.pdf?fbclid=IwAR1leyd3RkgJtl1VoAo2esWyB8Ad4W236EKogP3OSmfNrnYq9evZxkJcWZM>> acessos em 28 out. 2018.

