

CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES CARDIOPATAS EM UMA UNIDADE DE DOR TORÁCICA: PERFIL DE CHEGADA*

Characterization of cardiopathy patients in a thoracic pain unit: arrival profile

Caracterización de pacientes cardiopatas en una unidad de dolor torácico: perfil de llegada

*Trabalho de conclusão de Residência apresentado na Universidade de Passo Fundo no ano de 2017 para obtenção de título de enfermeira especialista em Cardiologia

Jaqueline Piccoli Korb¹; Marisa Basegio Carretta², Tainá Samile Pesente³; Tiago Luan Labres de Freitas⁴; Gabriela Stochero⁵; Alessandra Rodrigues Moreira de Castro⁶

Como citar este artigo:

Korb JP, Carretta MB, Pesente TS, et al. Caracterização de pacientes cardiopatas em uma unidade de dor torácica: perfil de chegada. Rev Fund Care Online. 2021 jan/dez; 13:27-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7133>

RESUMO

Objetivo: Caracterizar os usuários cardiopatas que acessam a Unidade de Dor Torácica (UDT) de um hospital geral no norte do Estado do Rio Grande do Sul. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, que foi realizado na UDT do Hospital da Cidade de Passo Fundo, abordando pacientes com suspeita ou com diagnóstico médico de Doença Cardiovascular (DCV). **Resultados:** Coleta dos dados realizada com 112 pacientes. Houve o predomínio de idosos, homens com baixas condições socioeconômicas e alta incidência de diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) sendo que a dor torácica esteve presente em grande parte dos pacientes. **Conclusões:** Conhecer a população que acessou a UDT possibilitou reflexões acerca da temática, bem como a importância do referido serviço, no qual serve como porta de entrada para pacientes em condições agudas e crônicas de DCV.

Descritores: Doenças cardiovasculares, Dor torácica, Hospital.

¹ Enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Cardiologia da Universidade de Passo Fundo e Hospital da Cidade de Passo Fundo e Secretaria Municipal de Passo Fundo.

² Professora e Tutora do Programa de residência Multiprofissional em Cardiologia da Universidade de Passo Fundo e Hospital da Cidade de Passo Fundo e Secretaria Municipal de Passo Fundo.

³ Fisioterapeuta residente do Programa de Residência Multiprofissional em Cardiologia da Universidade de Passo Fundo e Hospital da Cidade de Passo Fundo e Secretaria Municipal de Passo Fundo.

⁴ Enfermeiro residente do Programa de Residência Multiprofissional em Cardiologia da Universidade de Passo Fundo e Hospital da Cidade de Passo Fundo e Secretaria Municipal de Passo Fundo.

⁵ Enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Cardiologia da Universidade de Passo Fundo e Hospital da Cidade de Passo Fundo e Secretaria Municipal de Passo Fundo.

⁶ Pedagoga do Hospital da Cidade de Passo Fundo.

ABSTRACT

Objective: To characterize the cardiac patients who access the Thoracic Pain Unit (UDT) of a general hospital in the north of the State of Rio Grande do Sul. **Methods:** a cross-sectional, descriptive, quantitative study was carried out at the UDT of the Hospital of the City of Passo Fundo, addressing patients with suspicion or medical diagnosis of Cardiovascular Disease (CVD). **Results:** Data collection with 112 patients. There was a predominance of elderly, men with low socioeconomic conditions and a high incidence of acute coronary syndrome (ACS), and chest pain was present in most patients. **Conclusions:** Knowing the population that accessed the UDT made possible reflections on the subject, as well as the importance of this service, which serves as a gateway for patients in acute and chronic conditions of CVD.

Descriptors: Cardiovascular diseases, Chest pain, Hospital

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar a los usuarios cardiopatas que accede a la Unidad de Dolor Torácica (UDT) de un hospital general en el norte del Estado de Rio Grande do Sul. **Métodos:** estudio transversal, descriptivo, de abordaje cuantitativo, que fue realizado en la UDT del Hospital de la Ciudad de Passo Fundo, abordando pacientes con sospechosos o con diagnóstico médico de Enfermedad Cardiovascular (ECV). **Resultados:** Recolección de los datos realizada con 112 pacientes. Hubo el predominio de ancianos, hombres con bajas condiciones socioeconómicas y alta incidencia de diagnóstico de Síndrome Coronaria Aguda (SCA), siendo que el dolor torácico estuvo presente en gran parte de los pacientes. **Conclusiones:** Conocer la población que accedió a la UDT posibilitó reflexiones acerca de la temática, así como la importancia de dicho servicio, en el cual sirve como puerta de entrada para pacientes en condiciones agudas y crónicas de ECV.

Descriptores: Enfermedades cardiovasculares, Dolor torácico, Hospital

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são consideradas doenças crônicas não transmissíveis, as quais também se incluem as neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes *melittus* e apresentam grandes índices de óbito no Brasil e no mundo. A etiologia múltipla, relacionada a deficiências e incapacidades funcionais, agregados aos fatores culturais, socioeconômicos e ambientais são os principais determinantes na limitação da qualidade de vida da população e na significância da morbimortalidade associado a estas patologias, com um grande período de latência, tempo de evolução prolongado com lesões irreversíveis.¹⁻²

Neste contexto, surge a Síndrome Coronariana Aguda (SCA), que pode ser conceituada como um grupo de sinais e sintomas de doenças relacionadas à oclusão parcial ou total das artérias coronárias.³ Com a oclusão das coronárias, ocorre a ruptura da placa aterosclerótica, a qual acarreta formação de trombo intraluminal, responsável por maiores danos na artéria ocluída. Esta pode estar classificada como Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio.⁴

Ainda com relação à SCA, dados estatísticos americanos, mostram que aproximadamente doze milhões de pessoas tem alguma patologia arterial coronariana, sendo destes, mais

de um milhão de IAM a cada ano, no que resulta mais de 400.000 óbitos atribuídas a este grupo de doenças.⁵

São inúmeros os fatos que podem estar contribuindo para a importância crescente dessas doenças. Parte pode ser atribuída ao envelhecimento da população, sobrevida das doenças infecciosas, novas tecnologias disponíveis com diagnóstico precoce das doenças e redução da letalidade. Outra parcela que deve ser considerada é o controle inadequado dos fatores associados ao desenvolvimento dessas patologias.⁶

Estudos epidemiológicos dos principais centros brasileiros evidenciam as patologias cardiovasculares como de maior morbimortalidade. Para tanto, sabe-se que dois terços das mortes súbitas por doenças do coração ocorrem em ambiente extra-hospitalar e apenas 20% dos indivíduos com relato de dor torácica aguda chegam a um serviço de emergência antes de duas horas do início dos sintomas⁷ sendo que 40-65% das mortes ocorrem nas primeiras horas de manifestação da doença e aproximadamente 80% nas primeiras 24 horas.⁸ Um dos fatores que contribui para a diminuição dos índices de óbito por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é o rápido e eficaz atendimento desses pacientes após o início dos primeiros sinais e sintomas. Portanto, os serviços de emergência devem estar preparados com profissionais capacitados e envolvidos para que o atendimento seja eficiente e o diagnóstico rápido e preciso.⁹

No contexto acima descrito, e a fim de prover acesso fácil e prioritário ao usuário com dor torácica que procura um serviço de emergência hospitalar, fornecer estratégias diagnósticas e terapêuticas organizadas em sala de emergência, na busca de agilidade, alta qualidade de cuidados, eficiência e redução de custos, foram criadas em 1982 as Unidades de Dor Torácicas hospitalares, hoje difundidas nos centros hospitalares de todo o país.¹⁰

O principal objetivo deste estudo foi de caracterizar os usuários cardiopatas que acessam a unidade de dor torácica (UDT) de um hospital geral no norte do Estado do Rio Grande do Sul no período de abril a agosto de dois mil e dezessete.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo, de natureza quantitativa realizado com usuários que acessaram a UDT do Hospital da Cidade de Passo Fundo (HC) localizado na região norte do Estado do Rio Grande do Sul (RS).

Os critérios de inclusão definidos foram ter idade igual ou superior aos 18 anos, ambos os sexos, apresentar condições clínicas, cognitivas e emocionais para responder ao instrumento, estar em investigação ou tratamento de alguma patologia cardiovascular e aceitar participar da pesquisa por meio do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) durante o período proposto para a coleta dos dados.

Como critérios de exclusão, não participaram da pesquisa usuários menores de 18 anos, que não estejam em

condições clínicas, cognitivas e emocionais para responder ao instrumento e que não aceitam participar da pesquisa e assinar o TCLE.

Ao acessarem a UDT, os pacientes foram abordados à beira leito, com fornecimento de informações sobre os objetivos do estudo bem como a importância deste para a prática do serviço de saúde. Após leitura, explicação e assinatura do TCLE foi aplicado um questionário semiestruturado desenvolvido exclusivamente para o atual estudo, contemplando os objetivos propostos, que aborda perfil sociodemográfico, perfil clínico do paciente durante a chegada na UDT e fatores de risco existentes para DCV com comorbidades associadas, no qual contemplou uma amostra de 112 pacientes para a realização do estudo.

Em relação à abordagem dos fatores de risco, estes foram considerados da seguinte forma:

- a) hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia e diabetes *mellitus* (DM): fatores de risco que foram questionados na entrevista e confirmados em prontuário;
- b) Alcoolismo: foi considerado fator de risco o relato verbal de uso exacerbado. Não foi investigado o tipo e a quantidade de bebida consumida;
- c) obesidade: foi avaliado o índice de massa corporal (IMC). Caso o paciente apresentasse um $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ foi considerado como obeso. O IMC é o cálculo mais usado para avaliar o grau de adiposidade corporal, para tanto, é realizado uma fórmula que consiste a divisão do peso em quilograma pela altura em metros elevado ao quadrado (kg/m^2), desta forma, considera-se pessoa obesa, aquele que apresentar IMC com valor igual ou maior a 30 kg/m^2 .⁸
- d) sedentarismo: foi considerado sedentário aquele que não realizava atividade física no mínimo 30 minutos, três vezes por semana.
- e) tabagismo: foram considerados tabagistas aqueles que consumiam, regularmente, no mínimo um cigarro por dia, pelo menos durante um ano, e que haviam fumado no ano anterior à inclusão no estudo; ex-tabagistas aqueles que não fumaram no ano anterior à inclusão no estudo e não fumantes aqueles que nunca haviam fumado. Os pacientes não foram avaliados quanto ao grau de tabagismo passivo.
- f) história familiar: foi considerada história familiar positiva para Doença Arterial Coronariana quando o paciente referia ter pelo menos um familiar direto (pais ou irmãos) que havia apresentado cardiopatia isquêmica, sendo que para esses, homens com idade menor ou igual a 55 anos e mulheres com idade menor ou igual a 45 anos quando ocorrido o evento isquêmico.
- g) estresse: presença de algum evento estressor, que segundo relato verbal do paciente, foi de grande importância e impacto na vida deste ocorrido na semana anterior à internação, nos últimos seis meses, e se considerava ou não sua vida estressante.

Os dados foram armazenados e organizados em uma planilha eletrônica, no programa *Excel for Windows* (Office, 2007) e, posteriormente, foram analisados eletronicamente.

A análise dos dados foi realizada com o uso de estatística descritiva e analítica, com auxílio do *software* estatístico *Bioestat* 5.0. Os dados foram compilados por meio de técnica estatística descritiva, na forma de frequências absolutas e relativas que serão apresentadas na forma de tabelas e quadros.

O estudo foi aprovado pela Coordenação de Ensino e Pesquisa do HC e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (UPF), em Passo Fundo, RS, CAAE nº 65704917.7.0000.5342 desenvolvido respeitando os princípios éticos no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, assim como o atendimento a legislações específicas do Brasil.¹²

RESULTADOS

Durante o período proposto para a fase de coleta de dados, de abril a agosto de dois mil e dezessete, 152 usuários acessaram a UDT do Hospital da Cidade de Passo Fundo (HC), dentre esses, 17 não apresentavam condições clínicas e/ou cognitivas de responder ao questionário, 22 estavam recebendo atendimento médico pela equipe da Neurologia e um paciente recusou-se a assinar o TCLE, ou seja, depois de aplicados os critérios de inclusão e exclusão supracitados, 112 pacientes foram elegíveis para participar do estudo.

Com os participantes, buscou traçar seu perfil sociodemográfico e clínico, o qual se constatou que 42% eram do sexo feminino e 53% do sexo masculino. Com relação à faixa etária, 28,6% encontravam-se entre 71-80 anos, seguida por 51-60 anos correspondente a 26%, 61-70 anos representados por 24% indivíduos, 41-50 anos foram revelados em 13% pacientes, os demais, menos significativos, contemplaram outras faixas etárias, sendo que a idade mínima encontrada foi de 22 anos e a máxima de 86 anos.

Como forma de encaminhamento até a referida unidade, 43% dos indivíduos acessaram pela Emergência do mesmo hospital, 38% foram encaminhados por outros municípios da região de Passo Fundo (PF) e 19% utilizaram outras formas de encaminhamento, sendo que com relação à procedência, 45% dos pacientes eram de origem da cidade de PF, e os demais 55% provenientes de outras localidades do RS, sendo que a descendência brasileira foi a mais prevalente entre os respondentes, correspondendo a 34%, seguidos de Italianos representados por 25% e alemães 13% dos usuários.

Com relação aos planos de saúde utilizados, o Sistema de Único de Saúde (SUS) foi o mais prevalente, com 73% dos usuários. Quanto ao grau de instrução, 59% apresentam Ensino Fundamental Incompleto, seguidos de 12% com Ensino Médio Completo e apenas 5% com Ensino Superior completo.

Quanto à situação conjugal, a maioria dos pacientes eram casados, representados por 67% da amostra. Já em relação às

atividades ocupacionais, 63% dos usuários são aposentados e 16% encontram-se empregados. No que se refere à renda, 38% dos pacientes recebe de um a três salários mínimos, sendo que 11% do total da amostra relataram não possuir salário fixo. Quanto à moradia, 36% dos usuários referiram residir juntamente com o cônjuge e 29% com o cônjuge e filhos.

Na busca de melhor entender os sinais e sintomas referidos pelo paciente e avaliados pela equipe multiprofissional, esses foram analisados em conjunto, ou seja, o grupo de sinais e sintomas que o paciente apresentava ao ingressar na UDT e após, estes foram analisados isoladamente. Quanto aos sinais e sintomas avaliados em conjunto, é possível constatar a relação entre a dor torácica e dispneia, dor torácica e alterações no primeiro eletrocardiograma realizado, Dor torácica e fadiga, bem como também houve a incidência de usuários que não apresentavam sinais e sintomas referidos, conforme evidencia a Tabela 1.

Tabela 1 – Sinais e sintomas em conjunto dos pacientes admitidos na Unidade de Dor Torácica do Hospital da Cidade de Passo Fundo – 2017

Sinais e Sintomas	N (%)
Dor torácica sem irradiação para membros superiores e região cervical com dispneia associada	8(7%)
Dor torácica com irradiação para membros superiores e região cervical com dispneia associada	6 (5%)
Nenhum sintoma	5 (5%)
Dor torácica sem irradiação para membros inferiores e região cervical	5(5%)
Dor torácica com irradiação para membros superiores e região cervical associado com alteração no Eletrocardiograma	5(5%)
Dor torácica sem irradiação para membros superiores e região cervical associado à fadiga	5(5%)
Outros sintomas	78 (68%)
Total	112 (100%)

No que diz respeito aos “outros sintomas” relacionados à tabela anterior, estes somam 68% do quantitativo total. Destes, se constata que a dor torácica está intimamente relacionada à outros sinais e sintomas encontrados, os quais podemos citar: 2,7% apresentaram dor torácica e HAS, 4% dor torácica associada à dispneia e alteração eletrocardiográficas, 4% dor torácica, dispneia, HAS e fadiga, 1% dor torácica e vertigem, 1% dor torácica, náuseas e alterações no eletrocardiograma, entre outros.

Quanto aos sinais e sintomas avaliados separadamente, é possível notar que a dor torácica, sem irradiação ou com irradiação para membros inferiores ou região cervical foi a mais referida. Houve um destaque maior para a dispneia, fadiga, alterações no eletrocardiograma de chegada, presença de edema em região de membros inferiores ou membros superiores, hipertensão arterial, taquicardia, entre outros, cujos dados estão detalhados logo abaixo, na Tabela 2.

Tabela 2 – Sinais e sintomas isolados de pacientes admitidos na Unidade de Dor Torácica do Hospital da Cidade de Passo Fundo – 2017

Sinais e Sintomas	N(%)
Nenhum sintoma	5(5%)
Dor torácica sem irradiação para membros superiores e região cervical	40 (36%)
Dor torácica com irradiação para membros superiores e região cervical	32 (29%)
Dispneia	56 (50%)
Edema (membros inferiores ou membros superiores)	12 (11%)
Taquicardia	14(13%)
Bradicardia	4 (4%)
Hipotensão arterial	5 (5%)
Hipertensão arterial	22 (20%)
Alterações no Eletrocardiograma	51 (46%)
Fadiga	26 (23%)
Outros sintomas	16 (15%)

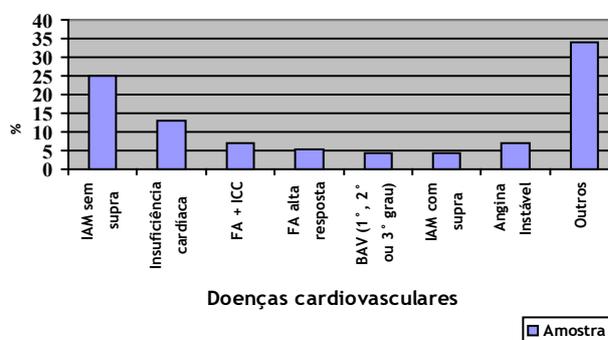


Figura 1 - Diagnósticos de doenças cardiovasculares em pacientes admitidos na Unidade de Dor Torácica do Hospital da Cidade de Passo Fundo - 2017

Com os referidos sinais e sintomas apresentados pelos usuários durante a admissão na UDT, constatou-se que 81% dos pacientes já tinham diagnóstico de DCV pré-estabelecido, sendo que os demais 19% dos usuários, acessaram a mesma no intuito de investigar uma possível doença de origem cardíaca. Entre os pacientes que não possuíam DCV confirmada, o principal motivo de admissão na UDT foi para investigação de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), encontrada em 62% dos usuários. No que se refere aos diagnósticos de DCV encontrados na UDT, como detalhado na Figura 1, é possível notar que houve notada variância entre eles, sendo a SCA mais comum, a qual engloba o Infarto Agudo do Miocárdio Sem supradesnivelamento do segmento ST, Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST e Angina Instável, sendo que a Angina Estável não foi descrita na amostra. A Insuficiência cardíaca descompensada também foi uma das patologias mais encontradas entre os usuários sendo ela isolada ou associada à Fibrilação atrial, esta última também encontrada em uma porcentagem de usuários. Os bloqueios atrioventriculares (1°, 2° e 3° grau) também foram diagnosticados em uma população estatisticamente menos significante. Outras patologias foram motivo de internação, das quais se encontra o Flutter Atrial, Hiper-

tensão Arterial Maligna, Taquicardia supraventricular, Tromboembolismo Pulmonar, Edema Agudo de Pulmão, entre outros.

Além das DCV já pré-existentes, ou possível diagnóstico das mesmas, os usuários apresentavam comorbidades já estabelecidas, com uma soma de 42%. Dentre as mais comuns, destaca-se a presença de artrite reumatoide em 4% e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) relatada por 4% dos pacientes.

Os participantes foram interrogados quanto à presença de fatores de risco modificáveis e não modificáveis para DCV, estes representados na Tabela 3. É possível evidenciar, dentre os dados analisados dos usuários, que é evidente o alto índice de sedentarismo (93%), estresse (55%) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (79%). No que se refere aos fatores de risco não modificáveis, no quesito da idade, a maioria da população estudada é idosa, como já explicitado nos resultados acima.

Tabela 3 – Fatores de risco modificáveis e não modificáveis encontrados em pacientes admitidos em uma Unidade de Dor torácica de um Hospital Geral do Município de Passo Fundo.

	<i>Sim</i> N (%)	<i>Não</i> N (%)
Fatores de risco modificáveis		
Sedentarismo	104 (93%)	8 (7%)
Estresse	61 (55%)	51 (46%)
Obesidade	36 (32%)	76 (68%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	88 (79%)	24 (21%)
Diabetes Mellitus	31 (28%)	81 (72%)
Dislipidemias	52 (46%)	60 (54%)
Fatores de risco não modificáveis		
Sexo masculino	65 (63%)	47(42%)
Hereditariedade	51 (46%)	61 (54%)
Idade (Já demonstrado nos dados acima)		

Ainda relativo aos fatores de risco, os participantes foram interrogados quanto ao uso de cigarro e álcool. Para isso, além de investigar quanto ao uso dessas drogas lícitas, foi abordado se os usuários eram “ex tabagistas” ou “ex etilistas”. Como resultados, no que se refere ao tabagismo, 17% deles afirmaram ser tabagista, 53% relataram que nunca fizeram uso de cigarro e 30% se auto afirmaram “ex tabagistas”.

No que tange ao uso de álcool, 7% dos usuários afirmaram ser etilistas, 90% negaram possuir esse vício e 3% alegaram que em algum momento da vida foram etilistas.

Quanto os fluxos de atendimento na UDT, estes também foram avaliados e apresentaram resultados importantes, 31% dos pacientes ingressaram na referida unidade na segunda-feira, sendo que a busca no domingo, foi a menos encontrada, com 2% dos usuários. Em relação aos desfechos clínicos, nenhum paciente evoluiu a óbito durante a internação na UDT. O tempo de permanência destes variou a menos que vinte e quatro horas para mais de quarenta e oito horas, sendo que 45% dos pacientes permaneceram na UDT menos que

vinte e quatro horas, seguidos de 38% com permanência de vinte e quatro a quarenta e oito horas e 18% obtiveram uma internação de mais de quarenta e oito horas.

DISCUSSÃO

Os resultados neste presente trabalho demonstraram que a população atendida é predominantemente do sexo masculino, idosos, casados, aposentados, com baixa escolaridade e procedente de municípios vizinhos da cidade onde se localiza a UDT. Estudo transversal, realizado no noroeste do Estado de São Paulo cujo um dos principais objetivos era de analisar o perfil sociodemográfico de pacientes em IAM atendidos em uma emergência, evidenciou que em uma amostra de 52 pacientes, 76% eram do gênero masculino, com predominância de população idosa, sendo que 65% destes eram casados, 46% aposentados e 60% com ensino fundamental incompleto, corroborando com os dados encontrados no presente estudo.⁷

Resultados semelhantes foram obtidos em estudo que buscava caracterizar o perfil de atendimentos de urgência clínica, totalizando 5825 consultas, cujas doenças do aparelho circulatório foram as mais diagnosticadas dentro de todas as patologias atendidas correspondentes ao CID 10. Os resultados dão nota que 54,1% dos atendimentos foram realizados em pacientes do sexo masculino, 70,1% em pacientes com idade superior a 40 anos e quanto a variável do grau de instrução, mostrou que 73,9% apresentavam ensino fundamental incompleto ou completo.¹³

Sabe-se que os homens ainda apresentam dificuldades em manter um estilo de vida saudável em comparação com as mulheres. Isso acarreta em um possível desenvolvimento de doenças crônicas, levando a recorrentes internações por descompensação do quadro clínico e episódios agudos dessas patologias. Estudo de revisão de literatura buscou analisar a Política Nacional de Saúde do Homem e constatou que as doenças do aparelho circulatório estão entre as principais causas de morbimortalidade em homens em todas as faixas etárias.¹⁴

Por outro lado, pesquisadores evidenciaram um estudo quanti-qualitativo descritivo, uma equivalência entre os sexos dos pacientes com dor torácica que acessaram uma Unidade de Pronto Atendimento de um município de Minas Gerais. Os dados mostraram que 48% dos usuários eram homens e 52% eram mulheres, havendo discordância entre os resultados discutidos, ao passo que ratifica grande similaridade entre a ocorrência de dor torácica para ambos os sexos.¹⁵ Do mesmo modo, o estudo de Framingham (1986)¹⁶ evidenciou a relação do acometimento de SCA em relação ao sexo, sendo que desses, 40% ocorreram em mulheres, dos quais sob manifestação de IAM.

Quanto aos pacientes em sua maioria serem idosos, 37,7% de óbitos em pessoas acima de sessenta anos, ocorre por doenças cardiovasculares. Isso se deve ao fato de que o desempenho fisiológico e cardiovascular, após esta idade, possa apresentar um declínio acentuado associado à presença de fatores de risco

modificáveis e não modificáveis, fazendo assim com que esses fiquem mais susceptíveis a este grupo de doenças.¹⁷

Com relação à descendência, observa-se a existência de variadas etnias entre os doentes, sendo que a brasileira foi a mais encontrada entre os participantes. Indivíduos negros e/ou pardos possuem associação estreita perante as doenças crônicas não transmissíveis, entre elas, a HAS cujo controle é mais difícil com complicações mais frequentes, possivelmente em virtude de fatores étnicos e socioeconômicos. Este último pode estar relacionado a maiores dificuldades de acesso aos serviços médicos, prejudicando desta forma, o diagnóstico e tratamento na busca da prevenção de maiores complicações.¹⁸

No que tange aos sinais e sintomas encontrados nos usuários durante a admissão, o relato de dor torácica, sendo ela com ou sem irradiação para membros inferiores e região cervical, totalizam 65% de toda a amostra estudada. Outro sintoma referido pelos usuários foi a dispneia, com 50% entre os usuários, seguido de 46% dos pacientes com alterações no primeiro eletrocardiograma realizado. A I Diretriz de Dor torácica na sala de Emergência enfatiza que aproximadamente cinco a oito milhões de pessoas com dor no peito ou outros sintomas de infarto agudo do miocárdio sejam atendidas nas salas de emergência dos Estados Unidos, totalizando 5 a 10% de todos os atendimentos imediatos realizados em território americano.¹⁰

Diante do exposto, os principais sintomas que os pacientes com diagnóstico de SCA apresentam são de dor precordial ou retroesternal, que pode estar associado à dispneia e síncope, cujos sintomas podem ou não estar associados ao aumento de enzimas cardíacas ou a alterações recentes no eletrocardiograma, como infradesnível ou supradesnível do segmento ST, inversão da onda T ou bloqueios de ramo direito e esquerdo.¹⁹

Ainda em relação aos sinais e sintomas de SCA, corroborando com os dados encontrados, dados de um estudo realizado, objetivou avaliar a evolução dos pacientes que deram entrada em um Pronto Atendimento de um hospital referência em cardiologia no Estado de São Paulo. Neste, 574 pacientes foram atendidos com queixa de dor torácica, sendo 48% de origem cardíaca, 15% de origem não cardíaca e 36% não especificada.⁸

Relativo aos diagnósticos de DCV encontradas, é possível avaliar que houve uma variabilidade entre eles. A SCA foi a mais encontrada entre os participantes, seguida pela Insuficiência Cardíaca descompensada. Semelhante a esses dados, autores buscaram caracterizar o perfil clínico de pacientes hospitalizados por doenças cardiovasculares e evidenciou que a Insuficiência Cardíaca e o IAM representaram 70% das causas de internações no serviço estudado.²⁰

Do mesmo modo, uma pesquisa de caráter retrospectivo, transversal e de abordagem quantitativa realizado em uma Unidade de Emergência de São Paulo, identificou as características clínicas de pacientes que acessaram a referida unidade.

Na amostra de 9756 prontuários eletrônicos estudados, as doenças cardiológicas foram a terceira causa de internações e admissões. Dentre essas, as causas cardiovasculares mais encontradas foram a dor precordial por 38% e Insuficiência cardíaca com 26%.²¹

Com relação aos fatores de risco, se sabe que a SCA está intimamente relacionada ao estilo de vida da população, sendo que um pequeno grupo de fatores de risco modificáveis respondem pela maioria das mortes e aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, os quais mais importantes e significantes são o tabagismo, a inatividade física e as dislipidemias.²²

Neste estudo, foi possível constatar a predominância de sedentários, hipertensos e participantes com um grau de tabagismo ativo ou prévio. Corroborando com os achados aqui encontrados, um estudo de prevalência, caracterizou o perfil de paciente portador de SCA atendido na Emergência de um hospital público e geral da cidade de Porto Alegre e identificou que 86% eram sedentários, 77% apresentavam algum grau de sobrepeso e/ou obesidade, 76% eram hipertensos, 57% possuíam história familiar para Doença Arterial Coronariana, 53% consideravam-se com algum grau de estresse diário, 45% eram dislipidêmicos, 40% eram considerados diabéticos, 40% tabagistas e 15% relataram algum grau de ingestão alcoólica recorrente.²³

Com relação ao acesso dos pacientes na UDT, foi possível constatar que a maioria dos pacientes ingressou na segunda-feira. Dados semelhantes dão nota em um estudo quantitativo com trezentos e trinta fichas de atendimento em um Pronto Atendimento de Ribeirão Preto que de todos os dias da semana, 17,2% usuários procuraram o serviço na segunda-feira.²⁴

Os resultados apresentam claras implicações na dinâmica do serviço da UDT, visto que são dados inéditos na referida instituição. A principal limitação deste estudo foi a impossibilidade de a pesquisadora estar presente em todos os turnos e acompanhar a chegada de todos os usuários no serviço. Porém, as dificuldades e dúvidas quanto ao quadro clínico dos pacientes durante o acesso à UDT foram prontamente sanadas pela equipe multiprofissional atuante e quando necessário, pela busca de dados via prontuário e sistema eletrônico da instituição de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou conhecer as características da população que acessa a UDT do HC, bem como os diversos aspectos do atendimento desta demanda, assim como os motivos pelos quais os sujeitos buscaram este nível de atenção.

No que tange ao perfil sociodemográfico, é possível afirmar que se trata de uma população idosa, com predominância do sexo masculino, com baixa escolaridade e baixas condições socioeconômicas, sendo estes, a maioria, provenientes de outros municípios da região Norte do RS.

Com relação ao perfil clínico, se destaca a alta incidência de diagnósticos de SCA e Insuficiência Cardíaca descompensada, tendo a dor torácica uma forte relação com essas patologias.

No que se refere à existência de fatores de risco modificáveis e não modificáveis para as DCV, a população estudada, apresentou predominância de hipertensos, sedentários, tabagistas e com relatos verbais de estresse.

Conhecer a população que acessou a UDT possibilitou reflexões acerca da temática, bem como a importância do referido serviço, o qual serve como porta de entrada para pacientes em condições agudas e crônicas de DCV. Dessa forma, com os resultados obtidos, é possível construir melhores condições de atendimento com a equipe multiprofissional, de forma planejada e sistematizada, com ações qualificadas, que contribuam para diminuir o tempo de internação e prevenir complicações clínicas decorrentes da hospitalização.

REFERÊNCIAS

1. Duncan BB, Chor D, Aquino, EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, Lotufo PA, Vigo A, Barreto SM. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista Saúde Pública* 2012; 46(Supl): 126-34
2. Lana LD, Camponogara S, Botolli C, Cielo C, Rodrigues IL. Perfil de pacientes em reabilitação cardíaca: implicações para a enfermagem. *J. res.: fundam. care. online* 2014. jan./mar. 6(1): 344-56.
3. Alves TE, Silva MG, Oliveira LC, Arrais AC, Júnior, JEM. Atuação do enfermeiro no atendimento emergencial aos usuários acometidos de infarto agudo do miocárdio. *Rev enferm UFPE on line; Recife*, 7(1):176-83, jan., 2013
4. Santos JCA, Plaggi LFD. Percepção do Enfermeiro sobre o Atendimento ao Paciente com Suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio. *Rev min enferm [cited 2011 Sept 14];2010(2):43-51.*
5. Santos ES, Minuzzo L, Pereira MP, Castillo MTC, Palácio MAG, Ramos RF, Timerman A, Piegas LS. Registro de Síndrome Coronariana Aguda em um Centro de Emergências em Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87 : 597-602
6. Ministério da Saúde (BR). Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab14>
7. Bastos AS, Beccaria LM, Contrin LM, Cesarino CB. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2012; 27(3): 411-8
8. Missaglia MT, Neris ES, Silva MLT. Uso de protocolo de Dor torácica em Pronto Atendimento de Hospital de Referência em Cardiologia. *Rev Bras Cardiol*. 2013; 26(5): 374-81 setembro/outubro.
9. Caveião C, Santos RB, Montezeli JH, Visentin A, Brey C, Oliveira VBCA. Dor torácica: Atuação do enfermeiro em um Pronto Atendimento de um Hospital Escola. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2014 jan/abr; 4(1): 921-28
10. Bassan R, Pimenta L, Leães PE, Timerman A. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. *Arq Bras Cardiol* 2002; 79 (supl II): 1.
11. ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de obesidade. 2016. 4ª edição; São Paulo-SP
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional da Saúde, a qual regulamenta a pesquisa com seres humanos no país; Brasília; 2012.
13. Coelho MF, Goulart BF, Chaves LDP. Urgências clínicas: Perfil de Atendimento Hospitalares. *Rev Rene*. 2013; 14(1):50-9.
14. Schwarz E, Gomes R, Couto MT, Moura EC, Carvalho SA, Silva SFC. Política de Saúde do Homem. *Rev. Saúde Pública*, v.46,n.p.108-16,2012.
15. Santos F, Freire PB, Ribeiro JA. Abordagem da dor torácica pelo enfermeiro em uma unidade de pronto atendimento na visão do paciente. *Rev.Enfermagem Revista V. 19 N° 02 MAIO/AGO 2016*
16. Lerner DJ, Kannel WB. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-year follow-up of the Framingham population. *Am Heart J*. 1986;111(2):383-90.
17. Ferreira CCC, Peixoto MRG, Barbosa MA, Silveira, EA. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(5): 621-28
18. Rocha-Brischiliari SC, Agnolo CMD, Gravena AAF, Lopes TCR, Carvalho MDB, Pelloso SM. Doenças crônicas não transmissíveis e associação com Fatores de risco. *Rev Bras Cardiol*. 2014;27(1):531-38 janeiro/fevereiro.
19. Fantini JA, Gaglianone CC, Ribeiro, RCHM, Cesarino CB, Rodrigues CC, Beccaria LM. Perfil clínico dos pacientes com doenças cardiovasculares atendidos na Emergência de um hospital de ensino. *Rev enferm UFPE on line; Recife*, 9(12): 1078-84, dez., 2015
20. Pereira JMV, Cavalcanti ACD, Santana RF, Cassiano KM, Queluci GC, Guimarães TCF. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. *Esc Anna Nery (impr.)*2011 out-dez; 15 (4):737-45.
21. Ribeiro RM, Cesarino CB, Ribeiro RCHM, Rodrigues CC, Bertolin DC, Pinto MH, Beccaria LM. Caracterização do perfil nas emergências clínicas no Pronto-Atendimento de um hospital de ensino. *Rev Min Enferm*. 2014, jul/set; 18(3): 533-38
22. Muniz LC, Schneider BC, Silva ICM, Matijasecic A, Santos IS. Fatores de Risco comportamentais acumulados para Doenças Cardiovasculares no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2012;46(3):534-42.
23. Lemos KF, Davis R, Moraes MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS)* 2010 mar;31(1):129-35.
24. Gomide MFS, Pinto IC, Gomide, DMP, Zacharias FCM. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2012;45(1): 31-8

Recebido em: 08/01/2018

Revisões requeridas: Não houve

Aprovado em: 12/04/2018

Publicado em: 05/01/2021

Autor responsável pela correspondência:

Jaqueline Piccoli Korb

Endereço: Rua Rubem Mendes nº 459,

Bairro Morada do Sol. Ijuí – Rio Grande do Sul

CEP: 98700-000

E-mail: jake_piccoli@hotmail.com