



Universidade Federal de Santa Catarina  
Departamento de Enfermagem  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

SOLANGE MONTEIRO MOREIRA

DOR TORÁCICA NO SETOR DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: REVISÃO DE  
LITERATURA

CAMPO GRANDE - MS

2014

SOLANGE MONTEIRO MOREIRA

DOR TORÁCICA NO SETOR DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: REVISÃO DE  
LITERATURA

Monografia apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Florianópolis, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Área de Concentração: Urgência e Emergência

Orientador: Prof. Ms. Maycon  
Rogério Selegim

CAMPO GRANDE - MS

2014

SOLANGE MONTEIRO MOREIRA

DOR TORÁCICA NO SETOR DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: REVISÃO DE  
LITERATURA

Monografia apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Florianópolis, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Área de Concentração: Urgência e Emergência

Aprovada em: 10 de maio de 2014.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>o</sup>. Ms. Maycon Rogério Seleglim  
Universidade de São Paulo  
Orientador

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vânia Marli Schubert Backes  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Coordenadora do Curso

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Flávia Regina Souza Ramos  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Coordenadora de Monografia

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus queridos filhos: Hannah e Henry Jordy e a minha mãe, que sempre estiveram ao meu lado nos momentos mais fáceis e nas horas difíceis também, me incentivando, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional, e em especial aqueles que não estão mais presentes, mas que me ajudaram muito e deram muito apoio para a minha formação e com certeza continuam me ajudando de onde estiverem.

A todos os outros familiares que me auxiliaram, que contribuíram para o meu crescimento e formação profissional.

Amo cada um de vocês!

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, que me deu a chance de viver, conviver com pessoas maravilhosas e aprender muito com a vida. Também por Ele ter iluminado meu caminho, ter me concedido força, saúde e persistência.

Aos meus filhos e pessoas próximas que sempre estiveram ao meu lado e sempre contribuíram para o meu crescimento profissional.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Ms. Maycon Rogério Selegim, que aceitou me orientar, e à Prof<sup>o</sup> Ms. Heloisa Helena Rovey da Silva.

Àquelas muitas pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram com este trabalho sempre tendo uma sugestão ou uma observação a fazer.

*Precisamos parecer um pouco com os outros para compreender os outros, mas  
precisamos ser um pouco diferentes para amá-los.*

Paul Géraldy

MOREIRA, S. M.. **Dor torácica no setor de urgência/emergência: revisão de literatura.** 2014. 24f. Monografia (Especialização em Enfermagem)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo levantar a produção científica referente à assistência sistematizada a pacientes acometidos por dor torácica na sala de urgência/emergência. Trata-se de uma Revisão da Literatura por meio de busca eletrônica em base de dados *on line*, abrangendo 15 publicações no período de 1998 a 2010, e livros e protocolos da área. Os descritores utilizados foram: angina instável, dor no peito, síndrome coronariana aguda e serviço hospitalar de emergência. Os resultados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo e estão organizados em seis categorias: abordagem inicial e diagnóstico diferencial, método de diagnóstico, o papel de outros métodos diagnósticos e prognósticos, tratamento clínico, papel da unidade de dor torácica, e modelos de diagnóstico. Em geral, verificou-se que nos modelos de atendimentos implementados na maioria das unidades de dor torácica, mencionados nos artigos avaliados, utilizou-se, além da avaliação clínica e eletrocardiográfica, métodos que permitem tanto uma melhor capacidade de diagnosticar quanto de estratificar riscos, adotando condutas rápidas e eficientes. Conclui-se que um modelo sistematizado de atendimento, utilizando um fluxograma ou algoritmo, é crucial para a adequada seleção dos pacientes com dor torácica, não só diminuindo a chance de o paciente ser liberado inadequadamente, evitando, também, internações desnecessárias e redução no índice de mortalidade por estas doenças.

**Palavras-chave:** Enfermagem em emergência. Serviço hospitalar de emergência. Acolhimento. Dor no Peito. Síndrome Coronariana Aguda.

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EUA	Estados Unidos da América
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IECA	Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências Da Saúde
SCA	Síndrome Coronária Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2.</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>13</b>
<b>3.</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>4.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>24</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Anualmente, milhares de indivíduos procuram serviços de emergência/emergência por dor torácica, com o potencial de risco de estarem desenvolvendo uma síndrome coronária aguda (SCA). No entanto, apenas em um terço desses casos o diagnóstico é confirmado. A identificação ágil e o pronto atendimento ao paciente com dor torácica são hoje parte integral das atividades rotineiras dos serviços de emergência/emergência (SOUZA, 2002).

As doenças cardiovasculares no Brasil estão entre as principais causas de mortalidade e no ano de 2006 foram registrados 302.817 mil óbitos por doenças do aparelho circulatório. Nesse ano, a taxa de mortalidade para as doenças isquêmicas do coração foi de 90.644 mil, e as doenças cerebrovasculares representaram 96.569 mil óbitos (BRASIL, 2006).

Estima-se que nos Estados Unidos (EUA) ocorram anualmente cerca de 3 a 6 milhões de atendimentos emergenciais por dor no torácica, o que corresponderia a cerca de 5 a 10% do total de atendimento (LAURENTI; BUCHALLA, 2000). De acordo com Bassan, et al. (2000), o número de atendimentos anuais por dor torácica nos EUA, na proporção populacional, em comparação com o Brasil na mesma prevalência da doença coronariana, aponta-se uma estimativa em torno de 4 milhões de atendimentos anuais por dor torácica em nosso país.

Como diversos estudos indicam que 5 a 15% dos pacientes atendidos com dor torácica nas salas de urgência/emergência norte-americanas têm infarto agudo do miocárdio (IAM), o quantitativo de infartos esperados no Brasil seria de aproximadamente 400 mil por ano, um número quase 10 vezes maior do que o esperado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BASSAN et al, 2000).

Segundo esse autor, somente 10 a 15% dos pacientes que chegam às salas de urgência/emergências com dor no peito apresentam IAM, e menos de 1% apresenta embolia pulmonar ou dissecção aórtica, porém mais de 50% são hospitalizados para investigação diagnóstica que objetiva afastar a possibilidade de um IAM. Além disso, estima-se que cerca de 5% dos pacientes com dor torácica e IAM são liberados erroneamente para casa sem ter o diagnóstico confirmado na sala de urgência/emergência (BASSAN et al, 2000).

É provável observar que existe uma importância social e econômica relacionada à dor torácica. A social, por esta dor atingir milhares de pessoas em todo o mundo e possuir uma alta taxa de mortalidade. Econômica, pois a realização de um atendimento rápido e eficaz em pacientes com dor torácica nas unidades de dor torácica pode diminuir os custos de internamento do paciente (BASSAN et al., 2002).

Apesar de existirem inúmeras doenças que causam dor torácica, aquelas originadas do aparelho cardiovascular são as que trazem maiores preocupações ao médico e ao próprio paciente. Isto é explicado pelo maior risco de mortalidade e de necessidade de hospitalização (BASSAN et al., 2000).

A abordagem inicial ao paciente é sempre dirigida a confirmar ou afastar o diagnóstico de SCA. Nesse sentido, é importante identificar outras causas potencialmente fatais, como dissecação de aorta, pericardite, embolia pulmonar, bem como reconhecer indivíduos em maior risco para complicações cardiovasculares relacionadas à isquemia. Por isso, estratégias para uma identificação rápida e correta de pacientes em alto risco de desenvolver complicações são fundamentais na avaliação do paciente com dor torácica (NASI et al., 2005).

Para reduzir admissões desnecessárias, estratégias para manter o cuidado adequado dos pacientes de maior risco e para otimizar a relação custo-benefício têm sido desenvolvidas e aplicadas no manejo do paciente com dor torácica, tais como, a sistematização de conduta médica, seja ela diagnóstica ou terapêutica, construídas sobre conhecimentos e evidências sólidas e atuais, e constituindo-se em um dos grandes avanços da medicina atual (NASI et al., 2005).

Os pacientes que se apresentam nas unidades de urgência/emergências com dor torácica, devem ter uma abordagem adequada, pois isso contribui de forma significativa na redução da mortalidade e dos custos hospitalares relacionados a estes atendimentos (PESARO et al., 2007). Portanto, é necessário que a instituição e a equipe de médicos e enfermeiros estejam treinadas e equipadas com uma ferramenta que os auxilie no manejo de pacientes acometidos por dor torácica.

O enfermeiro que atua nesse setor necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, tomar decisões rápidas e concretas; deve reconhecer situações que oferecem riscos aos pacientes, familiaridade com SCA; manejo com medicações; viabilizar a execução de exames. Desta maneira, a utilização de protocolos é fundamental na otimização do atendimento.

É conhecido que a partir do controle dos fatores de riscos cardiovasculares, aliados a um diagnóstico precoce e preciso e à intervenção na saúde desses pacientes acometidos por esses problemas, será possível uma melhoria na qualidade de vida e aumento da sobrevida dessas pessoas.

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo levantar a produção científica referente à assistência sistematizada a pacientes acometidos por dor torácica no setor de urgência/emergência.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma Revisão da Literatura, com recorte temporal de 11 anos, compreendendo o período de 1998 a 2010. Conforme Medeiros (2000), a Revisão de Literatura constitui-se em fonte secundária, tendo como objetivo adquirir informações sobre um assunto de relevante interesse.

Realizou-se busca nos seguintes bases de dados eletrônicos: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os descritores utilizados foram: angina instável, dor no peito, síndrome coronariana aguda e serviço hospitalar de emergência. Também, foram utilizados livros que abordavam sobre o manejo com pacientes acometidos por dor torácica, bem como diretrizes e protocolos da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Após a realização da busca eletrônica, foram selecionados 15 artigos que tratavam especificamente sobre a temática em estudo. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática e organizados em seis categorias: 1) abordagem inicial e diagnóstico diferencial, 2) método de diagnóstico, 3) o papel de outros métodos diagnósticos e prognósticos, 4) tratamento clínico, 5) papel da unidade de dor torácica, e 6) modelos de diagnóstico.

Por não se tratar de pesquisa de campo, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir podem ser observados os resultados da análise dos artigos selecionados que utilizam diretrizes e protocolos na abordagem inicial dos pacientes com dor torácica em sala de urgência/emergência.

#### 3.1 Abordagem inicial e diagnóstico diferencial

Os estudos de Bassan *et al.* (2000), demonstraram a efetividade de um abordagem sistematizada. Dos 1003 pacientes estudados que deram entrada com queixa principal de dor torácica, classificados imediatamente com as características da dor, foram observados 225 (22%) pacientes com dor torácica tipo A; 287 (29%) tipo B (provavelmente anginosa); 268 (27%) tipo C (provavelmente não-anginosa) e tipo D (definitivamente não-anginosa) em 223 (23%).

Em relação ao diagnóstico dos pacientes acima investigados, 16% tiveram o diagnóstico final de IAM; 22% de angina instável; 32% de ausência de insuficiência coronariana aguda e 29% tiveram o diagnóstico indeterminado. Vinte e dois por cento foram liberados imediatamente para a casa pela presença de dor torácica considerada definitivamente não anginosa e eletrocardiograma normal/inespecífico; 12% foram transferidos para a unidade coronariana por apresentarem supradesnível de ST ou bloqueio de ramo esquerdo associado à dor de infarto.

Conforme os dados apresentados, conclui-se que a caracterização da dor por meio da história clínica do paciente continua sendo um dos pontos mais importantes na avaliação, pois permite a elaboração de possíveis hipóteses de diagnósticos diferenciais de etiologia não – cardíaca, diminuindo as internações desnecessárias e reduzindo os custos hospitalares.

De acordo com Nasi *et al.*, (2005), a avaliação inicial do paciente com dor torácica deve responder a duas perguntas-chaves: 1) qual a probabilidade de os sinais e sintomas serem devidos a uma SCA por doença aterosclerótica coronariana?, e 2) quais as chances para o desenvolvimento de eventos cardíacos adversos, como IAM, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, sintomas recorrentes de isquemia ou arritmias

graves? Por meio da história clínica, do eletrocardiograma e dos marcadores séricos de isquemia é possível responder a essas questões com boa precisão e agilidade.

No estudo de caso de Martin, *et al.*(2004), relata-se que um paciente de 54 anos, portador de hipertensão arterial sem tratamento foi admitida no serviço de urgência/emergência com dor precordial e retroesternal e apresentou quadro de emergência hipertensiva com lesão de órgão-alvo. Inicialmente, tratada como IAM, na evolução foi diagnosticada dissecação de aorta tipo A, abordada cirurgicamente com boa evolução no pós-operatório e controle adequado da pressão arterial nas primeiras 24 horas.

Com isso, reforçamos a importância do diagnóstico diferencial de dor torácica na urgência/emergência hospitalar, visando tratamento correto e controle adequado da hipertensão arterial ao longo do tempo, no sentido de evitar as complicações hipertensivas. Sabe-se que é imprescindível a implantação de protocolos para o manejo de pacientes com dor torácica, pois permite agilizar diagnóstico diferencial, direcionado a melhor conduta terapêutica, evitando medidas desnecessárias e redução na mortalidade por esses agravos.

De acordo com o estudo de Duarte e colaboradores (2007), investigando 1.564 mil pacientes que apresentaram dor torácica, evidenciou-se uma baixa frequência nos atendimentos oriundos de dor não-anginosa, porém uma elevada incidência de IAM e angina instável, reforçando a necessidade de atendimento sistematizado através de protocolos de avaliação rápida e segura aos pacientes que chegam à emergência com dor torácica.

### **3.2 Método de diagnóstico**

Segundo Souza et al (2002), com a anamnese, exame físico e eletrocardiograma pode-se classificar o paciente como alto, médio ou baixo risco para eventos cardíacos e diagnosticar outras causas da dor. Os pacientes com dor torácica de origem cardíaca são admitidos na sala de observação em leito monitorizado, realizam eletrocardiogramas de 12 derivações e dosagens de marcadores de lesão miocárdica (CPK, CPK-MB massa, troponina T e I) observados por um período de 6-9h.

Após esse período de observação, pacientes classificados como de baixo risco que não tiverem aumento de marcadores cardíacos, alteração eletrocardiográfica ou piora clínica (dor persistente, desenvolvimento de insuficiência cardíaca ou arritmias) e

que não tiverem evidência clínica de outra causa para a dor que não cardíaca (ex: dissecação aórtica, pneumonia, tromboembolismo pulmonar) são submetidos a um teste provocativo de isquemia miocárdica para complementar a estratificação de risco. A dosagem seriada dos marcadores de necrose na estratificação de risco da SCA tem um papel importantíssimo não só no diagnóstico, como também para o prognóstico da SCA.

Destaca-se o trabalho de Henriques et al. (2006), que fez um revisão bibliográfica dos biomarcadores de necrose miocárdica CK,CK-MB massa (doseamento pela massa), troponinas e mioglobina, disponíveis atualmente na prática clínica hospitalar e que associados a critérios clínicos eletrocardiográficos, desempenham um papel ímpar no diagnóstico das SCA.

Segundo a I Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2002), CK-MB e/ou troponinas são marcadores bioquímicos de escolha para o diagnóstico definitivo de necrose miocárdica nesses pacientes. Embora a elevação de apenas um dos marcadores seja suficiente para o diagnóstico de IAM, pelo menos dois marcadores devem ser utilizados no processo investigativo: um marcador precoce (com melhor sensibilidade nas primeiras seis horas após o início da dor torácica, como é o caso da mioglobina ou da CK-MB, e um marcador definitivo tardio com alta sensibilidade e especificidade global, a ser medido após seis horas, como é o caso da CK-MB ou troponinas.

É imprescindível os marcadores de necrose na avaliação dos pacientes com dor torácica, enfatizando a utilização de um marcador precoce detectável dentro das seis primeiras horas a partir do início dos sintomas e um tardio ou definitivo. Ainda com relação aos marcadores de necrose o estudo de Cavalcanti et al. (1998), relata que o diagnóstico de IAM baseado somente em critérios clínicos e eletrocardiográficos pode ser difícil no momento em que o paciente é admitido à sala de emergência.

Apenas 41% a 56% dos pacientes com IAM que chegam à urgência/emergência apresentam supra-desnivelamento do segmento ST, sendo possível diagnóstico, como bloqueio de ramo esquerdo, inversão de onda T, infra-desnivelamento de segmento ST ou mesmo eletrocardiograma (ECG) normal. A confirmação ou exclusão de infarto nesse grupo de pacientes e a medida das enzimas miocárdicas no soro, associados a critérios clínicos eletrográficos, desempenham um papel ímpar no diagnóstico das SCA.

O eletrocardiograma é um exame crucial na avaliação inicial dos pacientes com dor torácica. Segundo dados de Bassan et al. (2002), a realização do eletrocardiograma

está indicada em todos os pacientes com vigência de dor e/ou que apresentem sintomas sugestivos de angina. É o teste inicial importante, pois é de fácil obtenção e baixo custo. O papel do eletrocardiograma de admissão no diagnóstico final dos pacientes com dor torácica pode ser avaliado neste estudo.

Assim, dos 106 pacientes com supradesnível de ST no primeiro eletrocardiograma, 81(76%) tiveram IAM, 15(14%) angina instável, 6 (6%) ausência de insuficiência coronariana aguda e 4(4%) diagnóstico indeterminado. Por outro lado, dos 165 pacientes com IAM, 81(49%) tiveram supradesnível de ST no primeiro eletrocardiograma, 45(27%) infradesnível de ST ou inversão de T, 9(5%) bloqueio de ramo esquerdo e 30(18%) eletrocardiograma normal/indeterminado. Assim, a sensibilidade do supradesnível de ST no eletrocardiograma de Admissão para o infarto foi de 49%, (BASSAN et al., 2000).

No relato de caso de Appel-da-Silva et al. (2010), uma paciente foi atendida em serviço de urgência/emergência cardiológica com queixa de dor torácica aguda e cujos exames de investigação revelaram o diagnóstico de Síndrome de Wellens, que consiste em uma variante da angina instável, que quando não reconhecida pode evoluir para infarto agudo do miocárdio em parede anterior e óbito. Nesse relato de caso, embora a paciente apresentasse dor torácica típica de angina, a primeira investigação com eletrocardiograma e enzimas cardíacas foi negativa para cardiopatia isquêmica, o que entre médicos menos experientes poderia ter resultados em alta da emergência sem o diagnóstico de SCA.

Os pacientes com quadro clínico e exames sugestivos da síndrome devem ser encaminhados para estudo angiográfico com brevidade, para confirmação diagnóstica e intervenção. Reforçando a necessidade de protocolos de avaliação da dor e a importância de realização do eletrocardiograma e precocemente em até 10 minutos. De acordo com Pesaro et al. (2007), embora a experiência do médico seja relevante, diante disso, enfatiza uso de ferramenta de fácil aplicação na prática diária, para orientar a abordagem de pacientes com dor torácica nos serviços de urgência/emergência.

### **3.3 O papel de outros métodos diagnósticos e prognósticos**

Os métodos diagnósticos acessórios, disponíveis nas salas de urgência/emergência para a avaliação de pacientes com dor torácica, são o teste

ergométrico, a cintilografia miocárdica e o ecocardiograma. Estes testes são usados com finalidade diagnóstica para identificar os pacientes que ainda não têm seu diagnóstico estabelecido na admissão ou que tiveram investigação negativa para necrose e isquemia miocárdica de repouso, mas que podem ter isquemia sob estresse (BASSAN et al., 2002).

Macaciel et al. (2000) apresentou dados provenientes de pacientes atendidos no Brasil, em formato semelhante aos estudos internacionais. Foram avaliados 515 pacientes com dor torácica, dos quais 106 foram submetidos ao teste ergométrico. A acurácia para diagnóstico de angina instável mostrou sensibilidade de 73%, especificidade de 93%, valor preditivo positivo de 61% e negativo de 95%, confirmando o diagnóstico para excluir pacientes com síndrome coronariana aguda em nosso meio.

De acordo com o trabalho de Souza et al. (2002), o teste ergométrico é seguro e efetivo para pacientes de baixo risco. Pelo elevado valor preditivo negativo relatado, o teste ergométrico permite identificar pacientes que podem ser liberados da emergência sem outros procedimentos adicionais com probabilidade muito baixa de eventos cardíacos tardios, diminuindo, portanto, o desconforto para o paciente e os gastos desnecessários.

O teste ergométrico vem sendo recomendado como um dos testes diagnósticos não invasivos é seguro para exclusão de doença coronariana, e estabelece o prognóstico do paciente onde diagnóstico de infarto agudo do miocárdio e angina instável já foram afastados na abordagem inicial.

### **3.4 Tratamento clínico**

O tratamento inicial tem como objetivo agir sobre os processos fisiopatológicos que ocorrem na SCA e suas conseqüências, e compreende: 1) contenção ou controle da isquemia miocárdica, e 2) recanalização coronariana e controle do processo aterotrombótico (BASSAN et al., 2002).

O estudo de Santos et al. (2005), apresentou uma descrição de pacientes com SCA, avaliando tratamento médico e mortalidade hospitalar. Dos 503 (58,3%) pacientes do sexo masculino, com média de idade de 62 anos. O diagnóstico na alta hospitalar foi de IAM com supra-desnivelamento do segmento ST (SST) em 78 (9,1%), IAM sem

SST em 238 (27,7%), angina instável (AI) em 516 (60%), manifestação atípica da SCA (síncope ou dispnéia) em dois (0,2%) e dor torácica não cardíaca em 26 (3%).

Foram medicados com betabloqueador em 87,9%, AAS em 95,9%, anti-trombínico em 89,9%, nitroglicerina endovenosa em 86,2%, inibidor do receptor de glicoproteína (IGP) IIb/IIIa em 6,4%(GP IIb/IIIa-proteínas do grupo da integrinas encontradas em plaquetas), clopidogrel em 35,9%, inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) em 77,9% e estatina em 70,9%. A cinecoronariografia foi realizada em 72 pacientes (92,3%) com IAM com SST e em 452 (59,8%) com SCA sem SST. Indicação de cirurgia de revascularização do miocárdio ocorreu em 12,9% e intervenção coronariana percutânea em 26,6%.

Com base nos registros desse estudo, pode-se inferir que na avaliação das condutas terapêuticas realizadas geralmente na unidade coronariana de acordo com a Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia, é freqüente o uso do ácido acetilsalicílico e betabloqueador em todas as modalidades da SCA (SBC, 2002). Um número significativo de pacientes foi submetido a nitratos endovenoso e anti-trombínico.

A indicação de intervenção coronariana percutânea ocorreu mais em pacientes que apresentou IAM com SST e a cirurgia de revascularização do miocárdio foi realizada em um pequeno número de pacientes, sendo mais indicada em pacientes com IAM sem SST.

O estudo de coorte contemporâneo de Santos, Pellanda E Castro (2005), objetivou avaliar o diagnóstico de dor torácica em mulheres atendidas em um serviço de urgência/emergência em relação à evolução clínica, descrevendo sua influência sobre o manejo terapêutico, quando comparadas aos homens. Comparando 67 pacientes entre 50 e 65 anos (35 mulheres e 32 homens) atendidos de forma consecutiva por dor torácica na sala de emergência e acompanhados por 120 dias. Não houve diferença significativa relacionada ao sexo aos exames realizados para o diagnóstico da dor torácica: entretanto, proporcionalmente, as mulheres receberam menos medicações cardiológicas e mais tranquilizantes.

Ao término do atendimento na sala de urgência/emergência, as mulheres foram significativamente menos hospitalizadas. Na evolução clínica posterior, não houve diferença entre os dois sexos quanto à ocorrência de IAM, angina instável, angina estável, isquemia cerebral, cirurgia de revascularização miocárdica, angioplastia,

hospitalização e morte. O que sinaliza para a atenção ao sintoma da dor torácica independente do sexo.

O presente estudo mostrou que as mulheres atendidas por dor torácica na sala de urgência/emergência foram investigadas de forma semelhante aos homens, porém a hospitalização foi significativamente menor entre as mulheres. Em relação ao manejo terapêutico, evidenciaram-se diferenças relacionadas ao sexo.

A dor na mulher foi subnotificada, recebeu menos medicações cardiológicas, sendo assim atribuída a causas psicológicas. Portanto, a avaliação de pacientes com dor torácica independente do sexo exige um diagnóstico preciso, no sentido de evitar erros, principalmente na detecção das síndromes coronarianas agudas e possibilitar um tratamento seguro em tempo adequado. O emprego de protocolos sistematizado é instrumento imprescindível para o atendimento desses pacientes.

### **3.5 Papel da unidade de dor torácica**

O estudo de Lima et al. (2001), sobre o impacto das unidades de dor torácica em relação às SCA, destaca-se os dados do registro multicêntricos em oitos unidades de dor torácica de hospitais norte-americanos que foram comparados com estudos prévios sobre avaliação de dor torácica sem a utilização dos Centros de observação de dor torácica.

No total, 23.407 pacientes tinham queixa de dor torácica. Nessas unidades, os pacientes, em sua maioria (76%), tiveram alta sem ser admitidos no hospital. Cerca de 7% dos pacientes admitidos na unidade de dor torácica apresentaram diagnóstico de IAM. Quando comparados com os estudos prévios, observa-se que o maior número de pacientes foi classificado como “*rule-out MI*” (Regra Fora para Infarto do Miocárdio), ou seja, foram admitidos para exclusão do diagnóstico de infarto agudo do miocárdio por meio de um período crítico de observação nas Unidades de dor Torácica.

Também ocorreu menor “perda” de infarto do miocárdio evidenciada nos estudos anteriores. Calcula-se, por esse trabalho, que houve redução real de custos superiores a US\$2.800.000,00 entre os hospitais participantes. Após a análise do estudo, evidenciou-se a importância das Unidades de Dor torácica na qualidade do atendimento ao paciente com dor no peito. Destacando-se, um diagnóstico

preciso com rapidez, tratamento adequado, redução de custo e otimização dos leitos da Unidade Coronariana.

### **3.6 Modelos de diagnóstico**

Uma forma eficiente na assistência dos pacientes com dor torácica no setor de urgência/emergência é a utilização de modelos probabilísticos de doença, de algoritmos diagnósticos e de árvore de decisão clínica. Nessa pesquisa, abordaremos os principais modelos diagnósticos citados nos estudos de Bassan et al. (2002), preconizados para pacientes com dor torácica no setor de urgência/emergência e que podem ser utilizados de acordo com a sua adequação às características assistenciais de cada instituição: Modelo *Harter* do Centro Médico da Universidade de Cincinnati, Modelo Sistematizado de Atendimento de pacientes com dor torácica da clínica Mayo, Modelo da Faculdade de Medicina da Virgínia, Algoritmo de Goldman e, em nosso meio, o modelo diagnóstico do Hospital Pró-Cardíaco.

Todos estes protocolos ou modelos diagnósticos e de sistematização estratégia trazem um grande benefício para a prática médica emergencial no manejo de pacientes com dor torácica, necessitando serem implantados em todas as salas de emergência, com ou sem Unidades de Dor Torácica.

O estudo apresentado por Pesaro et al. (2007), aborda sobre uma ferramenta prática e segura que pode ser utilizada para fazer o diagnóstico correto e estratificação de pacientes com dor precordial na sala de emergência: primeiro, caracterizar a tipo de dor; segundo, estabelece a probabilidade do quadro apresentado pelo paciente ser uma SCA e o terceiro se há necessidade de inclusão no protocolo diagnóstico da Unidade de Dor Torácica.

Desse modo, objetiva-se, ao final dos três passos chegar a uma das duas possibilidades: paciente que não apresenta SCA e será encaminhado para o seguimento ambulatorial ou para médico de outra especialidade e o paciente que apresenta SCA devendo ser tratado imediatamente.

De acordo com o estudo de coorte prospectivo de Ferreira (2005) onde foram analisados 283 pacientes consecutivos com dor torácica aguda que procuraram o atendimento no serviço de emergência, foi aplicado o algoritmo de Goldman para o cálculo das probabilidades de IAM. Se compararmos ao grupo classificado como

doença cardíaca estável e outros diagnósticos, os pacientes que apresentaram Goldman  $> 7\%$  tinham uma chance seis vezes maior de ter IAM. Os achados deste estudo mostraram que o algoritmo de Goldman, se utilizado como ferramenta auxiliar na estratificação de pacientes com SCA, tem boa sensibilidade, porém especificidade baixa para o diagnóstico de IAM.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se que por meio deste estudo foi possível aprimorar o conhecimento sobre pacientes acometidos por dor torácica (condição clínica prevalente nos serviços de emergência), proporcionando uma melhor discussão do assunto abordado.

Também, na elaboração e na implantação das políticas públicas destinadas à área de urgência/emergência, como o Programa Nacional de Humanização e o sistema de Acolhimento com Classificação de Risco, têm-se observado grandes avanços na qualidade da assistência oferecida aos pacientes com problemas de origem cardíaca.

Contudo, observa-se a necessidade da alocação de maiores investimentos para estruturação do atendimento na rede básica, implantação de Unidades de Pronto Atendimento e esclarecimento da população e dos profissionais que atuam na saúde sobre as reais funções de um SHEs.

Para a consecução de todo esse arcabouço político é imprescindível que haja apoio dos dirigentes governamentais e não governamentais, e envolvimento efetivos dos diversos setores da administração pública, pois do contrário, corre-se o risco de se acumular uma grande quantidade de material teórico sem nenhuma aplicabilidade prática.

## REFERÊNCIAS

APPEL-DA-SILVA, M. C. et al. Síndrome de Wellens. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 94, n.4, p. 116, abril, 2010.

BASSAN, R., et al. Dor Torácica na Sala de Emergência. A Importância de uma abordagem Sistematizada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. n.1, p. 13-21, janeiro, 2000.

BASSAN, R., et al. A Sociedade Brasileira de Cardiologia: I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 79, Suplemento II, p. 01-22, ago. 2002.

CAVALCANTI, A. B., et al. Diagnóstico do Infarto Agudo do Miocárdio. Valor da Dosagem de Mioglobina Sérica Comparada com a Creatinofosfoquinase e sua Fração MB. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 70. n. 2. p. 75-80, 2000.

BRASIL. **DATASUS**, Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em 10/09/2010.

DUARTE, E. R.; PIMENTEL FILHO, P.; STEIN, A. T. Dor torácica na emergência de um hospital geral. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.51, n. 4, p. 248-254, out/dez. 2007.

FERREIRA, C. D. A. **Atualização de dor torácica aguda na emergência: utilidade do algoritmo de Golman na Prática Clínica Atual**. Porto Alegre (RS), 2005. Disponível em <http://www.biblioteca.ufrs.br/tede>. Acessado em 23/09/2009.

LAURENTI, R. B. et al. Doença isquêmica do coração. Internações, tempo de permanência e gastos. Brasil, 1993 a 1997. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 74, n. 6, p. 483-7, fev. 2000.

LIMA, C. B. S, et al. Impacto das Unidades de Dor Torácica na qualidade do atendimento das síndromes coronarianas agudas. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 111, n.5, setembro/outubro, 2001.

MACACIEL, R. M. **Segurança e valor prognóstico a longo prazo do teste ergométrico em pacientes com dor torácica na unidade de dor torácica**. 2000. 145f. Dissertação (Mestrado em Cardiologia) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro. 2000.

MARTIN, J. F. V. Infarto agudo do miocárdio e dissecação aguda de aorta: um importante diagnóstico diferencial. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 386-390, maio, 2004.

MEDEIROS, J. B. **Redação Científica: a prática de fichamento, resumo, resenha.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

NASI, L. A. et al. **Rotinas em Pronto Socorro.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.