Universidade Católica de Santos

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Mestrado em Saúde Coletiva

ABORDAGEM DAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS EM IDOSOS EM HOSPITAL GERAL DO SUS

KLAUBER MARQUES DE FRANÇA

SANTOS

2014

KLAUBER MARQUES DE FRANÇA

ABORDAGEM DAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS EM IDOSOS EM HOSPITAL GERAL DO SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas Públicas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli

SANTOS

2014

SibiU

F814a França, Klauber Marques de

Abordagem das Síndromes coronarianas agudas em idosos em hospital geral do SUS. / Klauber Marques de França; orientador Profo. Sergio Baxter Andreoli. – Santas: [s.n], 2014.

101 f; (Dissertação de Mestrado) – Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

1. Síndromes coronarianas agudas. 2. Idosos. 3. Fatores de Risco. 4. Diretrizes. 5. Políticas públicas. I. Andreoli, Sergio Baxter. II. Universidade Católica de Santos. III. Abordagem das Síndromes coronarianas agudas em idoso em hospital geral do SUS.

CDU MON 614(043.3)

KLAUBER MARQUES DE FRANÇA

ABORDAGEM DAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS EM IDOSOS EM HOSPITAL GERAL DO SUS

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli

Orientador Membro Nato

Profª. Drª.Lourdes Conceição Martins

Membro Titular

Prof. Dr. Paulo Angelo Lorandi

Membro Titular

DEDICATÓRIA

A minha esposa Elainy Maria, aos meus filhos Anne Luize, Davi e Lucas que sempre estiveram ao meu lado durante o tempo desta pesquisa, fontes de inspiração e motivação diária.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Martinho e Edinalva, por me terem proporcionado uma educação com base no amor, na honestidade e na responsabilidade na manutenção dos princípios ensinados.

A minha esposa, Elainy Maria, pela dedicação e apoio em todos os projetos da minha vida.

Aos meus filhos, Anne Luize, Davi e Lucas, pela compreensão das minhas freqüentes ausências devido ao trabalho e estudo.

Ao meu Orientador, Dr Sérgio Baxter Andreoli, pela competência, dedicação, ensinamentos e apoio na orientação desta pesquisa.

A todos os professores do mestrado em Saúde Coletiva da UNISANTOS, especialmente a professora Dra. Lourdes Conceição Martins, pelo olhar de mestre como guia na trilha do conhecimento.

Às demais pessoas que contribuíram de forma direta e indireta na elaboração desta dissertação especialmente ao meu amigo Edmar Silva Mendes.

"Coisas que os olhos não viram, nem os ouvidos ouviram, nem o coração humano jamais imaginou, tais são os bens que Deus tem preparado para aqueles que o amam"

I COR 2,9

RESUMO

INTRODUÇÃO: As síndromes coronárias agudas (SCA) abrangem um espectro de doenças, que incluem a isquemia silenciosa, a angina instável e o infarto agudo do miocárdio (IAM) com ou sem supradesnivelamento do segmento ST. A doença arterial coronariana representa a principal causa de óbito no mundo inteiro e sua prevalência vem aumentando progressivamente em conseqüência do aumento da expectativa de vida e da sobrevivência aos quadros agudos. **OBJETIVO:** Analisar a abordagem realizada em idosos com síndrome coronariana aguda em um hospital geral do SUS. **MÉTODOS**: Estudo de corte transversal com amostra constituída por 31 pacientes idosos acima de 60 anos que apresentaram sintomas clínicos compatíveis com coronariopatia aguda com ou sem supradesnível do segmento ST no eletrocardiograma de 12 derivações com até 07 dias de evolução atendidos no hospital deputado Janduhy Carneiro em Patos-PB. A análise realizada foi descritiva em todas as variáveis do estudo. **RESULTADOS**: Dos participantes da amostra 22 (71%) eram do sexo feminino, a faixa etária predominante foi de 71 a 80 anos em 16 (51,6%) dos casos. Os fatores de riscos mais prevalentes encontradas foram a hipertensão arterial 27 casos (87,1%), história familiar para doença arterial coronária 18 casos (58,1%) e diabetes mellitus 08 casos (25,8%). Houve uma associação com alta mortalidade para pacientes classificados em Killip III e alto risco no TIMI Risk escore. Apenas nove (36%) dos pacientes infartados com supra de ST fizeram terapia de recanalização com fibrinolítico. Medicações como betabloqueador e heparina foram menos utilizadas na admissão e medicações como AAS, betabloqueador, inibidores da enzima conversora da angiotensina e estatinas deixaram de ser prescritas com freqüência na alta hospitalar. Houve uma alta mortalidade dos pacientes idosos verificada no estudo em 35,5% dos casos. **CONCLUSÃO:** Os problemas detectados nos idosos com SCA esbarram na precariedade do modelo de saúde e não seguimento das diretrizes vigentes. Fica evidente a necessidade de novos padrões de atenção à saúde com aplicação de políticas públicas desde a ênfase na prevenção de fatores de risco cardiovasculares, na capacitação dos profissionais de saúde até o uso de terapêuticas comprovadamente eficazes para diminuir esta alta mortalidade.

Palavras-chave: Síndromes Coronarianas Agudas. Idosos. Fatores de Risco. Diretrizes. Políticas públicas

ABSTRACT

INTRODUCTION: The acute coronary syndromes (ACS) cover a spectrum of diseases, which include the silent ischemia, unstable angina and acute myocardial infarction (AMI) with or without ST-segment elevation. Coronary artery disease is the leading cause of death worldwide and its prevalence has been increasing progressively as a result of the increase in life expectancy and the survival of acute cases. **OBJECTIVE:** To analyze the approach performed by the SUS in elderly with acute coronary syndrome in a general hospital. **METHODS**: A cross-sectional study with a sample consisting of 31 elderly patients older than 60 years who were presented with clinical symptoms compatible with acute coronary artery disease with or without ST-segment elevation in 12-lead electrocardiogram with up to 07 days of evolution in the Deputado Janduhy Carneiro hospital in Patos-PB. The analysis was descriptive in all the variables of the study. **RESULTS**: From the sampled patients, 22 (71%) were female, the predominant age range was from 71 to 80 years in 16 (51,6%) of the cases. The most prevalent risk factors found were hypertension, 27 cases (87.1 %), family history of coronary artery disease, 18 cases (58.1 %) and diabetes mellitus, 08 cases (25.8 %). There was an association with high mortality for patients classified in Killip class III and high risk in TIMI Risk score. Only nine (36 %) patients with myocardial infarction with ST segment elevation did therapy recanalization with fibrinolytic therapy. Medications such as beta-blockers and heparin were used less in the admission and medications such as aspirin, beta-blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors and statins are no longer prescribed frequently in hospital discharge. There was a high mortality of elderly patients (35.5% of cases) found in the study. **CONCLUSION:** The problems detected in the elderly with SCA collide in the precariousness of the health model and does not follow the current guidelines. It is evident, therefore, the need for new standards of care in health care with implementation of public policies since the emphasis on prevention of cardiovascular risk factors, in the training of health professionals to the use of therapies that have proven effective for reducing this high mortality.

Key words: Acute Coronary Syndromes. Elderly. Risk Factors. Therapy. Guidelines. Public Politics.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

TABELA 1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA REFERENTE AO GÊNERO, ETNIA E FAIXA ETÁRIA.....**42**

TABELA 2 - ESTRATÉGIA DE RECANALIZAÇÃO NO IAM COM SUPRA.....46

TABELA 3 - ANÁLISE DESCRITIVA DO USO DE MEDICAMENTOS NA ADMISSÃO, USO DURANTE E APÓS AS PRIMEIRAS 24 HORAS DE INTERNAÇÃO E NA ALTA HOSPITALAR.....**47**

TABELA 4 - ANÁLISE DESCRITIVA DE EVENTOS CLÍNICOS DURANTE A INTERNAÇÃO.....**48**

FIGURA 1 - FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES PARA DAC **43**

FIGURA 2 - CLASSIFICAÇÃO DE KILLIP NA ADMISSÃO E MORTALIDADE HOSPITALAR.....**44**

FIGURA 3 - ESCORE TIMI RISK E MORTALIDADE HOSPITALAR PARA PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO. **45**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido Acetil Salicílico
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AI	Angina Instável
ACPT	Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea
BB	Betabloqueador
BRE	Bloqueio do Ramo Esquerdo
BRACE	Brazilian Registry on Acute Corononary Syndromes
BIA	Balão Intra-Aórtico
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DAC	Doença arterial coronariana
DC	Diretrizes Clínicas
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabete Mellitus
EAP	Edema Agudo de Pulmão
ECG	Eletrocardiograma
FEVE	Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo
FRCV	Fator de Risco CardioVascular
GRACE	Global Registry of Acute Coronary Events
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HRDJC	Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	Índice de Massa Corporal
IAMCSST	Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST
IAMSSST	Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
ICP	Intervenção Coronária Percutânea
IECA	Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica

RC	Reabilitação Cardíaca
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SBC	Sociedade Brasileiro de Cardiologia
SCACSST	Síndrome coronariana Aguda com Supra do Segmento ST
SCASSST	Síndrome Coronariana Aguda sem Supra do Segmento ST
SK	Estreptoquinase
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Teste Ergométrico
TIMI	Thrombolysis in Miocardial Infarction
TnI	Troponina I
TNK	Tenecteplase
TnT	Troponina T
t.PA	Altivador Tissular de Plasminogênio Tecidual
TVS	Taquicardia Ventricular Sustentada
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

1. INTRODUÇÃO 15

1.1. Epidemiologia 15

1.2. Fatores de Risco Cardiovascular 18

1.3. Síndrome Coronariana Aguda 20

1.4. Síndrome Coronariana Aguda em Idosos 24

1.5. Diretrizes em SCA 26

1.6. Políticas Públicas para Idosos 28

2. OBJETIVOS 33

2.1. Objetivo Geral 34

2.2. Objetivos Específicos 34

3. MÉTODO 36

3.1. Tipo e local do Estudo 36

3.2 População e Amostra 36

3.3. Instrumento para Coleta dos Dados 37

3.4. Procedimento para a Coleta dos Dados 38

3.5. Análise dos Dados 39

4. RESULTADOS 42

5. DISCUSSÕES 50

5.1. Perfil da amostra e fatores de risco cardiovasculares 50

5.2. Escores de Prognóstico 53

5.3. Estratégia de Recanalização no IAM com Supra 54

5.4. Terapêutica Farmacológica e Diretrizes 56

5.5. Mortalidade e Eventos Clínicos 59

5.6. Políticas Públicas para Idosos com SCA 60

6. CONCLUSÃO 67

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 70

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 72

9. ANEXOS 85

9.1 ANEXO I 85

9.2 ANEXO II 88

1 INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Epidemiologia

A população mundial está envelhecendo, como resultado do avanço das últimas décadas em cuidados de saneamento básico, no controle e prevenção de infecções, na identificação mais precoce e no melhor controle de doenças degenerativas, devido ao grande avanço tecnológico em exames de imagem que permitem a obtenção de diagnósticos mais refinados e graças ao desenvolvimento de medicamentos e intervenções percutâneas ou cirúrgicas mais eficazes (CARVALHO, 2012).

Durante o processo de industrialização no Brasil, a população era composta por um grande percentual de crianças e jovens, demonstrado por uma base larga da pirâmide etária. Porém, entre a década de 1970 e 2010 esta pirâmide etária sofreu um estreitamento em função dos avanços da medicina e do nível de instrução da população, acarretando em uma redução da taxa de mortalidade e natalidade. A conseqüência deste fato foi à inversão da pirâmide etária, fruto deste processo de transição demográfica. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) verificou que a esperança de vida ao nascer no Brasil em 2011 era de 74,8 anos (FREITAS et al., 2013).

Segundo dados do IBGE os idosos são hoje 23,5 milhões de pessoas, 11,3 % da população total do país. O instituto considera idosas as pessoas com 60 anos ou mais, mesmo limite de idade considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para os países em desenvolvimento. Estima-se que em 2020 a população idosa deva chegar a 30 milhões de pessoas (13 % do total) (IBGE, 2013).

O cenário de envelhecimento populacional brasileiro ocorre associado a uma intensa desigualdade socioeconômica, que produz riscos múltiplos à saúde, fenômeno conhecido como complexidade epidemiológica. Grande parte da morbimortalidade se concentra em doenças crônico-degenerativas, em geral associadas em quadros de co-morbidade, que demandam assistência de alta complexidade. Neste contexto, destacam-se as doenças do aparelho circulatório e, dentre elas, o infarto agudo do miocárdio (IAM) (LUZ et al., 2010).

A prevalência de doença arterial coronariana (DAC) vem aumentando progressivamente em todo o mundo em conseqüência do aumento da expectativa de vida e da sobrevivência aos quadros agudos. Fatos que também são verificados no Brasil (DATASUS, 2013).

A doença arterial coronariana (DAC) ou síndrome coronariana aguda (SCA) representa a principal causa de óbito no mundo inteiro. Nenhuma outra doença tem maior impacto clínico ou determina maiores gastos financeiros (OMS, 2010).

A mortalidade após a SCA é maior entre os idosos. Em 2004, 35% de todos os óbitos entre indivíduos com idade maior que 65 anos nos Estados Unidos da América (EUA) foram devido à SCA. As taxas de mortalidade por SCA estão em torno de 2,1% para os indivíduos com menos de 55 anos, mas em torno de 26,3% para aqueles com mais de 85 anos. Entre aqueles que sobrevivem à fase aguda, o risco de mortalidade permanece alto no seguimento de longo prazo (AVEZUM et al., 2005).

O escore prognóstico GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events; em português: Registro Global de Eventos Coronarianos Agudos) mostrou que a taxa de mortalidade entre os indivíduos entre 75 e 84 anos de idade foi de 15% durante o primeiro ano após a SCA, com taxas de 25% para pacientes com mais de

85 anos (AVEZUM et al., 2005). A probabilidade de óbito um ano após um episódio agudo para pacientes com 75 anos foi de uma em cinco, e para os pacientes com idade maior de 85 anos, a probabilidade passou de um em cada quatro (RAMOS et al., 2012).

Nas últimas décadas, o surgimento das unidades coronarianas, o uso disseminado de fibrinolítico, betabloqueadores, ácido acetilsalicílico e o desenvolvimento da angioplastia transluminal coronariana, contribuíram para a redução da taxa de mortalidade hospitalar pós IAM de 30% na década de 50, para os atuais 6% a 10%. Entretanto, a variabilidade na mortalidade hospitalar é considerável e está relacionada a diferenças nos perfis de gravidade e na qualidade da assistência médica prestada (PEREIRA et al., 2009).

No Brasil, os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) mostram mortalidade elevada para os pacientes que internam com infarto agudo do miocárdio em torno de 15,32%. Além disso, como o infarto agudo do miocárdio é uma das principais causas de morte no país; 25 a 35% dos infartados morrem antes de receber cuidados médicos (BRASIL, 2011).

Considerando que muitos casos de infarto não são internados ou são internados pelo sistema suplementar de saúde, estima-se em 300 a 400 mil o número de infarto ao ano no país e que a cada cinco a sete casos ocorra um óbito (GRAVINA et al., 2010).

As Doenças Cardiovasculares (DCV) permanecem como principal causa de morte nos países desenvolvidos e nos em desenvolvimento, embora se observe nas últimas décadas um declínio nessa taxa de mortalidade. Há, entretanto, evidências de diferenças importantes nessa queda em relação à distribuição geográfica, faixa etária, gênero, etnias e nível socioeconômico (BAENA et al., 2012).

A manutenção de tendência de declínio, no entanto, parece ser questionável, uma vez que a prevalência de alguns fatores de risco, como obesidade e diabete melito tem aumentado. Estudos com grandes populações demonstram que o risco atribuído a esses fatores é significativo. Por sua vez, a análise do impacto exercido pelo controle de outros fatores de risco, seja em prevenção primária, seja em secundária, demonstra que o controle desses fatores é determinante para a redução da mortalidade cardiovascular que tem sido observada. Nos Estados Unidos, metade da redução da mortalidade cardiovascular em duas décadas pôde ser explicada por um melhor controle dos fatores de risco, enquanto a outra metade foi atribuída aos tratamentos específicos das doenças específicas (BAENA et al., 2012).

1.2. Fatores de Risco Cardiovascular

O *Framingham Heart Study* é uma coorte em que se acompanham os indivíduos para avaliar a incidência dos desfechos (doença cardíaca e cerebro-vascular) entre os indivíduos expostos ou não aos fatores de interesse. Já o *INTERHEART Study* é um estudo multicêntrico com delineamento caso-controle que se caracteriza pela obtenção das informações de forma retrospectiva. Com base nos resultados observados tanto no *Framingham Heart Study* quanto no *INTERHEART Study*, foram estabelecidos como fatores de risco de maior probabilidade para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV) o tabagismo, a hipertensão arterial, as dislipidemias e o diabete melito. A obesidade total e central e o sedentarismo também se associam positivamente com o risco de desenvolver DCV (VIEBIG apud FERREIRA et al., 2010).

Esses fatores ocorrem comumente na forma simultânea, o que caracteriza maior risco se comparado à soma do efeito de cada um isoladamente, como um indício de sinergia. A predisposição genética e os fatores ambientais podem contribuir para simultaneidade desses fatores, em indivíduos com estilo de vida pouco saudável (FERREIRA et al., 2010).

A DAC se destaca entre as doenças cardiovasculares pela magnitude, nas suas diferentes manifestações clínicas. A maior prevalência em idosos é esperada e ocorre por causa de uma combinação de fatores que vão além das alterações fisiológicas próprias da idade, com destaque para acumulação dos efeitos dos fatores de risco ao longo da vida (PEREIRA et al., 2008).

Entre as inúmeras condições associadas à DAC, apontadas na literatura, a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia e o tabagismo são os mais potentes fatores de risco para essa doença. O aumento da prevalência de doença isquêmica referida com maior aglomeração de fatores de risco cardiovasculares (FRCV) chama a atenção para a importância da medida de risco cardiovascular baseada no número de fatores de risco que o indivíduo apresenta (PEREIRA et al., 2008).

Nesse sentido, os fatores de risco cardiovasculares relacionados à aterosclerose podem ser divididos de acordo com suas possibilidades de modificação, seja através de mudanças de comportamento ou tipos de tratamento indicados. Assim, têm-se os grupos de fatores de risco modificáveis e os não modificáveis (SILVA et al., 2010).

Os fatores de risco modificáveis podem ser controlados e até excluídos; incluindo tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, a intolerância à glicose e diabetes mellitus não insulinodependente, sedentarismo, obesidade, uso de anticoncepcionais hormonais, estresse e dislipidemia. Já os fatores não modificáveis

são a etnia, sexo e idade; história familiar e ocorrência da menopausa (SILVA et al., 2010).

Após cinco décadas de entendimento dos fatores relacionados à gênese da aterosclerose e das doenças do coração, tem sido observada ao redor do mundo uma progressão em relação ao controle dos fatores de risco. Houve uma redução de 59% na mortalidade por Doença Arterial Coronariana (DAC) no período de 1950 a 1999 nos Estados Unidos (GALON et al., 2010).

No Brasil, os resultados ainda são conflitantes, mas várias iniciativas do Ministério da Saúde foram adotadas para reduzir o impacto das doenças não transmissíveis (incluindo as cardiovasculares) na população brasileira, como o rastreamento de diabetes mellitus em nível nacional, a implementação de campanhas sobre HAS e a aplicação de protocolos para manejo agressivo da dislipidemia em cardiopatas, entre outros (PETERSEN et al., 2011).

Os fatores de risco principais referente à mortalidade mundial são a HAS (responsável por 13% das mortes globais), tabagismo (9%), hiperglicemia (6%), sedentarismo (6%), sobrepeso e obesidade (5%) e colesterol elevado (4,5%), aumentando o risco de doenças crônicas como doença do coração, diabete e cânceres. Oito fatores de risco – etilismo, tabagismo, HAS, elevado índice de massa corporal (IMC), colesterol elevado, hiperglicemia, pouca ingesta de frutas e vegetais e sedentarismo – são responsáveis por 61% de perda de anos de vida saudável e 61% de mortes cardiovasculares, principalmente por doença isquêmica do coração (PETERSEN et al., 2011).

1.3. Síndrome Coronariana Aguda

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) refere-se a uma constelação de sintomas clínicos que são compatíveis com isquemia aguda do miocárdio, englobando, por isso, angina instável (AI) e infarto agudo do miocárdio miocárdio sem supradesnivelamento de ST (IAMSSST) e IAM com supradesnivelamento de ST (IAMCSST). Estudos anatomopatológicos e angioscópicos mostraram que a Angina Instável e o infarto Agudo do Miocárdio são diferentes apresentações clínicas resultante de um mecanismo fisiopatológico comum, que é a ruptura ou fissura da placa aterosclerótica, com diferentes graus de trombose e estenose coronária. (LIBERMAN et al., 2012).

A apresentação clínica de pacientes com isquemia miocárdica aguda pode ser muito diversa, cerca de 75% a 85% dos pacientes apresentam dor torácica como sintoma predominante. A dor, usualmente prolongada (> 20 minutos) e desencadeada por exercício ou por estresse, pode ocorrer em repouso. A dor é geralmente intensa podendo ser aliviada com repouso ou uso de medicamentos antiisquêmicos e estar associada a alguns sintomas como dispnéia, náuseas e vômitos. Em pacientes com angina prévia, a mudança do caráter da dor é um indicador de instabilização. A obtenção de história detalhada das características da dor auxilia muito no diagnóstico (PIEGAS et al., 2009).

O exame físico é freqüentemente pobre e inespecífico. Menos de 20% dos pacientes apresentam alterações significativas na avaliação inicial. Entretanto, a presença de estertores pulmonares, hipotensão arterial sistêmica (pressão arterial sistólica < 110 mmHg) e taquicardia sinusal coloca o paciente em maior risco de desenvolver eventos cardíacos nas 72 horas seguintes. O exame físico deve auxiliar no diagnóstico diferencial de dissecção da aorta e no de complicações pulmonares ou cardíacas, como pericardite e estenose aórtica (PIEGAS et al., 2009).

.O eletrocardiograma (ECG) representa uma das mais importantes ferramentas nas síndromes coronarianas agudas (SCA), diferenciando duas entidades clínicas, a SCA com supradesnivelamento do segmento ST e a SCA sem o supradesnivelamento do segmento ST, com conseqüentes diferentes estratégias de tratamento. O infradesnivelamento do segmento ST e alterações na onda T são marcadores elétricos de doença arterial coronariana instável. No presente, o ECG permanece como um teste prontamente disponível e não-invasivo (TEIXEIRA et al., 2010).

Em pacientes admitidos com dor precordial prolongada e apresentando supradesnível do segmento ST ao eletrocardiograma, são dosados os marcadores bioquímicos de lesão miocárdica. Os marcadores atualmente disponíveis começam a se elevar na circulação sanguínea após o tempo ideal de reperfusão arterial coronária e não são essenciais para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Nesses casos, deve-se iniciar rapidamente uma estratégia de reperfusão coronária sem aguardar seus resultados (PIEGAS et al., 2009).

A restauração do fluxo coronariano é o principal objetivo terapêutico no Infarto Agudo Miocárdico (IAM) com elevação de segmento ST. Essa reperfusão poderá ser feita por agentes fibrinolíticos ou pela Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea (ACTP) primaria (ANTMAN et al., 2004).

Alguns pacientes podem ser inicialmente tratados quimicamente por agentes fibrinolíticos e em seguida necessitar de angioplastia para abertura da artéria relacionada ao infarto (denominada angioplastia de resgate). As terapias de reperfusão representaram uma revolução no manejo desses pacientes, diminuindo a mortalidade dessa grave doença para menos de 4% (MARTINS, 2013).

A melhor terapia de recanalização é aquela que esta mais rapidamente disponível e inclusive pode e deve ser prescrita já na ambulância do sistema pré-hospitalar, se tiver condições técnicas e pessoal treinado, quanto mais precocemente se indica uma reperfusão, melhor o prognóstico dos pacientes (MEHTA et al., 2004).

A mortalidade aumenta para cada trinta minutos de retardo da terapêutica, qualquer retardo implicará maiores chances de óbito e de complicações. Todo pronto- socorro que não dispõe de angioplastia tem de ter trombolítico e um sistema ágil, 24 horas, para transferência de pacientes para centros intervencionistas, quando isso for necessário. Quando se têm disponíveis os tratamentos (trombolíticos e angioplastia), claramente a angioplastia primaria é a melhor terapêutica disponível para IAM com elevação do segmento ST, reduzindo óbito, reinfarto e acidente vascular cerebral hemorrágico (TING et al., 2006).

Segundo Martins (2013) especialmente no Brasil, a grande maioria dos serviços de urgências e emergências não possui centro de hemodinâmica nem capacidade imediata de transferência para esse centro que possam preencher os critérios necessários para angioplastia primaria. Por isso, a terapêutica habitualmente disponível é a trombólise química, ou seja, uso de trombolíticos. Da mesma forma, pelo baixo preço, quase sempre a disponibilidade é apenas da estreptoquiinase. O trombolítico é especialmente efetivo nas primeiras três horas do inicio dos sintomas (especialmente na primeira hora). A trombólise, em geral, é capaz de salvar vidas e deve ser feita por qualquer médico que trabalha em um pronto socorro.

1.4. Síndrome Coronariana Aguda em Idosos

Os idosos com síndrome coronariana aguda (SCA) geralmente apresentam perfil de risco diferente dos não idosos: têm maior prevalência de hipertensão arterial, diabete melito, infarto do miocárdio prévio, angina, doença vascular periférica, acidente vascular encefálico (AVE), doença multiarterial e insuficiência cardíaca. Por outro lado, apresentam níveis menos elevados de colesterol e menor prevalência de tabagismo. Geralmente, o idoso apresenta-se para o atendimento médico mais tardiamente, após o início dos sintomas (GALON et al., 2010).

No caso das SCA, ao invés de dor, freqüentemente apresentam os chamados “equivalentes isquêmicos”, como dispnéia, mal estar, confusão mental, síncope ou edema pulmonar. Ainda em relação aos não idosos, os idosos têm menor elevação das enzimas cardíacas e maior ocorrência de SCA sem SST (LIBERMAN et al., 2012).

Marcadores bioquímicos de lesão miocárdica devem ser solicitados em todos os idosos com suspeita de SCA. Os marcadores devem ser medidos na admissão e repetidos pelo menos uma vez, após 6-9 horas (preferencialmente após 9-12 horas do início dos sintomas), caso a primeira dosagem seja normal ou discretamente elevada. Os marcadores bioquímicos de escolha são a CPK-MB massa e troponinas (GRAVINA et al., 2010).

A idade é um fator importante na decisão clínica, mas sua importância é secundária a outros fatores. Os pacientes idosos com síndromes coronárias agudas sem supradesnivelamento do segmento ST, apesar de apresentarem doença coronária mais extensa e grave, têm menor indicação de cinecoronariografia (cateterismo cardíaco) e de procedimentos de revascularização. Ocorre, também,

diminuição da prescrição de drogas antiisquêmicas, betabloqueadores e heparina (MORIEL et al., 2008).

A demora em procurar atendimento médico é comum nos idosos, sendo um fator que impede o tratamento adequado. Por serem atípicos, os sintomas da SCA podem não ser reconhecidos pelo próprio paciente. Alterações cognitivas e problemas socioeconômicos (isolamento, dificuldade de transporte, falta de recursos financeiros etc.), também contribuem para esse atraso (MOHALLEM, 2011).

Há outros fatores que levam á não utilização de reperfusão (angioplastia ou trombolíticos) nos idosos: os achados eletrocardiográficos basais de duração indeterminada e a ausência de dor no momento do atendimento, além do atraso em apresentações acima de 6 h do inicio dos sintomas (SANTOS et al., 2006).

Em torno de 9% dos idosos tem contraindicações absolutas ao uso de trombolíticos. As contraindicações relativas, como hipertensão não controlada, acidente vascular prévio, demência e uso crônico de anticoagulante são muito mais freqüentes nessa população. Os idosos têm maior risco de morte após um infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST), tanto por complicações elétricas como mecânicas, e mais da metade dos pacientes acima de 75 anos evolui com insuficiência cardíaca (MOHALLEM, 2011).

O IAMCSST no indivíduo idoso é mais freqüente e mais grave do que no jovem. Mais de 60% de todos os óbitos no IAM ocorrem em pacientes com idade maior que 75 anos. O principal objetivo no tratamento do IAMCSST é a rápida, precoce, completa e sustentada recanalização da artéria relacionada ao IAM. A reperfusão pode ser realizada com terapia fibrinolítica ou com intervenção coronária percutânea (GRAVINA et al., 2010).

Considerando-se as faixas etárias, a mortalidade decorrente de infarto agudo do miocárdio em 30 dias é de 10,9% entre 65 e 69 anos e de 23,2% naqueles com 85 anos ou mais, em conseqüência das diferenças nas características clínicas observadas com o aumento da idade (ROSAMOND et al., 2008).

1.5. Diretrizes em SCA

A busca por intervenções que promovam redução da incidência das doenças cardiovasculares é um desafio constante, sejam estas farmacológicas como intervencionistas (revascularização do miocárdio), destacando-se pelo beneficio comprovado na redução de eventos cardiovasculares maiores (MATTOS et al., 2013).

Registros prévios demonstraram que a aplicação das intervenções farmacológicas e invasivas, no cenário das síndromes coronárias agudas (SCA), ainda não é o ideal, com lacunas e perdas de oportunidades de tratamento, fundamentados nos ditames das diretrizes vigentes (MATTOS et al., 2013).

As SCA, que incluem a angina instável e o infarto agudo do miocárdio com ou sem supradesnivelamento do segmento ST, na última década, sofreram grande revolução do ponto de vista terapêutico No entanto, apesar do grande avanço tecnológico e farmacológico, os pacientes ainda apresentam alto risco de recorrência de eventos coronarianos em curto prazo, quando comparados àqueles com doença coronariana estável (SPOSITO et al., 2011).

Apesar dos avanços nas abordagens farmacológicas e mecânicas e da disseminação de suas recomendações, a aderência às terapias baseadas em evidências não é adequada. Pacientes elegíveis à terapia, que são idosos e mulheres, recebem um tratamento subterapêutico e/ou mais tardiamente, com

reflexos na taxa de morbidade e mortalidade. Esse fato se torna mais relevante devido ao aumento da incidência de angina instável (AI) e à taxa de 60% dos pacientes com esse quadro apresentarem mais de 65 anos de idade, sendo 46% deles do sexo feminino. A apresentação das SCA também influencia na qualidade de atendimento aos pacientes e de sua evolução, com pior desempenho no quadro de SCA sem Supradesnivelamento do Segmento ST (SSST) (SILVA et al., 2009).

Uma vez que a SCA representa um dos principais problemas de saúde pública, a busca por intervenções que apresentem benefício comprovado na redução da incidência dessa doença e de suas complicações passa a ser prioridade. Dentre as intervenções com beneficio comprovado, na redução de eventos cardiovasculares maiores, destacam-se as farmacológicas, como aspirina, trombolíticos e antiplaquetários, na admissão hospitalar, inibidores da enzima de conversão, estatinas e betabloqueadores na alta, as quais demonstraram redução de risco relativo variando de 6,5 até 25% em estudos prévios (MATTOS et al., 2011).

Registros prévios demonstraram que o uso dessas intervenções no cenário das síndromes coronarianas agudas (SCA) ainda é sub-ótimo, sugerindo, na admissão, taxas de utilização de aspirina variando entre 91 e 92%, e, na alta, variando entre 90 e 95%, uso de estatina, na alta, variando entre 26 e 57%, bem como uso de betabloqueadores na alta em menos de 63 a 77% dos pacientes (MATTOS et al., 2011).

As diretrizes da sociedade brasileira de cardiologia apoiam a estratégia intervencionista (realização de coronariografia e intervenção tão logo quanto possível, idealmente dentro de 24 horas da admissão) para reduzir a isquemia recorrente em pacientes de risco intermediário ou alto com SCA sem SST. Entretanto, em alguns subgrupos de alto risco, como os pacientes muito idosos, com

disfunção renal ou com insuficiência cardíaca, ainda é controverso o benefício da revascularização invasiva precoce (SANTOS et al., 2013).

A qualidade do tratamento clínico representa o principal foco das discussões de saúde pública, principalmente após publicações sobre erros médicos e a distância entre as práticas ideais e reais. Desenvolvimento de normatizações baseadas em diretrizes específicas, disseminação mais eficaz de tais recomendações e desenvolvimento de tecnologia da informação para promover a prática adequada são medidas fundamentais para promover a qualidade do tratamento médico (GRAVINA et al., 2010).

Existem diversas barreiras para a implementação das evidências comprovadamente efetivas na prática clínica, pois conhecer e difundir as informações corretas se torna sempre um desafio e não garantem a aplicabilidade consistente na prática clínica diária, pois falta a gestão das organizações de saúde e o entendimento de que as iniciativas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial precisam ser integradas e conduzidas no nível organizacional (ESCOSTEGUY et al., 2010).

As diretrizes da sociedade brasileira de cardiologia e geriatria são ferramentas que trazem informações derivadas da evidência disponível. Os níveis de evidência das recomendações e as metas a serem atingidas devem visar à implementação consistente das recomendações baseadas no maior nível de evidência, aliada ao bom senso, à exclusão de contraindicações e ao respeito à autonomia do próprio paciente (GRAVINA et al., 2010).

1.6. Políticas Públicas para Idosos

Com os avanços no tratamento da SCA a mortalidade no IAM, nos estudos observacionais caiu de 30% na década de 50 para menos de 5% nos registros mais recentes em países desenvolvidos, porém o tratamento moderno do IAM depende do uso de terapias de reperfusão, rápido acesso ao serviço médico e uso de medicações específicas com benefício comprovado. Embora a maioria das abordagens indicadas no tratamento do IAM estarem disponíveis no SUS, a mortalidade hospitalar pelo IAM continua elevada, o que exige uma ação integrada do Ministério da Saúde, Sociedades Científicas, gestores estaduais e municipais e hospitais (BRASIL, 2011).

Neste sentido, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM Nº 1600 de 07 de junho de 2011 que institui a Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS. A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. A Linha de Cuidado Cardiovascular foi definida como prioritária dentre as demais previstas na Rede (BRASIL, 2011).

Depois de definida uma política pública, são elaborados programas, projetos e pesquisas que continuamente devem ser avaliados por meio de um sistema de acompanhamento buscando a solução para o problema que originou todas as atividades, avaliando os processos, produtos e os impactos ocasionados. Estabelecem-se leis, diretrizes, planos, resoluções, estatutos e demais decisões provenientes do poder público (OLIVEIRA, 2013).

O envelhecimento da população é resultado de políticas assistencialistas para a melhoria de condições de vida, além do próprio desejo da população de viver cada vez mais. Entretanto, se as políticas não forem contínuas, se não houver mais

investimento, o seu sucesso enquanto prolongamento da vida irá tornar-se sua própria falência (CAMARANO, 2010).

O envelhecimento populacional ocasionou ainda em mudanças socioeconômicas relevantes como aumento da demanda por serviços sociais e de saúde, antes características de países desenvolvidos. Assim, fez-se necessária a reestruturação dos serviços de saúde aumentando a demanda pelos especializados de maior complexidade, além de capacitação da equipe envolvida na assistência a idosos (OLIVEIRA, 2013).

O Estatuto do Idoso (Lei 10741/2003 – Brasil) enfatiza a interface entre intersetorialidade e *direito à saúde*: "É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde" (Art.15). Incorpora o conceito de integralidade da atenção, ao afirmar que "o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhe todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade" (Art 2) (LUZ et al., 2010).

A Política Nacional do Idoso (PNI), a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e o Estatuto do Idoso são dispositivos que norteiam ações sociais e de saúde, garantem os direitos das pessoas idosas e obrigam o Estado à proteção dos mesmos. Porém, é sabido que a efetivação de uma política pública requer a atitude consciente, ética e cidadã dos envolvidos e interessados em viver envelhecendo de modo mais saudável possível, na qual o Estado, os profissionais

da saúde, o idoso e a sociedade em geral sejam co-responsáveis por esse processo (ANDRADE et al., 2013).

A implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) participa da reorganização da assistência à saúde, procurando dar respostas efetivas aos desafios impostos pelo processo de transição demográfica e epidemiológica. Historicamente, os problemas de saúde nos idosos esbarram na precariedade do modelo de saúde vigente. A baixa resolutividade da rede básica, a utilização dos hospitais como porta de entrada, a desconsideração das características peculiares dos idosos são alguns destes problemas. Fica evidente, portanto, a necessidade de novos padrões de atenção à saúde desta população (LUZ et al., 2010).

Em se tratando das doenças cardiovasculares analisadas neste estudo, nas quais o tempo é um fator primordial para o desfecho clínico, a adoção de estratégias consistentes e realizáveis é fundamental. A adoção de indicadores para avaliar a implementação de programas e políticas nos diversos níveis nos sistemas de saúde pode auxiliar na definição de estratégias de intervenção. Existe um número muito grande de informações disponíveis que não são utilizadas, nem para análise das situações de saúde, nem para a definição de prioridades.

Um modelo de utilização dos dados secundários disponíveis para a avaliação de políticas de saúde é importante, assim nosso objetivo é analisar a abordagem realizada em idosos com síndromes coronarianas agudas em um hospital geral do SUS, verificando os fatores de risco cardiovasculares para DAC em idosos, os procedimentos terapêuticos que influenciam na mortalidade de pacientes idosos com DAC e os fatores associados à morbidade de idosos com síndrome coronariana aguda (SCA) admitidos na urgência de um hospital geral e a sua

relação com a adoção das diretrizes clínicas de abordagem das SCA em pacientes idosos.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Analisar a abordagem realizada em idosos com síndromes coronarianas agudas em um hospital geral do SUS

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar os fatores de risco cardiovasculares para doença arterial coronariana (DAC) em idosos.
- Verificar os procedimentos terapêuticos que influenciam na mortalidade de pacientes idosos com DAC.
- Identificar fatores associados à morbidade de idosos com síndrome coronariana aguda (SCA) admitidos na urgência de um hospital geral e a sua relação com a adoção das diretrizes clínicas de abordagem das SCA em pacientes idosos.

3 METODOLOGIA

3. MÉTODO

3.1. Tipo e local do Estudo

Estudo de corte transversal realizado no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro – HRDJC, Patos – PB no período de abril de 2009 a abril de 2010.

3.2. População e Amostra

A população foi constituída por idosos acima de 60 anos com diagnóstico de síndrome coronariana aguda (SCA) atendidos no hospital regional Deputado Janduhy Carneiro (HRDJC) de um município do Sertão Paraibano. Foi utilizada uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 31 pacientes que apresentaram sintomas clínicos compatíveis com coronariopatia aguda com ou sem supradesnível do segmento ST no ECG de 12 derivações que inicialmente foram atendidos na urgência do hospital e transferidos para a unidade de tratamento intensivo (UTI) com até 07 dias de evolução e que aceitaram participar da pesquisa após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (ANEXO I).

Descrição do serviço

O hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro situado na cidade de Patos na Paraíba é um hospital de média e alta complexidade que apresenta 114 leitos cadastrados pelo SUS, 06 leitos de UTI, 06 leitos de cardiologia, 33 leitos de cirurgia geral e 75 leitos de clínica geral, além de um serviço de alta complexidade em

nefrologia e abrange uma população em torno de quinhentos e cinquenta e dois mil habitantes de 59 cidades atendidas e referenciadas para este hospital (IBGE, 2011).

3.3. Instrumento para Coleta dos Dados

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador no período de abril de 2009 á abril de 2010 e feita através do preenchimento da ficha clínica seguindo como modelo a ficha elaborada pelo estudo BRACE (Brazilian Registry on Acute Corononary Syndromes) no qual o hospital regional deputado Janduhy Carneiro foi um dos centros selecionados para esta pesquisa (NICOLAU et al., 2012).

O estudo ou registro BRACE é um estudo multicêntrico que teve o objetivo de analisar o comportamento de serviços especializados representativos de diferentes regiões do país, no que se refere á utilização de terapêuticas comprovadamente úteis no tratamento de pacientes portadores de síndrome coronariana aguda (NICOLAU et al., 2012).

A ficha clínica contém as seguintes variáveis:

- Demográficas: idade, sexo e cor da pele;
- Critérios de Inclusão: Sintomas clínicos compatíveis com coronariopatia aguda com ou sem supradesnível do segmento ST no ECG de 12 derivações, até 07 dias de evolução, idade ≥ 60 anos e assinatura no termo de consentimento Livre e Esclarecido.
- Critéiros de Exclusão: Participação anterior em algum outro registro.
- História médica prévia: hipertensão arterial, história familiar de doença arterial coronária, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, história de tabagismo e obesidade.

- Estratificação de Risco: TIMI Risk com Supra, TIMI Risk sem Supra e classificação de Killip na chegada ao hospital.
- Exames laboratoriais: glicemia da chegada e jejum, creatinina, leucócitos totais, colesterol total e frações nas 24 horas da internação, valor de pico de biomarcadores de necrose (CK MB, CPK, Troponina)
- Avaliação eletrocardiográfica
- Estratégia de recanalização no IAM com Supra
- Uso de medicamentos na admissão e alta hospitalar
- Eventos clínicos até a alta hospitalar

3.4. Procedimento para a Coleta dos Dados

Inicialmente o projeto foi encaminhado ao comitê de Ética em Pesquisa do HRJC para permissão e autorização para sua realização (Protocolo 0253/07 CEP-HCFMUSP). Após autorização da direção do hospital foram iniciadas as entrevistas, assegurando o sigilo ao teor das respostas. O estudo foi norteado pelos princípios éticos em pesquisa que envolvem seres humanos de acordo com a Resolução 466/12 do conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humano (CNS, 2012).

No primeiro contato, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a paciente, garantindo sigilo das informações e a continuidade do atendimento médico, independente da participação ou não no estudo. Após a assinatura, deu-se à coleta dos dados propriamente dita.

Os pacientes foram contatados nos locais de internamento, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou enfermaria até 07 dias de evolução foram informados

sobre a pesquisa e aqueles que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento informado. Após o que foram entrevistados e os dados complementares coletados em seus prontuários.

3.5. Análise dos Dados

A análise de dados foi descritiva por meio de tabelas de contingência e gráficos para variáveis demográficas, fatores de risco cardiovascular para doença arterial coronária, TIMI RISK, classificação dos pacientes segundo os critérios de Killip, estratégias de recanalização no IAM com Supra, terapêutica medicamentosa adotada na admissão e alta hospitalar, complicações e evolução

O escore TIMI (Thrombolysis in Miocardial Infarction) RISK foi calculado para angina instável e infarto agudo do miocárdio com ou sem supradesnivelamento do segmento ST para a estratificação de risco na apresentação do paciente no hospital.

O TIMI RISK escore se correlaciona com mortalidade e prognóstico, sendo maior o risco cardiovascular quanto maior for o escore dado pelo somatório de pontos atribuídos na avaliação no momento da chegada do paciente. Para os pacientes com SCASSST o escore envolve idade maior que 65 anos, presença de pelo menos três fatores de risco para DAC, diagnóstico de obstrução coronariana prévia maior que 50%, desnível do segmento ST no eletrocardiograma realizado na admissão, dois episódios de angina em 24 horas, uso de AAS (Ácido Acetilsalicílico) nos últimos sete dias e elevação de marcadores de necrose miocárdica. Cada fator de risco agrega 1 ponto, podendo totalizar 7 pontos o paciente com maior risco. A taxa de eventos incluindo morte, infarto agudo do miocárdio ou necessidade de revascularização urgente em 14 dias aumenta de 5% para pacientes com escore de

0 a 1, para 41% para pacientes com escore de 6 a 7 (COELHO, 2009).

Para os pacientes com IAMCSST o TIMI escore atribui diferentes pontuações para cada fator de risco envolvido, sendo eles: idade entre 65-74 anos (2 pontos), idade maior que 75 anos (3 pontos), pressão arterial sistólica abaixo de 100 mmHg (3 pontos), freqüência cardíaca acima de 100 batimentos por minuto (2 pontos), classificação de Killip entre II e IV (2 pontos), elevação de segmento ST em parede anterior ou bloqueio de ramo esquerdo ao eletrocardiograma (1 ponto), história de diabetes/hipertensão arterial/angina (1 ponto), peso corporal abaixo de 67 Kg (1ponto) e início de terapia de reperfusão após 4 horas (1 ponto) (STEFANINI & RAMOS, 2009).

A classificação de Killip utilizada no TIMI escore do IAMCSST serve para estimar a gravidade clínica do IAM com mortalidade crescente quanto maior for a classe de apresentação principalmente nas classes III e IV e atribui I para ausência de estertores pulmonares e ausência de terceira bulha (B3), II para estertores pulmonares nos 50% basais dos campos pulmonares ou menos e presença de B3, III para estertores pulmonares em mais de 50% dos campos pulmonares ou edema agudo de pulmão e IV para aqueles pacientes que se apresentam com edema pulmonar com hipoperfusão e choque cardiogênico (MARTINS, 2013).

Após a coleta dos dados em ficha clínica contento as variáveis a serem estudadas e preenchidas de acordo com o constante nos questionários, estes foram organizados em planilha no MS Excel 2007 do pacote Office da Microsoft e analisados através do pacote estatístico SPSS versão 17.0 com estatística descritiva. Os dados foram distribuídos em tabelas e gráficos.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

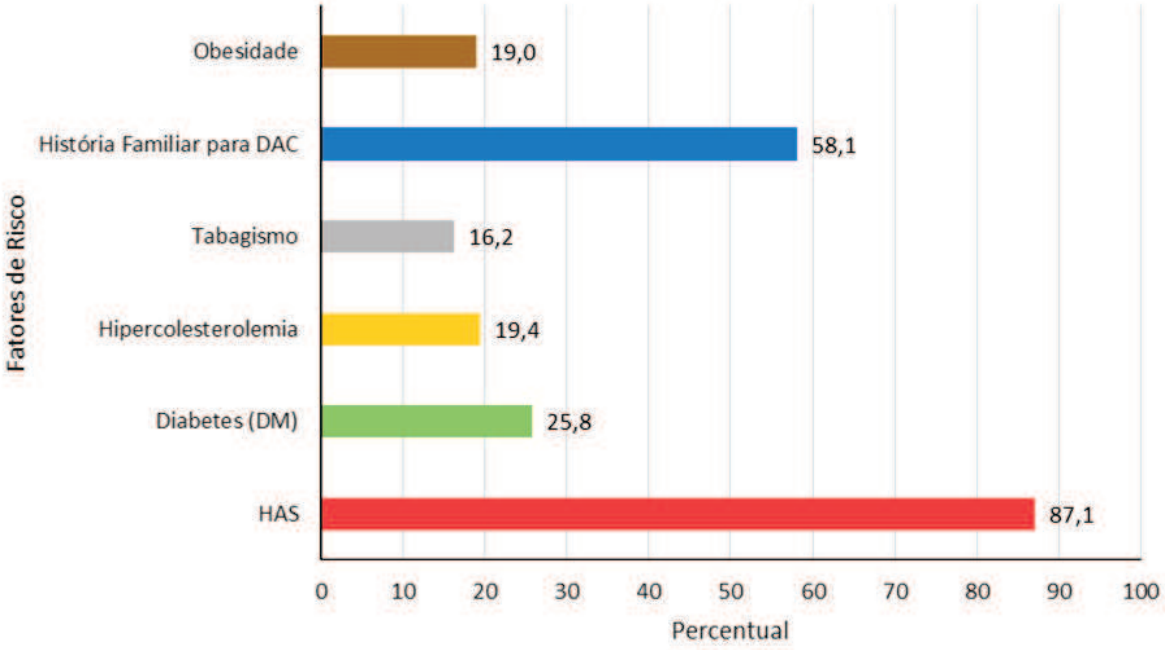
No total, 31 idosos participaram da pesquisa sendo 22 (71,0%) do sexo feminino e 09 (29,0%) do sexo masculino. A faixa etária predominante foi de 71 a 80 anos em 51,6% dos casos. A maioria da população estudada declarou ser de cor branca, totalizando 80,6% e da cor parda 19,4% (Tabela 1).

Tabela 1 Caracterização da amostra referente ao gênero, etnia e faixa etária

Variável		Freqüência nº	Percentual (%)
Gênero	Masculino	09	29,0
	Feminino	22	71,0
Etnia	Branca	25	80,6
	Parda	06	19,4
Faixa etária	60 – 70	11	35,5
	71 – 80	16	51,6
	81 – 90	04	12,9

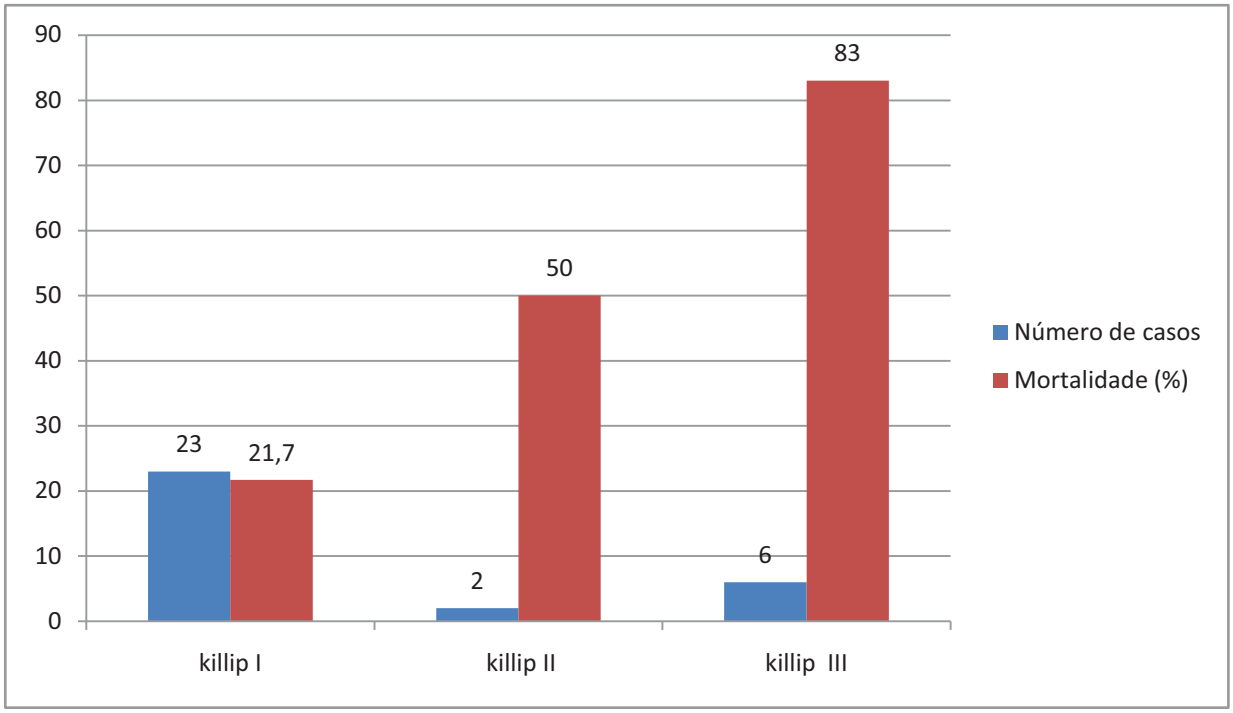
A Figura 1 mostra a proporção dos fatores de risco de doença arterial coronária nela podemos evidenciar que a hipertensão arterial sistêmica foi a mais prevalente perfazendo 87,1% da amostra, seguidos pela história familiar para DAC 58,1%, diabetes melitos 25,8 %, hipercolesterolemia 19,5%, obesidade 19% e o tabagismo com 16,1% dos casos.

Figura 1 - Fatores de risco cardiovasculares para DAC



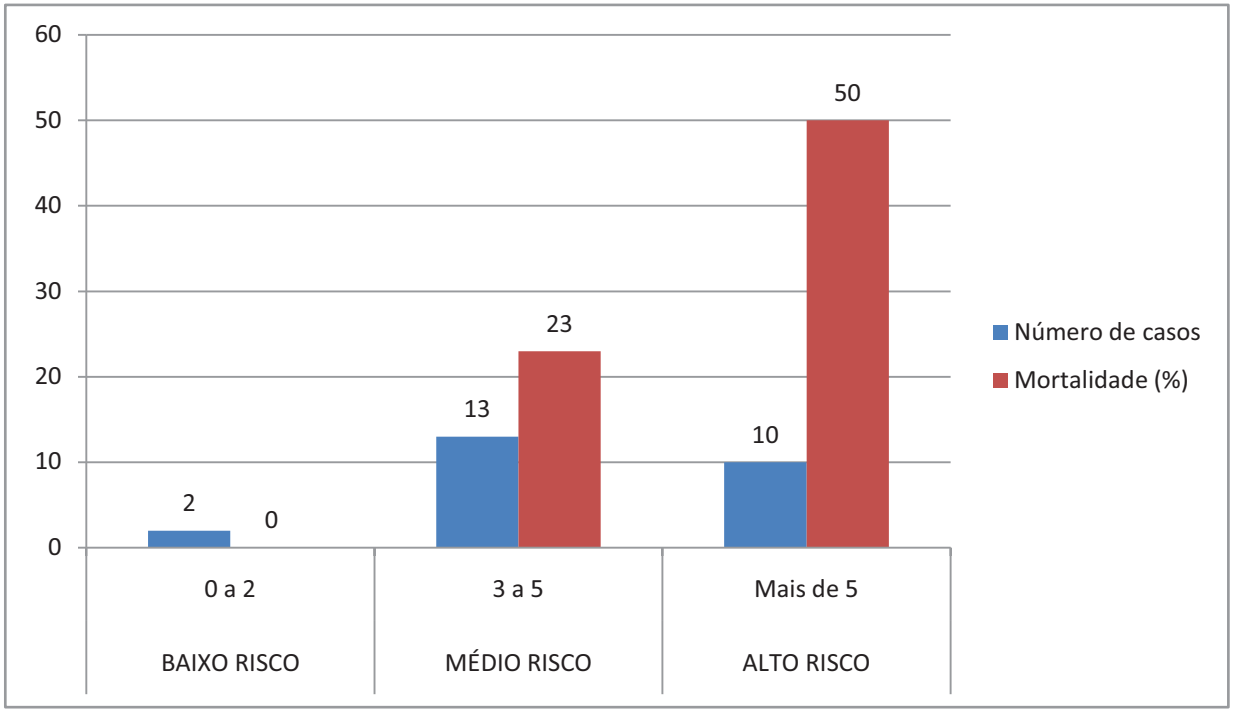
Na Figura 2 mostra que dos 31 pacientes do nosso estudo 23 tiveram classificação de killip na chegada ao hospital classe I (sem evidências de congestão pulmonar) com mortalidade de 21,7% dos casos, dois pacientes classe II (estertores pulmonares, distensão venosa jugular ou terceira bulha) com mortalidade de 50% dos casos e seis pacientes tiveram classificação classe III (apresentação de edema agudo de pulmão) com mortalidade de 83% e não houve apresentação classe IV.

Figura 2 - Classificação de Killip na admissão e mortalidade hospitalar.



Na fígura 3 apresenta o escore TIMI RISK para os pacientes admitidos com infarto agudo do miocárdio e a relação com mortalidade de acordo com a apresentação do risco. Do total de 31 pacientes da amostra tivemos 25 pacientes que tiveram infarto do miocardio com supradesnivelamento do segmento ST e destes, 02 pacientes se apresentaram com baixo risco (pontuação 0 a 2) e não houve mortalidade, 13 pacientes de médio risco (pontuação de 3 a 5) com 23% de mortalidade e 10 pacientes com alto risco (pontuação maior que 5) com mortalidade de 50% dos casos.

Figura 3 - Escore TIMI RISK e mortalidade hospitalar para paciente com infarto agudo do miocárdio.



Dos 25 pacientes que tiveram infarto com supradesnivelamento de segmento ST 09 pacientes, 36% da amostra receberam terapia de recanalização com fibrinolítico, o fibrinolítico utilizado foi a estreptoquinase e as razões principais para a sua não utilização em 64% dos casos foi o tempo maior que 12 horas do inicio dos sintomas (Tabela 2).

Outras causas averiguadas para não utilização do trombolítico em 37,5% dos casos foram o receio da utilização do trombolítico nos mais idosos, a não capacidade técnica dos médicos em reconhecer sintomas atípicos e comorbidades que podem retardar e mascarar o diagnóstico, a não elegibilidade ou as contra-indicações relativas para o uso dos mesmos (Tabela 2).

Tabela 2 - Estratégia de Recanalização no IAM com supra

Estratégia	Freqüência nº	Percentual (%)
Fez	09	36,0
Não Fez	16	64,0
Motivo p/ não utilização		
Tempo maior que 12 horas	10	63,0
Não utilização pelo medico plantonista	5	31,0
Contra indicação relativa pela idade	1	6,0

Quanto ao uso de medicamentos, receberam heparina não fracionada 21 (67,7%) pacientes, durante a fase intra-hospitalar na admissão e 18 (58,1%) pacientes receberam após as 24 h de internação. Receberam na admissão ácido acetilsalicílico (AAS) 31 (100%) dos pacientes, na dose variando de 100mg a 200mg e após as 24 horas do inicio dos sintomas 30 (96,8%). A administração de betabloqueador (BB) foi feita em 23 (74,2%) pacientes na admissão e o seu uso após as 24 horas de internação foi feito em 21 (67,7%). O inibidor da enzima de conversão de angiotensina (IECA) foi administrado em 24 (77,4%) pacientes e destes todos fizeram seu uso após 24 horas do inicio dos sintomas. (Tabela 3).

A estatina administrada foi a sinvastatina e ela foi utilizada em 27 (87%) pacientes durante e após 24 horas de internação. Nitrato foi administrado na admissão em 29 (93,5%) pacientes e após as 24 h de internação em 28 (90,3%) pacientes. (Tabela 3)

Não receberam após as primeiras 24 horas da internação AAS, BB, IECA e nitrato 01 paciente (3,2%), 10 pacientes (32,3%), 07 pacientes (22,6%) e 03 pacientes (9,7%) respectivamente e não receberam na alta hospitalar AAS, BB,

IECA, estatina e nitrato, 08 pacientes (25,8%), 14 pacientes (45,2%), 13 pacientes (41,9%), 12 pacientes (38,7%) e 09 pacientes (29%) respectivamente. (Tabela 3)

Tabela 3 - Análise descritiva do uso de medicamentos na admissão, uso durante e após as primeiras 24 horas de internação e na alta hospitalar

Medicação		Uso da medicação na admissão		Após as primeiras 24h de internação		Na alta hospitalar	
		nº	%	nº	%	nº	%
Heparina	Sim	21	67,7	18	58,1	0	0,0
	Não	10	32,3	13	41,9	0	0,0
AAS*	Sim	31	100,0	30	96,8	23	74,2
	Não	0	0,0	01	3,2	08	25,8
Beta Bloqueador	Sim	23	74,2	21	67,7	17	54,8
	Não	08	25,8	10	32,3	14	45,2
IECA*	Sim	24	77,4	24	77,4	18	58,1
	Não	07	22,6	07	22,6	13	41,9
Estatina	Sim	27	87,1	27	87,1	19	61,3
	Não	04	12,9	04	12,9	12	38,7
Nitrato	Sim	29	93,5	28	90,3	22	71,0
	Não	02	6,5	03	9,7	09	29,0

***AAS é Ácido Acetil Salicílico; IECA é Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina**

Na Tabela 4 observa-se a apresentação de eventos clínicos ou complicações cardiovasculares durante a fase intra-hospitalar, sendo a ocorrência de insuficiência cardíaca grave e hipotensão que requereu medicação foram as mais freqüentes ocorrendo em 29% dos pacientes. A recorrência do quadro de angina foi encontrada em 25,8% dos pacientes e a recorrência do infarto em 6,5%. Três pacientes apresentaram taquicardia ventricular sustentada, um paciente (3,2%)

apresentou acidente vascular encefálico e evoluíram para óbito um total de 11 pacientes (35,5%).

Tabela 4 - Análise descritiva de eventos clínicos durante a internação

Eventos Clínicos Durante a Internação		Freqüência	Percentual
Óbito	Sim	11	35,5
	Não	20	64,5
IAM* Recorrente	Sim	02	6,5
	Não	29	93,5
Angina	Sim	08	25,8
	Não	23	74,2
Hipotensão	Sim	09	29,0
	Não	22	71,0
ICC*	Sim	09	29,0
	Não	22	71,0
FVTV*	Sim	03	9,7
	Não	28	90,3
AVC*	Sim	01	3,2
	Não	30	96,8

***IAM é Infarto Agudo Miocárdio; ICC é Insuficiência Cardíaca Congestiva; FVTV é Fibrilação Ventricular e Taquicardia Ventricular e AVC é Acidente Vascular Cerebral.**

5. DISCUSSÕES

5. DISCUSSÕES

5.1. Perfil da amostra e fatores de risco cardiovasculares

Através dessa pesquisa observou-se maior número de mulheres idosas em 71% dos casos, 80,6% de cor branca e maior número de idosos na faixa etária de 71-80 anos em 52% dos casos colaborando com diversos estudos populacionais como em Stumm e colaboradores (2009) que apontam a maior proporção de mulheres nas faixas etárias avançadas e maior número absoluto de mulheres com doença arterial coronária (DAC).

Foi observado nessa pesquisa que a HAS desponta como o principal fator de risco cardiovascular em 87,1% dos idosos, este achado foi superior ao encontrado em estudos epidemiológicos brasileiros como em Ferreira e colaboradores (2010) e Cabrera e colaboradores (2005) os quais revelam uma prevalência de HAS de 80,4 % e 72,5% entre os idosos.

Cabe ressaltar que por dificuldades na obtenção de história concisa e correta em relação ao sedentarismo este dado não foi incluído em nossa estatística sendo caracterizado sedentarismo para o idoso segundo Gravina e colaboradores (2010), atividades com duração inferior a 150 minutos por semana.

Encontramos nesse estudo uma alta prevalência de história familiar para DAC em torno de 58,1%, embora exista uma grande variabilidade de resultados na literatura em COSTA (2007) e SILVIA e colaboradores (2009) onde encontramos uma prevalência em torno de 22 e 27% respectivamente. A prevalência de diabete melito nesse estudo em 25,8% foi superior ao registrado por outras pesquisas, de 19,1% em Ferreira e colaboradores (2010) e de 17,8% em Pereira e colaboradores (2008) em pesquisa sobre amostra brasileira de idosos.

O tabagismo em nosso estudo foi encontrado em 16,15% dos idosos. A proporção de tabagistas encontrada foi inferior ao encontrado em Caetano e colaboradores (2008) que observaram em Fortaleza-CE (27,6%), mas foi superior aos dados encontrados em Pelotas-RS (14,4%), SILVEIRA e colaboradores (2009), e na amostra brasileira (12,7%) (PEREIRA et al., 2008).

A prevalência de hipercolesterolemia foi observada em 19,4% dos casos, enquanto Pereira e colaboradores (2008) observaram que 33,1% dos idosos apresentaram este fator de risco cardiovascular. A menor prevalência de hipercolesterolemia em torno de 19,4% nesse estudo pode ser devido ao fato dos pacientes entrevistados não terem conhecimento da patologia ou de exames prévios realizados.

Os pacientes idosos nessa pesquisa foram considerados obesos (obesidade central) os que tiveram circunferência abdominal maior que 88 cm para mulher e maior que 102 cm para homem em 45,1% dos casos.

A obesidade segundo Gravina e colaboradores (2010) vem aumentando entre os idosos nas ultimas décadas, tendo sido detectado prevalência de 30% entre idosos ambulatoriais brasileiros, embora a perda de peso diminua fatores de risco, melhore estado funcional e mobilidade em idosos com excesso de peso, com benefícios óbvios, faltam evidências demonstrando quais os níveis a serem considerados como peso ideal e sobrepeso, além disso, a maioria dos estudos mostrou associação negativa ou ausência de associação entre índice de massa corpórea (IMC) e mortalidade por todas as causas.

Segundo Marcolino e colaboradores (2013) apesar da redução progressiva da mortalidade por DCV no Brasil, as taxas de morte continuam elevadas e podem ser decorrentes da alta prevalência e, ao mesmo tempo, ao ainda pobre controle dos

fatores de risco para as DCV em nossa população. Sabe-se que o controle dos fatores de risco é responsável por pelo menos 50% na redução da mortalidade por DCV. Por exemplo, a hipertensão arterial é o fator de risco cardiovascular mais prevalente em nosso estudo e conforme Mansur & Favarato (2012) somente 30% dos hipertensos no Brasil têm a pressão arterial sob controle.

Neste estudo foi evidenciada a elevada prevalência dos FRCV nos idosos atendidos na unidade hospitalar da cidade de Patos- PB. A prevalência de hipertensão arterial, diabete melito, obesidade, foi superior ao que se encontra na maioria dos estudos. Dados como esse aumentam a importância do desenvolvimento de ações assistenciais e educacionais contínuas para o cuidado com a saúde dos idosos, bem como da prevenção de agravos cardiovasculares. As informações dos fatores de risco podem colaborar na abordagem multiprofissional à saúde do idoso, voltada para a prevenção de complicações relacionadas às doenças cardiovasculares e para o desenvolvimento de políticas públicas para o envelhecimento saudável.

Mesmo que no discurso estejam presentes os modelos mais contemporâneos e resolutivos de saúde, o mesmo não se observa na prática clínica assistencial. Embora os principais conceitos de prevenção estejam assimilados pelos profissionais da área e gestores dos serviços de saúde, percebe-se muita dificuldade na operacionalização, particularmente quando nos concentramos no grupo etário dos idosos e como o principal fator de risco associado aos problemas de saúde do idoso é a própria idade, e a multiplicidade de doenças crônicas é uma característica freqüente entre idosos, a estratégia de intervenção e cuidados deve ser distinta em relação à empregada nas demais faixas etárias. É preciso monitorar os problemas de saúde do idoso e identificar os fatores de risco para doenças

cardiovasculares, pois a cura na maioria das vezes é improvável, mas deve-se buscar a estabilização do quadro e manter a capacidade funcional priorizando a qualidade de vida.

5.2. Escores de Prognóstico

A classificação killip segundo Martins (2013) serve para estimar a gravidade clinica do IAM com mortalidade crescente quanto maior for a classe de apresentação principalmente nas classes III e IV.

Em análise multivariada, a classe de Killip-Kimball é o preditor mais poderoso de prognóstico, com aumento de duas vezes no risco de morte a cada piora de classe. Outros autores também destacam a classe de Killip como a variável independente mais relacionada à mortalidade. Em Pereira e colaboradores (2009), 54,8% dos pacientes com Killip de II a IV foram a óbito.

Com óbito em 11 pacientes dos 31 pacientes da nossa amostra, 36% do total de pacientes houve uma correlação comprovada com maior mortalidade nos pacientes classe III de Killip do nosso estudo, tendo uma mortalidade de 83% dos casos.

O escore TIMI, para infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST, foi descrito originalmente baseado em oito variáveis. Esse escore tem sido apontado como um método simples, facilmente aplicável à beira do leito e com bom poder discriminatório em relação às complicações clínicas e mortalidade precoce, logo a utilização de escores prognósticos para estratificação de risco pós-infarto torna-se uma ferramenta importante no manejo desses pacientes e segundo Barbosa e colaboradores (2012) a determinação do prognóstico do paciente

possibilita a indicação precoce de procedimentos complexos como cinecoronariografia, angioplastia e revascularização cirúrgica para casos de alto risco e tempo menor de internação para indivíduos de baixo risco.

No nosso estudo os pacientes considerados de médio risco tiveram mortalidade de 23% e de alto risco mortalidade de 50% revelando a necessidade de um olhar mais acurado e de intervenções mais precoces possibilitando identificar e realizar diferenças no manejo dos pacientes idosos conforme o prognóstico determinado pelo escore.

5.3. Estratégia de Recanalização no IAM com Supra

Independentemente da técnica utilizada, a terapia de reperfusão miocárdica consiste na intervenção mais importante no manejo dos pacientes infartados e nos pacientes que tiveram IAMCSST 36% receberam terapia de recanalização com trombolíticos. Em Pereira e colaboradores (2009), 58,3% dos pacientes usaram estreptoquinase, entretanto, no grupo estratificado com alto risco, lançou-se mão desta terapia em apenas 33% dos casos e nos idosos acima de 75 anos, somente 2,9 % dos pacientes receberam trombolíticos em Silva e colaboradores (2009) a estreptoquinase foi usada em 54,8 % dos casos.

No nosso estudo as razões principais para a não utilização de trombolíticos foram o tempo maior que 12 horas na chegado do hospital do inicio dos sintomas em 64% dos casos e em 37,5% dos casos foram o receio da utilização do trombolítico nos mais idosos.

A partir dessas constatações sobre essa realidade que os pacientes tendem a demorar mais para chegar ao serviço médico especializado para o tratamento de SCA e que tal fato pode ser explicado pela demora no reconhecimento da urgência,

bem como na dificuldade do acesso ao serviço de saúde e quando são atendidos ainda não recebem, na proporção adequada, as terapêuticas comprovadamente eficazes disponíveis fica evidente que somente a implementação urgente de medidas educativas visando à orientação da população a respeito dos sintomas da doença coronariana aguda e a necessidade de procura urgente de serviço médico especializado na presença destes sintomas, bem como a facilitação do acesso ao sistema de saúde poderão mudar para melhor o cenário relatado.

Vale ressaltar que o treinamento adequado dos profissionais envolvidos no processo utilizando a terapêutica trombolítica como é preconizado pela sociedade brasileira de cardiologia e a organização de redes que aumentem a eficácia do sistema são fundamentais para mudar esta realidade.

Como o ECG é um método de investigação do aparelho cardiovascular estabelecido, de fácil realização, baixo custo e grande utilidade clínica na detecção e no manejo das doenças cardiovasculares e sua rápida realização e interpretação pode diminuir o atraso no atendimento do IAM surgiram nos últimos anos diversos sistemas de telemedicina capazes de interpretar remotamente esse exame.

Esta tecnologia de cuidado da saúde relativamente pouco difundida no Brasil segundo Andrade e colaboradores (2011), mas que pode ser uma alternativa viável para contornar as dificuldades impostas pelo nosso desenho geopolítico. A telemedicina é o exercício da medicina à distância através dos meios de telecomunicações. Diversos países têm utilizado os serviços de telessaúde como alternativa de tratamento, inclusive no caso das doenças cardiovasculares.

Embora os sistemas de telemedicina não possuam a capacidade de sugerir o diagnóstico da condição patológica que acomete o paciente; esse diagnóstico seria feito pelo médico *in loco*, considerando a história clínica e o resultado da

interpretação remota do ECG. Apesar desta limitação, a telemedicina pode disponibilizar para situações emergenciais, valiosas informações quanto à avaliação da situação cardiovascular do paciente, desde que os eletrocardiogramas recebidos sejam interpretados corretamente (exigindo que seja feita por um cardiologista experiente) e que o seu resultado seja remetido em tempo hábil, pois em síndromes coronarianas agudas existe a máxima: "*tempo é músculo [cardíaco]*" (FREITAS JUNIOR et al., 2012).

Segundo Andrade e colaboradoes (2011) a implantação de um sistema de telecardiologia, como apoio à atenção primária em cidades brasileiras de pequeno porte, pode ser transformada em programa regular do sistema público de saúde, com benefício econômico, impactos potenciais sobre o cuidado às doenças cardiovasculares e, eventualmente, sobre a morbimortalidade relacionada a tais agravos.

5.4. Terapêutica Farmacológica e Diretrizes

Na presente amostra receberam na admissão ácido acetilsalicílico (AAS) 100% dos pacientes, betabloqueador (BB) foi feito em 74,2% dos pacientes, inibidor da enzima de conversão de angiotensina (IECA) foi administrado em 77,4% dos pacientes e estatina em 87% dos pacientes. Foi administrado na alta hospitalar AAS, BB, IECA e estatinas em 74,2%, 54,8%, 58,1% e 61,3% dos pacientes respectivamente.

A heparina não fracionada durante a admissão foi administrada em 67,7% dos pacientes e em 58,1% dos casos os pacientes receberam durante e após as 24

horas da admissão, comprovando uma diminuição de sua prescrição após 24 horas da admissão.

No registro Brasileiro das Síndromes Coronárias Agudas (ACCEPT) na admissão hospitalar 80 % dos enfermos recebeu terapia com aspirina e heparina e a prescrição de AAS, BB, IECA e estatinas na alta hospitalar foi de 98,4%, 78,5%, 70,3% e 92% respectivamente (MATTOS et al., 2013).

Uma vez que a SCA representa um dos principais problemas de saúde pública, a busca por intervenções que apresentem benefício comprovado pelas diretrizes vigentes (sociedade brasileira de cardiologia e cardiogeriatria) na redução da incidência dessa doença, de suas complicações e mortalidade passa a ser prioridade.

Segundo Mattos e colaboradores (2011), dentre as intervenções com beneficio comprovado, na redução de eventos cardiovasculares maiores, destacam-se as farmacológicas, como aspirina, trombolíticos e antiplaquetários, na admissão hospitalar, inibidores da enzima de conversão, estatinas e betabloqueadores na alta hospitalar, as quais demonstraram redução de risco relativo variando de 6,5 até 25%.

Registros prévios em Piegas e colaboradores (2009) demonstraram que o uso dessas intervenções no cenário das SCA ainda é sub-ótimo, sugerindo, na admissão, taxas de utilização de aspirina variando entre 91 e 92%, e, na alta hospitalar, variando entre 90 e 95%, uso de estatina, na alta hospitalar variando entre 26 e 57%, bem como uso de betabloqueadores na alta hospitalar em menos de 63 a 77% dos pacientes.

A utilização das terapêuticas aqui analisadas fica abaixo do relatado em registros contemporâneos, mesmo aqueles que incluíram especificamente pacientes

oriundos de países em desenvolvimento. Por exemplo, o registro ACCESS (2011), que incluiu mais de 12 mil pacientes oriundos da América Latina, África e Oriente Médio, refere percentuais (por ocasião da alta hospitalar) de 90%, 76%, e 89%, respectivamente, para AAS, betabloqueador e estatina, índices bastante superiores aos encontrados em nosso meio.

Em Nicolau e colaboradores (2012) foi demonstrado que existem importantes diferenças regionais quanto à utilização de terapêuticas comprovadamente úteis no tratamento da SCA, o que de certo modo seria esperado em um país com grandes heterogeneidades reconhecidas e dimensões continentais como o Brasil. Enquanto os pacientes das Regiões Sul e Sudeste recebem com maior freqüência essas terapêuticas, os pacientes da Região Norte-Nordeste apresentam menor chance de ser tratados conforme o preconizado por diretrizes nacionais e internacionais. Esses resultados podem explicar, ao menos parcialmente, dados epidemiológicos de mortalidade previamente publicados em nosso meio, onde se demonstra que a mortalidade por SCA nas cinco regiões do Brasil tem mostrado declínio nas Regiões Sul e Sudeste, estabilização na Região Centro-Oeste e aumento na Região Nordeste.

Hoje é nacionalmente aceita a pressuposição de que a implementação de diretrizes clínicas (DC) definidas a partir da evidência científica disponível acerca da eficácia e efetividade de intervenções produz melhores resultados na população assistida. Para a atenção as SCA, há inúmeras opções terapêuticas eficazes, divulgadas através de DC por sociedades internacionais, bem como pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Entretanto, é grande a variação do uso dessas terapêuticas, o que pode evidenciar inúmeras vezes, a não adesão a protocolos bem estabelecidos.

5.5. Mortalidade e Eventos Clínicos

Houve elevado índice de óbito em 35,5% dos idosos em comparação com dados da literatura 12,9% em Ramos e colaboradores (2011) e 25% em Costa (2007). As complicações encontradas de maior prevalência foram insuficiência cardíaca e hipotensão em 29% dos casos e em Caluza e colaboradores (2012) estas complicações ocorreram na população geral em 9,8% e 7,3% respectivamente, comprovando que os idosos têm maior incidência de complicações implicando na necessidade de um tratamento mais agressivo.

Segundo Liberman e colaboradores (2012) as SCA são a principal causa de mortalidade em idosos, sendo responsáveis por mais de um terço do total de óbitos em indivíduos com idade superior a 65 anos. Esses pacientes representam a população de mais alto risco, e as SCA são responsáveis por mais de 80% dos óbitos relacionados ao IAM.

Por outro lado, confirmam a experiência recente de várias publicações que demonstram que a organização de uma rede de atendimento de infarto propicia melhora imediata nos resultados como relatado em Baena e colaboradores (2012) que fizeram uma análise específica para o pronto-socorro do Hospital Ermelino Matarazzo comparando os resultados da mortalidade hospitalar na instituição em 2009, antes da rede de infarto, e no período 2010-2011, com a rede instituída. Em 2009, em 88 IAMCSST tratados no hospital Ermelino, a mortalidade foi de 26,1%, ao passo que, em 2010-2011, de todos os 65 pacientes que iniciaram tratamento no Ermelino e o completaram no Hospital São Paulo, houve 6,1% de óbitos hospitalares.

5.6. Políticas Públicas para Idosos com SCA

O enfoque tradicionalmente dado ao cuidado do idoso, centrado apenas no tratamento das doenças precisa ser abandonado, pois isso gera grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares. Em vez disso, devemos além de priorizar a abordagem da antecipação, investir em programas abrangentes de educação continuada e cuidado integral, sem naturalmente abandonar uma assistência de qualidade para os idosos com doenças adquiridas. O desafio maior, portanto, é, transformar a lógica do cuidado médico tradicional e assegurar ações capazes de ampliar o significado de saúde. Isso deve ser feito com criatividade e inovação, com base no que existe de mais moderno e em sintonia com o atual conhecimento científico das diretrizes vigentes.

As dificuldades do diagnóstico, demora no início do tratamento e doenças associadas têm maiores riscos de letalidade e de complicações durante o tratamento, principalmente entre os mais velhos. Estes agravos devem preconizar uma atuação mais atenta e capacitada dos profissionais, bem como o planejamento de políticas públicas direcionadas às necessidades específicas da população idosa, além de outros estudos que possibilitem ampliar o conhecimento a respeito dessa população.

Neste contexto sendo a SCA um dos principais problemas de saúde pública, a busca por intervenções que apresentem benefício comprovado na redução da incidência dessa doença e de suas complicações passa a ser prioridade, principalmente para a população idosa como grupo etário em rápido crescimento no Brasil e no mundo.

Desse modo, torna-se imperativo exigir que governantes e sociedade encontrem formas de materializar as leis que garantem proteção e efetivação dos direitos da pessoa idosa, bem como a necessidade de discutir e divulgar os documentos legais que regulamentam as políticas públicas direcionadas à promoção do bem estar, garantia de respeito e dignidade aos idosos brasileiros.

Para que estas políticas sejam implantadas em nosso meio é necessário após mapear e identificar os agravos em relação às SCA fazer valer a efetivação das resoluções da Política Nacional do Idoso (PNI), da Política Nacional da Pessoa idosa (PNSPI), do Estatuto do Idoso e principalmente para o nosso caso a efetivação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU).

No capitulo III do Art. 13. A PNAU regulamenta que em relação à operacionalização da Rede de Atenção às Urgências dar-se-á pela realização de análise da situação dos serviços de atendimento às urgências, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda das urgências, dimensionamento da oferta dos serviços de urgência existentes e análise da situação da regulação, da avaliação, do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte para as urgências, da auditoria e do controle externo, com o apoio da Secretaria de Saúde.

Como a Linha de Cuidado Cardiovascular foi definida como prioritária dentre as demais previstas na Rede após a publicação do Ministério da Saúde da Portaria GM Nº 1600 de 07 de junho de 2011 que institui a Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS é essencial que os protocolos de atenção do IAM sejam definidos e pactuados pelos diferentes componentes da Linha do Cuidado, de forma a uniformizar o cuidado e permitir o acesso de todos os pacientes às terapias estabelecidas, conforme as diretrizes nacionais e internacionais.

Para uniformizar o cuidado foi elaborado um protocolo clínico por essa portaria baseado nas diretrizes clinicas vigentes dando sugestões de indicadores a serem utilizados pelos gestores. Na estrutura para o atendimento pré-hospitalar deverá ser implementado ambulâncias com ECG, profissionais habilitados para realização de ECG e diagnosticar a SCACSST ao ECG.

No pronto atendimento usar protocolos para a rápida identificação dos pacientes com SCA. Na conduta hospitalar deverá ser avaliado o quantitativo de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos com treinamento e conhecimento para o cuidado do paciente, a partir do número de casos esperados. No planejamento da alta hospitalar incluir protocolos de alta hospitalar com encaminhamento para reabilitação cardíaca.

Para a implementação do processo deverão ser avaliados indicadores não farmacológicos como eletrocardiograma realizado em 10 minutos após a entrada no hospital, intervenção coronária percutânea (ICP) primária em 90 minutos após a entrada no hospital, terapia de reperfusão em pacientes elegíveis com IAMCSST, estratificação de risco com cateterismo cardíaco, teste ergométrico, cintilografia miocárdica ou ecocardiograma de estresse, avaliação da função ventricular esquerda, preferencialmente por ecocardiograma, aconselhamento para cessação do tabagismo e encaminhamento para reabilitação cardíaca pós-infarto.

Nos indicadores farmacológicos deverão ser avaliados o tempo da administração da terapia fibrinolítica da entrada do hospital, administração de AAS na entrada do hospital e na alta hospitalar, e a prescrição de estatina, de betabloqueador, de IECA ou BRA na alta hospitalar, além de avaliar o principal desfecho que é a mortalidade hospitalar.

Como verificado em Caluza e colaboradores (2012) e Marcolino e colaboradores (2013) houve uma redução importante da taxa de mortalidade hospitalar do infarto agudo do miocárdio após implementação de protocolos clínicos com base em evidências científicas e após a implementação e organização da rede da linha de cuidado do IAM. As taxas de mortalidade hospitalar reduziram de 12,3% em 2009 para 7,1 % em 2011 e de 26,1% em 2009 para 6,1% em 2011 respectivamente.

Para modificar a realidade encontrada nesse estudo onde se verifica uma alta mortalidade para as síndromes coronarianas agudas em idosos com grande dificuldade para o seguimento de condutas baseadas em evidências pelas diretrizes clínicas da sociedade brasileira de cardiologia muito deverá ser feito e o primeiro passo para mudança de atitude foi mapear e identificar os agravos de saúde e o segundo passo será o seguimento de políticas públicas já definidas para esta população que é SUS-dependente.

Uma limitação para esse estudo é o fato de ter avaliado apenas a mortalidade hospitalar. Certa proporção de pacientes com IAM morre antes da admissão hospitalar. A avaliação da mortalidade extra-hospitalar é extremamente importante, pois também reflete o acesso ao tratamento. Problemas de acesso tendem a aumentar o tempo decorrido até a admissão, diminuindo a letalidade hospitalar esperada e aumentando a extra-hospitalar.

A população idosa, a sociedade e os gestores nas várias esferas de governo precisam continuamente discutir as necessidades de saúde dos idosos nas regiões diferentes do Brasil em relação às ofertas de serviços, com organização e integração das redes de atenção em sistemas para a manutenção da saúde.

Além disso, ações educativas no sentido de aumentar a formação e a capacitação de recursos humanos devem ser promovidas como forma de melhorar a assistência à saúde dos idosos proporcionando-lhes assistência integral e especializada. Sugere-se para isso, a incorporação dessas e de outras ações nas Políticas Públicas de Saúde como forma de minimizar o impacto do envelhecimento populacional sobre a qualidade de vida e promover um envelhecimento saudável com racionalização dos recursos necessários.

Coerentemente, o Estatuto do Idoso aborda a problemática de recursos humanos: “As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda” (Art.18). O artigo 22 demanda a inserção, nos currículos dos diversos níveis de ensino formal, conteúdos relativos ao processo de envelhecimento, à eliminação de preconceitos e à valorização social dos idosos.

A incorporação da gestão da clínica como dimensão da gestão nas organizações de saúde e o entendimento de que as iniciativas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial precisam ser integradas e conduzidas no nível organizacional é um desafio. O aumento da expectativa de vida traz como conseqüência uma necessidade de mudança no modelo clínico-assistencial e na formação profissional.

Envelhecer é uma conquista e envelhecer com qualidade é um privilégio, que envolve uma mudança nas concepções generalizadas sobre saúde, educação, justiça e direitos sociais. Não podemos ignorar que o nosso desafio maior do século XXI será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com níveis socioeconômico e educacional baixos e uma alta prevalência de doenças

crônicas não transmissíveis como a doença arterial coronária que é a causa de maior mortalidade em nosso meio. Esta realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a urgência de mudanças e incorporação de novos modelos de atenção à saúde da população idosa com estruturas criativas e propostas de ações diferenciadas afim de que o sistema ganhe efetividade e o idoso possa usufruir integralmente dos anos proporcionados pelo avanço da ciência.

6. CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos no presente estudo, constatamos a elevada prevalência dos fatores de risco cardiovasculares nos idosos atendidos na unidade hospitalar da cidade de Patos- PB, a prevalência de hipertensão arterial, diabete melito, obesidade, foi superior ao que se encontra na maioria dos estudos.

Em relação aos escores de prognóstico houve uma alta mortalidade para classe III de Killip (83%) e mortalidade de 50% para idosos com alto risco na classificação TIMI Risk para infarto agudo do miocárdio.

Os pacientes demoraram mais para chegar ao serviço médico especializado para o tratamento de SCA e que tal fato pode ser explicado pela demora no reconhecimento da urgência, bem como na dificuldade do acesso ao serviço de saúde e quando são atendidos não recebem as terapêuticas comprovadamente eficazes disponíveis.

No nosso estudo as razões principais para a não utilização de trombolíticos foram o tempo maior que 12 horas na chegado do hospital do inicio dos sintomas em 64% dos casos e em 37,5% dos casos foram o receio da utilização do trombolítico nos mais idosos.

As intervenções farmacológicas com beneficio comprovado, na redução de eventos cardiovasculares maiores, como aspirina e heparina, na admissão hospitalar, inibidores da enzima de conversão, estatinas e betabloqueadores na alta hospitalar foram menos prescritas ficando abaixo do relatado em registros contemporâneos não seguindo as recomendações das diretrizes vigentes.

A mortalidade dos pacientes idosos com síndrome coronariana aguda em nosso meio encontra-se bastante elevada (35,5%) e as causas para esta elevada

mortalidade vão desde a não aplicação das diretrizes clínicas vigentes desde a ineficiência na sistematização do atendimento dos pacientes com SCA preconizadas pela linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio na rede de atenção ás urgências do ministério da saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que a adoção de indicadores para avaliar a implementação de um determinado programa ou política nos diversos níveis nos sistemas de saúde pode auxiliar na definição de estratégias de intervenção.

Sugere-se para mudança dessa realidade, a incorporação de ações preconizadas por este trabalho, a efetivação das Políticas Públicas de Saúde e o cumprimento das medidas preconizadas pelas diretrizes clínicas vigentes como forma de minimizar o impacto da síndrome coronariana aguda na mortalidade em idosos promovendo um envelhecimento mais saudável com racionalização dos recursos necessários.

8. REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. M. et al. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.12, pp. 3543-3552. ISSN 1413-8123. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200011.

ANDRADE, M. V. et al. Custo-benefício do serviço de telecardiologia no Estado de Minas Gerais: projeto Minas Telecardio. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2011, vol.97, n.4, pp. 307-316. Epub July 29, 2011. ISSN 0066-782X.http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2011005000080.

ANTMAN, E. M. et al. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction). Circulation 2004; 110(9):e82-292.

AVEZUM, A. et al. (Impact of age on management and outcome of acute coronary syndromes: Observations From the Global Registry of Acute Coronary Events GRACE). Am Heart J. 2005;149:67-73.

AZEVEDO, L. C. P.; MONACHINI, M. C. Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST. In: Medicina intensiva baseada em evidencias, editora Atheneu, São Paulo 2009.

BAENA, C. P. et al. Tendência de mortalidade por infarto agudo do miocárdio em Curitiba (PR) no período de 1998 a 2009. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2012, vol.98,

n.3, pp. 211-217. ISSN 0066-782X. http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012000300003.

BARBOSA, C. E. et al. Acurácia dos escores GRACE e TIMI na predição da gravidade angiográfica da síndrome coronariana aguda. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2012, vol.99, n.3, pp. 818-824. Epub Aug 30, 2012. ISSN 0066-782X. http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000080.

BRASIL. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2010.

BRASIL. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm

BRASIL. Ministério da Justiça. Política nacional do idoso Brasília, DF: Imprensa Nacional, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo os seres humanos: Resolução 466/12. Brasília; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Morbidade e mortalidade no Brasil por doenças cardiovasculares. [acesso em 2013 set]. Disponível em http://www. datasus.gov.br.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet] Brasília; 2003 [acessado em 2013 dez. 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm

BRASIL. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1994 [acessado 2013 dez. 05]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011 - Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).Disponível em: http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108708-1600.html?q=

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria n. 1395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso [Internet]. Brasília; 1999 [acessado em 2013 out. 19]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília; 2006 [Acessado em 2013 out. 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

BRASIL. Ministério de Saúde. Protocolo Sindrome coronariana: Linha do cuidado do infarto agudo do miocárdio na rede de atenção as urgências, 2011. [acessado em 2013 out. 05]. Disponível

em:http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/file/hospsus/protocolo_sindrome_coronaria ms2011.pdf.

CABRERA, M. A. S. et al. Relação do índice de massa corporal, da relação cintura-quadril e da circunferência abdominal com a mortalidade em mulheres idosas: seguimento de 5 anos. Cad. Saúde Pública [online]. 2005, vol.21, n.3, pp. 767-775. ISSN 0102-311X. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300010.

CAETANO, J. A. et al. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. Texto Contexto Enferm. 2008; 17 (2): 327-35.

CALUZA, A. C. V. et al. Rede de infarto com supradesnivelamento de ST: sistematização em 205 casos diminui eventos clínicos na rede pública. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2012, vol.99, n.5, pp. 1040-1048. Epub 09-Nov-2012. ISSN 0066-782X. http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000100.

CAMARANO, A. A. Mecanismos de proteção social para a população idosa. In: RIOS-NETO, E. L. G. A população nas políticas públicas: gênero, geração e raça. Brasília: CNPD: UNFPA, 2006.

CAMARANO, A. A. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?; Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CARVALHO, A. C.; HELBER, I. Envelhecimento e Sistema Cardiovascular. In: BORGES, J. L. Manual de Cardiogeriatria. 3. Ed. São Paulo: EDITORA Criação, 2012.

COELHO, O. R. Tratamento das síndromes coronárias agudas sem supradesnivelamento do segmento ST. In: Nobre, Fernando; JR, Carlos V. Serrano, Tratado de Cardiologia. 2 ed São Paulo SOCESP, 2009.

COSTA, P. M. Impacto da idade no tratamento da idade no tratamento da síndrome coronariana aguda em dois hospitais de Porto Alegre: PUCRS, 2007.

ESCOSTEGUY, C. C. et al. Implementando diretrizes clínicas na atenção ao infarto agudo do miocárdio em uma emergência pública. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2011, vol.96, n.1, pp. 18-25. Epub Nov 12, 2010. ISSN 0066-782X. http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000142.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da USP, Brasil, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, dez. 2012. ISSN 1980-220X. Disponível em: www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/52841

FERREIRA, C. C. C. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2010, vol.95, n.5, pp. 621-628. Epub Nov 12, 2010. ISSN 0066-782X. http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000141.

FREITAS JUNIOR, M. G. et al. Análise do desempenho de um eletrocardiógrafo interpretativo para utilização em um sistema computacional de auxílio diagnóstico em síndromes coronarianas agudas. Rev. Bras. Eng. Bioméd. [online]. 2012, vol.28, n.2, pp. 140-154. ISSN 1517-3151. http://dx.doi.org/10.4322/rbeb.2012.019.

FREITAS, L. A. et al. Terceira idade: velhos conceitos, novos horizontes a partir da feminização da velhice, Ouro Preto:/MG, 2013. http://www.ded.ufv.br/workshop/docs/anais/2013/Leila%20Aparecida%20de%20Freitas%20-%20%20%20%20%20%20Tem%C3%A1tica%20Envelhecimento.pdf Acesso em: 03 JAN. 2014.

GALON, M. Z. et al. Perfil clínico-angiográfico na doença arterial coronariana: desfecho hospitalar com ênfase nos muito idosos. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2010, vol.95, n.4, pp. 422-429. Epub Sep 17, 2010. ISSN 0066-782X. http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000127.

GRAVINA, C. F. et al. II Diretrizes em cardiogeriatria da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2010, vol.95, n.3 ISSN 0066-782X.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Em 2020, os idosos chegarão a 30 milhões de pessoas. Disponível em: www.ibge.gov. /home/presidencia/noticias. Acesso em 13/10/2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores de Saúde. [acesso: 2013 outubro 26] Disponível em: URL: http://www.ibge.gov.br/cidades IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2009

LIBERMAN, A. C. et al. Síndromes Coronárias Agudas no Idoso. In: BORGES, J. L. Manual de Cardiogeriatria. 3. Ed. São Paulo: EDITORA Criação, 2012.

LUZ, C. C. et al. Análise da atenção pré-hospitalar ao acidente vascular cerebral e ao infarto agudo do miocárdio na população idosa de minas gerais. Rev. Assoc.

Med. Bras. [online]. 2010, vol.56, n.4, pp. 452-457. ISSN 0104-4230. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000400019.

MANSUR, A. P.; FAVARATO. D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2012, vol.99, n.2, pp. 755-761. Epub June 28, 2012. ISSN 0066-782X. http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000061.

MARCOLINO, M. S. et al. Implantação da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio no município de Belo Horizonte. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2013, vol.100, n.4 ISSN 0066-782X. Similarity:0.415403

MARTINS, H. S. Síndromes coronarianas agudas com elevação do segmento ST. In: Emergência clínica – abordagem prática, 5 ed. Ampl. e rev. Barueri, São Paulo , 2013.

MARTINS M. S.; MASSAROLLO M. C. K. B. Conhecimento de idosos sobre seus direitos. Acta Paul Enferm 2010; 4(23):479-485.

MATTOS, L. A. P. et al. Desfechos clínicos aos 30 dias do registro brasileiro das síndromes coronárias agudas (ACCEPT). Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2013, vol.100, n.1, pp. 6-13. ISSN 0066-782X. http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2013000100003.

MATTOS, L. A. P. et al. Racionalidade e métodos do registro ACCEPT - Registro Brasileiro da Prática Clínica nas Síndromes Coronarianas Agudas da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2011, vol.97, n.2, pp. 94-99.

Epub May 20,2011.ISSN0066-782X. http://dx.doi.org/10.1590/S0066782X2011005000064.

MEHTA, R. H. et al. Sustained ventricular tachycardia or fibrillation in the cardiac catheterization laboratory among patients receiving primary percutaneous coronary intervention: incidence, predictors, and outcomes. J Am Coll Cardiol 2004; 43(10):1765-1772.

MINAYO, M. C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2012, vol.28, n.2, pp. 208-210. ISSN 0102-311X. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200001.

MOHALLEM, K. L. Doença coronariana. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia, 3.ed, Rio de Janeiro; Quanabara Koogan, 2011.

MORIEL, M. et al. Contemporary treatment and adherence to guidelines in women and men with acute coronary syndromes. Int J Cardiol. 2008.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Ciênc. saúde coletiva[online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 363-372. ISSN 1413-8123. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200012.

NICOLAU, J. C. et al. Utilização de terapêuticas comprovadamente úteis no tratamento da coronariopatia aguda: comparação entre diferentes regiões brasileiras. Análise do Registro Brasileiro de Síndromes Coronarianas Agudas (BRACE - Brazilian Registry on Acute Coronary Syndromes). Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2012,

vol.98, n.4, pp. 282-289. ISSN 0066-782X. http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012000400001.

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M. R. C. G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.4, pp. 1069-1078. ISSN 1413-8123. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400020.

OLIVEIRA, R. C. S. Políticas Públicas, educação e a pesquisa sobre o idoso no Brasil: diferentes abordagens sobre educação nas teses e dissertações (de 2000 a 2009). Acta Scientiarum. Education [online]. 2013, vol.35, n.01, pp. 79-87. ISSN 2178-5201.

PASCHOAL, S. M. P.; LIMA, E. M. Quedas. In: FILHO, Eurico Thomaz de Carvalho; NETTO, Matheus Papáleo. Geriatria – Fundamentos Clínicos e terapêuticos. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

PEREIRA J. C. et al. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. Arq Bras Cardiol. 2008; 91 (1): 1-10.

PEREIRA, J. L. et al. Escore TIMI no infarto agudo do miocárdio conforme níveis de estratificação de prognóstico. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2009, vol.93, n.2, pp. 105-112. ISSN 0066-782X. http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009000800007.

PETERSEN, L. C. et al. Fatores de risco cardiovasculares e comorbidades em ambulatórios de cardiologia da região metropolitana de Porto Alegre, RS. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 55 (3): 217-223, jul.-set. 2011.

PIEGAS, L. S. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2009;93(6 supl.2):e179-e264.

RAMOS, A. M. et al. Valor prognóstico da glicemia de jejum em pacientes idosos com síndrome coronariana aguda. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2012, vol.98, n.3, pp. 203-210. ISSN 0066-782X. http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012000300002.

ROSAMOND, W. et al. Heart disease and stroke statistics – 2008 update. A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation. 2008;117:e25-e146.

SANTOS, E. S. et al. Acute coronary syndrome registry at a cardiology emergency center. Arq Bras Cardiol. 2006;87:597-602.

SANTOS, J. C. M. A. et al. Determinantes prognósticos em pacientes com síndrome coronariana aguda sem elevação do segmento ST. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2013, vol.100, n.5, pp. 412-421. Epub Apr 12, 2013. ISSN 0066-782X. http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130077.

SILVA, R. M. F. L. et al. Abordagem das Síndromes Coronarianas Agudas: aspectos epidemiológicos e análise de aplicação de diretrizes; Rev SOCERJ 2009;22(6):356-364 novembro; dezembro.

SILVA, S. S. et al. Fatores de risco para doença arterial coronariana em idosos: análise por enfermeiros utilizando ferramenta computacional. Esc. Anna Nery. 2010,

vol.14, n.4, pp. 797-802. ISSN 1414-8145. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000400020.

SILVEIRA, E. A. et al. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. Cad Saude Publica. 2009; 25 (7): 1569-77.

SPOSITO, A. R. et al. Estatinas nas síndromes coronarianas agudas. Arq. Bras.Cardiol. [online]. 2011, vol.97, n.4, pp. 350-356. ISSN 0066-782X. http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2011001300012

STEFANINI, E.; RAMOS, R. F.; Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST: Avaliação Clínica e Laboratorial. In: Nobre, Fernando; Carlos V. Serrano, Tratado de Cardiologia. 1ed São Paulo SOCESP, 2009.

STUMM, E. M. F. et al. Perfil dos idosos assistidos por unidades de estratégia de saúde da família que sofreram infarto agudo do miocárdio. Revista da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2009; 12(3): 449-461.

TEIXEIRA, R. et al. A importância de um EGC normal em síndromes coronarianas agudas sem supradesnivelamento do segmento ST. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2010, vol.94, n.1, pp. 25-33. ISSN 0066-782X. http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010000100006.

TING, H. H. et al. Narrative review: reperfusion strategies for ST-segment elevation myocardial infarction. Ann Intern Med 2006; 145(8):610-617.

VIEBIG, R. F. et al. Perfil de saúde cardiovascular de uma população adulta da região metropolitana de São Paulo. Arq Bras Cardiol. 2006; 86 (5): 353-60.

9. ANEXOS

9. ANEXOS

9.1 ANEXO I

ABORDAGEM DAS SINDROMES CORONARIANAS AGUDAS EM IDOSOS EM HOSPITAL GERAL DO SUS.
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
Dr. KLAUBER MARQUES DE FRANÇA.

Você está sendo convidado a participar do estudo que é um levantamento epidemiológico que pretende ter respostas sobre como o paciente com doenças como a sua; angina instável ou infarto do miocárdio (ataque do coração) estão sendo tratados.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária (de sua escolha); portanto, é importante que você leia e entenda todas as informações deste documento de consentimento.

Objetivo Do estudo

O objetivo deste estudo é analisar os pacientes idosos atendidos em um hospital geral, determinando os fatores de informações a respeito das condutas adotadas em nosso meio em pacientes com angina instável ou infarto agudo do miocárdio, durante a fase de internação hospitalar. Os dados a serem coletados neste estudo são muito importantes, pois permitirá o desenvolvimento de propostas por parte de diversos setores envolvidos, privados e governamentais, no sentido de melhorar o atendimento aos pacientes acometidos das doenças anteriormente citadas.

Como este é um estudo de coleta de dados, não haverá nenhuma modificação em relação ao tratamento que estará recebendo. Se você concordar em participar deste estudo estará autorizando tão somente que informações sobre seu tratamento, durante a sua hospitalização neste hospital, sejam registradas e analisadas por uma comissão de especialistas. Todas as informações obtidas serão mantidas de forma absolutamente confidencial, o que significa que seu nome não

estará presente, seja por ocasião das análises, ou por ocasião de eventuais publicações dos resultados.

Risco ao Paciente

Neste estudo não haverá risco para o paciente, uma vez que estaremos somente coletando os dados referentes ás condutas que o seu médico utilizar no sentido de tratar-lhe da melhor maneira possível.

Custos e pagamento ao paciente

Não haverá nenhum custo a você por sua participação neste estudo, e também não haverá nenhuma forma de pagamento por sua participação.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Caso você se recuse a participar do estudo, sua decisão não iria alterar de nenhum modo o seu tratamento; seu médico continuará cuidando de você do mesmo modo.

Se você aceitar o convite para participar deste estudo, é importante que você tenha lido e entendido este ermo de conhecimento e que todas as suas dívidas tenham sido esclarecidas.

Se você muda de idéia e quiser retirar sua autorização a qualquer momento, sem que haja necessidade de qualquer justificativa para tal, esta sua decisão não afetará de nenhum modo o seu tratamento.

Caso você necessite de qualquer informação adicional a respeito do estado de sua doença, você pode contactar o médico Dr.Klauber Marques De França, no endereço Rua Horácio Nóbrega, s/n° - Bairro Belo Horizonte – Paraíba, telefone (83) 3421-8300.

Este estudo foi aprovado pela comissão de ética para análise de projetos de pesquisa do hospital das clínicas da FMUSP, caso você tenha alguma dúvida a respeito de seus direitos como sujeito participante entre em contato com este comitê através do telefone (11) 3069-6492.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Consentimento:

Ao dar meu consentimento através da minha assinatura neste documento, eu afirmo que compreendi e me foi esclarecido satisfatoriamente todas as minhas dúvidas. Assim sendo eu concordo voluntariamente em participar deste documento.

Autorizo o acesso ao meu prontuário aquelas pessoas identificadas e autorizadas pela Instituição especificamente para coleta das minhas informações necessárias á pesquisa em questão, sendo esta consulta ao meu prontuário, feita sempre na presença do médico do estudo.

_____

Nome do paciente ___/___/___

Data

_____

Assinatura do paciente

_____

Nome da testemunha (se necessário)

_____ ___/___/___

Assinatura da testemunha Data

_____

Nome do investigador

_____ ___/___/___

Assinatura do investigador Data

9.2 ANEXO II

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA CLÍNICA

Ficha Clínica

N° do Centro: ___-___-___-___ N° do Paciente: ___-___-___-___-___ Iniciais do Paciente ___-___-___

I. Dados Demográficos		
Data de nascimento	**Sexo**	Selecionar somente um item
____/_____/_____ (dd) (mm) (aaaa)	□ 1 Masculino □ 2 Feminino	**1 - Cor:** □ 1 Branca □ 2 Preta □ 4 Amarela □ 3 Parda □ 98 Outros: (especifique)_____ **2 - Fumo** □ 1 Não Fumante □ 2 Fumante atual □ 3 Ex-Fumante

II. Critérios de Inclusão
A. Sintomas clínicos compatíveis com coronariopatia aguda com ou supradesnível do segmento ST no ECG de 12 derivações ..... □ 1 sim □ 2 não B. Até 7 dias de evolução ..... □ 1 sim

☐ 2 não C. Idade ≥ 18 anos ..... ☐ 1 sim ☐ 2 não D. Assinatura no termo de consentimento Livre e Esclarecido..... ☐ 1 sim ☐ 2não Para ser incluído no estudo, o paciente deve apresentar **todos** os critérios acima e, pelo menos um dos critérios abaixo ☐ 1 Supradesnível de ST no ECG de 12 derivações. ☐ 2 Depressão de ST no ECG de 12 derivações. ☐ 3 Inversão da onda T. ☐ 4 Elevação de CK Total. ☐ 5 Elevação de CKMB. ☐ Elevação Troponima.
Se a resposta para alguns dos critérios de inclusão A, B, C e D for, **NÂO,** o paciente não poderá ser incluído no estudo.
III. Critérios de Exclusão
A. A participação anterior no registro. ☐ 1 sim ☐ 2 não Se a resposta para o critério de exclusão for **SIM,** o paciente não poderá ser incluído no estudo

CONDUTAS EM SÍNDROMES ISQUÊMICAS MIOCÁRDICAS INSTÁVEIS NO BRASIL

Ficha Clínica

N° do Centro: ___-___-___ N° do Paciente: ___-___-___-___-___ Iniciais do Paciente: ___-___-___

IV História Médica Prévia (Informação do paciente)			
A. Infarto do Miocárdio Prévio	Sim 1 ☐	Não 2 ☐	Não conhecido 3 ☐
B. Angina Pectoris Prévia	Sim 1 ☐	Não 2 ☐	Não conhecido 3 ☐
C. Insuficiência Cardíaca Congestiva	Sim 1 ☐	Não 2 ☐	Não conhecido 3 ☐

D. Hipertensão Arterial Sistêmica	Sim 1 ☐	Não 2 ☐	Não conhecido 3 ☐
E. Diabetes Melitus	Sim* 1 ☐	Não 2 ☐	Não conhecido 3 ☐
*se sim (Especificar tratamento)	Insulina 1 ☐	Medicação Oral 2 ☐	Dieta somente 3 ☐
F. História Familiar	Sim 1 ☐	Não 2 ☐	Não conhecido 3 ☐
G. Hipercolesterolemia	Sim 1 ☐	Não 2 ☐	Não conhecido 3 ☐

ORIENTAÇÕES

Ficha Clínica

N° do Centro: ___-___-___ N° do Paciente: ___-___-___-___-___ Iniciais do Paciente: ___-___-___

Paciente está participando de algum outro estudo Clínico? Sim 1 ☐Não 2 ☐ *Se sim, responder: - Qual área terapêutica: _____ Estudo Multicêntrico 3 ☐ ou 4 ☐ Estudo unicêntrico	
V. Estratificação de Risco	
V.1. Evento que trouxe o paciente ao hospital – Tipo de SIMI	
TIMI Risk – Com supra 5☐	
Historia **1Sim** **2Não** Idade 65 a 74 anos.....1 ☐ 2 ☐ Idade ≥ 75 .....1 ☐ 2 ☐ DM ou Has ou Angina.....1 ☐	Historia **3Sim** **4Não** Idade 65 anos 3 ☐ 4 ☐ ≥ 3 Fator de risco de DAC 3 ☐ 4 ☐ Antecedentes familiares, HAS, hipercolesterolemia, DM, Fumante Ativo) DAC conhecida (estenose ≥ 50%)..... 3 ☐ 4 ☐

2 ☐ **Exame** PAS < 100mHg..... 1 ☐ 2 ☐ FC > 100bpm..... 1 ☐ 2 ☐ Killip II a IV..... 1 ☐ 2 ☐ Peso < 67 Kg..... 1 ☐ 2 ☐ **Apresentação** Supra ST Parede Anterior ou BRE.. 1 ☐ 2 ☐ Tempo de dor até o..... 1 ☐ 2 ☐ Primeiro tratamento > 4h..... 1 ☐ 2 ☐	Uso do AAS nos últimos 7 dias ..... 3 ☐ 4 ☐ **Apresentação Clínica:** Angina severa recente ..... 3 ☐ 4 ☐ (≥ dois episódios ≥24 horas) Elevação Marcadores Cardíacos..... 3☐ 4 ☐ Infradesnível de ST ≥ de ST ≥ 0,5 mm..... 3 ☐ 4 ☐

Data e hora do inicio do desconforto Isquêmico, com ___/___/200__ **Hora de Início:** __ __:__ __ (24h)

Duração de pelo menos 20 min. (dd) / (mm) (aaaa)

Tempo de duração __ __:___ (24h)

Data da chegada a este Hospital: ___/___/200__

(dd) / (mm) / (aaaa)

O paciente foi transferido de outro hospital ou encaminhado pelo SAMU? 1 ☐ 2 ☐

O paciente apresenta desconforto isquêmico na chegada neste hospital? 1 ☐ 2 ☐

O paciente apresentou parada cardíaca neste hospital	1 ☐
2 ☐	

ORIENTAÇÕES

CONDUTAS EM SINDROMES ISQÊMICAS MIOCÁRDICAS INSTÁVEIS NO BRASIL

Ficha Clínica

N° do Centro: ___-___-___ N° do Paciente: ___-___-___-___-___ Iniciais do Paciente: ___-___-___

Pressão arterial ____/____mmHg Na Chegada a este hospital	**Freqüência Cardíaca** ___ __ ___bpm Na chegada a este hospital
Altura ___, ____ ____ m	**Peso estimado, na chegada ao hospital**_____Kg___
Circunferência abdominal (medir logo abaixo do gradil costal):_____ cm	

CONDUTAS EM SÍNDROMES ISQUÊMICAS MIOCÁRDICAS INSTÁVEIS NO BRASIL

Ficha Clínica

N° do Centro: ___-___-___ N° do Paciente: ___-___-___-___-___ Iniciais do Paciente: ___-___-___

VI. Exames Laboratoriais

I - Glicemia da chegada _____mg/dL

Glicemia de jejum _____mg/dL

Glicemia maior durante internação_____mg/dL

II – Creatinina da chegada_____mg/dL

Creatinina maior durante internação _____mg/dL

III – Hb da chegada_____g/dL

Hb menor durante internação _____mg/dL

IV – Leucócitos totais da chegada_____ cel/mm^3

Leucócitos totais: valor maximo durante a internação:_____cel/mm^3

V – Colesterol total e frações nas primeiras 24 horas de internação:

CT_____mg/dL HDL_____mg/dL LDL_____mg/dL

TG_____

VI – Valor de Pico dos Biomarcadores:

Tempo entre o inicio da dor e a coleta de sangue___min

Biomarcadores	Valor e unidade	Valores normais de

		Referência
CK MB		
CPK		
Troponina I		
Troponina T		

Classificação de Killip ☐1 I ☐2 II ☐3 III ☐4 IV

(Selecionar apenas uma opção)

Ficha Clínica

N° do Centro: ___-___-___ N° do Paciente: ___-___-___-___-___ Iniciais do Paciente: ___-___-___

VII. AVALIAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA (SELECIONE TODAS APLICAVEIS)
☐ **1 ECG normal ou com alterações inespecíficas** ☐ **2 Bloqueio do Ramo Esquerdo** ☐ **3 IAM*** *Na presence de IAM, discriminar sua localização ☐ 4 Anterior /septal ☐ 5 Inferior ☐ 6 VD ☐ 7 Lateral ☐ 8 Posterior ☐ 9 Outras alterações (especificar): _____ _____ _____ _____ _____ _____

ORIENTAÇÕES

CONDUTAS EM SÍNDROMES ISQUÊMICAS MIOCÁRDICAS INSTÁVEIS NO BRASIL

Ficha Clínica

N° do Centro: ___-___-___ N° do Paciente: ___-___-___-___-___ Iniciais do Paciente: ___-___-___

☐1 **1 Fibrinolítico**

☐ EQ

☐t.PA

☐ TNK

Data do início da infusão:

___/____/200__
(dd) / (mm)/(aaaa)

__ __:__ __(24 horas)

☐1 **2 Intervenção Coronária Percutânea**

Fluxo TIMI – Pré-angiografia: _____

___/____/200__ ___ ___:___ ___(h)
(dd) / (mm)/(aaaa)

Selecione todas as medicações usadas:

Medicação	Medicação dada prévia à chegada na hemodinâmica	Medicação dada na hemodinâmica
Inibidor da Glicoproteina Llb/llla	☐ 1 Tirofiban ☐ 2 Reopro	
Heparina não fracionada	☐3	
Hepaina BPM	☐4	
Tienopiridina	☐5	
AAS	☐6	
Outros Anticoagulantes IV	☐7	

Stent? Sim 1 ☐ Não 2 ☐

Revestido Sim 1 ☐ Não 2 ☐

Fluxo TIMI Pós Angioplastia:_____

Fluxo TIMI Pós Angioplastia:_____

☐ **3 Razões para não utilização de terapia de reperfusão**

Selecione as razões aplicáveis

☐ 1 Prévio AVC/AVT<1 ano

☐ 2 Cirurgia/traumas

☐ 3 Sangramento ativo ou coagulopatia

☐ HAS persistente

☐ 5 Doença concomitante

☐ 6 Tempo > 12 horas

☐ Tratamento atual com anticoagulante

Ficha Clínica

N° do Centro: ___-___-___ N° do Paciente: ___-___-___-___-___ Iniciais do Paciente: ___-___-___

IX.Antitrombóticos IV (*selecione todas aplicáveis*)		
Anticoagulante usado para tratar o infarto		**Hora de Início (escolha o intervalo de tempo em que medicação foi iniciada)**
☐	1 Heparina não fracionada	☐ 1 < 24 horas após admissão ☐ 1 ≥ 24 horas após admissão
☐	2 Heparina de baixo peso molecular	☐ 1 < 24 horas após admissão ☐ 1 ≥ 24 horas após admissão
☐	3 Reopro	☐ 1 < 24 horas após admissão ☐ 1 ≥ 24 horas após admissão
☐	4 Tirofiban	☐ 1 < 24 horas após admissão ☐ 1 ≥ 24 horas após admissão
☐	98 Outros	☐ 1 < 24 horas após admissão ☐ 1 ≥ 24 horas após admissão
☐	Nenhum	

N° do Centro: ___-___-___ N° do Paciente: ___-___-___-___-___ Iniciais do Paciente: ___-___-___

Medicamento	**Nome do sal**	**Dentro das 24 horas prévias à admissão**	**Durante as primeiras 24 horas de hospitalização**	**Durante a Hospitalização, após As primeiras 24 horas**	**Na Alta Hospitalar**
☐ 1 ASS		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
☐ 2 Anticoagulante		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
☐ 3 Beta Bloqueador		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
☐ 4 Inibidor ECA/bloqueador de receptor de Angiotensina II		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
☐ 5 Diuréticos		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
☐6 Bloqueador de Canal de Cãlcio		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
☐7 Clopidogrel / Ticlopidina		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
☐ 8 Inibidor da GP IIb/IIIa		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
☐9 Anti-arrítmico		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
☐10 Estatina		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
☐11 Fibrato		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
☐12 Digitálicos		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐

N° do Centro: ___-___-___ N° do Paciente: ___-___-___-___-___ Iniciais do Paciente: ___-___-___

Medicamento	Nome do sal	Dentro das 24 horas prévias à admissão	Durante as primeiras 24 horas de hospitalização	Durante a Hospitalização, após As primeiras 24 horas	Na Alta Hospitalar
☐ 13 Hipoglicemiante oral		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
☐ 14 Nitrato		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
☐ 15 Insulina		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
☐ 16 Antibiótico		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
☐ 17 Outros (especificar):		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
		Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐	Sim 1 ☐ Não 2 ☐

Ficha CElínica

N° do Centro: ___-___-___ N° do Paciente: ___-___-___-___-___ Iniciais do Paciente: ___-___-___

Eventos clínicos até a alta hospitalar	
A. Óbito	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
B. Infarto do miocárdio recorrente (Verificar definição no manual do estudo - 1) *Se Diagnóstico por ECG ..... Diagnóstico por CK MB..... Diagnóstico por ambos.....	Sim 1 ☐ Não 2 ☐ Sim 1 ☐ Não 2 ☐ Sim 1 ☐ Não 2 ☐ Sim 1 ☐ Não 2 ☐
C. Angina/Isquemia recorrente (Verificar definição no manual do estudo – 2)	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
D. Hipotensão que requereu medicação	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
E. Insuficiência Cardíaca Congestiva grave (Killip Classe 3 ou 4 – verificar definição no manual do estudo)	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
F. Parada Cardíaca	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
G. FV / TV sustentada	Sim 1 ☐ Não 2 ☐ Sim 3 ☐ Não conhecido
H. BAV de 2 grau	Sim 1 ☐ Não 2 ☐ Sim 3 ☐ Não conhecido
I. BAVT	Sim 1 ☐ Não 2 ☐ Sim 3 ☐ Não conhecido
J. Infecção com risco de morte (verificar definição no manual do estudo - 3)	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
K. Sangramento Maior – (Verificar definição TIMI no manual do estudo - 4)	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
L. Complicações mecânicas do infarto	Sim 1 ☐ Não 2 ☐
M. Embolia Pulmonar	Sim 1 ☐ Não 2 ☐

N. AVC..... Se sim especificar o tipo:	Sim 1 ☐ Não 2 ☐ Sim 3 ☐ Não conhecido Sim 4 ☐ Hemorrágico Sim 5 ☐ Não Hemorrágico Sim 6 ☐ Não conhecido
Indicado para a Reabilitação Cardíaca	Sim 1 ☐ Não 2 ☐ Sim 3 ☐ Não conhecido

Diagnóstico de alta principal:
Diagnóstico de alta Secundários:

Ficha Clínica

N° do Centro: ___-___-___ N° do Paciente: ___-___-___-___-___ Iniciais do Paciente: ___-___-___

Data da alta hospitalar ___/____/200__
(dd) / (mm)/(aaaa)

Data do óbito: ___/____/200__
(dd) / (mm)/(aaaa)

Causa Cardiovascular Sim 1 ☐ Não 2 ☐

Nome da Pessoa que preencheu o formulário:_____

Assinatura do Investigador Principal:_____

___/____/____
(dd) / (mm)/(aaaa)

9.3. ANEXO III

ESCORES TIME E PROBABILIDADE DE EVENTOS ADVERSOS EM SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS SEM ELEVAÇÃO DO SEGMENTO ST

Histórico	
	Pontos
1 – Idade > 65 anos	1
2 – ≥ 3 fatores risco DAC (tabagismo, dislipidemia, história familiar DAC, DM, HAS)	1
3 – DAC conhecida (estenose coronária > 50%)	1
4 – Uso AAS nos últimos 7 dias	1
Apresentação	
5 – Recorrência dos sintomas (≥ 2 episódios nas últimas 24h)	1
6 – Elevação MNM	1
7 – Desvio segmento ST ≥ 0,5 mm	1
TOTAL	**7**
Somatória de cada um dos 7 itens	

Pontos	Eventos cardíacos maiores em 14 dias		Risco de eventos
	Óbito / IAM	Óbito / IAM / revascularização urgente	
0 - 1	3%	5%	Baixo
2	3%	8%	
3	5%	13%	Intermediário
4	7%	20%	
5	12%	26%	Alto
6 - 7	19%	41%	

ESCORES TIME E PROBABILIDADE DE EVENTOS ADVERSOS EM SINDROMES CORONARIANAS AGUDAS COM ELEVAÇÃO DO SEGMENTO ST

Classificação de KILLIP

Escore	
	Pontos
Idade	
≥ 75 anos	3
65 – 74 anos	2
História de diabetes, hipertensão ou angina	1
Exame físico	
PAS < 100 mmHg	3
FC > 100 bpm	2
Classe Killip II-IV	2
Peso < 67 kg	1
Supradesnível do segmento ST anterior ou BCRE	1
Tempo para terapia de reperfusão > 4 horas	1
TOTAL	**14**

Pontos	Mortalidade intra-hospitalar (%)	**Risco**
0	0,7	**Baixo**
1	0,3	
2	1,9	
3	3,9	**Intermediário**
4	6,5	
5	11,6	**Alto**
6	14,7	
7	21,5	
8	24,4	
>8	31,7	