

**Avaliação da qualidade do atendimento ao paciente com síndrome coronariana aguda no serviço de emergência****Assessment of care quality to patient with acute coronary syndrome in an emergency service**

Felipe Gonçalves dos Santos<sup>1</sup>, Cássia Regina Vancini Campanharo<sup>2</sup>, Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes<sup>3</sup>,  
Meiry Fernanda Pinto Okuno<sup>4</sup>, Ruth Ester Assayag Batista<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Enfermeiro. Enfermeiro do Hospital São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: [felipe-gsantos@hotmail.com](mailto:felipe-gsantos@hotmail.com).

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Medicina Interna e Terapêutica. Enfermeira da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, SP, Brasil. E-mail: [cvancini@unifesp.br](mailto:cvancini@unifesp.br).

<sup>3</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Enfermeira da UNIFESP. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: [lopes.carolina@unifesp.br](mailto:lopes.carolina@unifesp.br).

<sup>4</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Enfermeira da UNIFESP. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: [mf.pinto@unifesp.br](mailto:mf.pinto@unifesp.br).

<sup>5</sup> Enfermeira, Doutora em Infectologia. Professora Adjunta da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: [ruth.ester@unifesp.br](mailto:ruth.ester@unifesp.br).

**RESUMO**

Estudo com objetivo de avaliar indicadores de qualidade no atendimento aos pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA) e associá-los a alta, óbito e tempo de internação hospitalar. Pesquisa transversal, analítica de 84 prontuários de pacientes com suspeita de SCA no Serviço de Emergência. Foi estudada a associação entre os fatores de risco e indicadores de qualidade no atendimento à SCA com: tempo de internação, óbito, recorrência de eventos isquêmicos e revascularização do miocárdio por meio da correlação de *Spearman*. O tempo de internação foi significativamente menor para pacientes com infarto sem supradesnivelamento de ST que tiveram menor intervalo entre admissão e tratamento. Para pacientes com infarto com supradesnivelamento de ST, o tempo de internação foi significativamente menor quando o intervalo entre classificação de risco e tratamento foi menor. Não houve associação dos indicadores de qualidade com recorrência de eventos isquêmicos, revascularização do miocárdio, tempo de internação e óbito.

**Descritores:** Infarto do Miocárdio; Qualidade da Assistência à Saúde; Cuidados de Enfermagem.

**ABSTRACT**

A study aimed to assess quality indicators of the care for patients with suspicion of acute coronary syndrome (ACS) and associate them to discharge, death and, duration of hospitalization. A cross sectional, analytical study of 84 records of patients with ACS suspicion at the emergency service. The association between risk factors and quality indicators of ACS care as: duration of hospitalization, death, recurrence of ischemic events and myocardial revascularization were studied through Spearman's correlations. The duration of hospitalization was significantly smaller for patients with myocardial infarction without ST segment elevation, with a shorter interval between admission and treatment. For patients with myocardial infarction with ST segment elevation, the hospitalization time was significantly shorter when the interval between the risk classification and treatment was shorter. There was no association of quality indicators as recurrence of ischemic events, myocardial revascularization, duration of hospitalization and death.

**Descriptors:** Myocardial Infarction; Quality of Health Care; Nursing Care.

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de morbidade e mortalidade no mundo e no Brasil<sup>(1)</sup>. A estimativa do custo direto associado à Síndrome Coronariana (SCA) aguda em 2011 sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) é de R\$522.286.726, aproximadamente 0,77% do orçamento total do SUS. Para o Sistema Suplementar de Saúde esta estimativa é de R\$515.138.617. Os custos indiretos totalizam R\$2,8 bilhões, sob a perspectiva da sociedade brasileira. O custo total estimado para SCA em 2011, incluindo custos diretos e indiretos, é de R\$3,8 bilhões<sup>(2)</sup>.

A SCA compreende um termo operacional que define uma gama de sintomas clínicos compatíveis com isquemia miocárdica aguda<sup>(3)</sup>. O curto intervalo de tempo para o início do tratamento é de extrema importância, pois está relacionado ao melhor prognóstico dos pacientes, visto que a rápida restauração do fluxo sanguíneo pode limitar a lesão miocárdica, reduzindo a mortalidade e complicações<sup>(4)</sup>. Estudo demonstra que 25 a 33% dos atrasos ocorrem dentro do SE e, apenas, 5% em ambiente pré-hospitalar<sup>(5)</sup>.

Apesar dos avanços no tratamento dos pacientes com suspeita de SCA, ainda é grande a não adesão a protocolos e diretrizes de atendimento o que impacta diretamente na mortalidade<sup>(6)</sup>. Os indicadores de qualidade (IQ) da assistência têm sido adotados para a avaliação dos serviços de saúde com o objetivo de melhorar a eficácia da prática clínica baseado nas evidências científicas disponíveis<sup>(5,7)</sup>. Estudos recentes demonstraram que o monitoramento de IQ e a implantação de protocolos assistenciais tem melhorado a qualidade da assistência e diminuído a taxa de mortalidade por SCA nos estabelecimentos de saúde<sup>(7-8)</sup>.

Atualmente, os serviços de emergência de grande porte apresentam alta demanda de atendimento, o que pode acarretar aumento no tempo de espera até a consulta médica. Nos Serviços de Emergência a triagem tem sido recomendada com o objetivo de contornar o problema de superlotação destas unidades, priorizando o

atendimento dos pacientes de acordo com a gravidade. A triagem no Brasil é denominada Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco e é feita por meio de protocolos, os mais utilizados mundialmente são: *Emergency Severity Index*, *Australian Triage Scale*, *Canadian Triage Acuity Scale* e a *Manchester Triage System*<sup>(9)</sup>.

No Brasil esta atividade foi regulamentada para ser executada por enfermeiros pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem COFEN 423/2012, visto que é um serviço complexo e demanda competência técnica e científica para sua execução<sup>(10)</sup>. Neste contexto, o enfermeiro é o profissional que realiza a avaliação inicial dos pacientes com suspeita de SCA, realiza o primeiro ECG e aciona imediatamente a equipe médica para indicação do tratamento apropriado<sup>(11)</sup>. Evidencia-se, deste modo, a importância de conhecer a realidade destes serviços, com o objetivo de prestar o atendimento de maneira eficiente, com o objetivo de diminuir o tempo do início dos sintomas até a realização do primeiro ECG e da instituição do tratamento adequado aos pacientes com suspeita de SCA.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar os indicadores de qualidade no atendimento aos pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda e associá-los a alta, ao óbito e tempo de internação hospitalar.

## MÉTODOS

Estudo transversal e analítico, realizado de julho a outubro de 2012, no qual foram incluídos 84 prontuários de pacientes com suspeita de SCA, que receberam primeiro atendimento no SE de um hospital federal, universitário e de alta complexidade, localizado na cidade de São Paulo (SP), Brasil.

Os critérios de inclusão foram prontuários de indivíduos que receberam o primeiro atendimento no SE por suspeita de SCA, definida como angina clássica, equivalente isquêmico ou dor torácica atípica, que realizaram o primeiro ECG e o tratamento no serviço.

Foram excluídos pacientes transferidos de outras instituições.

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (Parecer nº. 32870). Por se tratar de um estudo no qual a obtenção dos dados foi por meio de prontuários e por não trazer riscos ao paciente, foi concedida liberação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados em um formulário composto por variáveis sociodemográficas, fatores de risco para SCA<sup>(2)</sup>, indicadores de qualidade no atendimento a SCA, o escore *Thrombolysis In Myocardial Infarction* (TIMI), a ocorrência de alta ou óbito do paciente e o tempo de internação.

Os indicadores de qualidade no atendimento aos pacientes com suspeita de SCA coletados foram: tempo porta-ECG; tempo porta-balão ou tempo porta-agulha; taxa de prescrição de ácido acetilsalicílico (AAS) nas primeiras 24 horas de internação; taxa de prescrição de AAS na alta hospitalar; taxa de prescrição de beta-bloqueador na alta hospitalar; taxa de prescrição de inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) / bloqueador dos receptores de angiotensina (BRA) na alta hospitalar e taxa de mortalidade hospitalar por IAM<sup>(10,12)</sup>.

O escore TIMI é utilizado para predição de eventos cardiovasculares em pacientes com SCA, com base na história clínica, exame físico, ECG e marcadores de necrose miocárdica. Nos pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) pode-se prever a probabilidade de óbito e eventos adversos em 30 dias, sendo que a pontuação varia de zero a 14 (baixo risco: 0-2; médio risco: 3-5 e alto risco: >5)<sup>(13)</sup>. Nos pacientes com angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST) pode-se prever a probabilidade de óbito, evolução para IAMCSST e revascularização de urgência em 14 dias, sendo que a pontuação varia de zero a 7 (baixo risco: 0-2; médio risco: 3-4 e alto risco: 5-7)<sup>(14)</sup>.

Como no SE do local do estudo realiza-se acolhimento com avaliação e classificação de risco, optou-se por incluir

como variável o horário da classificação de risco, realizada pelo enfermeiro desses pacientes.

Utilizou-se o teste de correlação de *Spearman* para estabelecer a associação entre os IQ e os desfechos alta, óbito e tempo de internação, considerando-se nível de significância de 95%.

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas, a apresentação clínica e o meio de transporte utilizado para procura do SE da população estudada.

Os fatores de risco e antecedentes de doença cardíaca da população estudada estão apresentados na Tabela 2.

**Tabela 1:** Características sociodemográficas, apresentação clínica e meio de transporte. São Paulo, SP, Brasil, 2012.

Características	n=84 (%)
<b>Idade (anos)*</b>	59 (36-89)
<b>Sexo</b>	
Masculino	53 (63,1)
Feminino	31 (36,9)
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto	3 (3,6)
Fundamental Incompleto	29 (34,5)
Fundamental Completo	10 (11,9)
Médio Incompleto	4 (4,8)
Médio Completo	24 (28,6)
Superior Incompleto	5 (6,0)
Superior Completo	9 (10,6)
<b>Ocupação</b>	
Empregado	48 (57,1)
Autônomo	11 (13,1)
Desempregado	1 (1,2)
Aposentado	20 (23,8)
Dona de casa	4 (4,8)
<b>Apresentação Clínica</b>	
Angina Clássica	72 (85,7)
Equivalente Anginoso	3 (3,6)
Dor Torácica Atípica	9 (10,7)
<b>Meio Transporte</b>	
Meios próprios	67 (79,8)
Ambulância	17 (20,2)

\*Mediana (valores mínimo-máximo).

**Tabela 2:** Fatores de risco e antecedentes de doença cardíaca. São Paulo, SP, Brasil, 2012.

Variáveis	n=84 (%)
<b>Fatores de risco</b>	
Sedentarismo	67 (79,8)
Idade avançada	67 (79,8)
Hipertensão arterial sistêmica	57 (67,9)
Tabagismo	55 (65,5)
Sexo	53 (63,1)
Dislipidemia	36 (42,9)
Hereditariedade	32 (38,1)
Diabetes mellitus	28 (33,3)
Estresse	14 (16,7)
Obesidade	6 (7,1)
<b>Antecedentes de doença cardíaca e exames diagnósticos</b>	
Infarto agudo do miocárdio	29 (34,5)
Realização de cateterismo	24 (28,6)
Realização de angioplastia	13 (15,5)
Revascularização do miocárdio	11 (13,1)
Angina instável	7 (8,3)
Doença coronariana conhecida	7 (8,3)
Insuficiência cardíaca	3 (3,6)

Dos 84 pacientes que foram admitidos no SE com suspeita de SCA, 30 (35,7%) não tiveram diagnóstico de isquemia, 25 (29,8%) foram diagnosticados com angina

instável, 22 (26,2%) com IAMCSST e sete (8,3%) com IAMSSST.

O tratamento definitivo realizado para os pacientes com diagnóstico final de IAMCSST (n=22) e IAMSSST (n=7)

foi angioplastia coronariana transluminal percutânea (ACTP), sendo que nos pacientes com IAMCSST este procedimento foi a terapia primária. Entre os pacientes com diagnóstico de angina instável (n=25), oito (32,0%) foram tratados com ACTP e 17 (68,0%) receberam tratamento conservador.

Da totalidade de pacientes com suspeita de SCA (n=84), 29 (34,5%) receberam alta hospitalar após o atendimento no SE, sendo que 55 (65,5%) permaneceram internados.

Dos 25 pacientes que receberam diagnóstico de angina instável, 18 (72,0%) tinham risco intermediário, três (12,0%) alto risco e um (4,0%) baixo risco para eventos cardíacos adversos, sendo que, dos pacientes com risco intermediário, dois (11,1%) necessitaram de revascularização do miocárdio (RM) e um (5,5%) evoluiu para IAMCSST.

Nos pacientes com IAMSSST (n=7), quatro (57,1%) tinham baixo risco, dois (28,5%) risco intermediário e um (14,9) alto risco para eventos cardíacos adversos, sendo que este necessitou de RM de urgência.

Entre os pacientes com IAMCSST (n=22), oito (36,4%) tinham baixo risco, sete (31,8%) risco intermediário e seis (27,2%) alto risco para eventos cardíacos adversos, sendo que um (16,6%) paciente do grupo alto risco evoluiu para óbito durante a internação.

Em relação aos indicadores de qualidade, a mediana do tempo porta-ECG foi 20min. (6-223min.) para a

totalidade dos pacientes (n=84). Nos pacientes com angina instável a mediana de tempo porta-ECG foi 31min. (7-223min.), nos casos de IAMSSST foi 32min. (15-134min.) e nos pacientes com IAMCSST foi 18min. (6-214min.).

Para os pacientes que foram submetidos à ACTP primária (n=22) a mediana do tempo porta-balão foi 127,5min. (40-830min.). Nenhum paciente foi submetido ao tratamento com trombolíticos no SE.

A taxa de prescrição de AAS nas primeiras 24 horas foi de 100%, sendo que, para pacientes com diagnóstico confirmado de SCA (n=53) as taxas de prescrição de AAS, bloqueadores beta-adrenérgicos e IECA/BRA na alta hospitalar, também foram de 100%. A taxa de mortalidade por IAM foi de 1,85%.

Não houve associação entre os IQ no atendimento dos pacientes com suspeita de SCA e a alta hospitalar ou ocorrência de óbito nesta população.

Nos pacientes com IAMSSST, o tempo de internação foi significativamente menor quando os intervalos entre a admissão do paciente no SE e a realização do tratamento definitivo ( $p=0,0085$ ) e entre a classificação de risco e a realização do tratamento definitivo ( $p=0,0085$ ) foram menores (Tabela 3).

Nos pacientes com IAMCSST, o tempo de internação foi significativamente menor quando o intervalo entre a classificação de risco e a realização do tratamento definitivo foi menor ( $p=0,0395$ ) (Tabela 4).

**Tabela 3:** Correlação entre os dias de internação e o intervalo entre a admissão do paciente e o tratamento definitivo para pacientes com infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (n=7). São Paulo, SP, Brasil, 2012.

Intervalos de tempo	Coefficiente de correlação de Spearman	p-valor
Admissão do paciente e classificação de risco	-0,25	0,5957
Admissão do paciente e primeiro eletrocardiograma	0,04	0,9389
Admissão do paciente e tratamento definitivo	0,88	<b>0,0085</b>
Classificação de risco e primeiro eletrocardiograma	0,09	0,8477
Classificação de risco e tratamento definitivo	0,88	<b>0,0085</b>

**Tabela 4:** Correlação entre os dias de internação e o intervalo entre a classificação de risco e o tratamento definitivo para pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (n=22). São Paulo, SP, Brasil, 2012.

Intervalos de tempo	Coefficiente de correlação de Spearman	p-valor
Admissão do paciente e classificação de risco	-0,06	0,7785
Admissão do paciente e primeiro eletrocardiograma	0,15	0,5043
Admissão do paciente e tratamento definitivo	0,40	0,0664

Classificação de risco e primeiro eletrocardiograma	0,18	0,4102
Classificação de risco e tratamento definitivo	0,44	<b>0,0395</b>

## DISCUSSÃO

A Doença Cardiovascular (DCV) é a principal causa de óbito no mundo<sup>(12)</sup>. Países desenvolvidos e países em desenvolvimento apresentam DCVs como principal causa proporcional de morte, porém 80% do impacto mundial da doença vem de países em desenvolvimento, como o Brasil<sup>(15)</sup>. Nestas sociedades, a DCV representa uma ameaça ao desenvolvimento social e econômico, sobretudo devido à grande proporção de óbitos que ocorrem prematuramente<sup>(12)</sup>.

A amostra deste estudo foi predominantemente constituída por pacientes do sexo masculino (63,0%), com mediana de idade 59,9 anos e principais fatores de risco para a ocorrência de SCA foram o sedentarismo e a idade avançada, ambos identificados em 79,8% dos pacientes. Estudo realizado em um SE, em Porto Alegre, nos anos 2007 e 2008, com o objetivo de identificar os fatores de risco para SCA, também evidenciou-se que a maioria dos indivíduos (63,8%) eram do sexo masculino, com média de idade de 61 anos e 86,8% apresentaram sedentarismo como fator de risco<sup>(16)</sup>. Além disso, a ocorrência de IAM prévio foi o antecedente de doença cardíaca mais encontrado nesta pesquisa (34,5%), resultado semelhante foi encontrado, também, em estudo realizado em Santa Catarina, no período entre 2005 e 2007, com o intuito de descrever o perfil dos pacientes portadores de SCA.. Em 26,6% havia história de IAM prévio e 21,2% dos casos história prévia de angina<sup>(13)</sup>.

Quanto à escolaridade houve predomínio do ensino fundamental incompleto (34,5%). Um estudo caso controle realizado em Portugal, em 2011, com o objetivo de identificar os fatores de risco para SCA, demonstrou que a baixa escolaridade tem relação com a exposição aos fatores de risco para doença coronariana, o que pode ser explicado pelo déficit de conhecimento em ações de prevenção da doença<sup>(14)</sup>.

Da totalidade de pacientes incluídos neste estudo, 85,7% tiveram como apresentação clínica mais comum a

angina clássica e 64,3% receberam diagnóstico de SCA, sendo que a angina instável foi o diagnóstico mais prevalente (29,8%), seguido por IAMCSST (26,2%) e IAMSSST (8,3%). Resultado parcialmente semelhante foi encontrado em estudo multicêntrico idealizado e gerenciado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) com o objetivo de relatar os resultados ao final dos 30 primeiros dias de evolução em pacientes incluídos em um registro brasileiro dedicado à análise das SCA, no qual os pacientes foram diagnosticados com angina instável (31,6%), IAMCSST (33,4%) e IAMSSST (34,9%)<sup>(17)</sup>.

Em relação ao tratamento definitivo, os pacientes com IAMCSST (26,2%) foram tratados com ACTP primária. A *American Heart Association* (AHA) recomenda a ACTP como tratamento de escolha para esses pacientes em hospitais com serviço de hemodinâmica disponível, tendo em vista que esta terapia tem demonstrado maiores benefícios, tanto em relação à sobrevivência como a ocorrência de complicações clínicas, quando comparada à terapia com fibrinolíticos<sup>(5)</sup>. Para os pacientes com diagnóstico de IAMSSST (8,3%) e para 9,5% dos indivíduos com angina instável o tratamento de escolha, também, foi a ACTP. A AHA recomenda que pacientes com elevação de marcadores de necrose cardíaca ou angina instável com condições clínicas instáveis ou de alto risco devem ser tratados com ACTP o mais breve possível<sup>(5)</sup>.

Neste estudo foi utilizado o escore de risco TIMI para identificar a probabilidade de morte e eventos adversos nos pacientes com diagnóstico confirmado de SCA<sup>(18)</sup>. O risco intermediário para eventos cardíacos adversos foi identificado em 72,0% dos pacientes com angina instável, sendo que 11,1% necessitaram de RM de urgência, 5,5% evoluiu para IAMCSST. Nos pacientes com angina instável de risco intermediário, de acordo com o escore de risco TIMI, a probabilidade de eventos cardíacos adversos varia de 18,2 a 19,9%<sup>(18)</sup>. Dos pacientes com IAMCSST, 27,2% foram classificados como alto risco para eventos adversos. Destes, um (16,6%) evoluiu para óbito em 30

dias. A probabilidade de ocorrência de eventos cardíacos adversos, segundo o escore de risco TIMI, para pacientes com IAMCSST varia de 16,1 a 35,9% para o grupo de alto risco<sup>(14)</sup>.

Quanto aos IQ no atendimento à SCA, a mediana de tempo porta-ECG foi de 20 minutos, sendo que somente em 25% dos pacientes o tempo foi igual ou inferior a 10 minutos, tempo preconizado pela AHA<sup>(5)</sup>. Observou-se, também, que a mediana do tempo porta-ECG foi de 18 minutos. Nos pacientes com IAMCSST, valor inferior quando comparado aos pacientes com angina instável e IAMSSST. Resultados diferentes foram encontrados em outro estudo realizado na Unidade Avançada de Pronto Atendimento privada em São Paulo, no qual foi avaliada, por meio de indicadores assistenciais, a qualidade do atendimento dos pacientes com diagnóstico de IAM com supradesnivelamento do segmento ST que verificou tempo médio porta-ECG de sete minutos, com 80% dos casos com tempo menor que 10 minutos<sup>(19)</sup>. Mesmo após a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), cujo objetivo é a priorização do atendimento aos pacientes mais graves nos SE, o tempo porta-ECG permaneceu acima do preconizado, o que pode ser atribuído a problemas de infraestrutura e a superlotação dos Serviços de Emergência em nosso país, contribuindo para o aumento do tempo de espera para atendimento e realização do primeiro ECG<sup>(20)</sup>. A mediana do tempo porta-balão neste estudo foi 127,5min., sendo que em 45,4% dos casos a ACTP foi realizada em até 90 minutos. O tempo porta-balão de até 90 minutos é um IQ recomendado pela AHA para pacientes com IAMCSST<sup>(5)</sup>.

A taxa de prescrição de AAS nas primeiras 24 horas e AAS, bloqueadores beta-adrenérgicos e IECA / BRA na alta hospitalar foi de 100% neste estudo, de acordo com o preconizado pelas diretrizes da AHA, que indicam estas medicações para todos os pacientes com diagnóstico de SCA, com o intuito de diminuir a mortalidade e a ocorrência de eventos isquêmicos recorrentes após a terapia de reperfusão<sup>(21)</sup>.

Não foi possível estabelecer associação estatisticamente significativa entre os IQ e a ocorrência de alta hospitalar, óbito precoce e complicações clínicas neste estudo, devido à baixa frequência das variáveis estudadas.

O tempo de internação foi significativamente menor ( $p=0,0085$ ) para os pacientes com IAMSSST que tiveram intervalo de tempo menor entre a admissão no SE e o tratamento definitivo, o que reforça a necessidade de terapia de reperfusão precoce para esses pacientes<sup>(21)</sup>. Quando avaliado o tempo de internação para os pacientes com IAMCSST observou-se que este foi significativamente menor ( $p=0,0395$ ) quando o intervalo de tempo entre a realização da classificação de risco pela equipe de enfermagem e a realização do tratamento definitivo foi menor, demonstrando a importância do AACR na priorização do atendimento aos pacientes com suspeita de SCA. O tempo é fundamental para a obtenção de melhores resultados para os pacientes com SCA. Deste modo, o enfermeiro que realiza AACR, sendo o primeiro profissional a ter contato com estes pacientes no SE, deve priorizar o atendimento com base nos protocolos institucionais e diretrizes preconizadas<sup>(11)</sup>. O SE do HSP é responsável pelo atendimento de cerca de 1.000 pacientes por dia e, como em outros serviços, com diferentes níveis de gravidade, tendo em comum a mesma porta de entrada. O enfermeiro realiza AACR por meio de protocolo institucional, no qual é preconizado que pacientes com suspeita de SCA devem ser encaminhados à sala de emergência para avaliação médica e realização do ECG imediatamente.

## CONCLUSÃO

As primeiras horas do infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST são de grande importância para o prognóstico do indivíduo. Neste contexto, o diagnóstico e a terapêutica devem ser realizados precocemente. Estes fatores justificam a relevância da preparação adequada do enfermeiro para a atividade de acolhimento com classificação de risco nos

Serviços de Emergência e conhecimento dos algoritmos de atendimento ao paciente com dor torácica na sala de emergência.

Um dos fatores limitantes deste estudo foi a coleta de dados em prontuários não informatizados de um Hospital Universitário, o que provavelmente pode reduzir a qualidade das informações, a realização em centro único, o que pode dificultar a generalização dos resultados para outras populações e regiões do país, porém eles demonstram a importância da monitorização dos IQ para melhoria do atendimento aos pacientes com suspeita de SCA.

As medianas de tempo porta-ECG e porta-balão foram de 20 minutos e 127,5 minutos, respectivamente.

As taxas de prescrição de AAS nas primeiras 24 horas, AAS, bloqueadores beta-adrenérgicos e IECA / BRA na alta hospitalar foram de 100%. A taxa de mortalidade por IAM foi de 1,85%. Não houve associação entre os IQ para SCA e a alta hospitalar, ocorrência de complicações clínicas e óbito precoce.

O tempo de internação foi significativamente menor para pacientes com IAMSSST quando o intervalo entre a admissão do paciente no SE e o tratamento definitivo foi menor. Para pacientes com IAMCSST o tempo de internação foi significativamente menor quando o intervalo entre a classificação de risco e a realização do tratamento definitivo foi menor.

## REFERÊNCIAS

- Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011;6736(11):61-74.
- Teich V, Araújo DV. Estimativa de Custo da Síndrome Coronariana Aguda no Brasil. *Rev Bras Cardiol*. 2011;24(2):85-94.
- Silva SH, Moresco RN. Biomarcadores cardíacos na avaliação da síndrome coronariana aguda. *Sci Med*. 2011;21(3):132-142.
- Ballard N, Bairan A, Newberry L, Brackley LV, Barnet G. Effect of education on a chest pain mnemonic on door-to-ECG time. *Journal of Emergency Nursing*. 2011;37(3):220-4.
- Connor RE, Brady W, Brooks SC, Diercks D, Egan J, Ghaemmaghami C, et al. Part 10: Acute Coronary Syndromes: Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. American Heart Association. *Circulation*. 2010;122:S787-817.
- Gil GP, Dessote CAM, Schimidt A, Rossi LA, Dantas RAS. Clinical evolution of patients hospitalized due to the first episode of acute coronary syndrome. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(5):830-7.
- Abad FF, Perez JL, Cabanes MPF, Marco RR, Hoz JC, Saez FN. Quality indicators in the acute coronary syndrome for the analysis of the pre- and in-hospital care process. *Med Intensiva*. 2010;34(6):397-417.
- Rocha ASC, Araújo MP, Volscham A, Carvalho LAF, Ribeiro A, Mesquita ET. Evidence of Healthcare Quality Improvement in Acute Myocardial Infarction. *Arq Bras Cardiol*. 2010;94(6):726-9.
- Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern Triage in the Emergency Department. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107(50):892-8.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 423, de 15 de fevereiro de 2012. Dispõe sobre Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Brasília: COFEN; 2012.
- Ferreira AMC, Madeira MZA. A dor torácica na sala de emergência: uma revisão da literatura. *NOVAFAPI*. 2011;4(1):50-6.
- World Health Organization, NCD Country Profiles. 2011.
- Pereira MR, Santos A, Sakae TM. Escore thrombolysis in myocardial infarction para avaliação de risco em síndrome coronariana aguda em hospital particular no Sul do Brasil. *Rev Bras Clin Med* 2010;8(4):311-5.
- Rita Ivo R, Oliveira L, Saraiva D, Branco MC. Doente coronário agudo, um retrato global. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*. 2014;44:6-14.
- Beaglehole R, R Bonita, Horton R, Adams C, G Alleyne, Asaria P, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*. 2011;377(9775):1438-47.
- Lemos KF, Davis R, Moraes MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(1):129-35.
- Piva LA, Berwanger MO, Santos ES, Reis HJL, Romano ER, Petriz JLF. Clinical Outcomes at 30 days in the Brazilian Registry of Acute Coronary Syndromes (ACCEPT) (ACCEPT). *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(1):6-13.
- Gonzalez MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R, Polastri TF, Canesin MF, Schimidt A. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(2 Supl. 3):1-221.
- Viola DC, Cordioli E, Pedrotti CH, Iervolino M, Bastos Neto AS, Almeida LR, et al. Advanced units: quality measures in urgency and emergency care. *Einstein*. 2014;12(4):492-8.

20. Ulbrich EM, Mantovani MF, Balduino AF, Reis BK. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. *Cogitare Enferm.* 2010;15(2):286-92.
21. Nicolau JC, Timerman A, Marin-Neto JA, Piegas LS, Barbosa CJDG, Franci A, Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol* 2014; 102(3Supl.1):1-61.

Recebido: 06/11/2014.

Aceito: 20/06/2015.

Publicado: 31/12/2015.