

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Débora Cristina Bartz Siminatto

e-mail: deborabartz1998@outlook.com

Wilton Francisco Gomes
Bruna Magalhães Ibañez
Nayara Douat Hannegraf

PALAVRAS-CHAVE: Perfil Epidemiológico, Síndrome Coronariana Aguda, Fatores de Risco

RESUMO: As doenças cardiovasculares (DCV) são um grupo de desordens que atingem o coração e os vasos sanguíneos, como a doença coronariana e a doença cerebrovascular. São as principais causa de morte do mundo, com um número estimado de mais de 17,9 milhões de mortes por ano, representando 31% de todas as mortes em nível global (WHO, 2017). No Brasil, as DCVs são responsáveis por 27,7% dos óbitos, atingindo 31,8% quando são excluídos os óbitos por causa externas, valor próximo ao encontrado mundialmente (BRASIL, 2019). A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) está entre as doenças cardiovasculares de maior importância, englobando a angina instável (AI) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), com ou sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSST/ IAMCST). Sua causa mais comum é devido ao surgimento de um trombo agudo, resultante da aterosclerose, em uma artéria coronária. A extensão do músculo cardíaco afetado depende do tempo em que o paciente começa a sentir sintomas até o momento em que ele recebe o tratamento adequado. As consequências iniciais deste evento variam com o tamanho, localização e duração da obstrução, estendendo-se de uma isquemia transitória ao infarto. Tal processo é decorrente da prolongada redução do fluxo sanguíneo coronário, que acarreta o desequilíbrio entre a oferta e a demanda de nutrientes ao tecido e culmina com isquemia e comprometimento funcional do coração. (BASSAN, et al. 2006; MAGEE, et al. 2012; COSTA, et al. 2018). A SCA geralmente se apresenta na sexta década de vida (idade média de 68 anos), tendo uma relação masculino/feminino de, aproximadamente, 3/2 (GASH, 2018). A diferença entre a mortalidade cardiovascular

global feminina e masculina se igualou na última década, pelo aumento da mortalidade feminina associada à doença arterial coronariana. Além disso, o efeito do IAM aumento em mulheres mais jovens, e pode apresentar maior risco de morte em comparação a homens mais jovens (FOUSSAS, 2016). Um dos fatores que contribui para a morbimortalidade da SCA é o diagnóstico incompleto da síndrome, adiando a alta hospitalar dos pacientes. Nesse sentido, faz-se obrigatória a estratificação de risco dos pacientes que chegam ao hospital com dor torácica, a fim de evitar complicações, evitáveis, a curto prazo (GACH, 2018). Estima-se que no período de um ano após o primeiro infarto do miocárdio, 18% dos homens e 23% das mulheres morrerão, e a mediana do tempo de sobrevivência é, acima de 45 anos de idade, 8,2 anos para homens e 5,5 para mulheres. O que pode explicar os piores desfechos das mulheres é a apresentação atípica dos sintomas, com menos supra de segmento ST e início com a idade mais avançada (Lorenzo, 2018). Em um outro estudo realizado em Recife foi observado complicações como Insuficiência cardíaca, infecção, hematoma e choque cardiogênico após SCA mais frequentes nas mulheres em relação aos homens (M. C. Almeida, C. E. L. Montenegro, et. Al. 2014), reforçando os piores desfechos em mulheres. Em um estudo que compara diferentes regiões demográficas a nível nacional, de um total de 1097 pacientes de 71 hospitais: 63,7% eram do gênero masculino e 36,3%, do feminino; A idade média foi de 63,1; mais de dois terços dos pacientes tinham histórico de hipertensão arterial sistêmica, mais de um quarto de diabetes melitos e mais de um terço de hipercolesterolemia; Mais da metade dos pacientes referiu uso de tabaco (atual ou pregresso), e aproximadamente um quarto apresentou antecedente de IAM (NICOLAU, J. C. FRANKEN, M. LOTUFO P. A. et. al. 2012) Nos países de baixa e média renda há um aumento da mortalidade, por síndromes coronarianas agudas, em pacientes mais jovens, quando comparadas aos países de renda alta. Muitos países, hoje, passam por transição demográfica e aumento da renda da população. Isso acarreta diretamente a qualidade de vida dos pacientes, pois há o aumento de gordura e açúcares na dieta, sedentarismo e abuso de tabaco e álcool. Esse cenário reflete um aumento das síndromes coronarianas resultantes destes hábitos, que não são acompanhadas pelas melhorias do sistema de saúde quanto a detecção, conduta e manejo adequado da mesma. Na Europa, um país de alta renda, a o investimento na prevenção e tratamento das SCA, como conscientização de sintomas, acesso a instalação médica e de cuidados agudos e a liberação de medicamentos diminuiu de maneira significativa a mortalidade

cardiovascular (SELIGMAN, 2016). Assim, muitos fatores contribuem para a formação dos ateromas e placas ateroscleróticas, incluindo hipertensão arterial, tabagismo, diabetes e níveis elevados de colesterol no sangue. Essas desordens estão diretamente relacionadas com hábitos de vida modificáveis do indivíduo, como dieta inadequada, sedentarismo, uso de tabaco e uso nocivo de álcool. (HARRISON, 2016; OPAS, 2017). Devido a isso, fica evidente a necessidade de enfatizar a importância da prevenção da Síndrome Coronariana Aguda e tratar os fatores de risco. Isso exige ações para melhorar o acesso a dietas saudáveis e limitar o acesso a comidas gordurosas e industrializadas ou fast-foods. Ainda, é necessário promover a atividade física, desde a escola, e controlar o uso de tabaco e álcool e garantir o acesso a medicamentos essenciais. Portanto, o objetivo desta revisão é analisar o perfil epidemiológico dos pacientes com SCA, ressaltando os principais fatores de risco encontrados e a importância de promover políticas de saúde adequadas para o correto controle e prevenção dos mesmos.

REFERÊNCIAS:

BASSAN, Fernando; BASSAN, Roberto. **Abordagem da Síndrome Coronariana Aguda**. Revista Da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, n. 07, Jan/Fev/Mar/Abr 2006.

SELIGMAN, B. et al. **Acute Coronary Syndromes in low - and middle - income countries. Moving forward**. International Journal of Cardiology 207 (2016) S10-S12. journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijcard.

Ministério da Saúde. **DATASUS**. Acessado em 26 de agosto de 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2012/c08.def>.

FOUSSAS, S. **Differences in men and women in acute coronary syndromes**. Hellenic J Cardiol. Volume 57, Issue 4, July–August 2016, Pages 296-299.

LORENZO, De Andrea. **Disparidades de gênero e desfechos das Síndromes Coronarianas Agudas no Brasil**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2018

COSTA, Francisco Ariel Santos da et al. **Perfil demográfico de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil: revisão integrativa.** SANARE: Revista de Políticas Públicas, Sobral (CE), v. 17, n. 02, p.66-73, dez. 2018.

World Health Organization (WHO). **Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk.** Geneva, Switzerland: WHO; 2017. Acessado em 26 de agosto de 2019. Disponível em: <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf>.

MAGEE, Raquel Ferreira et al. **Síndrome Coronariana Aguda: uma revisão.** Revista de Medicina e Saúde de Brasília, Brasília, v. 1, n. 3, p.89-174, 20 set. 2012.

NICOLAU, J. C. FRANKEN, M. LOTUFO P. A. 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).** Arquivo Brasileiro de Cardiologia. 2012.

GACH, O. et al. **Syndrome coronarien aigu.** Rev Med Liege 2018; 73 : 5-6 : 243-250.