



**MANUAL DE UTILIZAÇÃO DO
INSTRUMENTO DE COLETA DE
DADOS BPC**

CASE REPORT FORM (CRF)

SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

São Paulo

2019

**MANUAL DE UTILIZAÇÃO DO
INSTRUMENTO DE COLETA DE
DADOS BPC**

CASE REPORT FORM (CRF)

SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

São Paulo

2019

SUMÁRIO

CADASTRO DE NOVO PACIENTE SINDROME CORONARIANA AGUDA	4
SELEÇÃO - SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	7
ELEGIBILIDADE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA.....	9
HISTÓRICO MÉDICO - SÍNDROME CORONARIANA AGUDA.....	9
ADMISSÃO - SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	12
INTERNAÇÃO - SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	20
FORMULÁRIO DE ALTA HOSPITALAR – SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	23
FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO 30 DIAS – SÍNDROME CORONARIANA AGUDA.....	27
FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO 6 MESES – SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

CADASTRO DE NOVO PACIENTE SINDROME CORONARIANA AGUDA

DADOS DEMOGRÁFICOS

Nome

Nome completo do paciente.

Data de nascimento

Data de nascimento do paciente, este deve ter idade maior que 18 anos.

- Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)

CPF

Número completo do CPF do paciente.

- XXX. XXX. XXX-XX

Número Cartão SUS

Número presente no cartão SUS do paciente.

Nome da Mãe

Nome completo da mãe do paciente.

Raça

Cor da raça que paciente se declara.

- Branco
- Pardo
- Negro
- Amarelo
- Indígena

Sexo

Sexo do paciente.

- Masculino
- Feminino

Número prontuário

Registro do número do prontuário do paciente.

E-mail

Endereço de e-mail do paciente.

CEP

Número do CEP da residência do paciente.

- XXXXX-XXX

Endereço

Inserir endereço completo de residência do paciente com nome da rua/avenida, número, complemento (se possuir), e bairro.

Estado

Selecionar o estado de residência do paciente.

Telefone residencial

Inserir número do telefone residencial do paciente.

- (XX) XXXX-XXXX

Celular

Inserir número do celular do paciente ou familiar.

- (XX) XXXXX-XXXX

Telefone para recado

Inserir um segundo número de telefone fixo ou celular que pertença ao paciente, ou que pertença a alguém que tenha contato com o paciente.

- **(XX) XXXXX-XXXX**

SELEÇÃO - SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Data inclusão paciente no estudo

Data em que o paciente assinou termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

- Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)

CID-10

Código Internacional de Doenças 10º revisão; colocar o respectivo CID do diagnóstico principal, motivo da internação/visita e o que justifica a inclusão do paciente no estudo (insuficiência cardíaca, fibrilação atrial ou síndrome coronariana aguda).

- I-50 Insuficiência Cardíaca
- I-48 Flutter e Fibrilação Atrial
- I-20 Angina Instável
- I-21 Infarto Agudo do Miocárdio
- I-22 Infarto Agudo do Miocárdio Recorrente
- Outros

Origem do Paciente

Ponto de partida do paciente. Selecionar o item que se aplica conforme origem do paciente.

- Residência
- Transferido de instituição com plano ou programa de cuidados paliativos/ casa repouso
- Transferido de outro hospital
- Ambulatório da instituição
- Referenciado UBS
- SAMU
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
- Clínica/consultório médico
- Informação não documentada

Se proveniente de outra instituição de saúde, data da admissão na instituição origem.

Inserir a data que o paciente foi admitido na instituição de origem.

Liminar

A medida liminar é a decisão jurídica que analisa um pedido urgente, como a internação de um indivíduo ou a transferência do mesmo entre serviços de saúde conforme níveis de atenção. É uma decisão precária, uma vez que a medida pode ser revogada e o direito sob análise pode ou não ser reconhecido no julgamento de mérito da causa. Tem como requisitos o "fumus bonis iuris" (quando há fundamentos jurídicos aceitáveis) e o "periculum in mora" (quando a demora da decisão causar prejuízos). Neste estudo será considerada internação por liminar se houver registro em prontuário ou outra documentação comprobatória. (Supremo Tribunal Federal)

ELEGIBILIDADE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

- **CrITÉRIOS de Inclusão**

Condições que devem estar presentes para seleção e inclusão do paciente no estudo.

- **CrITÉRIOS de Exclusão**

Características que se presente no paciente impedem a participação dele no estudo.

HISTÓRICO MÉDICO - SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Selecionar todos os itens que se aplicam conforme histórico ou condição atual do paciente. Neste estudo serão elencadas apenas comorbidades que possam influenciar na condição e tratamento cardiológico do paciente. Em casos de relato ou registro de comorbidades não elencadas na CRF, selecione o item “outros” não havendo necessidade de especificar qual.

- **Sim**

Selecionar o item caso a comorbidade especificada tenha sido registrada em prontuário médico ou relatada pelo paciente.

- **Não**

Selecionar item caso encontre registro em prontuário médico ou relato do paciente negando a presença de determinada comorbidade.

Procedimentos Prévios

Registro em prontuário ou relato do paciente a respeito de procedimentos cirúrgicos que foram realizados no paciente anteriormente a atual internação hospitalar.

- **Angioplastia Coronária**

Considera-se como angioplastia (ATC) primária quando esta for empregada como primeira opção terapêutica de reperfusão no paciente com IAM, sendo assim, selecionar item se registro em prontuário de Intervenção Coronária Percutânea (ICP) como medida de revascularização mecânica, através de intervenção com cateter pela coronária com implante de *stent*.

- **Cirurgia de Revascularização do Miocárdio**

Método intervencionista onde uma ou mais coronárias ocluídas recebem pontes com enxertos de safena e/ou de mamária, com o objetivo de restabelecer o fluxo sanguíneo para as áreas comprometidas do coração. Tais enxertos são realizados com artérias e veias localizadas no tórax (artéria mamária), nos membros inferiores (veias safenas) ou nos antebraços (artérias radiais).

- **Marcapasso**

Trata-se de um pequeno dispositivo eletrônico implantável responsável pela monitorização do ritmo cardíaco e estimulação elétrica do coração, assim, impossibilitando a redução da frequência cardíaca abaixo dos limites desejáveis (geralmente < 50 bpm). A Doença do Nó Sinusal (DNS) consiste na principal indicação para o implante de marcapasso definitivo.

- **Terapia de Ressincronização Cardíaca (TRC)**

Trata-se de uma modalidade da Estimulação Cardíaca Artificial (ECA) que tem o propósito de corrigir disfunções eletromecânicas por meio do implante de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (DCEI), o ressincronizador cardíaco (RC), associado ou não ao cardioversor desfibrilador implantável (CDI). O procedimento é invasivo e consiste no implante de um cabo-eletrodo na parede lateral do VE, adicional à técnica convencional utilizada para o marcapasso atrioventricular (átrio e ventrículo direitos).

- **Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI)**

O cardioversor desfibrilador implantável (CDI) é um aparelho com as mesmas características do desfibrilador externo, porém apresenta algoritmos especiais que lhe dão a capacidade de auto detectar as taquiarritmias potencialmente letais e responder automaticamente a ela a fim de restabelecer o ritmo sinusal. O gerador é dotado de algoritmo de detecção, sistema de terapia e memória.

- **Prótese Valvar**

A prótese valvar consiste na implantação de uma estrutura biológica ou mecânica responsável pela coordenação do fluxo sanguíneo pelas câmaras cardíacas (mitral, aórtica, tricúspide e pulmonar). Este procedimento é indicado, conforme avaliação médica, na presença de insuficiência ou estenose destas estruturas, acarretando na disfunção cardíaca.

- **Dispositivo de Assistência Ventricular**

O ventrículo artificial é um dispositivo de propulsão pulsátil que serve para auxiliar o coração como suporte ventricular esquerdo, direito e biventricular. As indicações de implante consistem em suporte circulatório em casos de falência ventricular após cirurgia cardíaca com dificuldade em retirada da circulação extracorpórea ou emergências cardíacas clínicas como choque cardiogênico refratário a outras terapias e dispositivos bem como ponte para transplante, contudo evita-se sua indicação em pacientes com contra indicação formal para transplante.

- **Transplante Cardíaco**

Procedimento cardíaco cirúrgico caracterizado pela substituição do coração receptor pelo proveniente de um doador, sendo indicado em pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) avançada ou cardiopatia de estágio terminal, com sintomas refratários e tratamento clínico otimizado. Geralmente os pacientes submetidos a este procedimento apresentam miocardiopatias primárias ou decorrentes da evolução de miocardiopatias isquêmicas, valvulares, congênitas, entre outras.

ADMISSÃO - SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS

Data e Hora da Admissão

- Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)
- HH – Hora (00-23) e MM – Minutos (00-59)

Fonte de Pagamento

Anotar uma alternativa que represente o pagador principal dos custos do serviço de saúde.

- **Saúde Suplementar**

Plano privado de assistência à saúde, pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a serem pagas integral ou parcialmente as expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. (Lei nº 9.656 de 3 de Junho de 1998)

- **Particular**

Custos pagos pelo próprio paciente, familiares ou pessoa física.

- **SUS**

Custos pagos pelo governo através da política de financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS, feito pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, conforme determina a Constituição Federal de 1988, que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde (Artigo 194 da Constituição Federal de 1988).

Grau de escolaridade

Marcar apenas uma das opções indicando, segundo o registro em prontuário ou relato do paciente, o maior grau de escolaridade que o paciente cursou.

Renda Familiar

Relato ou registro em prontuário da quantidade mensal de verba recebida pelo paciente, calculado através da soma aproximada entre todas as pessoas que trabalham e moram com o paciente; valor total com base no salário mínimo atual (R\$ 998,00 vigente desde 1º de Janeiro de 2019 - DECRETO Nº 9.661, DE 1º DE JANEIRO 2019).

Hábitos de Vida

- **Tabagismo**

Descrever o relato ou registro de consumo de cigarros ou outros produtos que contenham tabaco. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) consideram-se os seguintes conceitos:

- **Não:** Se o paciente nunca fumou cigarro.
- **Atual:** Consumidor de no mínimo um cigarro diário por período não inferior a 6 meses.
- **Passado:** Se tabagista em algum momento da vida, porém segue em ausência de consumo há mais de 6 meses.

- **Histórico de Consumo de Álcool**

Será considerado neste estudo o relato ou registro de consumo de bebidas alcoólicas, alcoolismo e/ou intoxicação pelo álcool. De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS) o consumo aceitável é de até: 15 doses/semana para homens e 10 doses/semana para mulheres, considerando que o consumo prejudicial de álcool é acima de 30 gramas diária da substância.

Usar como referência quantas doses, conforme abaixo, foram consumidas na última semana antes da visita ambulatorial/internação hospitalar:

1 dose cerveja = 1 lata = 350ml

1 dose de chope = 1 copo = 350ml

1 dose de vinho = 1 taça = 150ml

1 dose destilado (uísque, pinga, vodca) = 40 ml

- **Uso de drogas ilícitas**

Relato do paciente ou registro em prontuário de consumo de substâncias químicas proibidas por lei.

- **Exercício Físico**

Relato ou registro de prática de atividade física previamente planejada, orientada e proposta para a manutenção ou melhora dos componentes da aptidão física relacionada à saúde (resistência aeróbia, resistência anaeróbia, força muscular e flexibilidade).

Avaliação Funcional

- **Compreensão**

Faculdade de entender, de perceber o significado de algo; entendimento.

- Normal: Compreende e executa orientações em qualquer grau de complexidade.
- Prejudicada: Apresenta algum grau de dificuldade em compreender e executar orientações.
- Desconhecido: Paciente incapaz de ser avaliado (coma).

- **Atividade de Vida Diária**

Compreende tarefas pessoais concernentes ao autocuidado e habilidades pertinentes ao cotidiano como exemplo, escovar os dentes, pentear os cabelos, vestir-se, tomar banho, calçar sapatos, alimentar-se, beber água, fazer uso do vaso sanitário, cozinhar, lavar louça, lavar roupa, arrumar a cama, varrer a casa, passar roupas, usar o telefone, escrever, manipular livros, sentar-se na cama, transferir-se de um lugar ao outro, dentre outras. Sendo assim, escolher a melhor alternativa que define o grau de dependência do paciente para realizar as atividades.

- **Independente**

Independente para todas as atividades desempenhadas diariamente.

- **Parcialmente assistido**

Independente para as atividades diárias com exceções.

- **Totalmente assistido**

Dependente para desempenhar todas as atividades diárias.

- **Desconhecido**

Ausência de relato ou registros em prontuário médico referente a realização das atividades diárias.

Início dos Sintomas

Registrar data e hora estimada do início dos sintomas, precordialgia, que resultaram na atual internação, conforme documentado em prontuário médico.

- Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)
- HH – Hora (00-23) e MM – Minutos (00-59)

Data e Hora último episódio de dor:

Registrar data e hora estimada do último episódio de dor, que resultaram na atual internação, conforme documentado em prontuário médico.

- Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)
- HH – Hora (00-23) e MM – Minutos (00-59)

Tipo de SCA

- **AI:** Registro de elevação de marcadores bioquímicos sem supradesnível do segmento ST no eletrocardiograma.
- **IAM s/SST:** Achado eletrocardiográfico sem supradesnívelamento do segmento ST com inversão de onda T ou infradesnívelamento do segmento ST. Elevação de marcadores bioquímicos.
- **IAM c/ SST:** Achado eletrocardiográfico de supradesnívelamento do segmento ST de 2 mm em duas derivações contíguas periféricas ou 1 mm nas derivações precordiais no eletrocardiograma inicial estabelece o diagnóstico de SCA com Supradesnívelamento de ST.

Eletrocardiograma (ECG)

Registro em prontuário de laudo do exame eletrocardiográfico realizado na/ou mais próximo da admissão hospitalar.

- Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)
- HH – Hora (00-23) e MM – Minutos (00-59)

- **Alterações ECG**

Registrar alterações no eletrocardiograma (ECG) conforme documentadas no prontuário médico.

- **Sinais Vitais (Admissão)**

Registrar os sinais vitais mensurados no período da admissão do paciente da atual internação hospitalar; caso não haja registros admissionais, registrar os valores mais próximos à data de admissão hospitalar.

- **Frequência Cardíaca (FC)**

Registrar a FC em batimentos/minuto (bpm). A FC pode ser resultante da realização de ECG ou exame físico desde que estejam registrados em prontuário médico.

- **Pressão Arterial Sistêmica (PAS)**

Registrar pressão arterial em mmHg (Sistólica/Diastólica). Respeitando os valores de casas decimais. Exemplo: PA Sistólica 120mmHg; PA Diastólica: 80 mmHg.

- **Altura**

Registrar altura do paciente, usando o “ponto” para separar a casa decimal. Exemplo: 1.65m

- **Peso**

Registrar o valor do peso do paciente no momento da admissão, ou o mais próximo da data de admissão hospitalar.

- **IMC**

O Índice de Massa Corporal (IMC), segundo recomendação da OMS é utilizado para diagnóstico do estado nutricional de grupos populacionais. É determinado pela divisão do peso pelo quadrado de sua altura. Exemplo: $90 \div 1.75^2 \text{m} = 29.38 \text{ Kg/ m}^2$. Realizar cálculo e registrar o valor do IMC do paciente.

Insuficiência Cardíaca (IC) Aguda

A insuficiência cardíaca aguda pode ser definida como síndrome clínica na qual uma alteração estrutural ou funcional do coração leva à incapacidade do mesmo de ejetar (disfunção sistólica) e/ou acomodar sangue (disfunção diastólica) dentro de valores pressóricos fisiológicos, ocasionando limitação funcional e necessitando intervenção terapêutica imediata. Pode corresponder a uma entidade nova (na ausência

de diagnóstico prévio de IC) ou estar relacionada à exacerbação aguda de um quadro crônico, que, de acordo com a gravidade, pode vir a se comportar de forma persistente e até refratária.

Classificação de KILLIP

A classificação ou índice de gravidade de insuficiência cardíaca em pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) foi proposta por Killip Kimball com o objetivo de avaliar o prognóstico do paciente baseando-se em ausculta pulmonar, cardíaca e nos sinais de choque.

- Killip I: sem sinais de descompensação cardíaca;
- Killip II: com estertores crepitantes pulmonares, terceira bulha e pressão venosa jugular elevada;
- Killip III: com edema pulmonar agudo (EAP);
- Killip IV: com choque cardiogênico ou hipotensão arterial (medida como PAS < 90 mmHg) e evidência de vasoconstrição periférica (oligúria, cianose ou diaforese).

Parada Cardiorrespiratória (PCR)

A PCR é caracterizada pela ausência de atividade mecânica do coração, confirmada pela ausência de pulso detectável, irresponsividade e apneia ou respiração agônica. Sua gênese está intrinsecamente relacionada a distúrbios do sistema excito-condutor cardíaco deflagrando, desta forma, arritmias, onde a instabilidade elétrica do miocárdio associada a fatores agudos ou transitórios, podem interferir na homeostase do sistema excito-condutor, culminando em arritmias malignas como a fibrilação ventricular (FV), taquicardia ventricular (TV) sem pulso, assistolia e atividade elétrica sem pulso (AESP), caracterizando os ritmos de PCR.

Questionário World Health Organization Quality Of Life – Bref

Qualidade de Vida

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995), qualidade de vida consiste na “percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e

preocupações”. Sobre outros aspectos é possível incluir aos fatores envolvendo a qualidade de vida elementos como alimentação, moradia, acesso à saúde, emprego, saneamento básico, educação e transporte, sendo estas, necessidades de sobrevivência da sociedade contemporânea.

WHOQOL – Bref: versão abreviada em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS.

- Quanto ao preenchimento do questionário:
 - O indivíduo deve ser adequadamente informado sobre o objetivo da aplicação do questionário, o modo de aplicação e o destino dos dados obtidos. Deve também sentir-se à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação.
 - Uma situação de privacidade deve ser buscada.
 - O instrumento deve ser respondido em somente um encontro ou em uma mesma ligação telefônica.
 - Em casos de aplicação do questionário por contato telefônico, o paciente deve ser orientado a responder a pergunta conforme escala, evitando desvios ou prolongamento do tema questionado.
 - Deve ser enfatizado que todo o questionário refere-se às duas últimas semanas, independente do local onde o indivíduo se encontre.
 - O questionário a princípio é de auto resposta.
 - O entrevistador não deve influenciar o paciente na escolha da resposta, não devendo discutir as questões ou o significado destas, nem da escala de respostas; no caso de dúvida o entrevistador deve apenas reler a questão de forma pausada para o paciente, evitando dar sinônimos às palavras das perguntas, ressaltando a importância da interpretação do paciente referente a pergunta proposta. Em casos de impossibilidade (analfabetismo, deficiência visual importante, falta de condição clínica) o instrumento pode ser aplicado pelo entrevistador, devendo haver esforços redobrados para evitar a influência sobre as respostas do indivíduo.

- Ao término do questionário, verificar se o paciente não deixou nenhuma questão sem resposta e se marcou somente uma alternativa por questão.

- **Registro do Entrevistador**

Registrar o nível de dificuldade enfrentada pelo paciente durante a aplicação do questionário, na percepção do entrevistador e também, o tempo de duração para o preenchimento do questionário pelo entrevistado (paciente).

- **Escala Visual Analógica (EVA)**

Instrumento utilizado na avaliação da dor consistindo em uma linha de 10 cm com âncoras em ambas as extremidades onde podemos observar os descritores “pior estado de saúde imaginável/pior dor” e “melhor estado de saúde imaginável/sem dor”; os pacientes devem indicar a magnitude de seu estado marcando um ponto ao longo do comprimento da linha. Uma régua é utilizada para quantificar a mensuração em uma escala de 0 a 100 mm.

INTERNAÇÃO - SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Tratamento Parenteral Durante Internação

Selecionar medicações e/ou métodos utilizados durante a internação para o tratamento parenteral conforme registros em prontuário médico.

Se selecionado “sim”, informar qual medicação foi utilizada.

Estratégias de Reperusão

O objetivo da reperusão coronariana consiste na recanalização da artéria ocluída a fim de proporcionar uma nutrição miocárdica adequada e assim limitar a extensão da necrose miocárdica, utilizando-se de métodos farmacológicos, drogas fibrinolíticas, ou mecânicos, a Intervenção Coronária Percutânea (ICP) com balão e/ou stent coronariano.

- **Trombolítico**

Os trombolíticos atuam no processo de lise do trombo, estimulando a conversão do plasminogênio inativo presente no sangue em plasmina ativa; esta é uma enzima que degrada a fibrina, proteína que forma o trombo.

Se selecionado “sim”, para o uso de trombolítico, informar qual trombolítico foi utilizado e local da realização do mesmo.

- **Cateterismo**

Método diagnóstico que se refere ao cateterismo cardíaco esquerdo com cateterização seletiva de artérias coronárias e utilização da infusão de contraste radiopaco intracoronário, possibilitando a avaliação da função cardíaca, visualização das artérias coronárias, avaliação de alterações no funcionamento de válvulas cardíacas e anomalias congênitas.

Se realizado cateterismo diagnóstico, informar data de realização.

- **Angioplastia**

Considera-se como angioplastia (ATC) primária quando esta for empregada como primeira opção terapêutica de reperusão no paciente com IAM, sendo assim, selecionar item se registro em prontuário de Intervenção Coronária Percutânea (ICP)

como medida de revascularização mecânica, através intervenção com cateter pela coronária com implante de *stent*.

Se realizada angioplastia do vaso culpado, informar, data, hora e motivo da indicação conforme registro em prontuário médico.

Se realizada angioplastia primária, informar data (dia/mês/ano), hora (hora:minuto) e local de realização da mesma.

Função Ventricular

Registro em prontuário médico ou laudo de exames específicos que avaliem a função ventricular.

- Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE)

Registrar o valor da FEVE em forma de porcentagem (%).

Outros Procedimentos

- **Revascularização do Miocárdio**

Método intervencionista onde uma ou mais coronárias ocluídas recebem pontes com enxertos de safena e/ou de mamária, com o objetivo de restabelecer o fluxo sanguíneo para as áreas comprometidas do coração. Tais enxertos são realizados com artérias e veias localizadas no tórax (artéria mamária), nos membros inferiores (veias safenas) ou nos antebraços (artérias radiais).

Se realizada, informar data da realização da mesma.

Exames Laboratoriais

Registrar os valores dos exames laboratoriais referente aos marcadores de necrose cardíaca.

- **Troponina**

As troponinas constituem um complexo de proteínas formadas por filamentos localizados nas fibras musculares estriadas sendo essenciais para o processo de regulação da contração do músculo estriado e cardíaco. Após a lesão miocárdica estas

surtem na corrente sanguínea devido à lenta degradação de seu conjunto estrutural, tendo seu pico entre 18 e 24 horas após início dos sintomas.

- **CK-Total**

A Creatinoquinase Total (CK-Total) é uma enzima reguladora da produção e da utilização do fosfato de alta energia nos tecidos contráteis, porém não sendo específica para o músculo cardíaco; é composta por duas subunidades (M e B) resultando em isoenzimas como a CK-MB.

- **CK-MB**

A CK-MB massa, isoenzima específica do músculo cardíaco, eleva-se entre 3-6 horas após início dos sintomas tendo seu pico entre 16-24 horas com normalização entre 48-72 horas. Apresenta sensibilidade diagnóstica de 50% após 3 horas do início dos sintomas e de 80% em 6 horas de evolução.

- **Creatinina**

A creatinina plasmática é derivada, praticamente na sua totalidade, do catabolismo da creatina presente no tecido muscular. Está relacionada com a perda de tecido muscular excessiva e é o biomarcador mais utilizado para avaliação da função renal.

- **INR**

Razão Normalizada Internacional (INR ou RNI) é uma medida laboratorial para avaliar a tendência de coagulação do sangue, devendo ser registradas para pacientes em uso de varfarina ou fondaparinox.

- **Lipídios**

Os lípidos biologicamente mais importantes são os fosfolípidos, o colesterol, os triglicérides (TG) e os ácidos graxos (AG). Os fosfolípidos compõem a estrutura básica das membranas celulares. O colesterol é precursor dos hormônios esteroidais, dos ácidos biliares e da vitamina D. Os TGs são formados a partir de três ácidos graxos ligados a uma molécula de glicerol e constituem uma das formas de armazenamento energético mais importante no organismo, depositados nos tecidos adiposo e muscular.

FORMULÁRIO DE ALTA HOSPITALAR – SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Data da Alta Hospitalar

Data em que o paciente recebeu alta hospitalar.

- Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)

Hora da Alta Hospitalar

Hora em que o paciente recebeu alta hospitalar.

- HH – Hora (00-23) e MM – Minutos (00-59)

Número de dias internado em unidade fechada

Registrar número de dias que o paciente ficou internado em unidade fechada (Ex.: UTI).

Caso o paciente não tenha ficado internado em unidade fechada, registrar “ não se aplica”.

Qual destino do paciente após a alta?

Selecionar o destino do paciente no momento da alta hospitalar conforme registros em prontuário médico.

- **Óbito**

Registro médico ou relato de óbito por familiar ou informante durante o contato telefônico. Preencher formulário específico de óbito informando data, hora, local, causa da morte se disponível e origem da informação (familiar, atestado de óbito, autópsia, prontuário). De acordo com local ou causa do óbito.

- **Se transferência hospitalar**

Em caso de transferência hospitalar, informar conforme documentado em prontuário médico o motivo da mesma, se para realização de angioplastia (ATC) ou cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM).

Medicamentos Prescritos na Alta Hospitalar

Selecionar as opções, conforme registro em prontuário médico, dos medicamentos prescritos na data da alta hospitalar para uso domiciliar.

Ações Preventivas

Registro em prontuário referente à realização de orientações por um ou mais profissionais da área da saúde, e/ou registro em prontuário de entrega, para o paciente ou cuidador de recursos materiais educativo-informativos contendo orientações como fatores de risco para cardiopatias, autocuidado, adesão medicamentosa, hábitos de vida saudáveis ou acompanhamento ambulatorial.

- **Paciente foi aconselhado para parar o tabagismo?**

Registro em prontuário médico de orientação ou acompanhamento profissional durante a internação hospitalar ou no seguimento ambulatorial, para cessar o tabagismo, podendo considerar orientação dada ao paciente e/ou acompanhante/cuidador ou registro em prontuário de encaminhamento do paciente a grupos de apoio ou ajuda psicossocial.

- **O paciente ou o cuidador receberam e foram orientados com material educacional?**

Registro em prontuário médico referente à realização de orientações preventivas abordando temas como mudança de estilo de vida, controle de peso, realização de atividade física, reabilitação cardíaca e uso correto das medicações prescritas para uso domiciliar.

- **O paciente recebeu orientações sobre mudança de estilo de vida?**

Registro ou relato de orientações referente à mudança de estilo de vida incluindo a redução dos fatores de risco e condutas para melhores hábitos e costumes visando manter seu estado clínico estável e saudável.

- **O paciente recebeu orientações sobre controle de peso?**

Registro ou relato de orientações referente à importância da realização do controle de peso diário.

- **Recomendação para nível de atividade física**

Relato ou registro em prontuário médico de orientações para a prática de atividade física de forma regular e frequente.

- **Reabilitação Cardíaca**

Relato ou registro de que o paciente esteja frequentando adequadamente o serviço de reabilitação cardíaca.

- **Orientado para uso de Medicamentos Prescritos?**

Relato ou registro em prontuário médico da realização de orientações referente à importância do uso das medicações prescritas, suas indicações e a melhor forma de administração (via, horário).

- **Agendamento de visitas para acompanhamento?**

Registro em prontuário médico de agendamento ou orientação para agendamento de consultas ambulatoriais. Se registrado, informar data e hora da 1ª visita de acompanhamento.

- **Foi dada orientações sobre Terapia Anticoagulante?**

Registro em prontuário médico de realização de orientação e/ou entrega de material educativo ao paciente e/ou cuidador referente à Terapia de Anticoagulação.

Observações - Os pacientes que receberam alta com terapia de anticoagulação devem receber materiais educativos adequados (folhetos, cardernos, vídeos) onde se deve estar atento aos seguintes critérios:

- O que é a terapia de anticoagulação;
- Importância da análise frequente do sangue (TP e INR) para pacientes que receberam varfarina, fondaparinux ou heparina;
- Sinais e sintomas de sangramento;
- Efeitos colaterais, principais precauções e segurança (incluindo dieta alimentar);
- São aceitas orientações realizadas em qualquer período da internação.
- Se o registro indicar que as orientações e entrega de materiais educativos não foram realizadas devido comprometimento cognitivo do paciente (coma, confusão, entre outros) e ausência de cuidador

disponível, selecionar a opção “Não” para a questão “Foi dada orientações sobre Terapia Anticoagulante?”.

- O cuidador é definido como familiares do paciente ou indivíduos responsáveis pelo cuidado pós-alta hospitalar.

- **Planejado seguimento de INR?**

Registro, em prontuário médico, de instruções para acompanhamento de INR, incluindo seguimento para análise de INR com testes programados prescritos no momento da alta para pacientes com prescrição de varfarina ou fondaparinox.

Observações

- O paciente e/ou cuidador devem receber instruções sobre como agendar o seguimento para análise de INR (quem contatar, quando o teste deve ser agendado), com um período de tempo recomendado para acompanhamento.
- Na ausência de necessidade de seguimento de INR, selecionar “Não aplicável” para a questão “Planejado seguimento de INR?”.
- Utilizar somente registros fornecidos pelo prontuário médico.
- Se o registro indicar que as orientações e entrega de materiais educativos não foram realizadas devido comprometimento cognitivo do paciente (coma, confusão, entre outros) e ausência de cuidador disponível, selecionar a opção “Não” para a questão “Planejado seguimento de INR?”.

FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO 30 DIAS – SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Data do Contato

Data em que o pesquisador/coletador de dados realizou o contato telefônico com paciente após 30 dias da alta hospitalar.

Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)

- **Paciente foi a Óbito?**

Registro médico ou relato de óbito por familiar ou informante durante o contato telefônico. Preencher formulário específico de óbito informando data, hora, local, causa da morte se disponível e origem da informação (familiar, atestado de óbito, autópsia, prontuário).

Admissão em Serviço de Emergência

Registro em prontuário ou relato de procura ao serviço de emergência (Pronto Socorro - PS, Unidade de Pronto Atendimento-UPA) após a consulta ambulatorial ou alta hospitalar referente a data em que o paciente foi incluído no estudo. Se sim, informar quantas vezes procurou o serviço de emergência desde o último contato do pesquisador.

- **Hospitalização**

Registro ou relato de internação hospitalar (>24hrs) desde o último contato com o pesquisador. Se sim, informar quantas vezes foi internado.

- **Data da primeira hospitalização**

Se paciente relatou que foi hospitalizado desde o último contato, registrar a data da primeira internação.

Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)

- **Procedimento Médico Cardíaco**

Registro em prontuário médico ou relato de realização, desde o último contato, de algum procedimento cardíaco (terapêutico ou diagnóstico).

- **Consulta Ambulatorial**

Registro ou relato de realização de consulta médica em ambulatório da instituição onde ocorreu a internação index, outro ambulatório do SUS, unidade básica de saúde (UBS), visita médica domiciliar (programa saúde da família) e/ou consultório particular/convênio de saúde.

Medicamentos de Uso Domiciliar

Selecionar as opções, conforme relato do paciente de medicamentos em uso domiciliar.

Observação

- Utilize o registro de medicações prescritas na consulta ambulatorial ou na alta hospitalar referente à data de inclusão do paciente neste estudo.
- Este registro prévio será de referência para verificar se as medicações e doses citadas pelo paciente estão em conformidade com a última prescrição. Caso haja não conformidades, pergunte se a prescrição médica foi alterada em outra consulta ou visita ao serviço de saúde desde o último contato com o pesquisador/coletador de dados.

Ações Preventivas

- **Situação Tabagismo**

Relato em comparação a internação/consulta index, a do tabagismo. Registrar apenas uma opção.

- Não aplicável: paciente não fuma e relata nunca ter fumado.

- **Exercício Físico**

Relato de que o paciente realiza atividade física de forma regular e frequente conforme orientação profissional.

- **Acompanhamento de INR**

Relato ou registro de que o paciente faz uso de anticoagulante (varfarina ou fondaparinux), relato de que esteja realizando periodicamente o teste para controle de INR.

FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO 6 MESES – SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

- **Data do Contato**

Data em que o pesquisador/coletador de dados realizou o contato telefônico com paciente após 6 meses da alta hospitalar.

Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)

- **Paciente foi a óbito?**

Registro médico ou relato de óbito por familiar ou informante durante o contato telefônico. Preencher formulário específico de óbito informando data, hora, local, causa da morte se disponível e origem da informação (familiar, atestado de óbito, autópsia, prontuário).

Admissão em Serviço de Emergência

Registro ou relato de procura ao serviço de emergência (Pronto Socorro - PS, Unidade de Pronto Atendimento-UPA). Se sim, informar quantas vezes procurou o serviço de emergência desde o último contato do pesquisador.

- **Hospitalização**

Registro ou relato de internação hospitalar (>24hrs) desde o último contato com o pesquisador. Se sim, informar quantas vezes foi internado.

- **Data da primeira hospitalização**

Se paciente relatou que foi hospitalizado desde o último contato, registrar a data da primeira internação. Dia/Mês/Ano (DD/MM/AAAA)

- **Procedimento Médico Cardíaco**

Registro em prontuário médico ou relato de realização, desde o último contato, de algum procedimento cardíaco (terapêutico ou diagnóstico).

- **Consulta Ambulatorial**

Registro ou relato de realização de consulta médica em ambulatório da instituição onde ocorreu a internação/consulta index, outro ambulatório do SUS, unidade básica de saúde (UBS), visita médica domiciliar (programa saúde da família) e/ou consultório particular/convênio de saúde.

Medicamentos de Uso Domiciliar

Selecionar as opções, conforme relato do paciente de medicamentos em uso domiciliar.

- Observação:
- Utilize o registro de medicações prescritas na consulta ambulatorial ou na alta hospitalar preenchido anteriormente neste estudo.
- Este registro prévio será de referência para verificar se as medicações e doses citadas pelo paciente estão em conformidade com a última prescrição realizada no hospital. Caso haja não conformidades pergunte se a prescrição médica foi alterada em outra consulta ambulatorial ou visita à serviço de saúde, desde o último contato com o pesquisador/coletador de dados.
- Caso o pesquisador suspeite que as alterações na prescrição medicamentosa foram alteradas pelo paciente, utilize a ligação para validar a importância de seguir o tratamento conforme prescrição médicas e, que se paciente apresentar dúvidas, entrar em contato com serviço de saúde (UBS, ambulatório médico).

Ações Preventivas

- **Situação Tabagismo**

Relato em comparação a internação/consulta index, a respeito do tabagismo. Registrar apenas uma das opções.

- Não aplicável: selecione esta alternativa caso o paciente não fuma e relata nunca ter fumado.

- **Exercício Físico**

Relato de que o paciente realiza atividade física de forma regular e frequente conforme orientação profissional.

- **Acompanhamento de INR**

Relato ou registro de que o paciente faz uso de anticoagulante (varfarina ou fondaparinux), relato de que esteja realizando periodicamente o teste para controle de INR.

Formulário de Óbito

- **Causa da Morte**

As causas de morte a serem registradas referem-se à doença, estado mórbido ou lesões que produziram a morte ou que contribuíram para a mesma.

- **Diagnóstico da “Causa Mortis”**

Selecionar a opção referente à confirmação da causa determinante do óbito.

- **Local de Ocorrência do Óbito**

Assinale a opção correspondente à área física onde ocorreu o óbito, de acordo com as alternativas:

- **Residência**

Se o óbito ocorreu em um domicílio.

- **Hospital**

Se o óbito ocorreu em um estabelecimento de saúde que tem por finalidade básica prestar assistência médica em regime de internação, possuindo leitos e instalações apropriadas, com assistência médica permanente de pelo menos um médico.

- **Via Pública**

Se o óbito ocorreu em uma via pública.

- **Óbito Assistido por Médico**

Informar, conforme registro em prontuário médico, se o óbito foi assistido por algum profissional médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ISSA, A. F. C. et al. **Manual de Atualização e Conduta em Síndrome Coronariana Aguda (SCA)**. São Paulo,SP, 2015.

MONTERA, M. et al. **Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 93: 1-65 p. 2009.

SILVA, R. **Biomarcadores BNP e NT-proBNP na Insuficiência Cardíaca: revisão de literatura**. Labome - The World of laboratories, 2014.

FERRARI, A. et al. **IAM com Supra-ST - Trombólise ou ICP: Consenso**. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2007. 11: 1-6 p.

BARROS, A. **Anamnese e Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010. 440 p.

MELLO, B. et al. **Validação da Classificação de Killip e Kimball e Mortalidade Tardia Após Infarto Agudo do Miocárdio**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo, SP, 2014. 103: 107-117 p.

SANTOS,ECL. et al. **Manual de Cardiologia Cardiopapers**. São Paulo: Atheneu, 2013. 702 p.

SOUZA, C.; PIRES, C.; ROCHA, R. **Insuficiência Cardíaca Aguda**. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. Rio de Janeiro, RJ, 2008. 8:58-66 p.