

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM PESSOAS COM SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO ATENDIDAS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN INDIVIDUALS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME TREATED AT AN EMERGENCY DEPARTMENT

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PERSONAS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Servir, 2(15), e41939

DOI:10.48492/servir0215.41939

Alexandrina Trigo da Silva¹
Maria Baptista²

¹Unidade local de saúde do Nordeste, EPE, Unidade Hospitalar de Bragança, Bragança, Portugal
(trigo.xana7@gmail.com) <https://orcid.org/0009-0000-2100-6514>

²Instituto Politécnico de Bragança (IPB), Escola Superior de Saúde, Departamento de Ciências de Enfermagem,
Live Well: Centro de Investigação para Vida Ativa e Bem-Estar (IPB), Bragança, Portugal; Centro de Estudos e
pesquisa (CESP), Instituto Jean Piaget, Benguela, Angola (gorete@ipb.pt)
<https://orcid.org/0000-0002-6750-1825>

Corresponding Author

Alexandrina Maria Ribeiro Trigo da Silva
Avenida Brigadeiro Figueiredo Sarmento, nº22,
5º Esq.
5300-302 Bragança, Portugal
trigo.xana7@gmail.com

RECEIVED: 7th June, 2025

ACCEPTED: 25th May, 2026

PUBLISHED: 3rd July, 2026

2026



RESUMO

Introdução: A Síndrome Coronária Aguda (SCA) representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade cardiovascular, exigindo uma resposta clínica célere e eficaz.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo caracterizar os fatores de risco associados a pessoas com SCA atendidas num serviço de urgência de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal.

Métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo, quantitativo e descritivo, realizado entre janeiro a dezembro de 2022, com uma amostra de 40 indivíduos.

Resultados: A média de idades foi de 74,4 anos, sendo 60% do sexo masculino. Os principais fatores de risco identificados foram hipertensão arterial (80%), dislipidemia (47,5%) e diabetes mellitus (45%). O tipo de SCA mais frequente foi o enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST (72,5%). A maioria dos indivíduos foi classificada com prioridade/cor laranja no Protocolo de Triagem de Manchester.

Conclusão: Os resultados evidenciam a importância do reconhecimento precoce e intervenção direcionada para os fatores de risco mais prevalentes, destacando a relevância da atuação preventiva dos profissionais de saúde no contexto hospitalar.

Palavras-chave: síndrome coronária aguda; fatores de risco; serviços médicos de emergência.

ABSTRACT

Introduction: Acute Coronary Syndrome (ACS) is a leading cause of cardiovascular morbidity and mortality, requiring a prompt and effective clinical response.

Objective: This study aimed to characterize the risk factors associated with individuals diagnosed with ACS admitted to the emergency department of a Local Health Unit in northern Portugal.

Methods: It is a retrospective, quantitative, and descriptive study conducted between January to December 2022, involving a sample of 40 individuals.

Results: The mean age was 74.4 years, and 60% were male. The most prevalent risk factors were hypertension (80%), dyslipidemia (47.5%), and diabetes mellitus (45%). The most frequent type of ACS identified was non-ST elevation myocardial infarction (72.5%). Most individuals were classified as priority/orange in the Manchester Triage Protocol.

Conclusion: The results highlight the importance of early recognition and targeted intervention for the most common risk factors, underlining the key role of healthcare professionals in implementing preventive measures in the hospital setting.

Keywords: acute coronary syndrome; risk factors; emergency medical services.

RESUMEN

Introducción: La Síndrome Coronaria Aguda (SCA) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad cardiovascular, y requiere una respuesta clínica rápida y eficaz.

Objetivos: Este estudio tuvo como objetivo caracterizar los factores de riesgo asociados a personas con diagnóstico de SCA atendidas en el servicio de urgencias de una Unidad Local de Salud en el norte de Portugal.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, cuantitativo y descriptivo, realizado entre enero y diciembre de 2022, con una muestra de 40 individuos.

Resultados: La edad media fue de 74,4 años, y el 60% eran hombres. Los factores de riesgo más prevalentes fueron hipertensión arterial (80%), dislipidemia (47,5%) y diabetes mellitus (45%). El tipo más frecuente de SCA fue el infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (72,5%). La mayoría de los individuos fueron clasificados como prioritarios/naranjas en el Protocolo de Triage de Manchester.

Conclusión: Los resultados destacan la importancia del reconocimiento temprano y la intervención dirigida a los factores de riesgo más comunes, subrayando el papel esencial de los profesionales de salud en la implementación de medidas preventivas en el entorno hospitalario.

Palabras Clave: síndrome coronaria aguda; factores de riesgo; servicios médicos de emergencia.

Introdução

A Síndrome Coronária Aguda (SCA) representa uma das principais causas de morbilidade e mortalidade cardiovascular a nível global, exigindo uma resposta clínica rápida e eficaz. Caracteriza-se por um conjunto de manifestações agudas — como o enfarte do miocárdio e a angina instável — que resultam da redução súbita do fluxo sanguíneo para o miocárdio.

Para otimizar a resposta a estas situações críticas, os serviços de urgência recorrem a ferramentas como o Sistema de Triagem de Manchester (STM). Este sistema permite estratificar o risco do utente com base nas queixas apresentadas, encaminhando-o para fluxogramas específicos que, como demonstram vários estudos, possuem uma boa correlação entre a prioridade atribuída e o diagnóstico final de SCA.

O reconhecimento da SCA está também intrinsecamente ligado à prevalência de fatores de risco como hipertensão, dislipidemia, diabetes, obesidade e tabagismo, amplamente documentados na literatura. A identificação destes fatores é essencial não só para o diagnóstico, mas também para a definição de estratégias de prevenção secundária.

Neste contexto, torna-se imperativo conhecer o perfil clínico e sociodemográfico das pessoas com SCA atendidas nos serviços de urgência. A análise deste perfil permitirá delinear estratégias assistenciais e educativas mais eficazes, melhorando a abordagem a esta condição.

Objetivo Geral

Caracterizar os fatores de risco associados às pessoas com SCA atendidas num serviço de urgência de uma Unidade Local de Saúde do Norte de Portugal.

Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico da amostra.
- Identificar os fatores de risco cardiovascular da amostra.
- Identificar os antecedentes clínicos específicos da amostra.
- Determinar a percentagem de biomarcadores cardíacos positivos.
- Identificar o fluxograma do protocolo de triagem de Manchester selecionado com maior frequência.
- Caracterizar a amostra em função da prioridade/cor atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester.
- Caracterizar a amostra em função do tipo de SCA.

1. Enquadramento Teórico/ Revisão da Literatura/ Estado da Arte / Modelo Conceptual

A Síndrome Coronária Aguda (SCA) é uma emergência cardiovascular que, na maioria dos casos, resulta da rutura ou erosão de uma placa aterosclerótica numa artéria coronária. Este evento desencadeia a formação de um trombo que reduz ou interrompe o fluxo sanguíneo para o miocárdio, sendo a sua apresentação clínica e gravidade dependentes do grau de oclusão (Ibanez et al., 2018).

O diagnóstico e a classificação da SCA baseiam-se em três pilares fundamentais: a sintomatologia clínica, as alterações no eletrocardiograma (ECG) e a elevação dos biomarcadores de necrose miocárdica. Com base no ECG, a SCA é classificada em dois grandes grupos:

1. SCA com supradesnivelamento do segmento ST (SCACSST): Geralmente indica uma oclusão coronária total e exige uma abordagem de reperfusão emergente. O objetivo é restaurar o fluxo sanguíneo o mais rapidamente possível, idealmente nos primeiros 60 a 90 minutos após o primeiro contacto médico. As estratégias de reperfusão incluem a intervenção coronária percutânea (ICP) primária (angioplastia), que é o tratamento de eleição, ou a terapêutica fibrinolítica (farmacológica), caso a ICP não esteja disponível no tempo recomendado (Collet et al., 2021).
2. SCA sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST): Inclui a angina instável e o enfarte sem elevação de ST, onde a obstrução é parcial ou transitória.



A sintomatologia da SCA é variada. Embora os sintomas clássicos incluam dor torácica opressiva com irradiação para o braço esquerdo, mandíbula ou dorso, náuseas e sudorese, existem também manifestações atípicas que não devem ser subestimadas. Estas são mais comuns em mulheres, idosos e diabéticos, e podem incluir dispneia súbita (falta de ar) como sintoma isolado, dor epigástrica (semelhante a indigestão), fadiga extrema, confusão mental ou síncope (Mirza et al., 2018). O reconhecimento destes quadros atípicos é crucial para um diagnóstico atempado.

Um dos pilares do diagnóstico é a avaliação dos biomarcadores, sendo as troponinas cardíacas (cTn) o padrão-ouro devido à sua alta sensibilidade e especificidade para a lesão do miocárdio (Thygesen et al., 2018). Existem duas isoformas principais utilizadas na prática clínica: a Troponina I (cTnI) e a Troponina T (cTnT). Ambas são libertadas para a corrente sanguínea após a lesão dos miócitos e, embora os ensaios laboratoriais sejam específicos para uma ou outra, são consideradas clinicamente equivalentes para o diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio.

A probabilidade de ocorrência de SCA é substancialmente aumentada pela presença de fatores de risco. Estes dividem-se em:

1. Modificáveis: Como hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e tabagismo (Cassiano et al., 2020).
2. Não modificáveis: Incluem a idade avançada, o sexo masculino e os antecedentes familiares de doença coronária prematura. Além destes, fatores como a etnia e predisposições genéticas específicas também desempenham um papel relevante (Mehilli & Presbitero, 2020).

No contexto hospitalar, a abordagem inicial é crucial. O Sistema de Triagem de Manchester (STM) é uma ferramenta amplamente utilizada para priorizar doentes com base nos sintomas, sendo que os fluxogramas de “dor torácica” e “dispneia” são frequentemente associados ao diagnóstico de SCA (Almeida et al., 2025; Bemposta et al., 2024). Neste cenário, a atuação dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, é determinante para a estabilização clínica, monitorização e educação do doente, impactando diretamente os desfechos clínicos (Reveles et al., 2018).

2. Métodos

Este estudo foi desenvolvido com uma abordagem retrospectiva, quantitativa e descritiva, envolvendo a análise de dados recolhidos entre janeiro de 2021 e dezembro de 2022 no serviço de urgência de uma Unidade Local de Saúde (ULS) no norte de Portugal.

2.1 Amostra

A amostra foi constituída por 40 indivíduos diagnosticados com Síndrome Coronária Aguda, atendidos durante o período em análise, com idades entre 43 e 94 anos, com média de $74,4 \pm 13,35$ anos. Verificou-se maior frequência nas faixas etárias de 84–94 anos (35%) e 74–84 anos (30%). O sexo masculino predominou com 60% dos casos. Toda a amostra era de etnia caucasiana.

2.1.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos todos os utentes adultos (idade ≥ 18 anos) com diagnóstico médico final de angina instável ou enfarte agudo do miocárdio (com ou sem elevação do segmento ST), desde que tivessem registo da classificação efetuada através do Sistema de Triagem de Manchester (STM). Casos com registos incompletos ou dados essenciais ausentes foram excluídos.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada com base numa grelha de registo, construída a partir da revisão da literatura científica relevante. Este instrumento foi submetido à apreciação de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e de um médico da especialidade de cardiologia para validação de conteúdo. As variáveis analisadas incluíram dados sociodemográficos (idade, sexo, etnia), fatores de risco cardiovascular (hipertensão, dislipidemia, diabetes, tabagismo, sedentarismo, obesidade), antecedentes clínicos (Insuficiência cardíaca, Doença renal crónica, Acidente

Vascular Cerebral (AVC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), biomarcadores cardíacos (troponina), tipo de SCA, fluxograma do STM utilizado, e cor atribuída na triagem.

2.3 Procedimentos

O estudo obteve aprovação do Conselho de Administração da ULS e da respectiva comissão de ética. Os dados foram fornecidos de forma anonimizada pelo Diretor do Serviço de Urgência e tratados com total respeito pelos princípios éticos de confidencialidade, anonimato, sigilo e proteção da identidade dos participantes.

Os dados foram inseridos numa base de dados e analisados com recurso ao software IBM SPSS® versão 27. Foram utilizadas estatísticas descritivas (frequências absolutas e relativas, média, desvio padrão) de acordo com o tipo de variável e escala de medição. Os resultados são apresentados em formato de tabela.

3. Resultados

A seguir, apresentam-se os principais resultados do estudo, organizados conforme os objetivos propostos.

Fatores de risco cardiovascular da amostra

Os principais fatores de risco identificados foram: hipertensão arterial (80%), dislipidemia (47,5%) e diabetes mellitus (45%). O sedentarismo foi referido em 40% dos casos, obesidade em 27,5% e tabagismo em apenas 12,5% (Tabela 1). Estes dados refletem a predominância de fatores de risco modificáveis, especialmente em indivíduos de idade avançada.

Tabela 1 – Fatores de risco cardiovascular identificados na amostra (N=40)

Fator de risco	Sim n (%)	Não n (%)
Hipertensão	32 (80.0)	8 (20.0)
Tabagismo	5 (12.5)	35 (87.5)
Sedentarismo	16 (40.0)	24 (60.0)
Dislipidemia	19 (47.5)	21 (52.5)
Diabetes mellitus	18 (45.0)	22 (55.0)
Obesidade	11 (27.5)	29 (72.5)

Antecedentes clínicos da amostra

Os antecedentes clínicos mais prevalentes foram: insuficiência cardíaca (45%), doença renal crónica (12,5%), DPOC (10%) e AVC (2,5%) (Tabela 2). Estes resultados mostram associação com quadros clínicos crónicos que agravam o risco de eventos agudos.

Tabela 2 – Antecedentes clínicos pessoais da amostra (N=40)

Condição	Sim n (%)	Não n (%)
Insuficiência cardíaca	18 (45.0)	22 (55.0)
Doença renal crónica	5 (12.5)	35 (87.5)
DPOC	4 (10.0)	36 (90.0)
AVC	1 (2.5)	39 (97.5)

Determinação de biomarcadores cardíacos positivos

A análise dos biomarcadores cardíacos foi um passo crucial para a confirmação do diagnóstico de lesão miocárdica na amostra. De um total de 40 doentes, foi possível obter o resultado laboratorial para 27 deles (67,5%), conforme detalhado na Tabela 3. Para os restantes 13 doentes (32,5%), este dado não se encontrava disponível no processo clínico no momento da colheita de dados. Dos 27 casos com biomarcadores avaliados, a esmagadora maioria, 26 doentes (representando 96,3% dos avaliados e 65% da amostra total), apresentou troponina positiva. Este resultado reforça a elevada prevalência de enfarte do miocárdio no grupo de doentes com suspeita de SCA. Apenas um doente (3,7% dos avaliados) registou um valor de troponina negativo, um perfil que é compatível com o diagnóstico de angina instável.



No que diz respeito ao tipo de ensaio utilizado nos 26 casos positivos, a Troponina T foi o marcador predominante, tendo sido identificada em 25 doentes. O ensaio de Troponina I foi positivo no caso restante, refletindo as práticas laboratoriais da instituição.

Tabela 3 – Análise de Biomarcadores Cardíacos na Amostra (N=40)

Avaliação do Biomarcador	n	% (de N=40)
Biomarcador Avaliado	27	67,5%
→ Troponina Positiva	26	65,0%
→ Troponina Negativa	1	2,5%
Biomarcador Não Avaliado / Dado Indisponível	13	32,5%
Total da Amostra	40	100,0%
Detalhe dos Ensaios (para os 26 casos positivos)	n	% (de n=26)
→ Ensaio de Troponina T	25	96,2%
→ Ensaio de Troponina I	1	3,8%
Total de Positivos	26	100,0%

Caracterização da amostra em função do tipo de SCA

A caracterização da amostra (N=40) segundo o tipo de Síndrome Coronária Aguda (SCA) revelou uma predominância clara dos quadros sem elevação do segmento ST.

Conforme detalhado na Tabela 4, a maioria dos doentes, 29 casos (72,5%), apresentou um SCA sem supradesnívelamento do segmento ST (SCASSST). Dentro deste grupo, a análise dos biomarcadores permitiu diferenciar entre Enfarte Agudo do Miocárdio sem supra de ST, que correspondeu a 27 casos, e Angina Instável, diagnosticada em 2 casos (representando 5% da amostra total).

O SCA com supradesnívelamento do segmento ST (SCACSST), correspondente ao Enfarte com supra de ST, foi diagnosticado nos restantes 11 doentes (27,5%). Este perfil, com uma maior prevalência de SCA sem elevação do ST, está em linha com o que é frequentemente observado em populações mais idosas.

Tabela 4 – Distribuição da Amostra por Tipo de Síndrome Coronária Aguda (N=40)

Tipo de SCA	n	%
SCA sem supra de ST (SCASSST)	29	72,5%
→ Enfarte sem supra de ST	27	67,5%
→ Angina Instável	2	5,0%
SCA com supra de ST (SCACSST)	11	27,5%
Total	40	100,0%

Identificação do fluxograma do protocolo de triagem de Manchester mais usado

O fluxograma “dor torácica” foi o mais utilizado (50%), seguido de “dispneia” (30%) e “indisposição no adulto” (17,5%). Não foram registadas entradas com fluxogramas de síncope, palpitações ou dor abdominal. Isto evidencia a predominância de queixas cardiorrespiratórias no contexto de SCA (Tabela 5).

Tabela 5 – Queixas referidas no momento da triagem (STM) pela amostra (N=40)

Queixa	Sim n (%)	Não n (%)
Dor torácica	20 (50.0)	20 (50.0)
Dispneia	12 (30.0)	28 (70.0)
Indisposição	7 (17.5)	33 (82.5)

Queixa	Sim n (%)	Não n (%)
Estado de inconsciência	0 (0.0)	40 (100.0)
Palpitações	0 (0.0)	40 (100.0)
Dor abdominal	0 (0.0)	40 (100.0)

Caracterização da amostra em função da prioridade/cor atribuída pelo STM

A distribuição dos indivíduos segundo a prioridade/cor atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester encontra-se apresentada na Tabela 6. Verificou-se predomínio da prioridade laranja, correspondente a uma situação muito urgente, atribuída a 24 indivíduos (60,0%). As restantes prioridades distribuíram-se pelas cores vermelho, amarelo e verde, com respetivamente 0 (0,0%), 15 (37,5%) e 1 (2,5%) casos, evidenciando que a maioria dos indivíduos com diagnóstico final de SCA foi identificada na triagem como necessitando de observação clínica em tempo reduzido.

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo a prioridade/cor atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester

Prioridade/cor STM	Significado clínico	n	%
Vermelho	Emergente	0	0,0
Laranja	Muito urgente	24	60,0
Amarelo	Urgente	15	37,5
Verde	Pouco urgente	1	2,5
Total		40	100,0

Distribuição dos tipos de SCA segundo a faixa etária

A análise da distribuição dos tipos de SCA por faixa etária (Tabela 7) revela padrões distintos. O SCA sem supradesnivelamento do ST (SCASSST), que inclui tanto o Enfarte sem supra de ST como a Angina Instável, foi o diagnóstico predominante em todas as faixas etárias, mas com uma concentração notável nos grupos mais idosos.

Especificamente, o Enfarte sem supra de ST teve a sua maior prevalência nas faixas etárias de 84–94 anos (n=11, 27,5%) e 74–84 anos (n=7, 17,5%). Em contraste, os dois casos de Angina Instável ocorreram em faixas etárias mais jovens, um caso entre os 54-64 anos e outro entre os 64-74 anos.

O Enfarte com supra de ST apresentou uma distribuição onde existiu uma maior ocorrência de casos nas faixas etárias 74-84 anos (n=5, 12,5%) e 84-94 (n=3, 7,5%). Estes achados sugerem que as manifestações de SCA podem variar com a idade, com quadros de menor gravidade aparente (como a angina instável) a serem observados nos mais jovens e os enfartes a dominarem nas idades mais avançadas.

Tabela 7 – Distribuição dos Tipos de SCA por Faixa Etária (N=40)

Faixa Etária (anos)	Enfarte com Supra ST (SCACSST)	Enfarte sem Supra ST (EAMSSST)	Angina Instável (AI)	Total por Faixa
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
43–54	2 (5,0%)	2 (5,0%)	0 (0%)	4 (10,0%)
54–64	1 (2,5%)	5 (12,5%)	1 (2,5%)	7 (17,5%)
64–74	0 (0%)	2 (5,0%)	1 (2,5%)	3 (7,5%)
74–84	5 (12,5%)	7 (17,5%)	0 (0%)	12 (30,0%)
84–94	3 (7,5%)	11 (27,5%)	0 (0%)	14 (25,0%)
Total (N)	11 (27,5%)	27 (67,5%)	2 (5,0%)	40 (100%)

Distribuição dos fatores de risco por faixa etária

A análise da distribuição dos fatores de risco por faixa etária (Tabela 8) evidencia uma concentração significativa de comorbilidades nos grupos mais idosos. Observou-se uma maior prevalência de hipertensão (n=22), sedentarismo (n=13), dislipidemia (n=12) e diabetes mellitus (n=14) nas faixas etárias de 74 anos ou mais.



Especificamente, a hipertensão foi mais expressiva nos grupos de 74-84 (n=11) e 84-94 anos (n=11). O sedentarismo teve uma concentração marcante na faixa etária mais avançada (84-94 anos), que agrupou 9 dos 16 casos (56,2%). A diabetes mellitus teve o seu pico de prevalência na faixa etária de 74-84 anos, afetando metade dos doentes diabéticos da amostra (n=9).

Por outro lado, a obesidade destacou-se em dois grupos distintos: 54-64 anos (n=4) e 84-94 anos (n=4), que juntos representaram mais de 70% dos casos de obesidade. Estes dados sugerem que o envelhecimento está associado a um acúmulo de múltiplos fatores de risco cardiovasculares, reforçando a necessidade de intervenções preventivas e programas de educação para a saúde ao longo da vida.

Tabela 8 – Distribuição dos Fatores de Risco por Faixa Etária (N=40)

Faixa Etária (anos)	Hipertensão n (%)	Sedentarismo n (%)	Dislipidemia n (%)	Diabetes n (%)	Obesidade n (%)
43-54	1 (3,1%)	1 (6,2%)	1 (5,3%)	0 (0,0%)	1 (9,1%)
54-64	6 (18,8%)	1 (6,2%)	3 (15,8%)	3 (16,7%)	4 (36,4%)
64-74	3 (9,4%)	1 (6,2%)	3 (15,8%)	1 (5,6%)	1 (9,1%)
74-84	11 (34,4%)	4 (25,0%)	5 (26,3%)	9 (50,0%)	1 (9,1%)
84-94	11 (34,4%)	9 (56,2%)	7 (36,8%)	5 (27,8%)	4 (36,4%)
Total (N)	32 (100%)	16 (100%)	19 (100%)	18 (100%)	11 (100%)

3. Discussão

Os resultados deste estudo revelam um perfil clínico e sociodemográfico de pessoas com Síndrome Coronária Aguda (SCA) que se alinha com os padrões descritos internacionalmente: predomínio de homens idosos, com média etária de 74,4 anos, e elevada carga de comorbilidades cardiovasculares, como hipertensão arterial (80,0%), dislipidemia (47,5%) e diabetes mellitus (45,0%). Estes achados reforçam o entendimento de que a carga cumulativa de fatores de risco ao longo da vida, sobretudo em indivíduos do sexo masculino, contribui decisivamente para a manifestação de eventos coronários agudos, conforme evidenciado por Mehilli e Presbitero (2020) e Ferreira (2018).

A hipertensão arterial, em especial, permanece como o principal fator de risco modificável presente na amostra, tal como apontado em estudos populacionais prévios por Costa et al. (2020) e Cassiano et al. (2020). A sua elevada prevalência sugere a necessidade de reforço dos programas de controlo da pressão arterial em cuidados de saúde primários, além de poder refletir dificuldades na adesão terapêutica e limitações na literacia em saúde cardiovascular, sobretudo em populações envelhecidas.

A distribuição por faixas etárias mostra que os fatores de risco se intensificam com o avanço da idade, apontando para a necessidade de um modelo de saúde mais centrado na prevenção longitudinal e no envelhecimento ativo, como sustentado pelas políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS). O sedentarismo e a obesidade, embora menos prevalentes do que a hipertensão arterial, assumem importância por serem catalisadores de múltiplas alterações metabólicas e inflamatórias, potenciando a progressão da aterosclerose, conforme referido por Cassiano et al. (2020).

Do ponto de vista diagnóstico, a quase universal positividade dos biomarcadores cardíacos corrobora a robustez das atuais diretrizes internacionais, nomeadamente a Quarta Definição Universal do Enfarte do Miocárdio, proposta por Thygesen et al. (2018). Estes resultados sustentam a importância da avaliação integrada, assente na componente clínica, eletrocardiográfica e laboratorial, para o diagnóstico eficaz e precoce da SCA.

Destaca-se a predominância da SCA sem supradesnívelamento do segmento ST (SCASSST) (72,5%), padrão também observado em estudos multicêntricos europeus, como descrito por Collet et al. (2021). Este subtipo, mais comum em pessoas idosas, associa-se frequentemente a quadros clínicos menos exuberantes, mas com elevada mortalidade a longo prazo. A sua deteção depende de profundo conhecimento clínico e de elevada acuidade diagnóstica dos profissionais de saúde, dado que os sintomas atípicos são frequentes nesta população, como observado por Martínez-Sellés et al. (2023).

A comparação com o Registo Nacional de Síndromes Coronárias Agudas — ProACS permite contextualizar estes resultados na realidade portuguesa. Segundo Timóteo e Mimoso (2018), o ProACS incluiu 45.141 registos até 2016, sendo a população maioritariamente masculina (70,9%) e apresentando idade média de 66 ± 13 anos, com 26,3% dos doentes com idade igual ou superior a 75 anos. No presente estudo, embora se mantenha o predomínio masculino, este foi menos marcado (60,0%), e a idade média foi superior ($74,4 \pm 13,35$ anos), sugerindo uma amostra local mais envelhecida. Relativamente aos fatores de risco, Timóteo e Mimoso (2018) identificaram, no ProACS, hipertensão arterial em 64,5%, dislipidemia em 48,9%, diabetes mellitus em 28,4% e tabagismo em 25,4% dos casos. Comparativamente, a presente amostra apresentou maior prevalência de hipertensão arterial (80,0%) e diabetes mellitus (45,0%), valores semelhantes de dislipidemia (47,5%) e menor frequência de tabagismo (12,5%). Esta diferença poderá refletir o perfil etário mais avançado da amostra e a elevada carga de comorbilidade observada.

Também a distribuição por tipo de SCA apresenta diferenças relevantes face ao ProACS. De acordo com Timóteo e Mimoso (2018), no registo nacional os casos com elevação do segmento ST representaram cerca de 43,8% dos episódios de SCA. No presente estudo, o SCA com supradesnivelamento do segmento ST correspondeu a 27,5%, verificando-se maior peso relativo dos quadros sem supradesnivelamento do segmento ST. Este achado é plausível numa amostra mais envelhecida, na qual são mais frequentes apresentações clínicas menos exuberantes, maior carga de comorbilidade e maior probabilidade de SCA sem supradesnivelamento do segmento ST, interpretação que se articula com o referido por Collet et al. (2021) e Martínez-Sellés et al. (2023) relativamente às particularidades clínicas da SCA em pessoas idosas. Ainda assim, atendendo à natureza retrospectiva, unicêntrica e à dimensão reduzida da amostra, estas diferenças devem ser interpretadas com prudência, não como divergência epidemiológica definitiva, mas como sinal de especificidade local que justifica estudos multicêntricos posteriores.

A análise da prioridade/cor atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester (STM) mostrou predomínio da prioridade laranja, atribuída a 24 indivíduos (60,0%), o que é coerente com a gravidade clínica expectável em pessoas com diagnóstico final de SCA. Segundo Mackway-Jones, Marsden e Windle (2014), o STM utiliza fluxogramas e discriminadores clínicos para atribuir prioridades de atendimento de acordo com a urgência clínica, sendo a cor laranja correspondente a uma situação muito urgente. Neste sentido, o resultado encontrado reforça a utilidade do STM na identificação inicial de doentes que necessitam de observação clínica rápida e vigilância apertada no serviço de urgência. Contudo, a distribuição por outras prioridades/cor, quando presente, deve ser interpretada à luz da variabilidade da apresentação clínica da SCA, particularmente em pessoas idosas, diabéticas ou com sintomas atípicos, nas quais a dor torácica pode não ser a manifestação dominante, como salientado por Collet et al. (2021) e Martínez-Sellés et al. (2023). Assim, a prioridade atribuída na triagem deve ser entendida como um elemento de estratificação inicial, mas não substitui a reavaliação clínica, eletrocardiográfica e laboratorial subsequente.

A predominância dos fluxogramas “dor torácica” e “dispneia” é igualmente compatível com a apresentação clínica esperada da SCA. No entanto, a presença de entradas por “indisposição no adulto” evidencia a importância de reconhecer manifestações menos típicas, sobretudo em populações envelhecidas, nas quais os sintomas podem ser inespecíficos ou menos exuberantes, conforme referido por Collet et al. (2021) e Martínez-Sellés et al. (2023).

Neste contexto, o enfermeiro assume uma posição central e multifacetada, cuja qualidade da atuação está diretamente relacionada com o prognóstico do doente. A sua intervenção abrange desde a deteção precoce de sinais de deterioração, através da monitorização hemodinâmica e da avaliação contínua da dor, até à gestão da terapêutica de emergência. Fundamentalmente, o enfermeiro é o principal agente na educação do doente e da família nos momentos iniciais, explicando procedimentos e gerindo a ansiedade. Este primeiro contacto educativo é a base para a futura adesão terapêutica e para a prevenção secundária, estabelecendo um elo de confiança que será vital na transição para outros níveis de cuidado. A importância das intervenções lideradas por enfermeiros (nurse-led interventions) na melhoria da adesão, na promoção do autocuidado e no impacto positivo nos desfechos clínicos é amplamente reconhecida na literatura e nas diretrizes de prática clínica para doenças cardiovasculares, como referido por Wu et al. (2018).



Contudo, o presente estudo apresenta limitações importantes que devem ser reconhecidas. A amostra reduzida (n=40) e a homogeneidade étnica limitam a generalização dos resultados. A natureza retrospectiva pode condicionar a fiabilidade dos registos, e não foram incluídas variáveis que poderiam enriquecer a análise, como o tempo desde o início dos sintomas até à admissão, a presença de suporte familiar, a literacia em saúde e a adesão terapêutica anterior.

Do ponto de vista da prática clínica, e reforçando o papel central da enfermagem, os dados apontam para a necessidade urgente de reforçar a vigilância dos fatores de risco modificáveis em todos os níveis de cuidado; capacitar as equipas de enfermagem para o reconhecimento de manifestações atípicas e para a implementação de protocolos de atuação rápida; e estruturar programas de educação para a saúde e reabilitação cardíaca, liderados por enfermeiros, que se iniciem no serviço de urgência e continuem no período pós-alta, conforme defendido por Astin et al. (2020).

No campo da investigação, urge avançar para estudos multicêntricos e com amostras mais diversificadas, explorando o impacto das intervenções de enfermagem, nomeadamente educacionais e de gestão de sintomas, nos desfechos clínicos de doentes com SCA, como sugerido por Gallagher et al. (2021). Será igualmente pertinente explorar variáveis psicossociais, como isolamento social e depressão, que podem ser integradas em modelos de estratificação de risco mais abrangentes.

Conclusão

Este estudo contribuiu para a compreensão do perfil clínico e sociodemográfico de indivíduos com Síndrome Coronária Aguda (SCA) atendidos em contexto de urgência hospitalar, evidenciando uma população predominantemente masculina, idosa e com múltiplos fatores de risco cardiovasculares, especialmente hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus. A elevada frequência do enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST destaca a necessidade de atenção clínica reforçada para quadros menos exuberantes, sobretudo em populações envelhecidas.

Os dados obtidos sublinham a importância de uma abordagem centrada na prevenção e deteção precoce dos fatores de risco modificáveis, com ênfase em ações educativas e de vigilância clínica contínua. A utilização eficaz do Sistema de Triage de Manchester demonstrou ser uma ferramenta valiosa para a estratificação inicial de risco e priorização adequada no atendimento de urgência.

A atuação das equipas de saúde, especialmente dos profissionais de enfermagem com formação especializada, revela-se essencial para a rápida identificação de sinais e sintomas sugestivos de SCA, bem como para a implementação de medidas que possam reduzir complicações e melhorar os desfechos clínicos.

Com base nos resultados encontrados, recomenda-se o fortalecimento de políticas de saúde voltadas à vigilância de fatores de risco em cuidados primários, bem como a integração de programas de reabilitação e literacia em saúde após eventos agudos. Além disso, reforça-se a pertinência de futuras investigações com amostras mais amplas e diversificadas, que incluam marcadores inflamatórios e determinantes psicossociais, a fim de ampliar os modelos de estratificação e intervenção clínica no SCA.

Conflito de Interesses

Sem conflito de interesses.

Agradecimentos e Financiamento

Agradecemos ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde onde se realizou o estudo pela autorização e apoio à sua realização. Um agradecimento especial ao Diretor do Serviço de Urgência pelo acesso aos dados e colaboração na recolha de informação. Reconhecemos também os contributos científicos prestados pelos profissionais envolvidos na avaliação do instrumento de recolha de dados.

Sem financiamento.

Referências bibliográficas

- Almeida, D. A. M., Ferreira, V.C., Oliveira, R.C.O., ... & Camilo, R.G. (2025). Classificação de risco: protocolo manchester como ferramenta em unidades de urgência e emergência. *Observatório De La Economía Latinoamericana*. 23(1):e8612. DOI:10.55905/oelv23n1-081
- Bemposta, M. C. M., Fernandes, S. M. G., Fernandes, A. C. P., Afonso, S. da C. V., Rodrigues, P. A. R., & Magalhães, C. P. (2024). Activation of via verde coronária in an emergency room in northern Portugal: A descriptive study. *Journal of Nursing Referência*, 6(3, Supl. 1), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RVI23.66.31282>
- Cassiano, A., et al. (2020). Efeitos do exercício físico sobre o risco cardiovascular e qualidade de vida em idosos hipertensos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 2203-2212. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27832018>
- Collet, J. P., et al. (2021). 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 42(14), 1289–1367. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa575
- Costa, F.A.S., Pessoa, V. L. M. P., Frota, K. C., de Araújo, D. V. & Almeida, V.S. (2020). Aspectos clínicos-epidemiológicos de pacientes com infarto. *Essentia (Sobral)*. 21(1), 21-26. ISSN 1516-6406. Doi: 10.36977/ercct.v21i1.332
- Ferreira, J. (2018). Estratificação de risco nas síndromes coronárias agudas: quando o menos vale mais. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(11), 921-922, ISSN 0870-2551, <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.10.003>.
- Ibanez, B., et al. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of STEMI. *European Heart Journal*, 39(2), 119–177. doi: 10.1093/eurheartj/ehx393
- Mackway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (Eds.). (2014). *Emergency Triage: Manchester Triage Group* (3rd ed.). Wiley-Blackwell.
- Martínez-Sellés, M., García, E. G., Cardona, M. F. & Fernández, J. A. S. (2023). Síndrome coronario agudo. Código infarto en urgencias. *Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(87), 5138-5145, ISSN 0304-5412, <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.09.003>.
- Mehilli, J., & Presbitero, P. (2020). Coronary artery disease and acute coronary syndrome in women. *Heart*, 106, 487–492. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2019-315555>
- Reveles, A., Simões, I., & Ferreira, P. (2018). Consulta de enfermagem e controlo de fatores de risco cardiovasculares na pessoa após síndrome coronária aguda. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(17), 33–42. <https://doi.org/10.12707/RIV17089>
- Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Chaitman, B. R., Bax, J. J., Morrow, D. A., & White, H. D. (2018). Fourth universal definition of myocardial infarction. ESC/ACC/AHA/WHF EXPERT Consensus Document. *Circulation*, 138(20), e618-e651. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000617>
- Timóteo, A. T., & Mimoso, J. (2018). Portuguese Registry of Acute Coronary Syndromes (ProACS): 15 years of a continuous and prospective registry. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(7), 563–573. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.07.016>
- Wu, J. R., Moser, D. K., & Lennie, T. A. (2018). The effects of a nurse-led educational intervention on knowledge, medication adherence, and quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(5), 419-427. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000492>