

SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS DA DOR NAS SÍNDROMES TORÁCICAS: revisão sistemática da literatura^a

Deyse Conceição SANTORO BATISTA^b
Cibele Andrucio de Mattos PIMENTA^c

RESUMO

As condições clínicas que se manifestam com dor torácica requerem um diagnóstico rápido e preciso de suas causas. O objetivo deste estudo foi identificar a existência de características específicas e comuns entre a dor do infarto agudo do miocárdio, da angina, da pericardite, da dissecação da aorta torácica, de pneumopatias e das doenças esofágicas. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, utilizando-se descritores relacionados à dor e as síndromes torácicas, totalizando 112 artigos. As bases eletrônicas pesquisadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature and Retrieval System On Line* (MEDLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDEnf), Base de Dados da Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO), Base de Dados da Biblioteca da Organização Mundial da Saúde (WHOLIS) e Biblioteca *Cochrane*, entre 1966 e novembro de 2005. Esta revisão destacou uma série de estudos não conclusivos sobre a caracterização da dor torácica como meio diagnóstico definitivo.

Descritores: Dor no peito. Doenças torácicas. Doenças cardiovasculares.

RESUMEN

Las condiciones clínicas que se manifiestan con dolor torácico exigen un diagnóstico rápido y exacto de sus causas. El objetivo de este estudio fue identificar la existencia de características específicas y comunes entre el dolor del infarto agudo de miocardio, la angina, la pericarditis, la disección aórtica, neumopatías y las enfermedades esofágicas. Se utilizó una revisión sistemática de la literatura usándose descriptores relacionados al dolor y a los síndromes torácicos, los que sumaron 112 artículos. Las bases electrónicas investigadas fueron: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Medical Literature and Retrieval System On Line (MEDLINE), Base de Datos de Enfermería (BDEnf), Base de Datos de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), Base de Datos de la Biblioteca de la Organización Mundial de la Salud (WHOLIS) y Biblioteca Cochrane, entre 1966 y noviembre de 2005. Esta revisión destacó una serie de estudios no conclusivos sobre la caracterización del dolor torácico como medio de diagnóstico definitivo.

Descriptorios: Dolor de pecho. Enfermedades torácicas. Enfermedades cardiovasculares.

Título: Semejanzas y diferencias del dolor en los síndromes torácicos: revisión sistemática de la literatura.

ABSTRACT

Clinical conditions that present chest pain should be its causes quickly and precisely diagnosed. The objective of this study was to identify the existence of specific and common pain characteristics in acute myocardial infarction, angina, pericarditis, dissected thoracic aorta, and esophagus conditions. A systematic literature search was carried out using descriptors related to pain and chest syndromes. The following databases were searched for articles published between 1996 and November, 2005: Caribbean and Latin American in Health Sciences Literature (LILACS), Medical Literature and Retrieval System On Line (MEDLINE), Nursing Database (BDEnf), Pan-American Health Organization Database (PAHO), World Health Organization Library Database (WHOLIS), and Cochrane Library, between 1966 and November of 2005. No conclusive studies on the characterization of chest pain diagnosis were found.

Descriptors: Chest pain. Thoracic diseases. Cardiovascular diseases.

Title: Pain similarities and differences in the chest syndromes: systematic literature review.

^a Artigo extraído do relatório final do estudo realizado durante o Pós-Doutoramento pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), junto ao Grupo de Pesquisa "Dor, Controle de Sintomas e Cuidados Paliativos".

^b Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil.

^c Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade de países desenvolvidos e em desenvolvimento, principalmente devido ao crescimento da população idosa⁽¹⁾.

Relatórios da Organização Mundial de Saúde sobre Base de Dados de Mortalidade referente ao período de 1995 a 2000 revelaram que as doenças cardiovasculares foram responsáveis por cerca de 30% das mortes ocorridas no mundo, o que corresponde a aproximadamente 15 milhões de óbitos por ano, sendo as doenças isquêmicas e cerebrovasculares responsáveis pela maioria desses óbitos (9 milhões)⁽¹⁾.

Os distúrbios cardiovasculares são a principal causa de mortes no mundo, com 17 milhões de óbitos, o equivalente a uma em cada três mortes. No Brasil, somam 300.000 por ano. Mantido o cenário atual, estima-se que em 2020 as mortes provocadas por esses distúrbios cheguem a 25 milhões⁽²⁾.

De acordo com a II Diretriz da Sociedade de Cardiologia para Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio, o desfecho de eventos isquêmicos é afetado pela natureza variável da doença e diagnose da história, pelas variações em critérios diagnósticos e pelas modalidades de tratamento. O prognóstico em isquemia miocárdica é proporcional às melhorias em identificação precoce, estratificação de risco e intervenção imediata⁽³⁾.

Recentemente, estudo multicêntrico acompanhou 10.689 pacientes com mais de 30 anos que procuraram a emergência por dor torácica ou outros sintomas sugestivos de isquemia miocárdica durante 30 dias. Desses, 1.866 tiveram diagnóstico de síndrome isquêmica aguda (17%), sendo 894 (8%) infarto agudo do miocárdio e 972 (9%) angina instável. Dos 894 pacientes com infarto agudo do miocárdio, 19 (2,1%) não tiveram diagnóstico na emergência e dos 972 pacientes com angina instável, 22 (2,3%) não haviam sido hospitalizados. Dez hospitais participaram desse estudo multicêntrico e as taxas de infarto agudo do miocárdio e angina instável sem diagnóstico variaram de 0% a 11% e de 0% a 4,3%, respectivamente⁽⁴⁾.

Considerando que no ano de 2005 o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou 29.124 internações por infarto agudo do miocárdio no Brasil⁽²⁾ e

baseado-se no estudo anteriormente comentado⁽⁴⁾, pode-se estimar que até 2.912 casos de infarto podem não ser diagnosticados adequadamente. Não há informações a esse respeito no nosso meio.

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é a necrose de uma porção do músculo cardíaco provocada pela diminuição do fluxo de sangue nas artérias que alimentam o coração. Esse agravo requer internação hospitalar e assistência imediata, uma vez que o paciente corre maior risco de morte na primeira hora após o início dos sintomas. No Brasil, o tempo que se leva desde os primeiros sintomas até o atendimento é estimado em torno de 11 horas, que é considerado elevado⁽⁵⁾. Apesar dos avanços tecnológicos e da propedêutica, muitas das queixas dos pacientes com dores torácicas permanecem obscuras, sem um diagnóstico definido. Há que se desenvolver estratégias eficazes para a avaliação e manuseio de pacientes com dor torácica, que evitem retardo no reconhecimento da isquemia miocárdica aguda ou outra síndrome torácica potencialmente letal.

Dores torácicas são queixas freqüentes na clínica diária do enfermeiro e demais profissionais de saúde. Várias causas podem determinar dores na região torácica e o diagnóstico diferencial da dor torácica de origem cardiovascular inclui doenças esofágicas, pneumopatias e outras causas menos comuns⁽⁶⁾. A variedade e possível gravidade das condições clínicas que se manifestam com dor torácica fazem com que seja primordial um diagnóstico rápido e preciso das suas causas. Esta diferenciação entre as doenças que oferecem risco de vida (dor torácica com potencial de fatalidade), ou não, é um ponto crítico na tomada de decisão para definir sobre a liberação ou admissão do paciente ao hospital e de iniciar o tratamento, imediatamente.

Dor é uma experiência complexa, multiterminada, subjetiva e pessoal. A múltipla determinação da dor envolve elementos de natureza biológica, emocional, cultural e comportamental⁽⁷⁾. A subjetividade da dor resulta em que o único modo de avaliação é pelo relato verbal ou observação do comportamento doloroso (gemido, expressões faciais e corporais, uso de posturas de proteção e outros). A expressão da dor depende dos aspectos biológicos, por exemplo, qualidade e extensão da lesão, mas também depende de elementos como aprendizagem, estado emocional e contexto ambiental, entre outros⁽⁷⁾.

As características da dor nas diversas síndromes torácicas parecem se distinguir, no entanto, a literatura sobre o assunto é controversa quanto às semelhanças e especificidades dessas características e poucos estudos avaliaram tais convergências e divergências^(4,6).

Os enfermeiros, freqüentemente, se deparam com situações em que necessitam tomar decisões sobre o encaminhamento de doentes com dor torácica para serviços e exames especializados, nos vários cenários de atendimento à saúde (Programa de Saúde da Família, unidade básica de saúde, ambulatório e emergência, entre outros). Decisões inadequadas podem predispor os doentes a maiores riscos. Apesar de se saber que exames laboratoriais, o eletrocardiograma e exames de imagem são fundamentais para o diagnóstico da dor torácica, a queixa de dor é aspecto que não pode ser negligenciada, pela facilidade de obtenção desse dado e possibilidade de rápido encaminhamento. Se as características das dores por causas de alta letalidade (infarto agudo do miocárdio, angina instável, dissecação da aorta) e aquelas de alta ocorrência (pulmonar, muscular, esofagiana) forem bem definidas, aumenta-se a chance de adequada interpretação da origem da queixa algica e de adequado atendimento ao doente.

Tais inquietações levaram-nos a indagar sobre a existência de evidência de semelhanças e diferenças na dor nas diversas síndromes torácicas.

Para organizar tantas possibilidades e interrogações sobre as diferenças da queixa algica entre as várias síndromes torácicas e a isquemia miocárdica, revisões sistemáticas podem ser úteis na identificação de evidências^(8,9).

Portanto, este estudo teve como objetivo identificar a existência de características específicas e comuns entre a dor do infarto agudo do miocárdio, da angina, da pericardite, da dissecação da aorta torácica, de pneumopatias e das doenças esofagianas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão sistemática. Revisões sistemáticas visam a sintetizar o conhecimento de uma dada área a partir da formulação de uma pergunta, identificação, seleção e avaliação crítica dos estudos; busca-se consenso sobre alguma prática ou conceito em que o conhecimento disponível é insuficiente ou controverso⁽⁸⁾. A pergunta de pesquisa foi: Há características da dor espe-

cíficas para as síndromes torácicas infar-to agudo do miocárdio, angina instável, dissecação da aorta torácica, pericardite, doença pulmonar e doença esofagiana? Com essa pergunta buscou-se identificar semelhanças e diferenças nas queixas algicas entre as diversas síndromes.

A busca de artigos incluiu pesquisa em bases eletrônicas e busca manual de citações nas publicações inicialmente identificadas. As bases eletrônicas pesquisadas foram: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature and Retrieval System On Line* (MEDLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDenf), Base de Dados da Organização Pan-Americana de Saúde (PAHO), Base de Dados da Biblioteca da Organização Mundial de Saúde (WHOLIS) e Biblioteca *Cochrane*. Na base MEDLINE foram utilizadas palavras-chave em inglês, enquanto nas demais foram utilizadas palavras-chaves em português, espanhol e inglês. O período de abrangência foi entre 1966 (ano inicial dos registros do MEDLINE) e novembro de 2005.

Para a busca dos artigos utilizamos os descritores padronizados pelo *Medical Subject Heading* (MESH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O descritor "dor" foi combinado com os seguintes termos: isquemia miocárdica, trombose coronariana, arteriosclerose coronariana, doença coronariana, pericardite, pericardite constritiva, aneurisma dissecante, aneurisma aórtico, aneurisma da aorta torácica, aneurisma roto, angina pectoris variante, angina instável, embolia pulmonar, pneumopatias, e doença esofagiana. Para refinar a busca, a estas combinações foram acrescidos os termos qualificadores: diagnóstico, classificação, enfermagem, prevenção e controle, avaliação da dor, limiar da dor, sinais e sintomas e diagnóstico diferencial. Ao final, foram 966 combinações entre os descritores para obtenção do máximo de referências possíveis.

Procedimentos e critérios utilizados para análise dos estudos

Os títulos e os resumos de todos os artigos identificados na busca eletrônica foram revisados. Quando possível, os estudos que pareceram preencher os critérios para sua inclusão foram obtidos integralmente. A partir desta ação, foi criada uma coleção de artigos para serem incluídos no estudo.

Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa publicados em periódicos sobre as síndromes torácicas definidas, em que houvesse dados sobre a caracterização da dor; estudos publicados em português, espanhol e inglês.

Os aspectos analisados foram: país de publicação, ano de publicação; base de dados na qual foi indexado o artigo; tipo de estudo e objetivos; dor(es) torácica(s) estudada(s); características da dor (local, qualidade, intensidade, duração, padrão de instalação, fatores precipitantes, fatores de melhora e fatores de piora) por síndrome torácica; e exame(s) realizado(s) para confirmação diagnóstica da dor.

RESULTADOS

Na base de dados MEDLINE, no período entre 1993 a 2005, foram identificados 2.760 artigos, dos quais 78 foram incluídos. Nesta mesma base de dados, no período entre 1966 a 1992 foram identificados 1.446 artigos e 23 foram incluídos. Na base de dados LILACS, um total de 171 artigos foram encontrados, a partir de 1983, sendo incluídos 9. Na base de dados da Biblioteca *Cochrane* foram encontrados 3 artigos a partir de 2002, sendo que apenas 2 foram incluídos, totalizando 112 artigos. Nas bases de dados BDEnf, PAHO e WHOLIS, não houve artigos encontrados.

Os principais motivos para exclusão dos artigos foram: ser artigo de atualização, estudo de caso ou não incluir a descrição das características da dor torácica. A busca manual não trouxe novos artigos. Vale ressaltar que alguns artigos fizeram parte de mais de uma base de dados e para a inclusão foi considerado o artigo encontrado na base de dados de maior produção.

Dos 112 artigos analisados, 74 dos estudos tinham desenho transversal, 21 estudos eram casos-controle, 14 estudos eram de coorte e 3 estudos eram revisões sistemáticas.

Nota-se que dentre os estudos selecionados, 110 abordaram a dor de origem cardiovascular, sendo que destes, 98 estudos referiam-se à síndrome isquêmica coronariana (37 sobre infarto do miocárdio e 61 sobre angina instável), 8 estudos referiam-se à dissecação da aorta torácica e apenas 4 estudos, à pericardite.

Dos estudos que abordaram a dor de origem não cardiovascular, 14 referiam-se às doenças esofágicas e 8, à doença pulmonar aguda. Vale res-

saltar que vários estudos abordaram mais de uma síndrome torácica.

Quanto às características da dor, os 37 estudos que abordaram pacientes com infarto do miocárdio caracterizaram a maioria dos doentes como tendo dor torácica típica, entretanto, ainda que em percentuais menores, 34 desses mesmos estudos fizeram menção a pacientes que referiram dor atípica, sendo necessária realização de exames complementares para confirmação diagnóstica. Dos 61 artigos que estudaram a dor torácica na angina instável, 45 artigos a definiram como atípica, dificultando o diagnóstico imediato.

A localização da dor na dissecação da aorta torácica, descrita em 8 estudos, apresentou variação de acordo com o tipo A ou B e 3 artigos fizeram menção ao aparecimento súbito de uma dor intensa e devastante como característica do quadro. A dissecação da aorta Tipo A refere-se aquele que acomete a aorta ascendente independente do sítio de entrada e a dissecação da aorta Tipo B apenas aquelas restritas à aorta descendente. Essa classificação ficou usual na prática médica dada a sua simplicidade em estabelecer prognósticos e condutas.

Nos 3 estudos que abordaram pericardite a população analisada apontou a dor pericárdica como típica, sendo que 2 dos artigos mencionaram o quadro associado de febre, tosse, mialgias, dispnéia e atrito pericárdico à ausculta torácica.

Dos 14 artigos que abordaram a dor torácica como de origem esofágica, 13 referiram-se à presença de dor atípica. Os 8 artigos que estudaram a dor torácica tendo como causa alguma doença pulmonar, apesar de não descreverem com maiores detalhes as características da dor, foram unânimes em apontar a dor torácica atípica, tendo a tosse associada ao quadro clínico dos pacientes, e 6 dos artigos mencionaram a presença de dispnéia, hemoptise e expectoração associadas ao quadro de doença pulmonar agudamente grave.

DISCUSSÃO

Grande número de pacientes procura a emergência com queixa de dor torácica e distinguir quem tem ou não risco cardiovascular é um desafio, como indica o elevado número de referências encontradas que tinham a dor como variável central do estudo ou embutida na caracterização do quadro clínico de uma síndrome torácica a ser diagnosticada.

A variedade e possível gravidade das condições clínicas que se manifestam com dor torácica fazem com que seja primordial um diagnóstico rápido e preciso das suas causas. A diferenciação entre as doenças que oferecem risco de vida (dor torácica com potencial de fatalidade) ou não, é crítica para definir sobre o início imediato do tratamento e liberação ou admissão do paciente ao hospital.

Dos estudos analisados ($n = 112$), a maioria ($n = 97$) apresentou como foco central a investigação de uma síndrome torácica de origem cardíaca (angina instável ou infarto agudo do miocárdio). Quando enfatizaram outra síndrome torácica, em geral, tiveram como objetivo obter subsídios para uma diferenciação diagnóstica entre a dor de origem não cardíaca da de origem cardíaca. Nota-se a preocupação dos pesquisadores em compreender a dor no quadro clínico do paciente com síndrome isquêmica miocárdica, talvez por considerá-la um fenômeno que faz diferença na decisão diagnóstica e terapêutica dos profissionais, influi no erro/acerto diagnóstico e na mortalidade/morbidade da clientela atendida nas emergências.

Da análise dos estudos, observou-se grande ênfase na descrição da dor torácica como típica ou atípica. Quando se fala em dor torácica de origem cardíaca, subentende-se toda uma área de possível irradiação, que vai do plano da cicatriz umbilical, inclui a região epigástrica, o ângulo da mandíbula, os membros superiores e todo o tórax, tanto o lado direito quanto o esquerdo⁽⁸⁾.

A maioria dos estudos analisados considerou a presença de dor torácica típica como diferencial entre a síndrome torácica cardíaca e não cardíaca. Entretanto, atribui maior valor diagnóstico quando associada a um resultado positivo para marcadores séricos e exame eletrocardiográfico para isquemia miocárdica.

Nos estudos de angina instável ($n = 61$) a dor foi descrita como atípica em 44 e como típica em 17. Nos estudos que a descreveram como atípica há descrição de características como intensa e súbita. Nos que a descreveram como típica não foi observada nenhuma outra caracterização. No entanto, a definição do diagnóstico de angina instável não foi atribuída à característica atípica da dor, mas à alteração eletrocardiográfica diante da presença de dor. A utilização de recursos laboratoriais (principalmente os marcadores séricos miocárdicos: creatinofosfoquinase-CK, massa e troponina I) parece permitir fazer o diagnóstico

preventivo de um evitável infarto agudo do miocárdio.

A dor isquêmica pode adquirir o caráter de queimação, ardência, formigamento ou facada, mais raramente, e nestes casos também se fala em dor atípica, cuja análise precisa ser mais rigorosa para não se incorrer em erro^(10,11).

Embora a apresentação clínica de pacientes com isquemia miocárdica aguda possa ser muito diversa, cerca de 75% a 85% dos pacientes apresentam dor torácica como sintoma predominante⁽¹²⁾. A dor, usualmente prolongada (> 20 min) e desencadeada por exercício ou por estresse, pode ocorrer em repouso. A dor, em geral intensa, é aliviada parcialmente com repouso ou com nitratos, e pode ser acompanhada de irradiação para membros superiores e pescoço e por outros sintomas associados (dispnéia, náuseas e vômitos). O exame físico é frequentemente pobre e inespecífico. Menos de 20% dos pacientes apresentam alterações significativas à avaliação inicial.

No diagnóstico da dor torácica no infarto agudo do miocárdio, os estudos ($n = 36$) foram unânimes em apresentar o maior percentual de pacientes que caracterizaram a dor torácica como típica e retroesternal. Há a citação da característica constritiva. Esta descrição se aproxima bastante da caracterização apresentada pelas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia de Angina Instável e IAM⁽³⁾.

Nos estudos sobre pericardite ($n = 4$) a dor foi descrita como típica. Entretanto, segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia de Angina Instável e IAM⁽³⁾, apesar da dor torácica ser o sintoma clínico mais comum da pericardite e dissecação da aorta, esta geralmente é de natureza pleurítica, de localização retroesternal ou no hemitórax esquerdo, mas, diferentemente da isquemia miocárdica, piora quando o paciente respira, deita ou deglute, e melhora na posição sentada e inclinada para frente.

Os estudos sobre dissecação da aorta ($n = 8$) caracterizaram a dor torácica de acordo com o tipo de dissecação. No Tipo A, a dor foi caracterizada como típica, acompanhada por déficit de pulso, déficit de pressão arterial entre os membros, alteração neurológica, sopro cardíaco hipotensão e dispnéia; foi descrita como severa devastante e de aparecimento súbito. No tipo B, a caracterização constou de ausência de dor precordial, acompanhada por hipertensão e déficit de pulso. As dissecações

do Tipo A que envolvem a aorta ascendente são de tratamento eminentemente cirúrgico, requerendo diagnóstico clínico imediato. As dissecções do Tipo B apresentam altas taxas de morbi-mortalidade principalmente, pela maior incidência em pessoas idosas, patologias associadas como a doença pulmonar obstrutiva crônica, aterosclerose coronária, disfunção renal e por vezes sinais de isquemia visceral abdominal, o que dificulta ainda mais o diagnóstico clínico⁽¹⁰⁾.

Os estudos sobre dor torácica de origem esofágica (n = 14) e de origem pulmonar (n = 8) descrevem-na como associada a manifestações atípicas. Na doença esofágica há a caracterização de curta duração e da hipertensão como fator desencadeante. As doenças do esôfago podem mimetizar a doença coronariana crônica e aguda⁽³⁾. Pacientes com refluxo esofágico podem apresentar desconforto torácico, geralmente em queimação (pirose), mas que às vezes é definido como uma sensação opressiva, localizada na região retroesternal ou subesternal, podendo se irradiar para o pescoço, braços ou dorso, às vezes associada à regurgitação alimentar, podendo melhorar com a posição ereta ou com o uso de antiácidos.

Da análise dos estudos observou-se que a maioria mostrou que as características clínicas da dor, isoladamente, não foram eficazes para definir a diferença diagnóstica entre as possíveis causas da dor torácica. Nestes estudos, a ecocardiografia mostrou-se com vantagens no diagnóstico preciso de infarto do miocárdio, na detecção de trombo em ventrículo esquerdo e diagnóstico diferencial entre doenças pulmonares agudas e outras doenças agudas cardiovasculares (embolia pulmonar, dissecção de aorta, etc.). A investigação complementar com endoscopia digestiva mostrou-se importante para a definição de diagnóstico diferencial, ficando a pHmetria, esofagoscopia e manometria citados por alguns artigos como indicados para os casos selecionados.

A ausência de especificidade na descrição da dor torácica pode comprometer o diagnóstico. O que se apresentou de mais comum nos estudos selecionados foi a diferença clínica entre dor aguda e dor crônica, tendo esta última como características definidoras presentes em maior percentual, a habilidade alterada para continuar atividades prévias, mudança no padrão do sono e relato verbal ou evidência de dor experimentada por mais de seis meses⁽¹³⁾.

Os estudos selecionados, com pouquíssimas exceções, incluíram apenas a localização como característica da dor. Quase não há caracterizações mais amplas com aspectos de qualidade, intensidade, padrão de instalação, duração, fatores precipitantes, de melhora ou de piora. Essa pobreza na caracterização da dor impediu comparações mais consistentes entre as diversas síndromes torácicas. Estudos com melhor caracterização da dor talvez permitissem melhor identificação de especificidades e semelhanças da queixa álgica torácica nos quadros cardíacos e não cardíacos.

A partir dos resultados deste estudo cabe uma reflexão sobre o ensino da dor e seu diagnóstico nos cursos de saúde, uma vez que é um fenômeno que acompanha o indivíduo da nascimento a morte e, paradoxalmente, ainda esquecido por algumas instituições de ensino, gerando “desacertos de conduta” e uma subavaliação, que no caso específico do paciente cardíaco pode levar a erros irreversíveis.

CONCLUSÃO

A análise dos estudos mostrou que a caracterização da dor foi pobre e os dados não permitiram análises conclusivas sobre a existência de especificidades e semelhanças entre dor nas diversas síndromes torácicas, com implicações para, a prática, a pesquisa e o ensino.

Com as lacunas de evidências, a recomendação para que a decisão diagnóstica seja baseada na caracterização da dor torácica não pode ser feita. Esta revisão destacou uma série de estudos não conclusivos sobre a caracterização da dor torácica como meio diagnóstico definitivo, fornecendo subsídios para pesquisas futuras, incluindo melhor detalhamento das características da dor apresentada pela clientela participante de estudos que abordam síndromes torácicas cardíacas e não cardíacas.

Considerando o número significativo de estudos que abordam a temática referente à dor torácica e os questionamentos ainda existentes acerca dos aspectos diagnósticos mais específicos para uma definição clínica sobre o quadro apresentado pelo paciente, principalmente nos serviços de urgências e emergências, ressalta-se a importância da inclusão dessa discussão na formação profissional. No caso particular do ensino de enfermagem, uma discussão mais aprofundada sobre a dor e a avaliação diagnóstica realizada pelo enfermeiro

ro merece atenção especial nas disciplinas que preparam o futuro profissional para o mercado de trabalho.

Considerando o perfil de morbimortalidade brasileiro e a importância de uma atuação fundamentada cientificamente, associada à competência técnica, esse conjunto de fatores poderá fazer a diferença entre a diferença na sobrevivência do paciente.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. Mortality Database [homepage on the Internet]. Geneva; 2005 [cited 2005 may 15]. Available from: <http://www.who.int/whosis>.
- 2 Ministério da Saúde (BR). Banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM): Dados [página na Internet]. Brasília (DF); 2005 [citado 2007 abr 13]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
- 3 II Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2000;74(Supl 2):1-46.
- 4 Pope JE, Aufederheide TP, Ruthazer R, Smith RA, Berg JE, Alverson DL et al. Missed diagnosis of acute coronary ischemia in the Emergency Department. New England Journal of Medicine 2000;342:1163-70.
- 5 Melo ECP. IAM no Município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevivência e distribuição espacial [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
- 6 Bassan R, Gamarski R, Pimenta L, Tachibana VM, Migon H S, Macaciel R, et al. Eficácia de uma estratégia diagnóstica para pacientes com dor torácica e sem supra-desnível do segmento ST na sala de emergência. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2000;74:405-11.
- 7 Pimenta CAM. Dor: manual clínico de enfermagem. São Paulo: [s.n.]; 2000.
- 8 Drumont JP, Silva E, Coutinho M. Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2004.
- 9 Atallah NA, Castro AA. Revisão sistemática da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. São Paulo: Lemos; 1998.
- 10 Storrow AB, Gibler WB. Chest pain centers: diagnosis of acute coronary syndromes. Annals Emergency Medicine 2000;35:449-61.
- 11 Santoro DC, Oliveira CM. Conduta da equipe de enfermagem diante das alterações clínicas do cliente com síndrome isquêmica coronariana. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 2004;8(2):267-74.
- 12 Van de WF, Ardissino D, Betriu A, Cokkinos DV, Falk E, Fox KA et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment elevation. The task force on the management of acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. European Heart Journal 2003;24(1):28-66.
- 13 Almeida MA, Araújo VG, Ghezzi MIL. Dor em pacientes com prótese de quadril: diagnóstico de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem 1998; 19(1):33-7.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**

Deyse Conceição Santoro
Rua Antonio Braune, 256, Vila da Penha
21210-030, Rio de Janeiro, RJ
E-mail: deysesantoro@yahoo.com.br

Recebido em: 22/06/2007
Aprovado em: 03/04/2008