



## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

### EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

#### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Luma Nascimento Silva<sup>1</sup>, Márcia Eiko Karino<sup>2</sup>, Júlia Trevisan Martins<sup>3</sup>, Maria José Quina Galdino<sup>4</sup>, Alessandro Rolim Scholze<sup>5</sup>, Júlia Jetarchuki Ribas<sup>6</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** identificar o perfil epidemiológico, evolução clínica e desfecho de pacientes atendidos com diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda em um pronto-socorro. **Método:** estudo quantitativo, transversal e exploratório, no qual foram analisados 367 prontuários. Os dados foram registrados em formulário estruturado para identificar os dados sociodemográficos e analisados por meio do Programa SPSS - versão 16.0, em que se utilizou estatística descritiva por média e frequências relativas e absolutas. **Resultados:** a idade média foi de 62,1 anos e predominaram o sexo masculino, a raça branca e casados. A prevalência de infarto agudo do miocárdio foi de 84,5%, diagnosticado por eletrocardiograma, ecocardiograma e enzimas cardíacas seriadas. Os tratamentos mais realizados foram os medicamentos antiagregantes plaquetários (64,3%), cateterismo cardíaco (65,4%) e a intervenção coronariana percutânea (27,2%). A maioria teve alta hospitalar, porém a taxa de mortalidade foi de 13,2%. **Conclusão:** os resultados demonstraram a importância da caracterização desses atendimentos, visto que pode colaborar para o planejamento de políticas públicas e ações intervencionistas que visem à prevenção das doenças cardíacas, redução das comorbidades e início de tratamento precoce. **Descritores:** Doença das Coronárias; Síndrome Coronariana Aguda; Serviços Médicos de Emergência; Infarto do Miocárdio.

#### ABSTRACT

**Objective:** to identify the epidemiological profile, clinical evolution and outcome of patients treated with a diagnosis of Acute Coronary Syndrome in an emergency room. **Method:** a quantitative, cross-sectional and exploratory study, in which 367 medical records were analyzed. The data were recorded in a structured form to identify the sociodemographic data and analyzed through the SPSS Program - version 16.0, in which descriptive statistics were used by means of relative and absolute frequencies. **Results:** the mean age was 62.1 years and male, white and married participants were predominant. The prevalence of acute myocardial infarction was 84.5%, diagnosed by electrocardiogram, echocardiogram and serial cardiac enzymes. The most commonly performed treatments were antiplatelet drugs (64.3%), cardiac catheterization (65.4%) and percutaneous coronary intervention (27.2%). Most were discharged from hospital, but the mortality rate was 13.2%. **Conclusion:** the results showed the importance of the characterization of this type of care, since it can help in the planning of public policies and interventionist actions aimed at the prevention of heart disease, reduction of comorbidities and early treatment. **Descriptors:** Coronary Disease; Acute Coronary Syndrome; Emergency Medical Services; Myocardial Infarction.

#### RESUMEN

**Objetivo:** identificar el perfil epidemiológico, evolución clínica y desarrollo de pacientes atendidos con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo en un pronto-socorro. **Método:** estudio cuantitativo, transversal y exploratorio, en el cual fueron analizados 367 prontuarios. Los datos fueron registrados en formulario estructurado para identificar los datos sociodemográficos y analizados por medio del Programa SPSS - versión 16.0, en que se utilizó estadística descriptiva por media y frecuencias relativas y absolutas. **Resultados:** la edad media fue de 62,1 años y predominaron el sexo masculino, la raza blanca y los casados. La prevalencia de infarto agudo del miocárdio fue de 84,5%, diagnosticado por eletrocardiograma, ecocardiograma y enzimas cardíacas seriadas. Los tratamientos más realizados fueron los medicamentos antiagregantes plaquetários (64,3%), cateterismo cardíaco (65,4%) y la intervención coronaria percutánea (27,2%). La mayoría tuvo alta hospitalario, sin embargo la tasa de mortalidad fue de 13,2%. **Conclusión:** los resultados demostraron la importancia de la caracterización de esos atendimientos, ya que puede colaborar para el planeamiento de políticas públicas y acciones intervencionistas que busquen la prevención de las enfermedades cardíacas, reducción de las comorbidades e inicio de tratamiento precoz. **Descriptores:** Enfermedad Coronaria; Síndrome Coronario Agudo; Servicios Médicos de Urgencia; Infarto do Miocárdio.

<sup>1</sup>Residente em Enfermagem de Urgência e Emergência, Universidade Estadual de Londrina. Londrina (PR), Brasil. E-mail: [lumans@hotmail.com](mailto:lumans@hotmail.com); ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-8620-9328>; <sup>2</sup>Doutora, Universidade Estadual de Londrina. Londrina (PR), Brasil. E-mail: [marciak2503@hotmail.com](mailto:marciak2503@hotmail.com); ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-6582-2801>; <sup>3</sup>Doutora, Universidade Estadual de Londrina. Londrina (PR), Brasil. E-mail: [jtmartins@uel.br](mailto:jtmartins@uel.br); ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-6383-7981>; <sup>4</sup>Mestre (Doutoranda), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá. Maringá (PR), Brasil. E-mail: [mariagaldino@uenp.edu.br](mailto:mariagaldino@uenp.edu.br); ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-6709-3502>; <sup>5</sup>Mestre, Universidade Estadual do Norte do Paraná. Bandeirantes (PR), Brasil. E-mail: [scholze@uenp.edu.br](mailto:scholze@uenp.edu.br); ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-3358-1388/>; <sup>6</sup>Graduanda de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina. Londrina (PR), Brasil. E-mail: [juliagr71@hotmail.com](mailto:juliagr71@hotmail.com) ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-7987-9019>

## INTRODUÇÃO

O rápido crescimento dos centros de urbanização, atrelado à industrialização e ao desenvolvimento tecnológico, provocou em diversos países alterações importantes no estilo de vida, tais como adoção de hábitos alimentares inadequados e inatividade física. Esses fatores têm favorecido a modificação no perfil epidemiológico da população, visto que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morbimortalidade, sobrepondo as doenças infectocontagiosas.<sup>3</sup> Assim, houve uma inversão no cenário das causas de mortalidade, tornando as DCNT um problema de saúde pública em nível mundial, que tem se apresentado como uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano.<sup>1</sup>

Nos países desenvolvidos, até o ano de 2020, deve haver um aumento de 20% no risco de mortalidade por DCNT, e nos países em desenvolvimento esta perspectiva dobrará devido ao estilo de vida e ao déficit no acesso aos serviços de saúde.<sup>3</sup> Isto posto, estima-se que no Brasil ocorrerão as maiores incidências de DCNT nas próximas décadas.<sup>4</sup>

Dentre as DCNT, tem-se as doenças cardiovasculares, que segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) serão responsáveis por 23,6 milhões de óbitos em 2030<sup>1</sup>. No Brasil, elas se constituem na principal causa de morte, sendo o infarto agudo do miocárdio (IAM) responsável por 36,7% da mortalidade no período de 2002 a 2008, sobretudo nas pessoas acima de 65 anos.<sup>2</sup>

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) ocorre devido à obstrução coronariana e à interação entre fenômenos de trombose e vasoespasm, resultando em vários sinais e sintomas clínicos que são semelhantes à isquemia do miocárdio, englobando angina instável (AI) e IAM, com ou sem supra desnivelamento do segmento ST.<sup>5</sup>

A maneira mais eficiente para reduzir o impacto das doenças cardiovasculares, em especial a SCA, constitui-se no desenvolvimento de ações preventivas e tratamento dos fatores de riscos modificáveis, ou seja, aqueles sobre os quais os indivíduos podem exercer controle, tais como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, sedentarismo e tabagismo, e os não modificáveis, como idade, sexo, etnia e hereditariedade<sup>5</sup>. Desse modo, identificar o perfil epidemiológico, evolução e desfecho clínico desses pacientes pode subsidiar o desenvolvimento de tais estratégias preventivas e até mesmo ações de pósvenção.

## OBJETIVO

- Identificar o perfil epidemiológico, evolução clínica e desfecho de pacientes atendidos com diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda.

## MÉTODO

Estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo de análise de prontuários de pacientes com SCA atendidos e internados no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2012, em um pronto-socorro (PS) de um Hospital Universitário do estado do Paraná-Brasil.

A coleta de dados foi efetuada nos meses de julho a setembro de 2015, com a seleção de prontuários no serviço de arquivo de prontuários do referido hospital. Foram identificados 367 prontuários que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ambos os sexos, com diagnóstico de SCA, IAM com e sem supra do segmento ST, angina instável e estável, e excluídos aqueles com letras ilegíveis.

Os dados foram registrados em formulário estruturado para identificar os dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil e raça/etnia), procedência, diagnóstico, fatores de risco, hábitos de vida (tabagismo e etilismo) e comorbidades, que neste estudo compuseram o perfil epidemiológico dos entrevistados. Ainda foram levantadas as condutas médicas relacionadas à medicações e exames. Por fim, o desfecho dos pacientes, isto é, internamento, alta e óbitos.

Os dados foram analisados por meio do programa *Statistical Package For Social Sciences* (SPSS), versão 16.0, em que se utilizou estatística descritiva por média e frequências relativas e absolutas.

Nesta pesquisa, respeitou-se a Resolução 466/2012 e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer número 204.769. Para realização deste estudo, os pesquisadores assumiram o compromisso de manter confidencialidade sobre todas as informações obtidas por meio do Termo de Confidencialidade e Sigilo.

## RESULTADOS

Dos 367 prontuários analisados, a idade média dos pacientes foi de 62,1 anos. Prevaleram indivíduos do sexo masculino (201; 54,8%), de raça branca (301; 82,0%), cujo estado civil foi composto de casados (217; 59,1%), seguidos de viúvos (56; 15,3%) e em união estável (39; 10,6%).

Os pacientes atendidos em sua maioria eram procedentes da cidade onde este hospital é instalado (263; 71,7%), provindos de serviços referenciados como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIAT) ou mesmo por procura espontânea (150; 40,9%), ainda que o hospital deste estudo seja classificado como de alta complexidade. A transferência de pacientes de outros municípios ocorreu em 144 (39,2%) dos atendimentos.

Dentre as principais comorbidades, houve predomínio da HAS em 229 (62,4%) casos, seguida pela dislipidemia (87; 23,7%) e DM (51; 13,9%). Com relação aos hábitos de vida, 114 (31,0%) referiram ser tabagistas e 117 (31,9%) etilistas.

O eletrocardiograma (ECG) e as enzimas cardíacas seriadas foram realizados em todos os pacientes atendidos. O ecocardiograma foi realizado em 271 (87,4%) atendimentos. No que se refere ao diagnóstico médico dos atendimentos, houve predomínio do IAM em 310 (84,5%) dos atendimentos, sendo 155 (50,1%) com supra desnivelamento do segmento ST, 42 (13,5%) sem supra desnivelamento do segmento ST, 80 (25,8%) angina instável e a algia torácica de origem não cardíaca foi o diagnóstico final de 33 (10,6%) atendimentos.

Os antiagregantes plaquetários foram prescritos para 236 (64,3%) pacientes, dos quais 66 (17,9%) eram inibidores do receptor P2Y<sub>12</sub>. Os anticoagulantes foram indicados para 65 (17,8%) atendimentos. Ainda, os nitratos foram utilizados em 159 (43,3%) pacientes e no diagnóstico de dor torácica de origem não cardíaca (56,7%). Para a angina instável, os betabloqueadores foram prescritos para 61 (16,6%) dos pacientes, as estatinas em 61 (16,6%) e os opioides em 88 (24%) atendimentos.

A terapia de reperfusão química com fibrinolíticos foi necessária em apenas 4 (1,1%) atendimentos, o cateterismo cardíaco foi realizado em 240 (65,4%) pacientes e a intervenção coronariana percutânea foi procedimento necessário para 90 (27,2%) atendimentos.

Por fim, dos 367 atendimentos por SCA, 356 (97,0%) permaneceram internados no hospital e, os demais, ficaram em observação por 24 horas e após este período foram liberados com alta hospitalar. Dos pacientes que permaneceram internados, 47 (13,2%) foram a óbito.

## DISCUSSÃO

No que tange à caracterização dos pacientes, os resultados se assemelham a outros estudos nacionais e internacionais no que diz respeito ao predomínio do sexo masculino, situação conjugal referida como casada, maiores de 60 anos de idade e de cor branca.<sup>6-8</sup>

Com relação à condição clínica dos pacientes, a maioria era portadora de HAS, tanto no grupo com angina instável como nos infartados, tais resultados são análogos a outras investigações também desenvolvidas no Brasil e no exterior.<sup>5,8-9</sup>

A dislipidemia foi o segundo fator de risco para SCA nos pacientes da presente investigação. Estudos realizados em hospitais do interior do estado de São Paulo e hospitais de Massachusetts identificaram que a maioria dos pacientes com angina instável apresentava dislipidemia<sup>7,9</sup>. Ainda, em outra pesquisa que objetivou identificar a relação das diferentes apresentações da SCA com os fatores de risco cardiovasculares em indivíduos hospitalizados em um hospital-escola da cidade de São Paulo, verificou que a dislipidemia esteve entre as principais comorbidades da SCA.<sup>10</sup>

Quando analisado o estilo de vida, considera-se que o tabagismo esteve presente em aproximadamente um terço dos pesquisados, porém essa proporção foi menor do que aquela obtida em estudo realizado na cidade de São Paulo, ao verificar que 58,5% indivíduos com SCA internados em um hospital de alta complexidade eram tabagistas.<sup>11</sup>

Sabe-se que modificar os hábitos de vida deve ser igual à terapêutica medicamentosa para os portadores da SCA. Um estudo populacional desenvolvido com 18.809 pacientes de 41 países, com até seis meses após a internação pelo diagnóstico de SCA, mostrou que os pacientes que verbalizaram continuar fumando, bem como a não adesão à dieta e exercícios físicos, apresentaram chance 3,8 vezes maior de IAM, acidente vascular encefálico ou morte quando comparados aos não fumantes, que modificaram a dieta e iniciaram exercícios físicos em até seis meses.<sup>12</sup>

Neste sentido, enfatiza-se a importância da atuação dos profissionais na prevenção primária e secundária, considerando que deve ocorrer atenção aos indivíduos que apresentem fatores de risco para o desenvolvimento de SCA e outras DCNT.<sup>13</sup>

Desenvolver ações em saúde visando à prevenção da população foi evidenciado em estudo randomizado desenvolvido por



Nascimento L, Karino ME, Martins JT et al.

enfermeiros, no qual se testou a eficácia de um programa educacional realizado por “lembrete” via telefone e e-mail, com 98 pacientes adultos hipertensos em uma cidade da Itália. Os resultados indicaram que este programa foi capaz de melhorar significativamente a obesidade, modificar os hábitos alimentares e vida, a hipertensão não controlada e manter o nível ideal do colesterol LDL e total.<sup>14</sup>

Autores<sup>15</sup> afirmam que para apresentar ações que visem diminuir a taxa de morbimortalidade nos países se faz necessária uma assistência mais qualificada, que permita controlar os fatores de risco, por meio de um acompanhamento frequente junto aos pacientes, bem como melhorias nos tratamentos clínicos e de intervenção, pois estes aspectos têm sido eficazes no controle dos agravos à saúde.

No que diz respeito às terapias medicamentosas, visualiza-se um aumento no uso de medicamentos com efeito cardioprotetor previamente aos eventos coronários (estatinas, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, bloqueadores dos receptores AT-1 da angiotensina II e betabloqueadores), visto como responsáveis pela redução na incidência de óbito na população com SCA.<sup>16</sup>

Denota-se que nos pacientes com SCA, o risco de complicações trombóticas é muito alto, assim o uso de antiagregantes plaquetários precoces é de fundamental importância para evitar possíveis agravos. Embora as drogas antitrombóticas sejam essenciais para o tratamento e prevenção secundária das SCA, estas devem ser utilizadas com cautela.<sup>17</sup>

Os opioides também foram utilizados em grande parte dos pacientes diagnosticados com IAM desta investigação. Tais drogas são recomendadas para o alívio da dor, da ansiedade e possuem ação vasodilatadora adjuvante.<sup>18</sup>

Os anticoagulantes de baixo peso molecular, principalmente no grupo dos pacientes com IAM com supradesnivelamento do segmento ST, são a droga mais utilizada<sup>19</sup>. As novas diretrizes indicam que esses medicamentos possuem vantagens com os pacientes nesta condição clínica, tanto na sua administração, como também está associada à redução nos eventos clínicos, como óbito, infarto recorrente e acidente vascular encefálico.<sup>20-1</sup>

No presente estudo, o ECG foi solicitado para todos os atendimentos. O ECG é considerado uma das mais importantes ferramentas nas SCA, visto que possibilita

Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com síndrome...

identificar duas entidades clínicas, ou seja, a SCA com e sem supradesnivelamento do segmento ST, e assim, pode-se adotar diferentes estratégias de tratamento.<sup>22</sup>

Vale ressaltar que o ECG, por si só, em muitas situações, é insuficiente para diagnosticar a isquemia do miocárdio ou infarto devido aos desvios no segmento ST que também podem ser identificados na pericardite aguda, bloqueio do ramo esquerdo, hipertrofia do ventrículo esquerdo e síndrome de Brugada<sup>23</sup>.

Em conjunto com os exames de imagens e clínico, para o diagnóstico definitivo, é necessário realizar os exames laboratoriais bioquímicos, em sua maioria os enzimáticos. As enzimas cardíacas, também conhecidas de marcadores de necrose miocárdica, têm como finalidade indicar a morte de células do músculo cardíaco, assim sendo são elementos indispensáveis para o diagnóstico definitivo do IAM.<sup>24</sup>

Ainda é prudente realizar a ecocardiografia, visto que não é um exame invasivo, possui baixo custo, o que facilita o diagnóstico e prognóstico em pacientes com suspeita de SCA e insuficiência congestiva aguda, além de auxiliar na determinação da terapêutica adequada em pacientes com arritmias.<sup>25</sup>

A intervenção coronária percutânea é o método de eleição para restauração do fluxo coronário anterógrado, proporcionando maiores taxas de reperfusão, sendo 90% e com agentes fibrinolíticos 50%<sup>26</sup>. A maioria dos pacientes realizou terapia invasiva comparada a reperfusão química com agentes fibrinolíticos.<sup>27</sup>

Nos pacientes com IAM e supradesnivelamento do segmento ST, nos quais há relação com a oclusão de artéria e isquemia, está bem estabelecido que a intervenção coronária percutânea o quanto antes puder ser realizada diminui a taxa de mortalidade.<sup>19,21,28</sup>

A taxa de mortalidade hospitalar decorrente de internações por SCA foi alta na presente investigação (13,2%), visto que a média encontrada em outros estudos variou entre 3,4% e 4,6%.<sup>27,29</sup>

Ao analisar um estudo<sup>30</sup> de avaliação global, nacional e regional que comparou 79 tipos de fatores de riscos em grupos de risco em 188 países, entre os anos de 1990 e 2013, destacou-se a relevância das instituições de saúde desenvolverem políticas públicas de prevenção das doenças cardiovasculares e intensificarem suas ações para diminuir as taxas de mortalidade, visto que os fatores de

Nascimento L, Karino ME, Martins JT et al.

risco ambientais, ocupacionais, comportamentais e metabólicos foram responsáveis por quase 90% dos anos de vida ajustados por incapacidade e de mortes.

O presente estudo apresentou como limitações o tempo de coleta de dados, bem como o fato de a população estar restrita a um único serviço de atendimento, o que dificulta a sua generalização. Assim sendo, sugere-se que sejam desenvolvidas outras pesquisas, em especial as pesquisas prospectivas, para identificar como os pacientes se previnem e se cuidam, bem como os fatores que interferem nos quadros de complicações e na procura pelo serviço dos serviços de PS.

## CONCLUSÃO

De acordo com os dados identificados no presente estudo, pode-se observar que o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos pela SCA teve média de idade de 62,1 anos, a maioria era do sexo masculino, casada e de raça branca; ocorreu predomínio da HAS e grande parte referiu fazer uso de bebida alcoólica e tabaco.

Quanto ao diagnóstico médico dos atendimentos, predominou o IAM com e sem supra do segmento ST. Os medicamentos antiagregantes plaquetários foram utilizados para a maioria dos pacientes. As enzimas cardíacas seriadas, o ECG e o ecocardiograma foram os exames mais realizados para os pacientes com diagnóstico de infarto do miocárdio. Embora a maioria tenha tido alta hospitalar, a taxa de mortalidade pode ser considerada alta.

Os resultados mostraram a necessidade de se buscar planejamentos de intervenções que visem à prevenção das doenças cardíacas, diminuição de comorbidades e o início de tratamento precoce para que ocorra uma diminuição dos agravos, promova-se a saúde e, por consequência, melhore a qualidade de vida da população e, assim, uma redução da mortalidade e dos custos.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases: world heart day 2017 [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2017 Jan 10]. Available from: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/world-heart-day-2017/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/world-heart-day-2017/en/)
2. Ministério da Saúde (BR), Informações de Saúde. Cadernos de informação de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2016 Nov 2]. Available from:

Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com síndrome...

<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>

3. Alwan A, Maclean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 10];376(9755):1861-8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61853-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61853-3)
4. Correia BR, Cavalcante E, Santos E. A prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários. *Rev Bras Clin Med* [Internet]. 2010 [cited 2016 Nov 21];8(1):25-9. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n1/a006.pdf>
5. Lemos KF, Davis R, Moraes MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev gaúch enferm* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 18];31(1):129-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a18v31n1.pdf>
6. Torres GKV, Marques IR. Estudo sobre o perfil dos pacientes portadores de síndrome coronariana aguda. *Rev enferm UNISA*. 2012;13(1):21-6.
7. Dessotte CAM, Dantas RAS, Schmidt A. Patients' symptoms before a first hospitalization due to Acute Coronary Syndrome. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 11];45(5):1094-101. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en\\_v45n5a10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a10.pdf)
8. Abreu M, Cosarinsky L, Silberstein A, Mariani JA, Doval HC, Gagliardi JA, et al. Características clínicas, angiográficas, estrategias terapéuticas y pronóstico de pacientes jóvenes con síndrome coronario agudo. *Rev argent cardiol* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 3];81(1):22-30. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v81n1/v81n1a05.pdf>
9. Giugliano RP, White JA, Bode C, Armstrong PW, Montalescot G, Lewis BS, et al. Early versus delayed, provisional eptifibatide in acute coronary syndromes. *N Engl J med* [Internet]. 2009 [cited 2017 Feb 24];360(21):2176-90. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0901316#t=article>
10. Brunori EHFR, Lopes CT, Cavalcante AMRZ, Santos VB, Lopes JL, Barros ALBL. Association of cardiovascular risk factors with the different presentations of acute coronary

Nascimento L, Karino ME, Martins JT et al.

syndrome. Rev latinoam enferm [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 21];22(4):538-46. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/0104-1169-rlae-22-04-00538.pdf>

11. Brunori EHFR, Cavalcante AMRZ, Lopes CT, Lopes JL, Barros ALBL. Smoking, alcohol consumption and physical activity: associations in acute coronary syndrome. Acta Paul Enferm [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 5];27(2):165-72. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/apv/v27n2/en\\_0103-2100-ape-27-02-0165.pdf](http://www.scielo.br/pdf/apv/v27n2/en_0103-2100-ape-27-02-0165.pdf)

12. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. Circulation [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 10];121(6):750-8. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/121/6/750.long>

13. Kones R. Primary prevention of coronary heart disease integration of new data, evolving views, revised goal, and role of rosuvastatin in management. A comprehensive survey. Drug Des Devel Ther [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 10];5:325-80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140289/>

14. Cicolini G, Simonetti V, Comparcini D, Celiberti I, Di Nicola M, Capasso LM, et al. Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 29];51(6):833-43. Available from: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(13\)00302-7/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(13)00302-7/fulltext)

15. Braunwald E. The ten advances that have defined modern cardiology. Trends Cardiovasc Med [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 8];24(5):179-83. Available from: [http://www.tcmonline.org/article/S1050-1738\(14\)00033-4/fulltext](http://www.tcmonline.org/article/S1050-1738(14)00033-4/fulltext)

16. Yeh RW, Sidney S, Chandra M, Sorel M, Selby JV, Go AS. Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2017 Feb 26]; 362(23):2155-65. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0908610#t=article>

17. Falcão FJA, Carvalho L, Chan M, Alves CMR, Carvalho ACC, Caixeta AM. P2Y<sub>12</sub> platelet receptors: importance in percutaneous coronary intervention. Arq bras cardiol [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan

Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com síndrome...

15];101(3):277-82. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n3/en\\_aop\\_4889.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n3/en_aop_4889.pdf)

18. Pesaro AEP, Serrano Júnior CVS, Nicolau JC. Infarto agudo do miocárdio - síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2004 [cited 2016 Dec 28];50(2): 214-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20786.pdf>

19. Mehta SR, Granger CB, Boden WE, Steg PG, Bassand JP, Faxon DP, et al. Early versus delayed invasive intervention in acute coronary syndromes. N Engl J Med [Internet]. 2009 [cited 2017 Jan 10];360:2165-75. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0807986#t=article>

20. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE, Chung MK, Lemos JA, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guideline. Circulation [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 25];127(4):e362-e425. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/127/4/e362.long>

21. Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. Arq bras cardiol [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 5];105(2 Suppl 1):1-105. Available from: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02\\_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf)

22. Teixeira R, Lourenço C, António N, Monteiro S, Baptista R, Jorge E, et al. The importance of a normal ECG in non-ST elevation acute coronary syndromes. Arq bras cardiol [Internet]. 2010 [cited 2016 Nov 26];94(1):25-33. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n1/en\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n1/en_06.pdf)

23. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD, et al. Third universal definition of myocardial infarction. Circulation [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 10]; 126(16):2020-35. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/126/16/2020>

24. Jarros IC, Zanusso GJ. Avaliação de risco cardíaco e o diagnóstico do infarto agudo do miocárdio no laboratório de análises clínicas.

Nascimento L, Karino ME, Martins JT et al.

Rev Uningá review [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 18];19(3):5-13. Available from: [http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140831\\_155528.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140831_155528.pdf)

25. Magalhães LP, Figueiredo MJO, Cintra FD, Saad EB, Kuniyoshi RR, Teixeira RA, et al. II Diretrizes brasileiras de fibrilação atrial. Arq bras cardiol [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 25];106(4 Suppl 2):1-39. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v106n4s2/0066-782X-abc-106-04-s2-0001.pdf>

26. O'Connor RE, Brady W, Brooks SC, Diercks D, Egan J, Ghaemmaghami C, et al. Part 10: acute coronary syndromes: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 8];122(18 Suppl 3):S787-S817. Available from: [http://circ.ahajournals.org/content/122/18\\_suppl\\_3/S787](http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S787)

27. Takada JY, Roza LC, Ramos RB, Avakian SD, Ramires JAF, Mansur AP. Emergency service admission time and in-hospital mortality in acute coronary syndrome. Arq bras cardiol [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 11];98(2):104-10. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/abc/v98n2/en\\_aop11811.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v98n2/en_aop11811.pdf)

28. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, et al. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2008 [cited 2016 Nov 28];52(24):2046-99. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19056000>

29. Sant'Anna FM, Alvarez FS, Bruno RV, Brito MB, Menezes S, Correa Filho WB, et al. Desfechos hospitalares em pacientes submetidos a intervenção coronária percutânea na vigência de síndromes coronárias agudas atendidos em unidades de pronto atendimento (UPAs) - Resultados de um centro de cardiologia terciário. Rev bras cardiol invasiva [Internet]. 2010 [cited 2016 Dec 21];18(1):30-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbci/v18n1/v18n1a08.pdf>

30. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M, et al. GBD 2013 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or

Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com síndrome...

clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 10];386(10010):2287-32. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00128-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00128-2/fulltext)

Submissão: 19/05/2017

Aceito: 11/08/2017

Publicado: 01/02/2018

### Correspondência

Alessandro Rolim Scholze

Rua Prefeito José Mario Junqueira, 393, Ap. 02

CEP: 86360-000 – Bandeirantes (PR), Brasil