



ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE / ORIGINALE

Clinical and epidemiological profile of patients with acute coronary syndrome

Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com síndrome coronariana aguda
Perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con síndrome coronario agudo

Daniele Fernanda de Araújo¹, Eronice Ribeiro de Moraes Araújo², Marta Rosana Viana da Silva³, Naldiana Cerqueira Silva⁴, Maria do Socorro Oliveira Guimarães⁵, Francina Lopes Amorim Neta⁶

ABSTRACT

Objective: The research aimed to analyze the clinical and epidemiological profile of patients with acute coronary syndrome treated at a Hospital Emergency. This is a descriptive study; retrospective and exploratory document analysis with a quantitative approach. **Methodology:** The sample of 150 medical records for the second half of 2012. **Results:** The results were: Acute myocardial infarction without ST segment above was the most frequent diagnosis with 49.3% males to 65.3%, mean age 65 years, married with 62.7%, and 40.0% had incomplete primary education, hypertension with 68.0%, 93.3% to chest pain, treatment adjunctive therapy with 61.3%, with 31.3% and death. **Conclusion:** Therefore, the study allowed the epidemiological and clinical profile of patients with acute coronary syndrome, confirming that the population most affected by acute coronary syndrome are the elderly, male and presented with chest pain.

Keywords: Nursing. Acute coronary syndrome. Urgency

RESUMO

Objetivo: A pesquisa teve como objetivo analisar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda atendidos em um Hospital de Urgência. Trata-se de um estudo do tipo descritivo; de análise documental exploratório e retrospectivo com abordagem quantitativa. **Metodologia:** A amostra foi de 150 prontuários referentes ao segundo semestre de 2012. **Resultados:** Infarto agudo do miocárdio sem supra no segmento ST foi diagnóstico mais incidente com 49,3%, o gênero masculino com 65,3%, a média da idade de 65 anos, os casados com 62,7%, e 40,0% tinham ensino fundamental incompleto, a hipertensão arterial sistêmica com 68,0%, a dor precordial 93,3%, o tratamento a terapia adjunta com 61,3%, e o óbito com 31,3%. **Conclusão:** O estudo possibilitou conhecer o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes com síndrome coronariana aguda, confirmando que a população mais acometida pela síndrome coronariana aguda são as pessoas idosas, do gênero masculino e que apresentavam dor torácica.

Descritores: Enfermagem. Síndrome coronariana Aguda. Urgência.

RESUMÉN

Objetivo: La investigación tuvo como objetivo analizar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con síndrome coronario agudo tratados en un hospital de emergencia. Se trata de un estudio descriptivo; análisis de documentos exploratorio y retrospectivo con abordaje cuantitativo. **Metodología:** La muestra de 150 historias clínicas para el segundo semestre de 2012. **Resultados:** Infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST por encima fue el diagnóstico más frecuente con un 49,3% de los hombres a 65.3%, media de edad 65 años, casado y con 62.7% y 40.0% tienen primaria incompleta, hipertensión con 68.0%, 93.3% a dolor en el pecho, la terapia adyuvante del tratamiento con 61,3%, con 31,3% y la muerte. **Conclusion:** el estudio permitió que el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes con síndrome coronario agudo, que confirma que la población más afectada por el síndrome coronario agudo son los ancianos, hombres y se presenta con dolor en el pecho.

Descriptores: Enfermería. Síndrome coronariana Aguda. Urgencia

¹ Acadêmica de Enfermagem, Faculdade Integral Diferencial - FACID/DEVRY. Teresina. PI. Brasil. E-mail: dannyellefernanda@hotmail.com

² Enfermeira, Mestra, Docente, Faculdade Integral Diferencial FACID/DEVRY. Teresina. PI. Brasil. E-mail: eromoraes@hotmail.com

³ Acadêmica de Enfermagem, Faculdade Integral Diferencial - FACID/DEVRY. Teresina. PI. Brasil. E-mail: martaeduda2009@hotmail.com

⁴ Enfermeira, Mestra, Docente, Faculdade Integral Diferencial FACID/DEVRY/Universidade Estadual do Piauí - UESPI. Teresina. PI. Brasil. E-mail: naldianacerqueira@bol.com.br

⁵ Enfermeira, Especialista, Docente, Faculdade Integral Diferencial FACID/DEVRY. Teresina. PI. Brasil.

⁶ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente, Faculdade Integral Diferencial FACID/DEVRY. Teresina. PI. Brasil.

INTRODUÇÃO

A doença arterial coronariana (DAC) representa a principal causa de óbitos no mundo, estando entre as patologias de maior impacto clínico e financeiro. No Brasil, estima-se a ocorrência de 300 a 400 mil casos, por ano, de infarto agudo do miocárdio, sendo que a cada 5 ocorrências, há um óbito. Assim, apesar dos diversos avanços terapêuticos obtidos nas últimas décadas, a síndrome coronariana aguda ainda é uma das grandes causadoras de morbimortalidade na atualidade⁽¹⁾.

As síndromes coronarianas agudas (SCAs) caracterizam-se por evidências clínicas e laboratoriais de isquemia miocárdica aguda, produzida pelo desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio para o miocárdio, tendo como principal etiologia a instabilização de uma placa aterosclerótica. Essa instabilização da placa aterosclerótica é resultante da ativação e agregação plaquetária associada à formação de trombos, resultando em uma sequência de eventos patológicos, que vão desde uma obstrução parcial até uma oclusão total de uma artéria coronária. Assim, estes eventos podem evoluir de condições que variam desde uma isquemia, passando por lesão miocárdica até a necrose do músculo cardíaco.

Entretanto, vale ressaltar que outros fatores também podem desencadear tal síndrome, como: a progressão de uma placa aterosclerótica, na qual é evidenciada uma obstrução coronariana progressiva, bem como, o aumento da demanda de oxigênio em casos de tireotoxicose, estenose aórtica, entre outros⁽²⁾.

Nesta perspectiva, é fundamental que o profissional de saúde reconheça as manifestações clínicas comuns à isquemia miocárdica, sendo que a dor torácica é a principal manifestação clínica, ocorrendo em cerca de 80% dos casos. Logo, esta é tida como uma das principais causas de demanda hospitalar nas emergências hospitalares. Entretanto, é necessário diferenciar a dor torácica de origem coronariana das demais, pois ela é caracterizada pela “dor em aperto”, com episódios intensos e prolongados e, normalmente, acontecem quando o indivíduo encontra-se em repouso e, frequentemente, são associadas com sudorese, náuseas, vômitos e dispneia. Essa dor geralmente fica localizada entre a mandíbula e a cicatriz umbilical, irradiando para o membro superior esquerdo⁽¹⁾.

Clinical and epidemiological profile of patients with acute..

Um estudo epidemiológico clássico das pessoas em Framingham, Massachusetts, apontando que quase 15% dos homens e das mulheres que sofreram eventos coronários, incluindo angina instável, IAM ou morte cardíaca súbita, estavam totalmente assintomáticos antes do evento coronário. O mesmo estudo também demonstra que os idosos, as mulheres e os diabéticos podem exibir eventualmente sintomas atípicos como mal estar, indigestão, dor epigástrica, dispneia, náuseas e fraqueza⁽³⁾.

A história clínica e o exame físico, juntamente, com o ECG e os marcadores bioquímicos de lesão miocárdica são fundamentais para a estratificação do risco da doença, que deve ser realizada no momento da admissão e em todos os pacientes que citarem dor torácica. Com isso, podem ajudar a estimar o risco de morte e eventos cardíacos não fatais. Realizada a estratificação de risco, os pacientes são classificados em: alto, moderado e baixo risco. E, posteriormente, são estabelecidas as condutas terapêuticas para cada caso⁽⁴⁾.

Na estratificação de risco, as SCAs são classificadas em duas formas clínicas: com supradesnivelamento de segmento ST (SCACSST) e sem supradesnivelamento de segmento ST (SCASSST). Sendo que as (SCACSST) são subdivididas em Angina Instável (AI) e Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST) e, as (SCACSST), caracterizam-se pelo Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST). Esta classificação é essencialmente importante para a implementação do tratamento imediato das (SCACSST) através da reperfusão miocárdica, seja com trombolítico e/ou com angioplastia primária⁽¹⁾.

Condutas terapêuticas como: a história clínica e o exame físico, juntamente, com o ECG e os marcadores bioquímicos de lesão miocárdica compreendem o atendimento inicial de suporte que deve ser realizado logo na admissão do paciente, sendo comum a todos. Este consiste em monitorização, visando o controle dos sinais vitais; administração de oxigênio, objetivando a manutenção de boa perfusão tecidual dos órgãos vitais; morfina, para alívio da dor e da agitação do paciente; nitrato, para melhorar o desempenho cardíaco por atuar na pré e pós-carga; aspirina, um potente antiagreganteplaquetário; betabloqueador, responsável por diminuir a frequência cardíaca e, conseqüentemente, o débito cardíaco, melhorando a

performance miocárdica. E, finalmente, nos casos de IAMCSST são usados os fibrinolíticos, responsáveis pela recanalização química da artéria acometida⁽⁵⁾.

Além do conjunto farmacológico, é possível realizar a desobstrução coronária através dos tratamentos invasivos, como a angioplastia, que consiste na recanalização mecânica com implantação de *stent* dentro da artéria lesionada e a cirurgia cardíaca, com implante de “pontes” arteriais ou venosas que funcionarão como circulação sanguínea alternativa à artéria obstruída⁽⁵⁾.

A cirurgia de revascularização do miocárdio é indicada quando há possibilidade de aumentar a probabilidade de sobrevivência de pacientes que sofreram IAM, cujo objetivo é proporcionar uma recuperação física, psíquica e social. Entretanto, a gravidade dos pacientes submetidos a essa cirurgia tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas, trazendo como consequência o aumento dos riscos de complicações trans e pós-operatórias⁽⁶⁾.

O presente estudo traçou como objetivo geral analisar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda atendidos em um hospital de urgência de Teresina, e como objetivos específicos: caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes com síndrome coronariana aguda; identificar os principais sintomas apresentados por estes pacientes; descrever as principais formas clínicas e condutas terapêuticas instituídos nestes pacientes, bem como averiguar o percentual de quantos evoluíram para óbito.

METODOLOGIA

A pesquisa consistiu em estudo do tipo descritivo de análise documental exploratório e retrospectivo com abordagem quantitativa. Foi realizada em um hospital de Urgência situado no município de Teresina - PI, tal instituição é vinculada à Fundação Municipal de Saúde (FMS).

A amostra do estudo foi constituída por 150 prontuários de pacientes atendidos no hospital de urgência de Teresina, com diagnóstico de síndrome coronariana aguda, no período de julho a dezembro de 2012. Para o cálculo utilizou-se uma amostra total de 210 prontuários com índice de confiança 95% e erro amostral 4,3% resultando em uma amostra de 150 prontuários.

Foram incluídos no estudo os prontuários de paciente com idade igual ou superior a 18 anos com diagnóstico de síndrome coronariana aguda que foram admitidos no referido hospital no segundo

Clinical and epidemiological profile of patients with acute.. semestre de 2012. Entretanto foram excluídos do estudo aqueles prontuários de dor torácica e epigástrica de origem não coronariana, bem com, prontuários rasurados, ilegíveis ou com preenchimento incompleto.

A coleta de dados foi obtida através de um questionário semiestruturado com perguntas fechadas, tendo com variáveis: faixa etária, gênero, estado civil, escolaridade, fatores de riscos, manifestações clínicas, tratamento e óbito.

Para análise e cálculos dos dados, recorreu-se à análise bioestatística, e foi utilizado o programa de estatística SPSS, Statistical Package for Sciences, versão 15.0, considerando a descrição das variáveis do estudo. Os dados foram apresentados em forma de tabelas.

Este trabalho obedeceu à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Tendo aprovação pelo do Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Integral Diferencial - FACID/DEVRY, sob nº CAAE: 17936313.2.0000.5211 e pelo Comitê de ética em Pesquisa do Hospital de Urgência de Teresina, sob o protocolo nº 29/13.

RESULTADOS

Para melhor análise dos resultados, as informações foram separadas e classificadas em eixos distintos. Assim ao analisar os dados sociodemográficos, os mesmos apontaram que entre os pacientes atendidos com diagnóstico de SCA admitidos no Hospital de Urgência de Teresina houve uma predominância do gênero masculino, com média da idade de 65anos, casados, com ensino fundamental incompleto, conforme demonstrado na tabela, abaixo.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de pacientes com síndrome coronariana aguda. Teresina, 2012.

Características sociodemográficas	N	%
Sexo		
Masculino	98	65,3
Feminino	52	34,7
Estado Civil		
Casado	94	62,7
Outros	26	17,3
Viúvo	17	11,3
Solteiros	13	8,7
Escolaridade		
Fund. Incompleto	60	40,0
Analfabeto	51	34,0
Médio Completo	22	14,7
Médio Incompleto	9	6,0
Fund. Completo	7	4,7
Superior Incompleto	1	,7
Total	150	100,0

A tabela 2 faz uma análise dos fatores de risco dos pacientes atendidos com síndrome coronariana aguda. Assim observou-se que a hipertensão arterial sistêmica e o tabagismo foram os fatores de riscos mais prevalentes, correspondendo a 102 (68,0%) e 36 (24,0%) respectivamente.

Tabela 2 - Fatores de risco de pacientes com síndrome coronariana aguda. Teresina, 2012.

Fatores de risco	N	%
HAS	102	68,0
Tabagista	36	24,0
DM	8	5,3
Dislipidemias	2	1,3
Etilista	1	0,7
Sedentário	1	0,7
Total	150	100,0

Em relação as manifestações investigadas, para o diagnósticos de SCA, podemos observar que a maioria dos pacientes apresentaram episódios de dor precordial 140 (93,3%) casos seguidos de dispneia em 70 (46,7%) dos pacientes.

Tabela 3 - Manifestações clínicas apresentadas por pacientes com síndrome coronariana aguda. Teresina, 2012.

Manifestações clínicas	N		%	
	Sim	Não	Sim	Não
Dor Precordial	140	10	93,3	6,7
Dispneia	70	80	46,7	53,3
Dor na mandíbula irradiando para o ombro esquerdo	12	138	8,0	92,0
Sudorese	5	145	3,3	96,7
Dor Epigástrica	3	147	2,0	98,0
Vômitos	2	148	1,3	98,7
Palpitações	2	148	1,3	98,7
Fadigas	1	149	0,7	99,3
Náuseas	1	149	0,7	99,3
Desmaios	-	150	-	100,0
Total		150		100,0

Dos tratamentos disponíveis aos pacientes acometidos pela síndrome coronariana aguda, a terapia adjunta foi a mais utilizada em 91 (61,3%) pacientes, seguidos de trombolíticos em 37 (24%) pacientes.

Tabela 4 - Tratamento usado em pacientes com síndrome coronariana aguda. Teresina, 2012.

Tratamento	N	%
Terapia Adjunta	91	61,3
Trombolítico	37	24,0
Angioplastia	22	14,7
Total	150	100,0

Este estudo mostrou que, dos 150 pacientes internados com diagnósticos de síndrome coronariana aguda, 47(31,3%) pacientes evoluíram para óbitos e 103 (68,7%) tiveram outros destinos como alta hospitalar e transferências para outros hospitais.

Tabela 5 - Número de pacientes que evoluíram para óbito por Síndrome Coronariana Aguda

Óbito	N	%
Não	103	68,7
Sim	47	31,3
Total	150	100,0

DISCUSSÃO

Confirmando assim os resultados encontrados neste estudo, um trabalho realizado em São José do Rio Preto, SP, no ano de 2012, envolvendo pacientes diagnosticados com a SCA, no qual demonstrou também que o gênero mais acometido foi o masculino (76.92%)⁽⁷⁾.

Ressalta-se que as mulheres até o período da menopausa são protegidas em relação ao desenvolvimento de problemas coronarianos, isso é justificado pelo fato dos hormônios femininos atuarem sobre as coronárias. Mas, em estudos atuais, verifica-se que o aumento da incidência de problemas cardíacos em mulheres, em virtude da mudança do estilo de suas vidas e da maior susceptibilidade aos fatores de risco, como por exemplo: o fumo e a maior exposição ao estresse⁽⁸⁾.

A prevalência de idosos com SCASST vem crescendo cada vez mais nas unidades de tratamento intensivo correspondendo a 53% de acordo com estudo do GRACE. Nessa faixa etária encontram-se pessoas com alto risco de mortalidade relacionada com à extensão da doença arterial coronariana, isso devido à redução da fração de ejeção do ventrículo esquerdo e com à associação das comorbidades relacionadas como a HAS, DM e as dislipidemias⁽⁹⁾.

Em relação a variável escolaridade, tais dados se assemelham a outros estudos⁽¹⁰⁾, que constatou um percentual de 94% dos sujeitos da pesquisa tinha tempo de estudo \leq cinco anos de estudo. E conclui que o nível de educação foram inversamente relacionados com a doença, o que apoia a existência de uma associação entre baixa escolaridade e risco de desenvolvimento de SCA.

O tempo de chegada do paciente com IAM em unidades de emergências reportam que a maioria dos pacientes que sofreram infartos apresentaram três ou mais fatores de riscos⁽⁷⁾. Sendo os mais predominantes a hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias e o sedentarismo. Sendo que, em relação a HAS, esse estudo corrobora com o resultado do presente estudo.

A associação entre HAS e a doença coronariana, pode ser justificada devido correlação existente entre os fatores genéticos e socioculturais e ambientais. Podendo ser exemplificado por indivíduos homocigotos TT do polimorfismo M235T do gene do angiotensinogênio são encontrados em populações brasileiras com maior frequência do que em populações caucasianas e esse polimorfismo tem sido associado há maior predominância de HAS na referida população⁽¹¹⁾.

Assim, o diagnóstico mais frequente realizado em um estudo em Belém do Pará com uma amostra de 2.693 pacientes foram a angina instável (AI) em 42,4%, seguido de IAM sem ST com 19,6% e IAM com ST com 35,3%. Esses resultados diferem dos outros registros encontrados. Dessa forma seus achados podem ajudar na organização dos atendimentos prestados a pacientes com SCA nas redes pública e privada⁽¹⁰⁾.

A dor torácica é uma das causas mais comuns de procura de assistência médica nas emergência. Estima-se que nos Estados Unidos 5% a 10% do total de atendimentos emergenciais sejam devido à dor no peito, sendo o infarto agudo do miocárdio diagnosticado em 10% a 15% desses indivíduos. As unidades de dor torácica foram criadas em 1982 nos

Estados Unidos, sendo reconhecidas como um aprimoramento da assistência emergencial ao paciente com dor torácica⁽⁵⁾.

A dor precordial é um sintoma que pode ser associado a várias patologias, muitas delas de etiologia benigna. Contudo, em hospitais de urgência e emergência, é de suma importância fazer um diagnóstico diferencial entre doenças que causam risco de morte como a SCA, tromboembolismo pulmonar e dissecação de aorta. No caso da SCA, a tríade já consagrada para avaliação inicial é sustentada pela história, exame físico, pelo eletrocardiograma (ECG) e pelos marcadores cardíacos⁽⁵⁾.

Dos tratamentos disponíveis aos pacientes acometidos pela síndrome coronariana aguda, a instituição da terapia adjunta como terapêutica prioritária nesses pacientes deve-se ao fato de que a maioria tiveram como diagnóstico inicial o IAM sem SST.

Trabalho realizado em um hospital geral Nossa Senhora da Conceição, em Tubarão/Santa Catarina, mostrou que a terapêutica utilizada na emergência tanto na admissão quanto na internação foram o uso de morfina, ácido acetilsalicílico, nitrato, betabloqueador, clopidogrel, estatina, heparina, nitratos, diuréticos e bloqueadores de cálcio e oxigênio. Dos medicamentos adjuvantes o mais incidente foi AAS com um percentual de (87,2%) sendo utilizadas em grande proporção nas emergências. O betabloqueador é um medicamento capaz de reduzir a evolução do IAM com SST, e sendo indicado para todos os pacientes com AI E IAMSSST. O uso do clopidogrel está indicado em todos os casos de SCA sem supradesnivelamento do segmento ST, e quando associado a aspirina diminui em 20% a mortalidade cardiovascular, esses resultados são equivalentes ao presente estudo⁽¹²⁾.

O enfermeiro, no atendimento ao paciente que apresenta dor torácica sugestiva de SCA, deve realizar a história organizada e sistematizada para a assistência integral do paciente. E para realização do plano de cuidados na fase aguda e que atenda toda a necessidade básica humana, o enfermeiro deve estar atento para atender à necessidade do paciente em oxigenação/ventilação, circulação/perfusão, conforto, controle da dor, segurança, psicossocial, espiritual, entre outros. No tratamento precoce avaliar sinais vitais, acesso venoso, coleta de sangue e manter acesso para medicação endovenosa. O

Clinical and epidemiological profile of patients with acute.. enfermeiro também é responsável em posicionar o leito em *semi-fowler*, para diminuir o desconforto e a dispnéia, diminuindo a ansiedade com orientações e atitudes apropriadas, pois o medo e a ansiedade aumentam o trabalho cardíaco⁽¹³⁾.

A mortalidade por doenças cardiovasculares em um estudo realizado em São José do Rio Preto foi bastante próximo aos valores obtidos no presente estudo como também em 2002 para o Brasil (31,5%), para a região sudeste (32,4%) e para o estado de São Paulo (31,9%), consideradas apenas as causas definidas. Os maiores valores do coeficiente de mortalidade para os homens em relação às mulheres e seu aumento a partir dos 50 anos para ambos os sexos para este grupo de doenças no município coincidem com o comportamento desses indicadores para o país como um todo⁽¹⁴⁾.

Os números de óbitos são tão prevalentes devido a existência de hospitais com número insuficiente de leitos, número elevado de admissões e grande dificuldade para realocação de pacientes crônicos impossibilitando maior atenção ao doente com quadro agudo, falta de vagas em unidades coronarianas e pouco acesso as terapias de reperfusão, são frequentes na rede pública⁽¹⁵⁾.

O diagnóstico para a SCA é considerado simples e rápido. Dessa forma, o número de óbitos deveria ser reduzido em relação ao diagnóstico precoce. Algumas hipóteses podem explicar tal ocorrência, como: baixa disponibilidade de serviços/recursos, uso inadequado das tecnologias disponíveis e falhas na qualidade do cuidado⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados apontaram que dentre as SCA, o IAMSSST foi diagnóstico mais incidente em 49,3% dos casos, o gênero masculino foi o mais prevalente com 65,3%, a média da idade foi de 65 anos, os casados foram os mais afetados 62,7%, e 40,0% tinham ensino fundamental incompleto, a HAS foi o fator risco predominante com 68,0%, a dor precordial foi o sintoma que mais prevaleceu em 93,3%, a terapia adjunta foi o tratamento mais utilizado em 61,3% e destes pacientes 31,3% evoluíram para óbito.

Portanto, o presente estudo possibilitou conhecer o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes com síndrome coronariana aguda, confirmando que a população mais acometida pela SCA são as pessoas idosas, do gênero masculino e que apresentavam dor torácica.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Indicadores e dados básicos: Brasil-2000 [Internet]. Brasília (DF); 2007 [citado 2007 abr 12]. Disponível em:<http://www.datasus.gov.br/idb>.
2. Aehlert B. ACLS suporte avançado de vida em cardiologia: emergência em cardiologia. São Paulo: elsevier, 2007.
3. Brunner AB, Suddarth BA, Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
4. . Ministério da Saúde (BR). Protocolo de atenção à saúde: Síndrome Coronariana Aguda, Belo Horizonte, 2012.
5. Magee RF, Lacerda ECT, Borges GFB, Garcia GA, Macedo DRG, Nogueira ACC, Brick AV. Síndrome Coronariana Aguda: uma revisão. *Rev Med Saúde Brasília*. 2012; 1(3):174-89.
6. Lopes DV, Oliveira AC, Rocha LAF, Rodrigues SFA. Assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPI*. Teresina. 2014; 3(1):113-9.
7. Marcolino MS, Brant LCC, Araújo JG, Nascimento BR, Castro LR, Martins AP, Junqueira LL, Ribeiro AL. Implantação da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Município de Belo Horizonte. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(4):307-314 .
8. Santos LRO, Rocha SS, Costa RS, Araújo OD, Oliveira FBM, Barros RS. Cuidados de familiares a crianças com doença falciforme. *Rev Enferm UFPI*. Teresina 2012, May-Aug; 1(2):124-7.
9. Bastos AS, Beccaria LM, Contrin LM, Cesarino CB. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2012; 27(3):411-418.
10. Perito MS, Menegali L, Sakae TM. Perfil do atendimento ao paciente internado com síndrome isquêmica aguda sem supradesnível do segmento ST no Hospital Geral Nossa Senhora da Conceição, Tubarão- SC, 2006-2007. *Arq Catarinense de Medicina*, 2009; 38(2): 1806-4280.
11. Lemos KF, Davis R, Morais MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm*. Porto Alegre; 2010 mar; 31(1):129-135.
12. Reis AF, Salis LHA, Macrini JLR, Dias AMC, Chilinque MGL, Saud CGM, Leite RF, Faria CAC, Pedreira CE, Silva NAS. Síndrome coronariana Aguda: morbimortalidade e prática clínica em pacientes do município de Niterói RJ. *Rev SOCERJ*, 2007; 20(1):360-371.
13. Nettina SM. Práticas de enfermagem. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
14. Godoy MF. Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88(2): 200-206.
15. Villela PB. Síndrome Coronariana Aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2013; 25(3):167-176.
16. Melo ECP, Travassos C, Carvalho MS. Qualidade dos dados sobre óbitos por infarto agudo do miocárdio, Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública*. 2004, vol.38, n.3, pp. 385-391.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2013/06/24

Accepted: 2013/05/28

Publishing: 2014/07/01

Corresponding Address

Daniele Fernanda de Araújo

Rua: Jornalista Helder Feitosa nº 1131, Bl. 05, Apto 404, Ininga, Teresina, PI, Brasil. CEP:64.049-905

E-mail: dannellefernanda@hotmail.com