

PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA (SCA): ANÁLISE DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS PREDOMINANTES¹

Luana Begnini², Jéssica Beilfuss³, Naiane Couto Fonseca⁴, Júlia Glowacki⁵, Alexa Pupiara Flores Coelho⁶, Gianfabio Pimentel Franco⁷

¹ Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões (UFSM-PM)

² Acadêmica de enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS. E-mail: luanabegnini037@gmail.com - Palmeira das Missões, RS, Brasil

³ Graduada em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS. Email: beilfussjessica@gmail.com - Palmeira das Missões, RS, Brasil.

⁴ Acadêmica de enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS. E-mail: naiane.fonseca@hotmail.com - Palmeira das Missões, RS, Brasil.

⁵ Acadêmica de enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS. E-mail: glowacki.julia@gmail.com - Palmeira das Missões, RS, Brasil.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS. E-mail: alexa.p.coelho@ufsm.br - Palmeira das Missões, RS, Brasil.

⁷ Enfermeiro. Doutor em Ciências. Professor Associado da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS. E-mail: gianfabiopfranco@gmail.com - Palmeira das Missões, RS, Brasil.

Resumo

Introdução: A Síndrome Coronária Aguda é uma doença que atinge parte significativa da população mundial e que leva os indivíduos a buscarem os serviços de saúde. **Objetivo:** analisar o que tem sido produzido na literatura nacional a respeito da SCA e suas principais manifestações clínicas predominantes. **Resultados:** Os achados da pesquisa revelam que a síndrome ocorre predominantemente em pessoas idosas, do sexo masculino e com histórico de hipertensão, diabetes, tabagismo e com hábitos de vida pouco saudáveis. As principais manifestações clínicas foram dor no peito (podendo ser acompanhada de irradiação), dispneia, insuficiência cardíaca, arritmia, náuseas, vômitos, tonturas, fraqueza e sudorese. **Conclusão:** O estudo corroborou a dor no peito e outros sintomas associados como principais manifestações clínicas da síndrome. Os dados reforçam a importância dos fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome e a necessidade de que os profissionais de saúde possuam conhecimento clínico atualizado para a redução da morbimortalidade.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares; Infarto do Miocárdio; Hipertensão.

1 INTRODUÇÃO

As principais causas de morbimortalidade no mundo são as doenças cardiovasculares (DCV), cuja incidência aumenta conforme o processo de envelhecimento da população e com as mudanças no

padrão de vida das pessoas. As DCV matam, anualmente, mais pessoas do que qualquer outra enfermidade. Dentro desse grupo, a Síndrome Coronariana Aguda (SCA) se destaca pela sua incidência e por apresentar um alto grau de complexidade, o que influencia no aumento dos números de óbitos e internações hospitalares por todo o mundo e tem impacto sobre os indicadores de saúde (BERNOCHE et al., 2019). Ainda sobre os altos índices de mortalidade, destaca-se uma informação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), o qual relata que, só no ano de 2018, foram registradas 93.272 mortes por infarto agudo do miocárdio (IAM).

A SCA caracteriza-se como uma patologia que apresenta um conjunto de sinais e sintomas que causam desequilíbrio entre a oferta e consumo de oxigênio do miocárdio. A doença se desenvolve por múltiplos fatores, como esforço físico, atividade sexual, alimentação, respiração, componente emocional ou de forma espontânea (BERNOCHE et al., 2019). Outros fatores que podem causar a SCA são as condições e perfis de risco dos pacientes, que podem ser tabagistas, sedentários, possuírem histórico familiar precoce, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes *mellitus* ou obesidade (GRAEFF, GOLDMEIER, PELLANDA, 2012). Tais fatores promovem a diminuição da perfusão miocárdica pelo acúmulo de placas ateroscleróticas, levando ao estreitamento das coronárias (MARTINS et al., 2015).

A SCA apresenta-se sob duas formas clínicas. A primeira refere-se às alterações eletrocardiográficas com supradesnivelamento do segmento ST (SCACSST), sendo esta sugestiva de IAM, que necessita de rápido manejo. Já a segunda, apresenta alterações sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST), o que denota melhor prognóstico clínico. Entende-se que essa diferenciação é de suma importância para o tratamento imediato da SCA, bem como para melhor prognóstico clínico (REGGI, STEFANINI, 2016).

Devido a SCA ter subdivisões, os critérios para o diagnóstico são específicos, e os sinais e sintomas devem ser analisados com atenção e precisão. Ao atender pacientes com suspeita de SCA, portanto, é preciso observar os marcadores de necrose miocárdica, atentando para o aumento ou diminuição dos valores. Além disso, deve-se observar se o paciente, ao chegar ao local de atendimento de saúde, apresenta ou apresentou sinais sugestivos de isquemia, sempre atentando para o ECG no intuito de verificar as alterações no segmento da onda ST, onda T ou bloqueio de ramo esquerdo (BRE) (BERNOCHE et al., 2019).

A manifestação clínica mais comum da SCA é a dor torácica que, mesmo sendo classificada como o mais recorrente dos sintomas, pode estar ausente em cerca de um terço dos casos, implicando, portanto, no diagnóstico e sendo altamente associada à mortalidade intra-hospitalar. Essa dor torácica é sugestiva de isquemia, podendo ser desencadeada por atividade física ou por uma situação de alto estresse. Além disso, costuma ser apresentada por pacientes com dor anginosa em repouso, com duração de mais de 20 minutos, ou até mesmo em pacientes com angina limitante de recente início

ou crescente (BERNOCHE et al., 2019).

Analisar as condições do perfil de saúde dos pacientes com SCA e identificar imediatamente as suas manifestações clínicas é fundamental para se instituírem medidas de tratamento e retardar possíveis desfechos clínicos de alto risco.

Informações atualizadas e baseadas em evidências recentes sobre as manifestações clínicas da SCA são importantes para que os profissionais de saúde estejam instrumentalizados para intervir de maneira eficaz na identificação e manejo da doença, reduzindo, portanto, as taxas de morbimortalidade. Com o tema exposto, justifica-se que o presente estudo tem como objetivo: analisar o que tem sido produzido na literatura nacional a respeito da SCA e suas principais manifestações clínicas predominantes. Este estudo foi conduzido a partir da seguinte questão de pesquisa: “Quais as manifestações clínicas predominantes em pacientes com SCA?”

2 METODOLOGIA

Conduziu-se um estudo de revisão narrativa de literatura. Este tipo de revisão é caracterizado por uma condução metodológica flexível, que permite a utilização de material bibliográfico obtido em diferentes fontes do conhecimento para a compilação de informações que respondam a uma pergunta de pesquisa (CORDEIRO et al., 2007).

Sendo assim, foram analisados artigos científicos sobre o tema em questão, publicados entre os anos de 2015 e 2019. Tendo em consideração o objetivo deste estudo, primeiramente, foi realizada uma pesquisa no banco de dados da Plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-SALUD), com acesso às bases de dados LILACS, BDENF e MEDLINE, além da utilização da plataforma SCIELO. As buscas foram realizadas no período de setembro a dezembro de 2020 e foram utilizados os respectivos termos: Síndrome Coronariana Aguda, Infarto Agudo do Miocárdio, Hipertensão Arterial.

Foram estabelecidos critérios de inclusão: artigos científicos publicados *online*, na íntegra, em suporte eletrônico, gratuitos, no idioma português, em recorte temporal dos 5 últimos anos (2015-2019). Em conformidade com esses critérios, foram identificados 100 artigos. Após uma leitura detalhada dos textos, decidiu-se pela utilização de três artigos que contribuíam com informações sobre manifestações clínicas da SCA.

Para a análise dos dados, foram extraídas as seguintes informações dos artigos: objetivo principal; ano de publicação; síntese dos principais resultados. Esses dados foram organizados e apresentados de maneira a responder à pergunta de pesquisa.

3 RESULTADOS

Três artigos científicos foram selecionados e analisados para a elaboração deste estudo. O Quadro apresenta a caracterização dos artigos analisados de acordo com o objetivo principal, ano de publicação, e síntese dos principais resultados.

Quadro 1 – Classificação dos artigos de acordo com o objetivo principal, ano de publicação, país de publicação e síntese dos principais resultados. Palmeira das Missões, RS, Brasil.

REFERÊNCIA	OBJETIVO	ANO	RESULTADOS
<p>LUZ, A. R. et al. Características do Atendimento Inicial a Pessoas com Síndrome Coronariana Aguda. Revista de Enfermagem UFPE On-line, v. 9, n. 11, p. 9763-9770, nov. 2015.</p>	<p>Analisar os atendimentos a pacientes com síndrome coronariana aguda em hospital público.</p>	<p>2015</p>	<p>O estudo evidenciou que o perfil dos pacientes com SCA foi de homens na faixa dos 58 anos. Os fatores de risco predominantes foram hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, tabagismo, história familiar positiva para DAC e IAM prévios. As manifestações clínicas foram dor no peito/torácica associada a falta de ar, dispneia, náuseas e tontura. O reconhecimento dos sinais e sintomas de SCA ocorreu de forma tardia, tendo o paciente procurado o serviço de urgência apenas com a piora da dor. Verificou-se, em determinados casos, uma demora nos atendimentos, na classificação e na realização do ECG, dificultando e estendendo ainda mais o tempo para início do tratamento.</p>
<p>PASSINHO, R. S. et al. Sinais, sintomas e complicações do infarto agudo do miocárdio. Revista de Enfermagem UFPE</p>	<p>Analisar as produções científicas a respeito da frequência dos sinais, sintomas e complicações do infarto agudo do</p>	<p>2018</p>	<p>O estudo evidenciou que a dor no peito é o sintoma mais frequente da doença. No que se refere às manifestações clínicas, a dor no peito, a insuficiência cardíaca, a dispneia e a arritmia foram os sinais</p>

<p>On-line, v. 12, n.1, p. 247-264, jan. 2018.</p>	<p>miocárdio.</p>	<p>e sintomas mais encontrados. Mulheres podem sentir desconforto torácico. Podem ocorrer dispneia, fraqueza, fadiga, sudorese, tonturas, náuseas, vômitos. O reconhecimento precoce desses sinais e sintomas pode contribuir para a melhoria do prognóstico da pessoa acometida.</p>
<p>SILVA, A. J. S.; GUIMARÃES, C. S. S.; REIS, J. A. Perfil de pacientes internados com diagnóstico de síndrome coronariana aguda. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v. 16, n. 2, p. 104-107, abr./jun. 2018.</p>	<p>Descrever o perfil de pacientes internados com diagnóstico de síndrome coronariana aguda.</p>	<p>2018</p> <p>Entre os pacientes atendidos, 60,2% apresentavam 60 anos ou mais e o sexo predominante foi o masculino. 90,3% dos pacientes apresentavam fatores de risco como hipertensão, diabetes e tabagismo. 40,9% apresentaram angina Instável, 28,4% apresentaram IAMSSST e 30,7% apresentaram IAMCSST. Fatores de risco modificáveis devem ser controlados, visando à redução do número de casos de doenças cardiovasculares agudas e daqueles com desfechos desfavoráveis. Sugere-se que a divulgação dos sintomas de infarto seja ampliada, para que os pacientes cheguem à emergência em tempo hábil de receber o tratamento.</p>

Fonte: elaborado pelos autores (2021).

4 DISCUSSÃO

As principais manifestações clínicas da SCA encontradas nos artigos estão destacadas na sequência. Conforme Luz et al. (2015) dor torácica não especificada; angina instável; angina pectoris; dor torácica ao respirar; IAM não especificado; angina pectoris não especificada; infarto agudo

transmural da parte inferior do miocárdio; infarto agudo subendocárdio do miocárdio; infarto agudo transmural da parede anterior do miocárdio; IAM. Neste estudo apareceram, ainda, gota, doença pulmonar obstrutiva crônica, miocardiopatia isquêmica dilatada e aneurisma de aorta abdominal.

Segundo Passinho et al. (2018), os sintomas variam entre dor no peito, insuficiência cardíaca, dispneia e arritmia. O sintoma mais comum de IAM é o desconforto torácico, que se manifesta nos pacientes sob a forma de queimação, indigestão, peso, aperto, opressão, sufocação, dor ou pressão, sudorese fria, náuseas e vômitos.

Silva, Guimarães e Reis (2018) apontaram como sintoma prevalente a angina instável. Constatou-se ainda, maior prevalência de portadores de hipertensão arterial, além de associação positiva entre os pacientes com idade avançada e doença multiarterial. Também foi encontrada obstrução coronariana significativa em pacientes diabéticos.

Conforme Luz et al. (2015), além das comorbidades como hipertensão arterial, diabetes, insuficiência cardíaca crônica, acidente vascular encefálico, dislipidemia, hipotireoidismo, foi encontrado registro de fatores de risco tais como tabagismo, história familiar positiva para SCA, obesidade e etilismo.

Passinho et al. (2018) destaca que dentre as principais causas das DCV estão os hábitos de vida e de comportamento de saúde (principalmente para o IAM) que incluem: fumo (uso do tabaco), obesidade, sedentarismo, dietas ricas em gordura e sódio, além de histórico familiar de cardiopatias, altos índices de colesterol e de outros lipídeos sanguíneos, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e síndrome metabólica. Silva, Guimarães e Reis (2018) indicam que, entre as comorbidades, alguns pacientes apresentavam hipertensão arterial sistêmica, outros eram tabagistas e alguns tinham diabetes *mellitus*.

A SCA é uma doença que apresenta altos índices na taxa de morbimortalidade e no aumento do número de internações no país. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2015, ocorreram 17,7 milhões de óbitos por doenças isquêmicas do coração, sendo a SCA a principal causa de doenças cardíacas. Luz et al. (2015) relata que a SCA é provocada por uma sequência de eventos patológicos que podem ocasionar a obstrução permanente ou temporária nas coronárias por placas ateroscleróticas. Dessa forma, salienta-se que o desencadeamento da síndrome tem maior prevalência na população que apresenta alguma comorbidade ou fator de risco como tabagismo, sedentarismo, histórico familiar, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes *mellitus* ou obesidade (GRAEFF, GOLDMEIER, PELLANDA, 2012).

No estudo realizado por Luz et al. (2015), fica evidente que, referente à apresentação do perfil dos pacientes atendidos, a idade variou de 18 a 83 anos, tendo média de 58 anos. Em relação ao sexo, houve predominância masculina. Dentre as condições de saúde dos pacientes, as comorbidades foram encontradas em cerca de 97,4% dos casos. Como comorbidade mais recorrente foi averiguada

a liderança da hipertensão, com 71% dos casos; em seguida, a diabetes *mellitus*, com 39,4% dos casos; a insuficiência cardíaca crônica esteve presente em 2,6% dos casos; e 15,4% dos pacientes eram tabagistas. Outros fatores de saúde recorrentes encontrados foram: IAM prévio, com 42,1% dos casos; angina, com 25,2%; acidente vascular encefálico, com 2,6%; dislipidemia, com 5,2%; hipotireoidismo, com 5,2%; outras, com 21%. Foram categorizadas como “outras comorbidades”: gota, doença pulmonar obstrutiva crônica, miocardiopatia isquêmica dilatada e aneurisma de aorta abdominal. Complementando essa informação, Silva, Guimarães e Reis (2018, p.106) referem:

A hipertensão arterial esteve mais presente (88,75% dos casos), ratificando a maior prevalência deste fator de risco, corroborando o estudo internacional de validação do TIMI Risk Score para IAMCST. Dados obtidos do Framingham Heart Study sugerem que indivíduos normotensos aos 55 anos têm risco de 90% de desenvolvimento de hipertensão, com fatores predisponentes, como hereditariedade, interagindo com fatores comportamentais, como dieta, consumo de bebida alcoólica e sedentarismo, estritamente relacionados ao desenvolvimento da doença.

De acordo com Passinho et al. (2018), cerca de 40% dos indivíduos com hipertensão arterial sistêmica não sabem que são portadores da doença, não recebendo, conseqüentemente, um tratamento adequado, e apenas um terço dos pacientes tratados tem seus níveis pressóricos sob controle. Os pacientes analisados, segundo Passinho et al. (2018), correspondem a uma parcela importante do total de internações no serviço estudado, no período de 1 ano (cerca de 13%).

Comparativamente, em 2012, no Sistema Único de Saúde (SUS), a SCA foi a terceira causa de hospitalização, representada por 10,7% do total. A ausência ou a ineficiência de políticas de prevenção primária, diante do manejo da população quanto aos principais fatores de risco relacionados a DCV, além da dificuldade em se atingirem as metas terapêuticas, seja por falta de recursos ou de capacitação, contribuem para a amplificação de doenças e o surgimento de desfechos desfavoráveis à população.

Segundo Passinho et al. (2018), como fator de risco depois da hipertensão está o tabagismo. É importante lembrar que fumar dobra a incidência de DCV, aumentando a mortalidade em 50%. O diabetes é um poderoso fator de risco para a doença aterosclerótica e está intimamente relacionado ao DCV. Também é sabido que os pacientes com diabetes *mellitus* têm alto índice de calcificações/oclusões arteriais, fato confirmado nos presentes resultados, que revelam que cerca de 90% dos pacientes com diabetes apresentavam, pelo menos, uma coronária com obstrução significativa.

Passinho et al. (2018) demonstraram que, dentre os pacientes internados por SCA, aqueles com diagnóstico de supradesnivelamento do segmento ST tinham mortalidade aumentada a curto prazo, em comparação aos pacientes sem supradesnivelamento do ST (7% vs. 3,5%). No entanto, após

6 meses, a mortalidade entre ambos se iguala (cerca de 12% para cada), não sendo este padrão observado a longo prazo (após 4 anos), quando a mortalidade por SCASSST chega a ser o dobro em relação à SCACSST. Isso pode ser justificado pelo perfil individual de cada paciente. Geralmente aqueles com diagnóstico de SCACSST são jovens, uniarteriais, sem maiores fatores de risco para DCV. Já pacientes com SCASSST, são cada vez mais idosos, multiarteriais e portadores de múltiplas comorbidades.

A SCA apresenta uma série de sinais e sintomas que precisam ser identificados de maneira rápida e eficaz, possibilitando maior chance de sobrevivência. A ênfase da sintomatologia está na dor no peito ou dor torácica. Passinho et al. (2018, p.254) citando Grosmaître et al. (2013), trazem que:

A dor irradiada no maxilar/dentes/mandíbula, verificada em pessoas acometidas pelo IAM, ocorre devido à distribuição nociceptiva visceral cardíaca por meio da convergência com os aferentes do nervo trigêmeo no segmento cefálico excitando os neurônios trigeminais de segunda ordem que também veiculam informações sensoriais provenientes dos dentes. Diante disso, a dor cardíaca pode ser interpretada como dor dos dentes ou da face. Caracterizada como forte a fortíssima e a palpação dos músculos mastigatórios não altera a dor (diagnóstico diferencial para dor por disfunção temporomandibular).

No estudo realizado por Luz et al. (2015) existem apontamentos que demonstram que as principais queixas apresentadas pelos pacientes na classificação de risco foram: dor no peito/torácica, 33,3%; dor torácica associada à dispneia, 12,1%; dor torácica irradiando (membro superiores, pescoço, mandíbula e/ou costas), 27,3%; dor torácica com outros sintomas (náuseas, tontura), 15,1%; outros sintomas 12,1% e em 15,3% dos prontuários não foram descritos os sintomas.

Na investigação de Passinho et al. (2018), no que se refere às manifestações clínicas, as mais comuns e recorrentes foram: dor no peito, insuficiência cardíaca, dispneia e arritmia. A dor no peito é o sintoma mais frequente do IAM. Além disso, mulheres que apresentaram SCA descreveram a dor no peito como um desconforto torácico vago que pode desaparecer, sendo frequentemente acompanhada por: dispneia, fraqueza, fadiga incomum, sudorese fria, tontura, náusea e vômitos. As mulheres participantes deste estudo apresentaram duas vezes mais probabilidade de vir a óbito e reinfaratar nas primeiras semanas após o IAM, em relação aos homens.

Desta forma, surge a ideia de Santos e Bianco (2018, p.53) que relata sobre a apresentação dos sinais e sintomas da SCA:

A dor precordial é o sintoma que mais comumente leva o paciente a buscar uma unidade hospitalar com suspeita de infarto agudo do miocárdio (IAM).

Dor precordial típica é aquela com característica opressiva, de forte intensidade, com irradiação para os braços, epigástrio ou para mandíbula, podendo estar associada à sudorese fria, náuseas, vômitos e lipotimia, geralmente deflagrada por esforços físicos. Além destas características da precordialgia, o tempo de duração é muito importante, uma vez que a duração superior a 20 minutos, que não apresenta melhora ao repouso ou ao uso de nitratos de ação rápida, é muito sugestiva de SCA, com maior probabilidade de existir obstrução total do fluxo sanguíneo coronariano.

Ressalta-se que a SCA é uma doença que apresenta altas e preocupantes taxas de morbimortalidade, evidenciando, assim, que é notória a precisão de medidas para conseguir diminuir as mesmas. O enfermeiro, assim como toda a equipe multidisciplinar que trabalha diariamente com a população acometida pela síndrome, deve ser capaz de identificar as manifestações clínicas para realizar um tratamento eficaz, além de trabalhar com medidas preventivas.

5 CONCLUSÕES

A análise dos estudos evidencia que as principais manifestações clínicas de pacientes com SCA são dor no peito (podendo ser acompanhada de dispneia ou irradiação), insuficiência cardíaca e arritmia. Os indivíduos acometidos pela doença são predominantemente do sexo masculino, têm, em média, 60 anos e apresentam fatores de risco como histórico familiar para SCA, diabetes, hipertensão e tabagismo.

Com base na reflexão dos artigos analisados, fica visível a necessidade de conhecimento sobre as DCV, em especial sobre a SCA e suas manifestações clínicas predominantes, por parte de todos os profissionais de saúde, o que pode contribuir para a redução da taxa de morbimortalidade. Fica evidente, também, que as condições de saúde da população têm grande influência para o desenvolvimento da SCA, uma vez que a síndrome acomete indivíduos com fatores de risco.

Ressalta-se, por fim, ser de suma importância a qualificação da equipe multiprofissional que realiza o atendimento a esta porção de pacientes, pois, além de impedir desfechos clínicos críticos, trabalha com a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

Este estudo apresenta como limitação a identificação de poucos estudos nas bases de dados brasileiras. Portanto, sugere-se a realização de novas pesquisas na temática, a fim de manter atualizado o conhecimento clínico para o manejo da SCA.

REFERÊNCIAS

BERNOCHE, C.; TIMERMAN, S.; POLASTRI, T.F.; GIANNETTI, N.S.; SIQUEIRA, A.W.S.;

PISCOPO, A., et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq. Bras. Cardiol.* São Paulo, v. 113, n. 3, p. 449-663, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v113n3/0066-782X-abc-113-03-0449.pdf>. Acesso em: 29 nov. de 2020.

CORDEIRO, A. M. et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 34, n. 6, p. 428-431, nov./dez. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11>. Acesso em: 15 dez. de 2020.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL (DATASUS). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 29 nov. de 2020.

GRAEFF, M.S.; GOLDMEIER, S.; PELLANDA, L.C. Síndrome coronariana aguda em produtores de tabaco: fatores de risco prevalentes. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.2, n.3, p.507-514, set./dez. 2012.

GROSMAITRE, P. et al. Significance of atypical symptoms for the diagnosis and management of myocardial infarction in elderly patients admitted to emergency departments. **Archives of Cardiovascular Diseases**. v. 106, n. 11, p. 586-592, nov. 2013.

LUZ, A. R. et al. Características do Atendimento Inicial a Pessoas com Síndrome Coronariana Aguda. **Revista de Enfermagem UFPE On-line**, v. 9, n. 11, p. 9763-9770, nov. 2015.

NETO, A. S. et al. **Medicina de Emergências clínicas: abordagem prática**. 10. ed. São Paulo: Manole, 2015.

PASSINHO, R. S. et al. Sinais, sintomas e complicações do infarto agudo do miocárdio. **Revista de Enfermagem UFPE On-line**, v. 12, n.1, p. 247-264, jan. 2018.

REGGI, S.; STEFANINI, E. Diagnóstico das Síndromes Coronarianas Agudas e Modelo Sistematizado de Atendimento em Unidades de Dor Torácica. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 78-85, abr./jun. 2016

SANTOS, E. B.; BIANCO, H. T. Atualização em doença cardíaca isquêmica aguda e crônica. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 16, n. 1, p. 52-58, jan./mar. 2018. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/884997/dezesseis_cinquenta_dois.pdf. Acesso em: 29 nov. de 2020.

SILVA, A. J. S.; GUIMARÃES, C. S. S.; REIS, J. A. Perfil de pacientes internados com diagnóstico

de síndrome coronariana aguda. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 16, n. 2, p. 104-107, abr./jun. 2018.