



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM UMA UNIDADE DE HEMODINÂMICA NO INTERIOR DO ESTADO DA PARAÍBA

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME IN A HEMODYNAMIC UNIT IN THE STATE OF PARAÍBA

Informações dos autores:

Gabriel Antônio Alves Gomes 

gabrielalvesgt48@gmail.com

UNIFACISA – Centro Universitário, Campina Grande – Paraíba, Brasil.

Josivan Soares Alves Júnior 

josivan.junior@maisunifacisa.com.br

UNIFACISA – Centro Universitário, Campina Grande – Paraíba, Brasil.

Thayse Mota Alves 

thaysemotatm@gmail.com

Universidade de Pernambuco (UPE), Recife – Pernambuco, Brasil.

Débora Regina Alves Raposo 

enfdeboraraposo@gmail.com

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande – Paraíba, Brasil.

Alex Júnior Vieira Sousa 

alex.sousa@maisunifacisa.com.br

UNIFACISA – Centro Universitário, Campina Grande – Paraíba, Brasil.

Nayara Thayse de Sousa Oliveira 

nayara.sousa@maisunifacisa.com.br

UNIFACISA – Centro Universitário, Campina Grande – Paraíba, Brasil.

Cosme Michael Santos Farias 

nutricosmemichael@gmail.com

Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande – Paraíba, Brasil.

Indicação do autor para correspondência:

Nome Completo: Cosme Michael Santos Farias

Endereço: R. Aprígio Veloso, 882, Universitário, Campina Grande, PB - Brasil.

E-mail: nutricosmemichael@gmail.com

Número de Certificação de Apresentação de Avaliação Ética (CAAE): 79409124.3.0000.5175.

Recebido em: 18/09/2025
Aprovado em: 26/11/2025

Contribuição dos autores:

GAAG: Conceituação, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, escrita - rascunho original, revisão e edição. **JSAJ:** Análise formal, administração de projetos, recursos, supervisão, validação e visualização, escrita - revisão e edição. **TMA:** Análise formal, administração de projetos, recursos, supervisão, validação e visualização, escrita - revisão

e edição. **DRAR:** Investigação, escrita - rascunho original, revisão e edição. **AJVS:** Investigação, escrita - rascunho original, revisão e edição. **NTSO:** Investigação, escrita - rascunho original, revisão e edição. **CMSF:** Supervisão, análise formal, metodologia, escrita - revisão e edição.

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda atendidos em uma unidade de hemodinâmica na Paraíba. **Método:** A pesquisa é de natureza transversal, quantitativa, documental e retrospectiva, realizada na unidade de hemodinâmica de um hospital no interior da Paraíba, entre agosto e novembro de 2024. Foram analisados 187 prontuários de pacientes seguindo os critérios de inclusão (Prontuários de pacientes admitidos com SCA na unidade de hemodinâmica no período de janeiro a abril de 2024), retirando 62 pelos de exclusão (Prontuários ilegíveis, danificados ou incompletos ou que deram entrada para procedimentos eletivos). No fim, utilizando 125 para análise. Coletaram-se os dados sociodemográficos e clínicos através de um formulário analisando-os no Microsoft Excel, com técnicas estatísticas descritivas para calcular prevalência, máximos, mínimos, moda, média, mediana e desvio-padrão. **Resultados:** Revela-se uma prevalência 77 (61,6%) de homens entre 60 e 69 anos, com histórico de hipertensão (34,2%), diabetes 34 (14,9%), tabagismo 37 (16,2%), baixa escolaridade e renda, residentes em áreas rurais 79 (63,2%), com SCA com Supradesnívelamento do Segmento ST 63 (50,4%), com tempo médio de internação de 4 dias e tendo a maioria alta sem complicações 93 (74,4%). **Conclusão:** O perfil da SCA na região alinha-se com dados nacionais e internacionais, sublinhando a relevância do enfermeiro no manejo dessa síndrome no ambiente intra e pós-hospitalar.

Palavras-chave: Infarto do Miocárdio; Angina Instável; Perfil Epidemiológico.

ABSTRACT

Objective: To analyze the sociodemographic and clinical profile of patients with Acute Coronary Syndrome treated in a hemodynamics unit in Paraíba. **Method:** The research is cross-sectional, quantitative, documentary and retrospective in nature, carried out in the hemodynamics unit of a hospital in the interior of Paraíba, between August and November 2024. 187 patient records were analyzed following the inclusion criteria (Records of patients admitted with ACS in the hemodynamics unit from January to April 2024), removing 62 exclusion hairs (illegible, damaged or incomplete records or records that were entered for elective procedures). In the end, using 125 for analysis. Sociodemographic and clinical data were collected using a form, analyzing them in Microsoft Excel, using descriptive statistical techniques to calculate prevalence, maximum, minimum, mode, mean, median and standard deviation. **Results:** A prevalence of 77 (61.6%) of men between 60 and 69 years old is revealed, with a history of hypertension (34.2%), diabetes 34 (14.9%), smoking 37 (16.2%), low education and income, living in rural areas 79 (63.2%), with ACS with ST Segment Elevation 63 (50.4%), with an average length of stay of 4 days and the majority being discharged without complications 93 (74.4%). **Conclusion:** The profile of ACS in the region is in line with national and international data, highlighting the importance of nurses in managing this syndrome in the intra- and post-hospital environment. Write here the abstract in English (or Spanish), matching the same criteria as the Portuguese version (150–250 words).

Keywords: Myocardial Infarction; Angina, Unstable; Epidemiological Profile.

1 INTRODUÇÃO

No mundo, o número de doenças cardiovasculares passou de 12,4 milhões em 1990 para 19,8 milhões em 2022, podendo-se atribuir este aumento ao envelhecimento populacional (Mensah; Fuster; Roth, 2023). Ao passo que nas Américas 2 milhões de pessoas vão a óbitos todos os anos decorrente de tal condição, tornando-se a principal causa de mortes por causas não transmissíveis, sendo comum em países de baixa e média renda (Santos Farias *et al.*, 2024; American Heart Association, 2020). Enquanto que no Brasil, aproximadamente 400 mil pessoas morreram em 2022 por essas afecções, transformando-se na principal causa de morbimortalidade no país (Mensah *et al.*, 2023).

A SCA é uma definição para as seguintes doenças isquêmicas do coração: Infarto Agudo do Miocárdio com e sem Supradesnívelamento do Segmento ST (IAMCSST e IAMSSST) e Angina Instável (AI). As quais apresentam a dor precordial como o principal sintoma, cuja irradiação pode atingir os braços, a mandíbula ou o epigástrico, acompanhados de sudorese fria, náuseas, êmese e lipotimia, como também, trazem um tempo de duração acima de 20 minutos, podendo observar-se equivalentes anginosos de acordo com fatores individuais como sexo, idade e comorbidades (Setta; Almeida Júnior, 2021).

O IAMSSST se diferencia do IAMCSST apenas pelo fato daquele não apresentar o supradesnívelamento nas ondas eletrocardiográficas, porém ambos acusam os marcadores de necrose miocárdica (troponina), sendo este importante para o diagnóstico e prognóstico da condição (Souza *et. al.*, 2018). Ao mesmo tempo que a Angina Instável apresenta-se como uma alteração na onda T (inversão ou planificação), sem a apresentação dos marcadores de necrose miocárdica, o que significa que não há um infarto do miocárdio, mas uma isquemia cardíaca (Nicolau *et. al.*, 2021).

A sua etiologia está relacionada ao rompimento de placas ateroscleróticas, com isso, há a ativação da cascata de coagulação que eleva a formação de trombos e êmbolos, quando estes fixam-se nas artérias coronarianas, acarretam em uma redução do fluxo sanguíneo total ou parcial para o músculo cardíaco (Mechanic; Gavin; Grossman, 2023), destarte, causando o IAMCSST, IAMSSST ou AI (Oliveira *et. al.*, 2024).

O diagnóstico, tratamento e estabelecimento do prognóstico do paciente com SCA podem ser estabelecidos através de 3 perguntas iniciais: O eletrocardiograma de 12 derivações (ECG) em 10 minutos está normal? Qual é o contexto clínico? O paciente está estável, avaliando-se rapidamente os sinais vitais e sintomas clínicos? (Byrne *et. al.*, 2023).

A partir de tais perguntas são analisados os exames necessários para o diagnóstico (biomarcadores de necrose miocárdica, ECG e exames de imagem) com a finalidade de estabelecer um IAMCSST, IAMSSST ou AI, e concluir com a terapia ideal (abordagem conservadora ou revascularização miocárdica) (Byrne *et. al.*, 2023).

O reconhecimento precoce da condição é imprescindível para o sucesso do tratamento e melhora do prognóstico, assim o enfermeiro entra nesse cenário como peça fundamental no gerenciamento de enfermagem através do cumprimento de diretrizes que estabelecem bases e estratégias para o manejo de alta qualidade da SCA. Dessarte, é essencial uma literatura vasta no campo da cardiologia a fim de caracterizar a população afetada pela SCA e orientar o cuidado prestado (Liu *et. al.*, 2024).

Diante de tais aspectos, destaca-se como objetivo geral analisar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com síndrome coronariana aguda atendidos em uma unidade de hemodinâmica no interior do estado da Paraíba.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa, documental, retrospectiva e do tipo exploratória. Nessa perspectiva, o estudo transversal é uma abordagem observacional que analisa a situação de saúde em um determinado momento, considerando dados de prevalência e incidência, além de fatores como características pessoais e contextos temporais (Merchán-Hamann; Tauil, 2021).

Já a pesquisa exploratória serve para familiarizar o pesquisador com temas desconhecidos, possibilitando a identificação de problemas e variáveis que poderão ser aprofundados em investigações futuras (Lima Junior *et. al.*, 2021).

A pesquisa foi realizada no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes (HETDLGF), localizado na cidade de Campina Grande na Paraíba, no qual encontra-se a unidade de Hemodinâmica, referência no atendimento de pacientes com urgências e emergências hemodinâmica e com funcionamento de 24 horas.

Foi feita entre os meses de agosto e novembro de 2024, de segunda a sexta-feira, assim, totalizando 70 dias de pesquisa. A amostra deu-se por conveniência dos prontuários dos pacientes com SCA que estavam internados na Unidade de Hemodinâmica do HETDLGF entre os meses de janeiro e abril de 2024.

Utilizando-se o seguinte critério de inclusão para os prontuários: Pertencer à população acometida pela SCA e que estava internada na unidade de hemodinâmica do hospital nos meses de janeiro a abril de 2024. Então, em consonância com tais filtros foram escolhidos 187 prontuários para passar pelos seguintes critérios de exclusão: Documentos de clientes que foram admitidos no setor para procedimento eletivo, e/ou tinham o prontuário ilegível, danificado ou sem fichas de internação. Assim, dos 187, 62 documentos foram excluídos por atenderem a tais critérios. Enfim, restaram 125 prontuários para a análise estatística.

A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED), a qual obedeceu todas as normas da resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e posteriormente, foi solicitado o termo de anuência à instituição hospitalar, um de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao CEP e um de Autorização para Pesquisas em Arquivos, por fim, o estudo foi aprovado sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 79409124.3.0000.5175.

A partir disso, coletaram-se os dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, nível de ocupação, local de moradia e nível de escolaridade), estado de saúde (sinais e sintomas, históricos médicos, familiares e registros de desfecho hospitalar) e exames de ECG realizados nos pacientes com SCA internados na Unidade. Então para a coleta, utilizou-se um formulário sociodemográfico e clínico elaborado através de referências que explicam a temática mais os fatores determinantes da saúde.

Após a reunião dos dados, eles foram analisados no Microsoft Excel, através de técnicas de estatísticas descritivas, onde avaliaram-se os números apresentados, além de todos os aspectos estatísticos necessários, como: Prevalência, máximo, mínimo, moda, média, mediana e desvio-padrão. Ao fim do processo de análise estatística e processamento dos dados, os números foram apresentados em tabelas com legendas e descrição.

De acordo com a resolução 466/12, alguns dos riscos que o estudo traz são: invasão da

privacidade, divulgação dos dados e risco à segurança dos prontuários; assim sendo, para minimizá-los, foi preservado o anonimato, a precisão, a dignidade humana, a autonomia e a imparcialidade do estudo, mantendo todas as informações obtidas em sigilo e tratando-as de forma confidencial. Como benefícios, espera-se a melhora do cuidado prestado através das estatísticas geradas e divulgação do conhecimento obtido no estudo além da conscientização.

3 RESULTADOS

No primeiro quadrimestre de 2024, segundo a relação de admissões da unidade, houve 374 atendimentos na UTI hemodinâmica do hospital por SCA, entretanto, destes 374 (100%) prontuários, excluindo-se 62 (16,5%) pelos critérios de exclusão, apenas 125 (33,4%) foram utilizados para a coleta, pois 187 (66,5%) documentos não foram encontrados no arquivo hospitalar. Das 374 admissões, 89 (23,8%) foram no mês de janeiro, 85 (22,7%) em fevereiro, 48 (12,8%) em março e 152 (40,6%) em abril, obtendo-se uma média de 93,5 atendimentos mensais. Por outro lado, dos prontuários que entraram na pesquisa, 34 (27,2%) foram dos pacientes que deram entrada no mês de janeiro, 35 (28,0%) no de fevereiro, 8 (6,4%) no de março e 48 (38,4%) no de abril (Tabela 1).

Tabela 1 - Número total (n) e média de admissões hospitalares por SCA (n=374) e o número de prontuários (n) localizados (n=125). Unidade de hemodinâmica, primeiro quadrimestre de 2024.

Mês de admissão hospitalar	n	%	Média	Prontuários localizados	n	%
Janeiro	89	23,8	93,5	Janeiro	34	27,2
Fevereiro	85	22,7		Fevereiro	35	28
Março	48	12,8		Março	8	6,4
Abril	152	40,6		Abril	48	38,4
Total	374	100		Total	125	100

Fonte: Elaborado pelos autores

Repara-se em uma prevalência maior de SCA em indivíduos do sexo masculino 77 (61,6%), sobrepondo-se ao feminino 48 (38,4%). Concomitantemente, 44 (35,2%) dos pacientes acometidos pela Síndrome tinham entre 60 e 69 anos, sendo que 79 (63,2%) deles tinham mais de 60 anos, obtendo-se a idade máxima de 94 anos e a mínima de 24, estabelecendo-se, assim, uma média e mediana de 64 anos, uma moda de 65 anos e um desvio-padrão de $\pm 13,71$, o que evidencia uma amostra heterogênea.

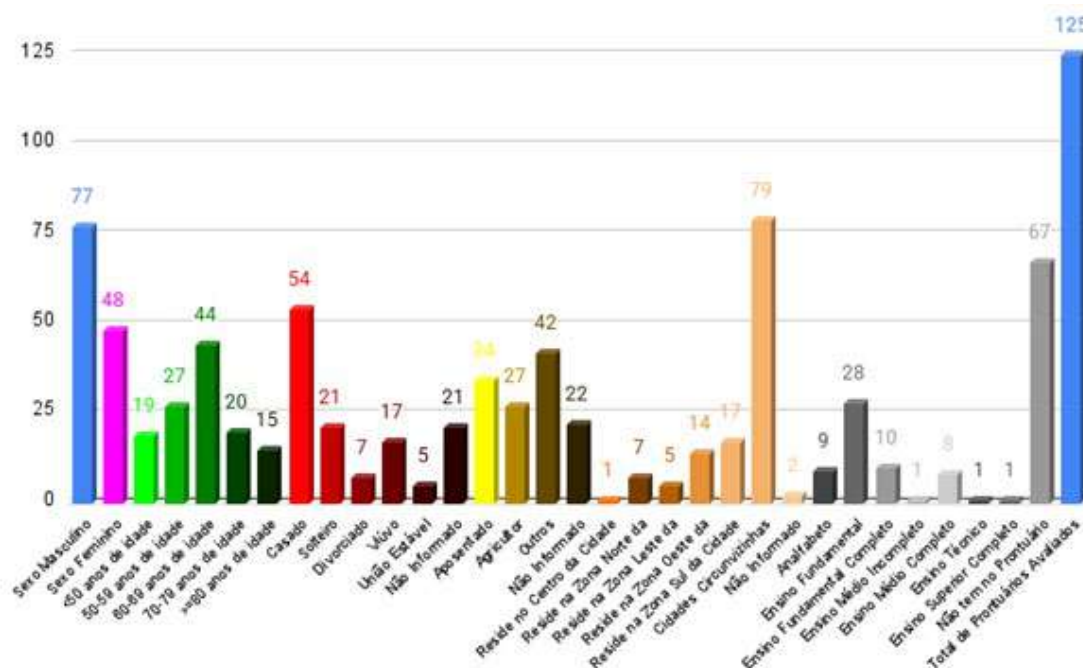
Quanto ao estado civil, 54 (43,2%) dos internos eram casados, 21 eram solteiros (16,8%), 17 viúvos (13,6%), 7 divorciados (6,6%), 5 estavam em uma união estável (4,0%) e 21 (16,8%) não informaram. Em relação à renda dos clientes, 34 (27,2%) dos pacientes eram aposentados, outros 27 (21,6%) agricultores, com isso, totalizando 61 (48,8%) das ocorrências de SCA, enquanto que 42 (33,6%) tinham outras profissões, e 22 (17,6%) não tinham suas ocupações disponíveis no prontuário.

Dentro desse cenário, foi observado que 79 (63,2%) dos atendimentos são de pessoas que residem nas cidades circunvizinhas, cujas características são de zona rural, e os outros 46 (36,8%) pertencem aos habitantes de Campina Grande, desse percentual, há uma predominância de uma

população que reside na periferia do município, sendo 5 (4,0%) da zona leste, 7 (5,6%) da zona norte, 16 (13,6%) da zona sul, 14 (11,2%) da zona oeste, 1 (0,8%) do centro da cidade, e 2 (1,6%) não foi informado.

Por outro lado, foi identificado que 67 (53,6%) dos prontuários não tinham qualquer menção sobre o nível de escolaridade dos pacientes (Figura 1).

Figura 1 - Dados sociodemográficos dos pacientes atendidos. Unidade de hemodinâmica, primeiro quadrimestre de 2024 (n=125).



Fonte: Elaborado pelos autores

Como também há a falta de informação disponível nos prontuários, sobre: Peso 78,4% ($\pm 14,97$), altura 79,2% ($\pm 0,08$) e Índice de Massa Corporal (IMC) 79,2% ($\pm 4,81$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Índices antropométricos (n) dos pacientes atendidos. Unidade de hemodinâmica, primeiro quadrimestre de 2024 (n=125).

Tabela 2 - Índices antropométricos (n) dos pacientes atendidos. Unidade de hemodinâmica, primeiro quadrimestre de 2024 (n=125).

Peso (Kg)	n	%	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão (±)
<60	3	2,4	114	48	76	76	75	14,97
60-69	5	4						
70-79	9	7,2						
80-89	7	5,6						
90-99	1	0,8						
>=100	2	1,6						
Não informado	98	78,4						
Total	125	100						
Altura (cm)								
<160	5	4	1,78	1,5	1,67	1,67	1,65	0,08
160-169	11	8,8						
170-179	10	8						
180-189	0	0						
>=190	0	0						
Não informado	99	79,2						
Total	125	100						
Índice Massa Corporal (Kg/m2)								
<18,5	0	0	38,09	21,01	26,99	26,99	23,67	4,81
18,5-24,9	11	8,8						
25-29,9	8	6,4						
30-34,9	5	4						
35-39,9	2	1,6						
>=40	0	0						
Não informado	99	79,2						
Total	125	100						

Fonte: Elaborado pelos autores.

A mesma situação relacionada com a falta de registros ocorreu com dados do histórico familiar 124 (99,2%), cirúrgico 76 (60,8%) e internações anteriores 102 (81,6%).

Também nota-se uma prevalência de hipertensão arterial 78 (34,2%), tabagismo 37 (16,2%), diabetes mellitus 34 (14,9%) e dislipidemia 5 (2,1%), além do uso rotineiro de medicamentos como, por exemplo, anti-hipertensivos 62 (22,7%), hipoglicemiantes 31 (11,4%) e hipolipemiantes 18 (6,6%).

O IAMCSST foi responsável por 63 (50,4%) internações, à medida que 28 (22,4%) por IAMSSST, 11 (8,8%) por Angina Instável, e 23 (18,4%) não foi especificado no prontuário o tipo de infarto, identificando-se na admissão uma prevalência maior de dor precordial 101 (41,5%), seguido de irradiação 35 (14,4%) e êmese/náusea 28 (11,5%). Ademais, 52 (34,4%) dos clientes apresentaram o supradesnivelamento do segmento ST, 6 (3,9%) o infradesnivelamento do segmento ST, 10 (6,6%) a inversão da onda T, 18 (11,9%) o supra e o infra concomitantemente, 40 (26,4%) outras ondas e 25 (16,5%) não tiveram o ECG registrado no prontuário (Tabela 3).

Tabela 3 - Histórico e dados clínicos (n) dos pacientes admitidos. Unidade de hemodinâmica, primeiro quadrimestre de 2024.

Histórico Familiar	n	%
Sim	1	0,8
Não	0	0
Não informado	124	99,2
Total	125	100
Histórico Cirúrgico		
Sim	13	10,4
Não	36	28,8
Não informado	76	60,8
Total	125	100
Histórico de internações anteriores		
Sim	15	12
Não	8	6,4
Não informado	102	81,6
Total	125	100
Comorbidades		
Hipertensão arterial	78	34,2
Diabetes	34	14,9
Tabagismo	37	16,2
Infarto anterior	15	6,5
Dislipidemia	5	2,1
Não informado	12	5,2
Outros	38	16,6
Não tem fatores de risco	9	3,9
Total	228	100
Medicamentos de uso contínuo		
Anti-hipertensivo	62	22,7
Antiagregante plaquetário	15	5,5
Diurético	31	11,3
Hipolipemiante	18	6,6
Hipoglicemiante	31	11,4
Beta-bloqueador	16	5,8
Anti-arrítmico	3	1,1
Outros	33	12,1
Não usa	31	11,4
Não informado	33	12,1
Total	273	100
Motivo da internação		
IAMCSST	63	50,4
IAMSSST	28	22,4
IAM/SCA	23	18,4

Continuação: Tabela 3 - Histórico e dados clínicos (n) dos pacientes admitidos. Unidade de hemodinâmica, primeiro quadrimestre de 2024.

Angina instável	11	8,8
Total	125	100
Eletrocardiograma (ECG)		
Supradesnívelamento do Segmento ST	52	34,4
Infradesnívelamento do Segmento ST	6	3,9
Inversão de onda T	10	6,6
Supra/infra	18	11,9
Outros	40	26,4
Não registrado	25	16,5
Total	151	100
Sinais e Sintomas		
Precordialgia	101	41,5
Epigastralgia	16	6,5
Irradiação	35	14,4
Dispneia	16	6,5
Sudorese	16	6,5
Êmese/Náusea	28	11,5
Outros	31	12,7
Total	243	100

Fonte: Elaborado pelos autores

No desfecho hospitalar, 53 (42,4% \pm 2,85) pacientes tiveram um tempo de internação maior que 72 horas, estabelecendo-se um tempo médio de internação de 4 dias. À proporção que 93 (74,4%) obtiveram alta. Enquanto que 120 (96,0%) dos pacientes não precisaram de nenhum tipo de reintervenção. Por fim, 79 (63,2%) dos internos não tiveram complicações (Tabela 4),

Tabela 4 - Dados de tempo de internação, necessidade de reintervenção e desfecho hospitalar (n) dos pacientes admitidos. Unidade de hemodinâmica, primeiro quadrimestre de 2024 (n=125).

Tempo de internação	n	%	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão (±)
<24 horas	9	7,2	14	1	4	4	3	2,85
24-48 horas	18	14,4						
49-72 horas	24	19,2						
>72 horas	53	42,4						
Não informado	21	16,8						
Total	125	100						
Necessidade de reintervenção								
Sim	1	0,8	-	-	-	-	-	-
Não	120	96						
Não há registro	4	3,2						
Total	125	100						
Desfecho hospitalar								
Alta	93	74,4	-	-	-	-	-	-
Transferência	12	9,6						
Óbito	4	3,2						
Não há registro	16	12,8						
Total	125	100						

Fonte: Elaborado pelos autores

4 DISCUSSÃO

A pesquisa revelou que a doença prevalece na população masculina, com mais de 60 anos, de baixa renda, provenientes da zona rural e com comorbidades, como: hipertensão arterial, diabetes mellitus e tabagismo; além daqueles que ainda fazem o uso rotineiro de medicamentos anti-hipertensivos, diuréticos e antidiabéticos, refletindo em uma taxa maior de internações por SCACSST com sintomas típicos, onde os acometidos tiveram uma média de 4 dias de internação, recebendo alta sem complicações ou necessidade de reintervenções.

Uma dificuldade identificada foi a falta de informações disponíveis nos prontuários, dados estes que auxiliam na assistência ao paciente e no trabalho multiprofissional, além de permitir a realização de pesquisas de categorização, as quais podem ajudar no conhecimento do processo saúde-doença em uma determinada população.

Os registros adequados da antropometria, nível educacional e dados do histórico do paciente no seu prontuário são importantes, pois o primeiro tem importância na predição da calcificação das paredes coronárias, SCA e taxa de sobrevida (Xie *et. al.*, 2022; Ratwatte *et. al.*, 2021), então a omissão dela pode comprometer a assistência prestada e posterior análise estatística; Já o segundo tem uma forte influência na qualidade de vida do indivíduo, inclusive influenciando no seu processo saúde-doença e recuperação (Aljabery *et. al.*, 2022). Bem como, a ausência informacional do terceiro assemelha-se ao

encontrado no estudo realizado em um determinado hospital da cidade de Natal, onde também foram notadas faltas de registro, como: informações de chegada, presença de doenças de base e hábitos de vida. Com isso, entende-se que a escassez de registro afeta o cuidado nos hospitais, também se leva em consideração que a documentação é importante para respaldo profissional (Ferreira *et. al.*, 2020).

Posto isso, é necessário o registro de tais fatos, logo a evolução e as anotações de enfermagem são preditores de extrema importância para conhecer a qualidade da assistência prestada e encontrar informações sobre a dinâmica profissional para com o cliente, desse modo, quando há a ausência delas ou extravios dos prontuários, existe o risco de haver uma comunicação ou desentendimento entre a equipe multiprofissional, como também, o de glosa hospitalares ou processos judiciais (Figueiredo *et. al.*, 2023; Lage; Nascimento; Verdival, 2023). O Conselho Federal de Enfermagem deixa claro a importância do registro de enfermagem, determinando que é responsabilidade do profissional a devida anotação e evolução para uma assistência eficaz e livre de danos (Figueiredo *et. al.*, 2023).

Os achados da pesquisa sociodemográfica corroboram com um estudo realizado anteriormente, o qual diz que há um atendimento maior de homens com emergências cardíacas quando comparados à população feminina (Silva *et. al.*, 2024). Porém, considerando a idade, a SCA é mais comum em mulheres acima de 75 anos, sendo que ainda estas recebem menos intervenções do que o sexo oposto, enquanto que nos homens, a prevalência permanece naqueles com mais de 60 anos (Setta; Almeida Júnior, 2021). O alto número de idosos pode ser explicado por eles apresentarem riscos diferentes daqueles menos idosos, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, angina, IAM prévio, acidente vascular encefálico, doença multiarterial e insuficiência cardíaca; E, geralmente, eles comparecem ao serviço mais tardiamente após o início dos sintomas, os quais, na maioria dos casos, são os equivalentes anginosos (Nicolau *et. al.*, 2021).

A enfermagem tem papel fundamental no gerenciamento da SCA, quando integrante da equipe multiprofissional, devendo agir considerando todas as especificidades da idade avançada como: complexidade anatômica e fisiológica, síndromes geriátricas, expectativa de vida, polifarmácia, estado psicossocial, fatores socioeconômicos e educação do paciente e família (Damluji *et. al.*, 2023).

Observa-se uma prevalência maior de SCA nas pessoas de baixa renda e provenientes da zona rural, concordando com estatísticas brasileira, onde os mais afetados estão presentes na população de baixa renda, isso explicado pela desigualdade socioeconômica, racial e educacional, a qual leva à falta de acesso aos serviços de saúde e prevenção, desse modo, elevando a incidência de morbimortalidade por SCA (Setta; Almeida Júnior, 2021). E quando a renda soma-se àqueles determinantes como: idade avançada e sexo; mais os fatores de risco: Hipertensão arterial, tabagismo, diabetes mellitus e dislipidemia, além do uso rotineiro de medicamentos como, por exemplo, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e hipolipemiantes, torna essa população mais propensa à calcificação das paredes das artérias, assim, elevando-se substancialmente o risco de SCA (Wang *et. al.*, 2022).

A alta prevalência de SCACSST concorda com outro estudo quantitativo realizado no Brasil com 1150 participantes em 72 hospitais, onde observou-se que 624 (54,2%) dos casos eram de SCACSST, contribuindo para revelar uma predominância desse subtipo de SCA no país (Franken *et. al.*, 2020).

Uma explicação para o fato do tempo de internação prolongado, pode ser atribuída às multimorbidades, estando-a presente na maioria dos casos de SCA, além disso, ela também está associada a um mau prognóstico e maior mortalidade, apesar do presente estudo não apresentar um número alto de mortalidade hospitalar as multimorbidades pode influenciar na mortalidade a longo

prazo (Breen *et. al.*, 2021).

Destarte, na alta hospitalar, as ações da equipe de enfermagem devem perdurar para além do hospital, pois elas são importantes para evitar readmissões e agravamentos, o enfermeiro deve realizar a promoção do autogerenciamento e educação continuada no pós-alta, seja presencial ou através do uso da tecnologia, pelo fato de intervenções longitudinais terem um impacto maior nas re-hospitalizações, o que difere de ações educativas isoladas apenas durante a internação (Gonçalves, 2023).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura afirma que a Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é mais prevalente na população masculina de 60 a 79 anos de idade com comorbidades como hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, observando-se o tabagismo como fator presente em alguns casos (Santos *et. al.*, 2020). Perante tais análises, conclui-se que o perfil da SCA na cidade de Campina Grande não foge das características nacionais e até internacionais. Ela se apresenta de maneira a afetar mais a população masculina, prevalecendo nas pessoas com mais de 60 anos, de baixa renda, provenientes da zona rural e com comorbidades, entre elas a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e o tabagismo, além daquelas que ainda fazem o uso rotineiro de medicamentos anti-hipertensivos, diuréticos e anti-diabéticos, refletindo em uma taxa maior de internações por SCACSST com sintomas típicos, onde os acometidos tiveram uma média de 4 dias de internação, recebendo alta sem complicações ou necessidade de reintervenções.

Enfim, deixa-se claro a importância do trabalho para o conhecimento científico da epidemiologia da doença no município, e fica como incentivo, a iniciativa de novas pesquisas de categorização para conhecer o fluxo e as afecções de determinadas patologias.

REFERÊNCIAS

ALJABERY, M. A. *et al.* The Associations Between Patients' Characteristics and the Quality of Life Among Acute Coronary Syndrome Patients in Jordan: A Cross-Sectional Study. **SAGE Open Nursing**, v. 8, p. 23779608221129129, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/10.1177/23779608221129129>. Acesso em: 18 nov. 2025.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2020 da **American Heart Association**. Versão em português: Hélio Penna Guimarães. Dallas: American Heart Association, 2020. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Portuguese.pdf. Acesso em: 18 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 18 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de dezembro de 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581. Acesso em: 18 nov. 2025.

BREEN, K. et al. Multimorbidity in Patients With Acute Coronary Syndrome Is Associated With Greater Mortality, Higher Readmission Rates, and Increased Length of Stay: A Systematic Review. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 35, n. 6, p. E99–E110, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000748>. Acesso em: 18 nov. 2025.

BYRNE, R. A. et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. **European Heart Journal**, v. 44, n. 38, p. 3720–3826, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>. Acesso em: 18 nov. 2025.

DAMLUJI, A. A. et al. Management of Acute Coronary Syndrome in the Older Adult Population: A Scientific Statement From the American Heart Association. **Circulation**, v. 147, n. 3, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001112>. Acesso em: 18 nov. 2025.

ENSAH, G. A.; FUSTER, V.; ROTH, G. A. A Heart-Healthy and Stroke-Free World. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 82, n. 25, p. 2343–2349, 2023. Disponível em: <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2023.11.003>. Acesso em: 18 nov. 2025.

FERREIRA, L. L. *et al.* Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20180542, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0542>. Acesso em: 18 nov. 2025.

FIGUEIREDO, J. Auditoria de contas: impacto de glosas ocorrido a falta de anotações de enfermagem. **Nursing**, v. 26, n. 305, p. 9947–9951, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i305p9947-9951>. Acesso em: 18 nov. 2025.

FRANKEN, M. *et al.* Performance of acute coronary syndrome approaches in Brazil: a report from the BRACE (Brazilian Registry in Acute Coronary SyndromEs). **European Heart Journal – Quality of Care and Clinical Outcomes**, v. 6, n. 4, p. 284–292, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcz045>. Acesso em: 18 nov. 2025.

GONÇALVES, A. L. P. *et al.* Intervenções realizadas por enfermeiros para diminuição das readmissões hospitalares após síndrome coronariana aguda: revisão integrativa de literatura. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 31, n. 4, p. 422–430, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20213104422-30>. Acesso em: 18 nov. 2025.

GONÇALVES, B. M. M. **Atuação do enfermeiro de suporte imediato de vida na dor torácica: realidades do interior norte de Portugal**. [Relatório Final de Estágio]. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, 2023.

LAGE, C.; NASCIMENTO, M. A.; VERDIVAL, R. O valor ético-jurídico do prontuário médico. **Virtuajus**, v. 8, n. 14, p. 227–240, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5752/P.1678-3425.2023v8n14p227-240>. Acesso em: 18 nov. 2025.

LIU, J. *et al.* The research progress and research trends in acute coronary syndrome nursing. **Medicine**, v. 103, n. 7, p. e35849, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000035849>. Acesso em: 18 nov. 2025.

MENSAH, G. A. *et al.* Global burden of cardiovascular diseases and risks. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 82, n. 25, p. 2350–2473, 2023. Disponível em: <https://www.jacc.org/>

doi/10.1016/j.jacc.2023.11.007. Acesso em: 18 nov. 2025.

MERCHÁN-HAMANN, E.; TAUIL, P. L. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, p. e2018126, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100026>. Acesso em: 18 nov. 2025.

NICOLAU, J. C. *et al.* Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 117, n. 1, p. 181–264, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.36660/abc.20210180>. Acesso em: 18 nov. 2025.

OLIVEIRA, S. N. *et al.* Infarto agudo do miocárdio com supra de segmento ST: Uma revisão do diagnóstico, fisiopatologia, epidemiologia, morbimortalidade, complicações e manejo. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 2, p. e1113244954, 2024. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i2.44954>. Acesso em: 18 nov. 2025.

RAMOS SOUZA, P. V. *et al.* Angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento de ST: tratamento e prognóstico. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 28, n. 4, p. 403–408, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20182804403-8>. Acesso em: 18 nov. 2025.

RATWATTE, S. *et al.* Relation of Body Mass Index to Outcomes in Acute Coronary Syndrome. **The American Journal of Cardiology**, v. 138, p. 11–19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2020.09.059>. Acesso em: 18 nov. 2025.

SANTOS, Érika Rodrigues dos *et al.* Perfil clínico epidemiológico de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. **Revista de Enfermagem da UFJF**, Juiz de Fora, v. 6, n. 1, p. 1–13, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/32382>. Acesso em: 18 nov. 2025.

SANTOS FARIAS, C. M. *et al.* Basic Life Support as a Mandatory Curriculum Component of the Bachelor's Degree in Nutrition: A Curriculum Analysis. **Cadernos de Educação Tecnologia e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 862–877, 2024. Disponível em: <https://brajets.com/brajets/article/view/1142>. Acesso em: 18 nov. 2025.

SETTA, D. X. B.; DE ALMEIDA JUNIOR, G. L. G. **Manual de Síndrome Coronariana Aguda**. Rio de Janeiro: SOCERJ, 2021.

SILVA, A. R. A. **Pesquisa exploratória sobre realidade aumentada no Brasil e exterior com o emprego de text mining**. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2021.

SILVA, P. V. T. *et al.* Profile of cardiovascular diseases and physiotherapeutic intervention in a hospital emergency service. **Fisioterapia em Movimento**, v. 37, p. e37106, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/fm.2024.37106>. Acesso em: 18 nov. 2025.

WANG, J. *et al.* Association between triglyceride glucose index, coronary artery calcification and multivessel coronary disease in Chinese patients with acute coronary syndrome. **Cardiovascular Diabetology**, v. 21, n. 1, p. 187, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12933-022-01615-4>. Acesso em: 18 nov. 2025.

XIE, F. et al. Association between the weight-adjusted-waist index and abdominal aortic calcification in United States adults: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey 2013–2014. **Frontiers in Cardiovascular Medicine**, v. 9, p. 948194, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.948194>. Acesso em: 18 nov. 2025.

APÊNDICE

Tabela 5 - Dados sociodemográficos dos pacientes atendidos. Unidade de hemodinâmica, primeiro quadrimestre de 2024 (n=125).

	n	%	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão (±)
Sexo								
Masculino	77	61,6	-	-	-	-	-	-
Feminino	48	38,4						
Total	125	100						
Idade (anos)								
<50	19	15,2						
50-59	27	21,6						
60-69	44	35,2	94	24	64	64	65	13,71
70-79	20	16						
>=80	15	12						
Total	125	100						
Estado civil								
Casado	54	43,2						
Solteiro	21	16,8						
Divorciado	7	6,6						
Viúvo	17	13,6	-	-	-	-	-	-
União estável	5	4						
Não informado	21	16,8						
Total	125	100						
Ocupação								
Aposentado	34	27,2						
Agricultor	27	21,6						
Outros	42	33,6	-	-	-	-	-	-
Não informado	22	17,6						
Total	125	100						
Local de moradia								
Centro da cidade	1	0,8						
Zona norte da cidade	7	5,6						
Zona leste da cidade	5	4						
Zona oeste da cidade	14	11,2						
Zona sul da cidade	17	13,6	-	-	-	-	-	-
Cidades circunvizinhas	79	63,2						
Não informado	2	1,6						
Total	125	100						

Continuação: Tabela 5 - Dados sociodemográficos dos pacientes atendidos. Unidade de hemodinâmica, primeiro quadrimestre de 2024 (n=125).

Nível de escolaridade								
Analfabeto	9	7,2						
Ensino fundamental incompleto	28	22,4						
Ensino Fundamental completo	10	8						
Ensino médio incompleto	1	0,8						
Ensino médio completo	8	6,4	-	-	-	-	-	-
Ensino técnico	1	0,8						
Ensino superior completo	1	0,8						
Não tem no prontuário	67	53,6						
Total	125	100						

Fonte: Elaborado pelos autores