**CONDUTAS MÉDICAS INICIAS NO QUADRO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

Carnevalli Motta Nunes, Beatriz¹

Salvador Carvalhais, Bárbara2

Espadinha Rossi de Barros, Bruna3

Padilha Fernandes, Brenda4

Tolentino Giacchero Felicio, Pedro5

Santos de Barros Moreira, Lucas6

Porto Cruzeiro, Arthur7

Bregunci de Castro, Frederico8

Oliveira Brum, Samantha9

Carvalho Duarte Sá, Bruna10

Rezende, Larissa Caroline11

**RESUMO:**

**Introdução:** As doenças cardiovasculares ( DCVs) estão dentre as maiores e mais complexas causas de morbimortalidade do mundo, representando 47% dos casos de mortalidade no planeta. **Objetivo:** O objetivo do estudo é descrever os passos adotadas pelo médico na condução do atendimento de emergência ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, de cunho qualitativo e abordagem descritiva. Foi utilizado o Fluxograma de Prisma para revisar de forma sistemática os estudos sobre o tema **Resultados e Discussão:** Diante da síntese dos trabalhos que fazem parte do *Corpus* do estudo, verifica-se o quão importante é o estabelecimento sequencial de um protocolo fidedígno para conduzir o atendimeto do paciente de forma a minimizar danos e salvar vidas. **Conclusão:** Os protocolos de atendimento conferem um meio essencial para assegurar um atendimento rápido e eficaz, reduzindo danos e maximizando a sobrevida do paciente diante do quadro de IAM. A conduta médica pautada nos estudos científicos e na atualização sobre o uso dos medicamentos mais indicados, bem como da sequência de atendimento, são norteadores na prestação do serviços em saúde.

**Palavras-Chave:** Infarto Agudo do Miocárdio, Cardiopatia Coronariana, Conduta.

**Área Temática:** Ciências da Saúde

**E-mail do autor principal:** carnevallibia@gmail.com

¹Médica, Faculdade de Minas (FAMINAS), Belo Horizonte-MG, carnevallibia@gmail.com.

²Médica, Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG), Toledo-PR, barbarasalvador05@hotmail.com.

3Medicina, Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), Belo Horizonte-MG, brunaespadinharossidebarros@gmail.com.

4Medicina, Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), Belo Horizonte-MG, brendapadilha21@hotmail.com.

5Medicina, Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), Patos de Minas-MG, pedrotolentino@unipam.edu.br.

6Medicina, Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), Patos de Minas-MG, lucassbm@unipam.edu.br.

7Medicina, Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), Patos de Minas-MG, arthur\_porto@live.com.

8Médico, Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), Divinópolis-MG, fredbregunci@gmail.com.

9Médica, AFYA Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga (UNIVAÇO), Ipatinga-MG, samanthaobrum@outlook.com.

10Médicina, Centro Universitário de Valença (UNIFAA), Valença-RJ, brunacarvalho.bc13@gmail.com.

11Médica, Universidade de Itaúna (UIT), Itaúna-MG, larissacr68@gmail.com.

1. **INTRODUÇÃO**

As doenças cardiovasculares (DCVs) estão dentre as maiores causas de morbimortalidade no mundo e de acordo com os últimos dados epidemiológicos, elas representam 47% dos casos de mortalidade no planeta, sendo estes dados também referentes ao Brasil, onde a mortalidade pelas DCVs representa 30% da mortalidade anual de brasileiros. (CESÁRIO, FLAUZINO, MEJIA, 2021; RIBEIRO, 2020).

Dentre as doenças relacionadas ao sistema cardiovascular, as Síndromes Coronarianas Agudas (SCAs) estão intimamente relacionadas a alta taxa de morbimortalidade. As SCAs decorrem de obstrução coronariana, que pode ser classifica desde leve até a obstrução severa, sendo originada a partir de trombos e vaso espasmos em lesões ateroscleróticas coronarianas, nas quais os pacientes apresentam manifestações de angina instável, infarto agudo do miocárdio e morte súbita. (RIBEIRO, 2020).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de mortalidade proporcional, responsáveis por 29% dos óbitos em 2010, traduzindo-se em aproximadamente 53,8 óbitos para cada 100 mil habitantes, incidindo grandemente na faixa etária mais produtiva do país (30 a 69 anos) (PEREIRA, J.C., BARRETO, S.M., PASSOS, V.M., 2009).

O mecanismo fisiopatológico do IAMCST é a oclusão por trombo de uma das artérias coronárias, com perda funcional progressiva dos miócitos na topografia relacionada à artéria ocluída, sendo que o risco de mortalidade, no primeiro ano, aumenta 7,5% a cada 30 minutos de atraso na recanalização do vaso (O’GARA, P.T. et al., 2013).

Estima-se, ainda, que a cardiopatia isquêmica foi responsável por 83 mil mortes em 2014, 46,27% das quais na Região Sudeste, colocando o IAMCST como a segunda causa de morte mais frequente, com mortalidade hospitalar elevada no sistema público de saúde, correspondendo, em média, a 16,2% no ano 2000, 16,1% em 2005 e 15,3% em 2010.13 Estas estatísticas são atribuídas às dificuldades relacionadas ao diagnóstico precoce, ao acesso dos paciente à reperfusão miocárdica, aos cuidados em terapia intensiva e/ou unidade coronariana e às medidas terapêuticas preconizadas (BRASIL, 2014).

A presente pesquisa enfoca a importância da assistência médica inicial ao paciente com IAM (Infarto Agudo do Miocárdio), quadro decorrente da Síndrome Coronariana, que conduz a necrose de parte do músculo cardíaco pela ausência ou diminuição da circulação no miocárdio, em decorrência da obstrução causada pela lesão coronariana por placa de ateroma ou trombo, levando a falência do coração. Além disso, é importante destacar que, na tentativa de reverter o quadro agudo do infarto, a agilidade, habilidade e sincronia na intervenção são fatores cruciais para aumentar as chances de restabelecimento da saúde do paciente. (BRASIL, 2021; SOARES et al., 2020).

Diante deste cenário, este estudo traz como questão norteadora: “Qual a conduta médica inicial diante do diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio?”. Dessa forma, o objetivo do estudo é descrever os passos adotadas pelo médico na condução do atendimento de emergência ao paciente com IAM, justificando-se pela possibilidade de ofertar conhecimento aos profissionais que estarão na linha de frente, o que, consequentemente, proporcionará melhor assistência e maiores chances de proteger a vida do paciente, minimizando os agravos à saúde.

1. **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, de cunho qualitativo e abordagem descritiva, pela busca de palavras-chaves em banco de dados, elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de: livros, revistas, publicações em periódicos e artigos científicos, monografias, dissertações, teses, com o objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com todo material já escrito sobre o assunto da pesquisa.

Na pesquisa bibliográfica, é importante que o pesquisador verifique a veracidade dos dados obtidos, observando as possíveis incoerências ou contradições que as obras possam apresentar. A coleta dos artigos científicos foi realizada entre o mês de janeiro a junho de 2024, estabelecidos os critérios de inclusão: artigos acadêmicos publicados disponíveis de forma gratuita, relacionados ao tema. Foram excluídos os artigos que não contemplavam nenhum dos objetivos, que não respondessem à pergunta de pesquisa. Utilizado o Fluxograma de Prisma para revisar de forma sistemática os estudos sobre o tema (CRISTIANO; ERNANI; DE FREITAS, 2013; CESÁRIO; FLAUZINO, MEJIA, 2020).

**Figura 1** - Adaptação Fluxograma de Prisma

# Fonte: Autores, 2024

1. **RESULTADOS E DISCUSÕES**

Na presente revisão integrativa, foram analisados artigos que atenderam aos critérios de inclusão, somando-se um total de oito artigos. Na Tabela 01, observa-se uma síntese dos trabalhos que fazem parte do *Corpus* do estudo, com informações acerca da autoria, ano de publicação, delineamento da pesquisa e autoria.

**Tabela 1:** Resultados obtidos pela busca de artigos dos últimos 10 anos sobre o tema.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Base de**  **Dados/portal** | **Autoria** | **Título do trabalho** | **Periódico** | **Ano** | **Procedência dos estudos** | **Delineamento das pesquisas** |
| RMMG | ARAUJO,  J. et al. | Compreensão dos usuários do SUS sobre a classificação de risco na rede de urgência e emergência por meio de um programa de  educação tutorial | Revista Médica de Minas Gerais | 2016 | Belo Horizonte | Qualitativa |
| CONASS | VIANA, A. L. et al. | Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto  Atendimento (UPAs) | Conselho Nacional de Secretários de Saúde | 2015 | Brasília | Qualitativa/ Quantitativa |
| MS | BRASIL | Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h): o que é quando usar, diretrizes e  competências | Ministério da Saúde | 2017 | Brasília | Qualitativa |
| SOCESP | GOWDAK.  M. et al | Emergências cardiológicas | Rev Soc Cardiol Estado de São  Paulo | 2018 | São Paulo | Qualitativa/ Quantitativa |
| UNINTER | SILVA,  J. et al | Distribuição das unidades de pronto atendimento (UPA), na região nordeste do  Brasil. | Revista Saúde e Desenvolvimento | 2017 | Paraná | Quantitativa |
| Arquivos Brasildeiros de Cardiologia | MIRANDA,C.H.. AIMOLI, US. | Competência Clínica no Manejo do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST por Médico Recém-Formado Candidato à Residência Médica. | Arquivos Brasileiros de Cardiologia | 2020 | São Paulo | Quantitativa |
| Ensaios e ciência: ciências biológicas, agrárias e da saúde | OUCHI, J D. et al.. | Tempo de Chegada do Paciente Infartado na Unidade de Terapia Intensiva: a Importância do Rápido Atendimento | Revista Ensaios e ciência: ciências biológicas, agrárias e da saúde | 2017 | On Line | Qualitativa |

**Fonte:** Autores, 2024.

Os estudos analisados apresentaram questões para nortear a conduta médica inicial, trazendo a importância para a assistência médica dos pacientes em quadro de IAM. Nos casos de pacientes que necessitam de atendimento pré- hospitalar, depois da chegada da equipe de urgência à localidade a qual foi chamada e a descoberta da conjuntura de IAM por diagnóstico clínico e eletrocardiográfico feitos em até 10 minutos, com ou sem lesão estabelecida, a equipe necessitará de prontidão para começar o atendimento primário, com o estabelecimento da metodologia MONABCH, ressaltando-se que, de acordo com a American Heart Association, o tempo porta-agulha não pode passar de 30 minutos e o porta balão uma hora e meia (OUCHI., et al, 2017).

A metodologia MONABCH representa o manejo de medicamentos em uma sequência que visa reduzir o sofrimento do paciente durante um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Este método é aplicado da seguinte maneira: Morfina – utilizada para diminuir a dor, reduzir o consumo de O2, aliviar sintomas congestivos e baixar a pressão arterial (PA), com doses de 1 a 5 mg em bolus EV a cada 5 minutos, sendo contraindicada em pacientes com hipotensão e bradicardia; Oxigênio – terapia de rotina em pacientes com congestão pulmonar e/ou saturação de oxigênio (Sat) < 90%, contraindicada em casos de pressão arterial sistólica (PAS) < 90 mmHg ou quedas maiores que 30 mmHg em relação ao nível basal - a depender da fonte, considera-se em SatO2 < 94%; Ácido Acetilsalicílico (AAS) – inibe a ativação, degranulação e agregação plaquetária, reduzindo o risco de óbito, com dose de ataque de 150 a 300mg e manutenção de 100 mg; betabloqueador – reduz o inotropismo e cronotropismo, prolonga o tempo diastólico e melhora a perfusão coronariana, diminuindo o consumo de O2 e sintomas isquêmicos, com dose na fase aguda de 5 mg em bolus até uma dose máxima de 15 mg, e manutenção com propranolol 20 a 80 mg via oral a cada 8 horas, contraindicado para pacientes com DPOC ou asma e bradicardia com frequência cardíaca (FC) baixa (OUCHI., et al., 2017).

É improvável que um IAMCSST passe despercebido por um cardiologista, mas médicos com menos experiência podem encontrar dificuldades em seu reconhecimento. Por outro lado, é mais comum que pacientes com IAMCSST sejam atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do SUS por médicos recém-formados, em vez de por especialistas na área (STOCCO AIMOLI; HENRIQUE MIRANDA, 2019).

Em vista disso, em um estudo transversal, Amoli & Miranda, 2020, salientaram a importância do médico recém-formado ter a capacidade de manejar o quadro de IAMCSST, identificando que o ensino da abordagem do IAMCSST precisa ser aprimorado durante a graduação médica, enfatizando-se aspectos práticos como a temporalidade para o início do tratamento e dos fluxos assistenciais destes pacientes dentro do sistema único de saúde brasileiro e da realidade estrutural do serviço em questão. Acerca da avaliação da abordagens dos médicos, as condutas médicas foram mesuradas e descritas da seguinte forma: 83% dos médicos pediram monitorização eletrocardiográfica, 57% pediram introdução de um acesso venoso periférico, 95% administraram ácido acetilsalicílico, 80% administraram um segundo antiagregante (inibidor do P2Y12), 66% administraram nitrato, 71% administraram morfina, 69% reconheceram o diagnóstico de IAMCSST, 71% analisaram o tempo de duração da dor, 63% constataram a necessidade de transferência imediata, 34% demonstraram a capacidade de comunicação apropriada e apenas 25% persistiram na transferência ainda com ausência de vaga.

Dessa maneira, é importante descrever o que é preconizado, quanto ao atendimento hospitalar, pelo Ministério da Saúde (MS), que propõe a seguinte sequência de condutas para o atendimento inicial:

* Avaliar o ambiente, sujeitos e segurança - avaliação primária;
* Realizar avaliação secundária - coletar história SAMPLA(sinais vitais, alergias, medicamentos em uso, passado médico, líquidos e alimentos, ambiente) e exame clínico;
* Orientar para que não seja realizada nenhuma ingesta oral;
* Avaliar nível de consciência - considerar intubação orotraqueal em pacientes com rebaixamento de consciência ([Glasgow](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/infarto-agudo-do-miocardio/servico-de-atendimento-movel/manejo-inicial/glasgow) ≤ 8), com diagnóstico clínico de insuficiência respiratória aguda ou evidente risco de aspiração;
* Manter o paciente em repouso com decúbito elevado;
* Instalar acesso venoso periférico em membro superior;
* Manter a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação adequada - administrar oxigênio suplementar por cateter nasal ou máscara, se saturação de oxigênio for < 94% (atentar para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica);
* Monitorar glicemia capilar - se glicemia < 70 mg/dL, administrar 30 a 50 mL de Glicose 50%, intravenoso/intraósseo; repetir glicemia capilar em 10 minutos e administrar glicose conforme recomendação acima, em caso de persistência dos sintomas. Observação: No monitor o termo “LO”= baixo/não detectado e “HI”= alto/não detectado. Sempre repita o teste nestas situações para confirmação.

O Ministério da Saúde preconiza, ainda:

* Deve-se realizar ECG em até 10 minutos do início do atendimento, quando disponível. A presença de alterações de segmento ST ou onda Q auxiliam na definição da Unidade da Rede para qual o paciente deve ser encaminhado. Consulte [fluxograma de atendimento de dor torácica aguda](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/infarto-agudo-do-miocardio/unidade-de-pronto-atendimento/acolhimento-triagem/#pills-fluxograma-atendimento);
* Considerar avaliação/opinião do ECG por tele-eletrocardiograma síncrono/laudo. Atenção: A realização de eletrocardiograma em serviço de atendimento móvel de urgência está prevista na [Portaria nº 3.438/GM/MS, de 7 de dezembro de 2021](https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.438-de-7-de-dezembro-de-2021-366031073), devendo sempre ser preconizado;
* Após ECG de 12 derivações, avaliar se o paciente apresenta infarto agudo do miocárdio com supra-desnivelamento do segmento ST e preenche critérios para trombólise pré-hospitalar, se disponível;
* Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a UPA ou Emergência da Unidade Hospitalar. Os locais que não dispõem de Regulação Médica, encaminhar para a Emergência de Unidade Hospitalar ou seguir o fluxo de regulação local.

Ainda, o MS estabelece também o protocolo de preparo do paciente para a remoção nestes casos:

* Administrar AASo mais precoce possível em todos pacientes SEM contraindicação, em dose inicial de 150 a 300 mg (constatar de o paciente faz uso prévio de AAS).
* Administre Clopidogrel 300 mg VO para pacientes com idade ≤ 75 anos. Para aqueles com mais de 75 anos administrar 75 mg VO (Contraindicações: hipersensibilidade conhecida, sangramento patológico ativo, intolerância a galactose)
* Administre nitrato sublingual, podendo repetir a dose em 5 a 15 min (15 mg no máximo)
* O uso de morfina endovenosa está reservado para pacientes com dor intensa e refratária. Administrar doses de 2 a 4 mg, podendo ser repetida em 15 minutos na dose de 2 mg
* Deve-se atentar a: pacientes hipotensos, bradicárdicos, ou que tenham feito uso de inibidores da fosfodiestarese-5 nas últimas 24 horas (sildenafila) ou 48h (tadalafila), esses não devem receber nitrato, assim como em pacientes com suspeita de [infarto do ventrículo direito](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/infarto-agudo-do-miocardio/servico-de-atendimento-movel/manejo-inicial/).

Nesse sentido, OUCHI et al., 2017 e SILVA et al., 2020, complementam que, no decorrer do período de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o paciente se submeterá aos exames de Eletrocardiograma e dosagens enzimáticas seriadas para o diagnóstico decisivo de IAM, após isso, deve-se abrir uma discussão junto à equipe de saúde sobre o melhor tratamento de repercussão coronariana a ser implementado no caso concreto.

Por fim, verificou-se neste levantamento bibliográfio o quão importante é o estabelecimento sequencial de um protocolo fidedígno para conduzir o atendimeto do paciente de forma a minimizar danos e salvar vidas em todo o contexto no qual o paciente se encontre e apresente um quadro súbito de infarto agudo do miocárdio. É imprescindível o embasamento em estudos científicos que corroborem para o passo a passo do atendimento médico na agilização e segurança do paciente nesta situação de emergência médica.

**4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante da gravidade do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), esta revisão bibliográfica é crucial para a atualização contínua dos conhecimentos sobre a conduta médica perante pacientes com este diagnóstico. Protocolos de atendimento são essenciais para garantir uma intervenção rápida e eficaz, reduzindo danos e aumentando a sobrevida dos pacientes. A prática médica baseada em estudos científicos e na atualização constante sobre os medicamentos mais indicados, bem como na sequência apropriada de atendimento, é fundamental para a prestação de serviços de saúde de qualidade.

**REFERÊNCIAS**

ARAUJO, Joyce; CHAVES, Gabriela; BARBOSA, Juliana et al. **Compreensão dos usuários do SUS sobre a classificação de risco na rede de urgência e emergência por meio de um programa de educação tutorial.** Revista Médica de Minas Gerais| vol. 26 e1823. Instituiçao: Faculdade de Medicina da UFMG Belo Horizonte, 2016. Disponível em: < <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2231>

BOFF, Liziane. Assistência de enfermagem ao paciente em uso de cardiodesfibrilador em tempestade elétrica em uma emergência cardiológica: validação de Procedimento Operacional Padrão**. Enfermagem UFSC**. Florianópolis, agosto 2019. Disponível em: < [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/215245/PGCF0115-](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/215245/PGCF0115-D.pdf?sequence=1) [D.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/215245/PGCF0115-D.pdf?sequence=1)

CESÁRIO J.M.S; FLAUZINO VHP; MEJIA J.V.C. Metodologia científica: Principais tipos de pesquisas e suas caraterísticas**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 05, Ed. 11, Vol. 05, pp. 23-33. novembro de 2020.

CONASS. VIANNA, A.L. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). 2015. Disponível em: [http://www.conass.org.br.](http://www.conass.org.br/) Acessado em: setembro 2021.

COUTO, M.R.S.C. et al*.* El shock cardiogénico y sus implicaciones en el postoperatorio de la cirugía cardíaca. **Rev. Tesela**. 2020, , 27: e13203.

CRISTIANO, C.; ERNANI, P.; DE FREITAS, C. Capa Associação Pró-Ensino Superior em Novo Hamburgo -ASPEUR Universidade Feevale mEtodologia do trabalho CiEntíFiCo: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico 2a edição. 2013.

GOWDAK, Márcia; OLIVEIRA, Luciene; PASSOS, Adriana et al. Emergências cardiológicas: avaliação nutricional – parte 1**. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo** - Supl - 2018;28(3):345-52. Disponível em: < [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/964372/emergencias-cardiologicas-avaliacao-](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/964372/emergencias-cardiologicas-avaliacao-nutricional-parte-i.pdf) [nutricional-parte-i.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/964372/emergencias-cardiologicas-avaliacao-nutricional-parte-i.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca Virtual de Saúde. **Ataque cardíaco (infarto) | Biblioteca Virtual em Saúde MS**. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/ataque-cardiaco-infarto.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca Virtural da Saúde. **Protocolo de Suporte Avançado de Vida | Biblioteca Virtual em Saúde MS**. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\_suporte\_avancado\_vida.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório [Internet]. Brasília (DF): RIPSA; 2014. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ tabcgi.exe?idb2014/c08.def 14. Ribeiro AL. The two Brazils and the treatment of acute myocardial infarction. **Arq Bras Cardiol**. 2009;93(2):83-4.

O’GARA, P. T. 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 Guidelines. **Circulation**, v. 127, n. 4, p. e362-425, 2013.

‌

OUCHI, J. D. et al. Tempo de Chegada do Paciente Infartado na Unidade de Terapia Intensiva: a Importância do Rápido Atendimento. **Ensaios e Ciência**. 30 jul. 2017.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. DE A. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, n. 6, p. 491–498, jun. 2009.

‌

RIBEIRO, L.C.A. Importância do cuidado farmacêutico na prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares. **Revista Eletrônica Acervo Saúde, Electronic Journal Collection Health** Vol. Sup.n.57. e4058. 08/2020.

SILVA, Franciely; SILVA, Wédja; FERNANDES, Gisleide. **Percepção do enfermeiro sobre o atendimento ao paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio.** Ensaios USF. São Paulo, 2017.

SILVA M.P.B, et al. Intervenções de emergência ao paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio. **Research, Society and Development**, v. 9, n.9, e781997949, 2020a.

STOCCO AIMOLI, U.; HENRIQUE MIRANDA, C. Competência Clínica no Manejo do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST por Médico Recém-Formado Candidato à Residência Médica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia,** 2020.

‌