CARDIOLOGIA
TEORIA E PRÁTICA

EDIÇÃO XXVI

Capítulo 13

SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: AVANÇOS NO MANEJO INTERVENCIONISTA E TERAPIAS FARMACOLÓGICAS

DÊNISSON DAVID GOMES DO NASCIMENTO[1]
THAUANE ÂNGELA SILVA CARDOSO[2]
MARIANA YONEDA REYES[2]
ISABELLE SUGARONI CIQUINI[2]
CAMILA MARQUES CORBETA[1]
LUCAS DE MORAIS FRANCO[1]
VIVIANE MARIA DAS GRAÇAS DE FARIA[1]
VICTOR HAMADA TORELLI[1]
ISABELA PIETRA PAPAROTO DIAS[3]
DANIEL GOMES MOURA[4]
KEVINN DE OLIVEIRA PORTO[5]
JÚLIA TEZZON PROENÇA[6]

1. Discente – Medicina Universidade Nove de Julho.
2. Discente – Medicina Universidade Santo Amaro.
3. Discente – Medicina Universidade Mogi das Cruzes.
4. Discente – Medicina Universidade Estadual de Campinas.
5. Discente – Medicina Universidade Cidade de São Paulo.
6. Discente – Medicina Faculdade de Medicina de Jundiaí.

Palavras-chave: *Síndrome Coronariana; Intervenção; Terapias.*

DOI 10.59290/2402406230

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A síndrome coronariana aguda (SCA) representa uma redução abrupta no fluxo sanguíneo das artérias coronárias, responsáveis pela irrigação do músculo cardíaco. Essa diminuição pode levar à isquemia miocárdica, uma vez que a demanda energética do tecido não consegue ser suprida (NOHRIA & ANTONO, 2024).

Na maioria dos casos, a SCA ocorre devido à obstrução das artérias coronárias causada pela ruptura de placas ateroscleróticas, seguida da formação de trombos no lúmen dos vasos, impedindo o fluxo sanguíneo. A SCA engloba a angina instável, o infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST) e o infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCST) (ATWOOD, 2022).

As doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar em mortalidade no mundo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Dentre elas, a doença isquêmica do coração destaca-se como a principal causa, sendo responsável por mais de 100 mil óbitos no Brasil em 2019 (NASCIMENTO *et al*., 2025).

Nesse contexto, o aprimoramento das estratégias de manejo de pacientes com SCA torna-se fundamental. Atualmente, pacientes com IAMCST devem ser tratados, preferencialmente, com intervenção coronária percutânea primária (ICP), associada à redução de reinfarto, acidente vascular cerebral e mortalidade. Quando a ICP não pode ser iniciada em até 120 minutos após o primeiro contato médico, recomenda-se a terapia fibrinolítica (ATWOOD, 2022).

Além da abordagem intervencionista, são administrados aos pacientes submetidos à ICP agentes antitrombóticos, como ácido acetilsalicílico, inibidores do receptor P2Y12 e anticoagulantes, com o objetivo de prevenir a propagação do trombo e reduzir complicações isquêmicas. Pacientes com angina instável e IAMSSST são tratados com aspirina e anticoagulantes (NOHRIA & ANTONO, 2024).

Diante da elevada prevalência da SCA na população e de sua alta taxa de mortalidade, torna-se evidente a importância do manejo adequado da doença. O presente artigo tem como objetivo discutir os avanços nas terapias farmacológicas e no manejo intervencionista da SCA, abordando sua fisiopatologia, diagnóstico e estratificação de risco, bem como as perspectivas futuras para o aprimoramento das técnicas e tratamentos atuais, visando à melhora do prognóstico.

MÉTODO

Este estudo consiste em uma revisão narrativa de literatura, com o objetivo de reunir evidências científicas atuais relacionadas à síndrome coronariana aguda, com foco nos avanços no manejo intervencionista e nas terapias farmacológicas, utilizadas na prática clínica atual.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados Pubmed, Scopus, MEDLINE, LILACS, *Web of Science*, SciELO, *Cochrane Library* e Google Acadêmico.

Foram utilizados descritores controlados e não controlados como "*acute coronary syndrome*", "*myocardial infarction*", "*percutaneous coronary intervention*", "*anticoagulant therapy*" e "*unstable angina*" combinados com operadores booleanos (AND, OR) para expandir o campo de busca.

Os critérios de inclusão foram estudos publicados entre 2020 e 2025, em inglês e português, com aplicabilidade à prática clínica contemporânea, que abordassem diretamente a síndrome coronariana aguda, analisando aspectos

relacionados à fisiopatologia, estratificação de risco e diagnóstico, terapias farmacológicas e estratégias de manejo intervencionistas. Como critérios de exclusão foram adotados publicações com data anterior ao período definido, artigos duplicados, com falta de coesão textual, e que não apresentam relação direta com o tema.

A seleção dos materiais foi realizada por meio da leitura dos resumos, com posterior análise dos textos considerados adequados. As informações levantadas foram organizadas de forma descritiva e utilizadas na elaboração dos tópicos do capítulo. Ao final da busca, foram incluídos 30 estudos, que serviram de base para a elaboração dos tópicos apresentados neste capítulo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fisiopatologia e classificação da síndrome coronariana aguda

A síndrome coronariana aguda refere-se a um grupo de doenças, onde o fluxo sanguíneo para o coração está prejudicado, sendo responsável por um terço do total de mortes em pessoas acima dos 35 anos de idade. Podem ser desde um infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento de ST, ou até mesmo um episódio de angina instável.

A SCA é uma manifestação de doença arterial coronariana (DAC), sendo usualmente um resultado de placas ateromatosas que estão obstruindo o fluxo sanguíneo nas coronárias. Os principais fatores de riscos para esse conjunto de doenças envolvem desde hipertensão e diabetes, até sexo masculino e uso de cocaína. O histórico familiar de um IAM abaixo dos 55 anos de idade, é um fator de risco importante para o desenvolvimento de SCA no paciente.

A fisiopatologia subjacente a SCA é a diminuição do fluxo sanguíneo para a musculatura cardíaca, geralmente secundária à ruptura de placa ateromatosa e consequentemente formação de trombos locais. Por vezes, a SCA pode ser secundária a um vasoespasmo com ou sem ateromatose local. Com isso, resulta em um hipofluxo sanguíneo para parte do miocárdio e, consequentemente, em isquemia e posterior infarto do local acometido do coração.

Do ponto de vista classificatório, a SCA compreende três grandes entidades clínicas que se distribuem conforme a gravidade: angina instável, infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento de ST (IAMSST) e infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (STEMI). A principal distinção entre os quadros baseia-se na história clínica, sintomatologia, interpretação do ECG e na dosagem de marcadores de necrose miocárdica, sobretudo a troponina cardíaca.

A angina instável classifica-se por uma isquemia miocárdica transitória, sem elevação da troponina, o que indica uma ausência de necrose miocárdica relevante. Por outro lado, no IAMSST, há a presença de necrose miocárdica evidenciada pela elevação das enzimas cardíacas, geralmente relacionada à oclusão coronariana parcial, com isquemia predominantemente subendocárdica. Entretanto, no STEMI, há tipicamente uma oclusão coronariana completa e persistente, manifestando-se no eletrocardiograma (ECG) como o supradesnivelamento do segmento ST em derivações contíguas, refletindo a existência de uma isquemia transmural.

Eletrocardiograficamente, a SCA classifica-se em dois grupos principais: com e sem supradesnivelamento do segmento ST (SCACSST e SCASST). A SCASST engloba a angina instável e o infarto agudo do miocárdio sem supra de ST (IAMSST), podendo apresentar infradesnivelamento de ST, inversão de onda T ou mesmo um traçado normal, o que não descarta a patologia. Já o SCACSST (STEMI) é definido pelo supradesnivelamento persistente do segmento

ST em derivações contínuas, seguindo os critérios das diretrizes internacionais.

A fisiopatologia da SCA é dinâmica, permitindo rápidas transições entre categorias clínicas na fase inicial da manifestação isquêmica. Embora a ruptura de placa aterosclerótica seja a causa principal da SCA, deve-se considerar etiologias como espasmo coronariano, embolia e dissecção espontânea. Essa complexidade exige uma avaliação sistemática e classificação rigorosa, elementos cruciais para a estratificação de risco e para a escolha da conduta terapêutica, tanto imediata quanto a longo prazo.

Estratificação de risco e diagnóstico precoce

A estratificação de risco em pacientes com SCA é um componente essencial do manejo clínico, pois permite classificar os indivíduos em baixo, intermediário e alto risco para eventos adversos e mortalidade. Estudos observacionais mostram que escores de risco tradicionais como TIMI e GRACE permanecem úteis devido à sua simplicidade e aplicabilidade no pronto atendimento. Uma análise de estratificação preditiva no contexto brasileiro demonstrou que tanto TIMI quanto GRACE se correlacionam com diagnósticos clínicos como angina instável e infarto agudo do miocárdio, reforçando o uso desses escores na predição de desfechos adversos em SCA.

Protocolo baseados em troponinas cardíacas de alta sensibilidade (hs-cTn) têm melhorado a precisão diagnóstica e a estratificação prognóstica em pacientes com suspeita de SCA. A mensuração seriada de hs-cTn permite distinguir com maior acurácia entre lesão miocárdica e verdadeiro infarto do miocárdio, auxiliando na definição precoce de condutas e reduzindo a probabilidade de falsos negativos quando comparada com métodos convencionais. Estudos clínicos recentes mostram que a implementação de ensaios de hs-cTn está associada a uma redução significativa na taxa de diagnóstico incorreto e melhora na tomada de decisão clínica em emergências cardiovasculares (LEE *et al*., 2023).

Além disso, a reclassificação de pacientes anteriormente diagnosticados com angina instável como portadores de infarto sem supradesnivelamento de ST tem sido observada com frequência no cenário atual, principalmente com a sensibilidade ampliada dos testes de troponina. Em coortes analisadas, elevados níveis de hs-cTn e alterações eletrocardiográficas foram importantes preditores de doença arterial coronariana significativa em angiografia, sugerindo que a estratificação baseada em biomarcadores melhora a identificação de pacientes de maior risco (PAIVA *et al*., 2024).

Ensaios de troponina de alta sensibilidade com limiares específicos por sexo têm mostrado associação com melhores desfechos clínicos a longo prazo. A adoção desses ensaios foi observada em estudos prospectivos, nos quais a aplicação de limiares ajustados por sexo não apenas melhorou a detecção precoce de infarto tipo 1, mas também esteve relacionada a menores taxas de reinfarto e mortalidade após vários anos de acompanhamento, indicando um impacto prognóstico positivo da metodologia (LEE *et al.*, 2023).

Em suma, a integração de escores clínicos validados, dados eletrocardiográficos e marcadores bioquímicos como hs-cTn constitui um modelo contemporâneo de estratificação de risco. Diretrizes da *European Society of Cardiology* e da *American Heart Association* enfatizam que essa abordagem multimodal não só aumenta a precisão diagnóstica imediata, mas também fortalece a predição de complicações cardiovasculares a médio e longo prazo, auxiliando na escolha de estratégias terapêuticas

apropriadas para diferentes níveis de risco (COLLET *et al.*, 2021; GULATI *et al*., 2021).

Avanços no manejo intervencionista coronariano

A SCA continua sendo uma das principais causas de mortalidade cardiovascular em todo o mundo, o que reforça a necessidade de aprimoramento contínuo das estratégias de reperfusão. Nos últimos anos, a ICP primária consolidou-se como padrão no tratamento de infarto com supradesnivelamento do segmento ST (STEMI), com evidências consistentes mostrando redução de mortalidade e de eventos cardiovasculares maiores quando realizada de forma rápida em centros especializados. Além disso, a organização eficiente das redes de atendimento e a redução do tempo total de isquemia são fatores determinantes para o prognóstico (OZAKI *et al.*, 2024).

Em pacientes com doença coronariana multivascular associada à SCA, a revascularização completa tem se mostrado vantajosa, especialmente em indivíduos estáveis. Estudos recentes demonstram que tratar todas as lesões significativas, seja no mesmo procedimento ou de forma programada, reduz a incidência de reinfarto e a necessidade de novas intervenções em comparação com a abordagem restrita à artéria culpada. A decisão sobre o momento da revascularização deve levar em consideração fatores clínicos, anatômicos e risco hemorrágico, reforçando a importância da individualização da terapia (REDDY *et al.*, 2025; OZAKI *et al.*, 2024).

A adoção rotineira de técnicas de imagem intracoronária, como ultrassom intravascular (IVUS) e tomografia de coerência óptica (OCT), representa um avanço técnico significativo. Essas modalidades permitem analisar com precisão a morfologia da placa e a expansão adequada do stent, identificando alterações que a angiografia convencional pode não revelar. Evidências recentes indicam que a ICP guiada por imagem intracoronária diminui falhas do vaso-alvo e eventos adversos, particularmente em lesões complexas, promovendo uma intervenção mais segura e precisa (CARVALHO *et al.*, 2026; ALQAWASMI & BLANKENSHIP, 2025).

A avaliação funcional das estenoses coronarianas, por meio de reserva fracionada de fluxo (FFR) e índices derivados de angiografia, tem sido incorporada à tomada de decisão, sobretudo na SCA sem supradesnivelamento do ST. Essa abordagem ajuda a identificar quais lesões realmente provocam isquemia, evitando procedimentos desnecessários e permitindo otimização do tratamento de acordo com a real necessidade do paciente (OZAKI *et al*., 2024).

Em situações críticas, como o choque cardiogênico secundário ao infarto, o suporte circulatório mecânico percutâneo passou a ser utilizado como ferramenta adjuvante à ICP em casos selecionados. Estudos recentes indicam que essa intervenção pode melhorar a estabilidade hemodinâmica durante procedimentos complexos, possibilitando revascularização mais completa e segura, embora seu impacto definitivo sobre mortalidade ainda seja tema de investigação (FUJII *et al*., 2025).

Por último, os *stents* farmacológicos de nova geração, com plataformas mais finas e polímeros aprimorados, aliados à consolidação do acesso radial, contribuíram para reduzir complicações hemorrágicas e eventos tardios. Juntos, esses avanços técnicos e conceituais têm transformado o manejo intervencionista da SCA, promovendo melhorias consistentes nos desfechos clínicos e na segurança do paciente (OZAKI *et al*., 2024; REDDY *et al.*, 2025).

Terapias farmacológicas contemporâneas

A SCA exige abordagem farmacológica imediata e baseada em evidências, com o objetivo de limitar a progressão trombótica, reduzir a extensão da necrose miocárdica e prevenir eventos cardiovasculares recorrentes. A literatura recente (2020–2025) evidencia avanços importantes na terapia antiplaquetária, anticoagulante e na integração dessas estratégias com a ICP, reforçando a tendência à individualização terapêutica.

Terapia antiplaquetária na SCA

A dupla terapia antiplaquetária (DAPT), composta por ácido acetilsalicílico associado a um inibidor do receptor $P2Y_{12}$, permanece como pilar do tratamento farmacológico da SCA, sobretudo em pacientes submetidos à ICP. Revisões recentes demonstram que os inibidores mais potentes do $P2Y_{12}$, como ticagrelor e prasugrel, apresentam maior eficácia na redução de eventos cardiovasculares maiores quando comparados ao clopidogrel, particularmente em indivíduos com maior risco isquêmico (ABUBAKAR *et al*., 2023).

Meta-análises contemporâneas indicam que estratégias adaptativas de DAPT, incluindo desescalonamento terapêutico ou transição para esquemas menos intensos após a fase inicial de maior risco trombótico, podem reduzir eventos hemorrágicos sem comprometer significativamente a proteção isquêmica (ULLAH *et al*., 2024). Esses achados reforçam o conceito de que a duração e a intensidade da DAPT devem ser ajustadas conforme o perfil clínico do paciente.

Além disso, a compreensão ampliada da fisiologia plaquetária e da variabilidade individual na resposta aos antiplaquetários tem contribuído para decisões mais personalizadas. Estudos recentes destacam que fatores como idade avançada, insuficiência renal, risco de sangramento e complexidade da ICP devem orientar a escolha do agente antiplaquetário (RUSSO *et al.*, 2024).

Terapia anticoagulante e combinações farmacológicas

A anticoagulação parenteral permanece componente essencial no manejo da fase aguda da SCA, especialmente durante procedimentos intervencionistas. Heparina não fracionada, enoxaparina e bivalirudina continuam sendo amplamente utilizadas, com seleção baseada no cenário clínico e no risco hemorrágico (TOYOTA *et al*., 2025).

Nos últimos anos, a associação de anticoagulantes orais diretos (DOACs) com antiplaquetários após ICP tem sido objeto de investigação. Evidências recentes sugerem que determinados regimes combinados podem reduzir a recorrência de infarto do miocárdio, mantendo perfil de segurança aceitável em pacientes selecionados (CAI *et al.*, 2025). Esses dados apontam para uma possível ampliação do papel dos DOACs em cenários específicos, especialmente quando há indicação concomitante de anticoagulação crônica.

Individualização terapêutica e equilíbrio risco-benefício

A análise integrada das publicações recentes demonstra que o manejo farmacológico da SCA evoluiu para uma abordagem centrada no equilíbrio entre risco isquêmico e risco hemorrágico. A escolha do inibidor de $P2Y_{12}$, a definição da duração da DAPT e a necessidade de associação com anticoagulação devem ser determinadas com base em características clínicas individuais e na estratégia intervencionista adotada.

Estratégias como encurtamento da DAPT, descontinuação precoce da aspirina ou uso de

regimes combinados ajustados ao perfil do paciente refletem a incorporação de evidências contemporâneas à prática clínica (TOYOTA *et al.*, 2025; ULLAH *et al.*, 2024). Dessa forma, o tratamento farmacológico da SCA consolida-se como abordagem dinâmica, personalizada e integrada aos avanços da cardiologia intervencionista moderna.

Desfechos clínicos e perspectivas futuras

Os desfechos clínicos de pacientes com SCA apresentam grande variabilidade e estão diretamente relacionados à estratégia terapêutica adotada, sobretudo no delicado equilíbrio entre risco trombótico e risco hemorrágico. Nesse cenário, a individualização do tratamento torna-se essencial, uma vez que o ajuste criterioso da terapia antitrombótica, conforme o perfil clínico do paciente, pode impactar positivamente o prognóstico e reduzir a ocorrência de eventos adversos maiores. Ainda assim, mesmo com manejo otimizado, persiste um risco residual significativo, o que exige acompanhamento contínuo e reavaliações periódicas da conduta terapêutica (SCHIAVONI *et al.,* 2024; MACHADO *et al*., 2024).

Para além dos desfechos cardiovasculares clássicos como mortalidade, reinfarto e necessidade de nova revascularização, é fundamental considerar o impacto da doença na qualidade de vida. A experiência do paciente após um evento isquêmico envolve não apenas aspectos clínicos, mas também limitações funcionais e repercussões emocionais. Estratégias que priorizam a redução de sangramentos e complicações associadas à terapia antiplaquetária contribuem para uma recuperação mais segura e favorecem o retorno às atividades cotidianas. Nesse contexto, programas de reabilitação cardíaca e suporte psicossocial assumem papel relevante na melhora da capacidade funcional e na prevenção de novos eventos cardiovasculares (SCHIAVONI *et al*., 2024; CASTRO *et al*., 2024; SANTOS, 2023).

A estratificação prognóstica adequada representa um dos pilares do manejo contemporâneo da SCA, a identificação de fatores de risco clínicos e laboratoriais, aliada ao uso de escores validados para avaliação dos riscos isquêmico e hemorrágico, permite decisões terapêuticas mais seguras e direcionadas, tanto no ambiente hospitalar quanto no seguimento ambulatorial. Dessa forma, a personalização do tratamento, baseada em uma avaliação individualizada, está relacionada à redução da mortalidade e das readmissões hospitalares em longo prazo (MACHADO *et al*., 2024).

A terapia antiplaquetária permanece como elemento central no tratamento farmacológico da SCA, estando associada à diminuição de eventos cardiovasculares maiores quando utilizada de forma adequada ao perfil clínico do paciente (CASTRO *et al*., 2024). Entretanto, em grupos mais vulneráveis, como idosos ou indivíduos com maior fragilidade clínica, o período pós-evento pode ser marcado por declínio funcional e mudanças persistentes no estilo de vida, especialmente na ausência de acompanhamento estruturado (SANTOS, 2023).

No que se refere às perspectivas futuras, os avanços em cardiologia intervencionista e no desenvolvimento de terapias farmacológicas mais seguras ampliam as possibilidades de um cuidado cada vez mais individualizado (ZUCATELI *et al*., 2024). Contudo, para que tais inovações se traduzam em benefícios concretos, é necessário integrá-las à prática clínica de forma crítica e acessível, garantindo que todos os tipos de perfis populacionais possam se beneficiar dos progressos científicos recentes (ZUCATELI *et al*., 2024).

CONCLUSÃO

A síndrome coronariana aguda permanece como uma das principais causas de morbimortalidade cardiovascular, exigindo abordagem diagnóstica e terapêutica rápida, precisa e baseada em evidências. A compreensão aprofundada de sua fisiopatologia, associada à classificação clínica adequada e à utilização de escores prognósticos, como TIMI e GRACE, permite estratificação de risco mais eficiente e direcionamento terapêutico individualizado desde os primeiros momentos do atendimento (PAIVA *et al*., 2024; OZAKI *et al*., 2024).

Os avanços no diagnóstico, especialmente com a incorporação das troponinas cardíacas de alta sensibilidade, ampliaram a acurácia diagnóstica e possibilitaram a melhor identificação de pacientes de maior risco, impactando positivamente os desfechos clínicos (LEE *et al*., 2023; COLLET *et al*., 2021; GULATI *et al*., 2021). Paralelamente, o manejo intervencionista evoluiu de forma significativa, com a consolidação da intervenção coronariana percutânea primária como padrão no IAM com supradesnivelamento do segmento ST, a ampliação do uso de imagem intracoronária, a revascularização completa em doença multivascular e a incorporação de suporte circulatório mecânico em cenários selecionados, contribuindo para a redução de eventos adversos e maior segurança procedural (OZAKI *et al.*, 2024; REDDY *et al.*, 2025; CARVALHO *et al*., 2026; ALQAWASMI & BLANKENSHIP, 2025; FUJII *et al.*, 2025).

No âmbito farmacológico, a terapia antiplaquetária dupla permanece como pilar do tratamento, com evidências favoráveis ao uso de inibidores mais potentes do receptor $P2Y_{12}$ em perfis de maior risco isquêmico. Estratégias de desescalonamento, ajuste da duração da DAPT e associações com anticoagulantes, incluindo DOACs em situações específicas, refletem uma transição para uma abordagem cada vez mais personalizada, orientada pelo equilíbrio entre risco trombótico e hemorrágico (ABUBAKAR *et al.*, 2023; ULLAH *et al*., 2024; RUSSO *et al*., 2024; TOYOTA *et al*., 2025; CAI *et al*., 2025).

Apesar dos avanços expressivos, persiste risco residual significativo após o evento agudo, reforçando a necessidade de acompanhamento contínuo, reabilitação cardíaca e avaliação periódica da conduta terapêutica. Além dos desfechos cardiovasculares clássicos, deve-se considerar o impacto funcional e psicossocial da doença, valorizando a qualidade de vida como componente essencial do cuidado (SCHIAVONI *et al.*, 2024; CASTRO *et al*., 2024; SANTOS, 2023; MACHADO *et al*., 2024).

Dessa forma, o manejo contemporâneo da SCA consolida-se como uma prática integrada, dinâmica e individualizada, na qual a combinação entre diagnóstico precoce, estratégias intervencionistas modernas e terapias farmacológicas otimizadas contribui para melhora consistente do prognóstico e para a redução da mortalidade a longo prazo, com perspectivas futuras promissoras à medida que novas evidências são incorporadas à prática clínica (ZUCATELI *et al*., 2024).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, L.U.A. *et. al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 3521, 2014. doi: 10.1590/1413-81232014198.21862013.

ABUBAKAR, M. *et al.* Efficacy, safety, and role of antiplatelet drugs in the management of acute coronary syndrome: a comprehensive review of literature. Cureus, v. 15, e37455, 2023. doi: 10.7759/cureus.36335.

ALQAWASMI, M. & BLANKENSHIP, J.C. Intravascular imaging-guided percutaneous coronary intervention: transforming precision and outcomes in contemporary practice. Journal of Clinical Medicine, v. 14, p. 8883, 2025. doi: 10.3390/jcm14248883.

ATWOOD, J. Management of acute coronary syndrome. Emergency Medicine Clinics of North America, v. 40, p. 693, 2022. doi: 10.1016/j.emc.2022.06.008.

CAI, Y. *et al*. Effectiveness and safety of direct oral anticoagulants combined with antiplatelet agents in patients with acute coronary syndrome following percutaneous coronary intervention, with or without atrial fibrillation: a systematic review and network meta-analysis. Kardiologia Polska, v. 83, p. 678, 2025. doi: 10.33963/v.phj.105956.

CARVALHO, P.E.P. *et al.* IVUS, OCT, or angiography as guidance for PCI in complex coronary artery lesions: network meta-analysis of randomized controlled trials. JACC - Cardiovascular Interventions, v. 19, p. 31, 2026. doi: 10.1016/j.jcin.2025.11.021.

CASTRO, S.K.A. *et al.* Ticagrelor no tratamento da síndrome coronariana aguda: uma revisão integrativa. Research, Society and Development, v. 13, e8813846579, 2024. doi: 10.33448/rsd-v13i8.46579.

COLLET, J.P. *et al.* 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. European Heart Journal, v. 42, p. 1289, 2021. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa575.

FUJII, M. *et al.* Safety and efficacy of surgical revascularization with percutaneous ventricular assist device for acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock: Japanese national registry study. Artificial Organs, v. 49, p. 516, 2025. doi: 10.1111/aor.14901.

GULATI, M. *et al.* 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology, v. 78, e187, 2021. doi: 10.1161/CIR.0000000000001029.

KAO, G. *et al.* Efficacy and safety of PCSK-9 inhibitors in patients with acute coronary syndrome: a systematic review and network meta-analysis. BMC Cardiovascular Disorders, v. 25, p. 629, 2025. doi: 10.1186/s12872-025-05070-3.

LEE, K.K. *et al.* Implementation of a high sensitivity cardiac troponin I assay and risk of myocardial infarction or death at five years: observational analysis of a stepped wedge, cluster randomised controlled trial. BMJ, v. 383, e075009, 2023. doi: 10.1136/bmj-2023-075009.

MACHADO, D.A.A. *et al.* Prognóstico de pacientes com síndrome coronariana aguda após alta de serviços de emergência: uma revisão integrativa. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, p. 3172, 2024. doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n8p3172-3188.

NASCIMENTO, K. *et al.* Acute coronary syndrome in Brazil: registration of predisposing factors and population profile in a national public reference cardiological institute. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 122, e20240165, 2025. doi: 10.36660/abc.20240165.

NOHRIA, R. & ANTONO, B. Acute coronary syndrome. Primary Care: Clinics in Office Practice, v. 51, p. 53, 2024. doi: 10.1016/j.pop.2023.07.003.

OZAKI, Y. *et al*. CVIT expert consensus document on primary percutaneous coronary intervention (PCI) for acute coronary syndromes (ACS) in 2024. Cardiovascular Intervention and Therapeutics, v. 39, p. 335, 2024. doi: 10.1007/s12928-024-01036-y.

PAIVA, L. *et al*. Unstable angina: risk stratification for significant coronary artery disease in the era of high-sensitivity cardiac troponin. Global Heart, v. 19, p. 7, 2024. doi: 10.5334/gh.1286.

RAO, S.V. *et al.* 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI guideline for the management of patients with acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation, v. 151, 2025. doi: 10.1161/CIR.0000000000001309.

REDDY, R.K. *et al*. Complete revascularization with percutaneous coronary intervention for acute coronary syndromes presenting with multivessel disease. Current Opinion in Cardiology, v. 40, p. 410, 2025. doi: 10.1097/HCO.0000000000001250.

RUSSO, I. *et al.* Current strategies to guide the antiplatelet therapy in acute coronary syndromes. International Journal of Molecular Sciences, v. 25, p. 3981, 2024. doi: 10.3390/ijms25073981.

SANTOS, S.M. Avaliação da adesão à prevenção secundária e qualidade de vida a longo prazo após síndrome coronariana agud [dissertação]. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe, 2023.

SCHIAVONI, L.C. *et al*. Tratamento intensivo da síndrome coronariana aguda (SCA) em pacientes com plaquetopenia. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, p. 4839, 2024. doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n8p4839-4859.

TOYOTA, T. *et al.* Antithrombotic therapy for acute coronary syndrome. Journal of Neuroendovascular Therapy, v. 19, p. 2024, 2025. doi: 10.5797/jnet.ra.2024-0102.

ULLAH, W. *et al*. Antiplatelet strategy for patients with acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention: a systematic review and network meta-analysis. Journal of the American Heart Association, v. 13, e032490, 2024. doi: 10.1161/JAHA.122.032490.

ZUCATELI, K.C.T. *et al*. Inovações em diagnóstico e tratamento das doenças coronarianas: desafios clínicos e perspectivas futuras. Periódicos Brasil - Pesquisa Científica, v. 3, p. 1211, 2024. doi: 10.36557/pbpc.v3i2.171.