**FACULDADE DE SÃO PAULO - FASP**

**CURSO: Enfermagem**

**Rafaela Rosa Feitosa**

**Tarcia Pollyana da Silva**

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

**São Paulo**

**2018**

**RAFAELA ROSA FEITOSA**

**TARCIA POLLYANA DA SILVA**

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de São Paulo – FASP como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Curso: Enfermagem

Orientador: Prof. Rodrigo Fernandes Andrade

**São Paulo**

**2018**

**RAFAELA ROSA FEITOSA**

**TARCIA POLLYANA DA SILVA**

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade de São Paulo**

**Data:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**

**Banca Examinadora**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nota:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Prof. Esp. (Orientador)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nota:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Prof. Esp. (Convidado)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nota:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Profa. Esp. (Convidada)

**DEDICATÓRIA**

Dedicamos primeiramente a Deus por nos possibilitar estar firme nessa longa jornada até aqui, trajeto esse que irá nos levar a realização dos nossos sonhos.

Dedicamos também a nossa família pelo apoio prestado durante os cincos anos da graduação, que sempre nos encorajou a manter o foco e não desistir dos nossos sonhos.

**AGRADECIMENTO**

Agradecemos ao nosso professor da disciplina do TCC Maurício Yamaguti pelas orientações dadas, correções, atenção e paciência durante a elaboração desse trabalho.

Agradecemos ao nosso professor orientador Rodrigo Fernandes pelo apoio prestado na realização e conclusão do nosso trabalho.

Agradecemos a todos os nossos professores da graduação que foram de suma importância para a nossa formação.

Agradecemos aos nossos colegas de sala de aula que nos acompanhou durante esse período.

**EPÍGRAFE**

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

[Florence Nightingale](https://www.pensador.com/autor/florence_nightingale/)

**RESUMO**

Infarto agudo do miocárdio (IAM) define-se como a obstrução de uma ou mais artérias coronarianas, causando a morte tecidual do músculo cardíaco. Conforme as pesquisas realizadas, o IAM é uma patologia muito grave com alto índice de mortalidade no mundo inteiro devido aos fatores de risco como sedentarismo, obesidade, tabagismo, diabete, hipertensão arterial e dislipidemia. É importante ressaltar que os hábitos saudáveis devem ser mantidos ao longo de toda a vida do paciente para se proteger de um novo episódio de infarto. A atuação do enfermeiro é de extrema importância para o paciente com IAM, sendo ressaltado seu conhecimento técnico e científico, sua liderança e coordenação da equipe no atendimento do infarto, quanto mais rápido for o atendimento menos sequelas haverá. O enfermeiro é o responsável pela triagem do paciente que tem como objetivo definir as prioridades e necessidades e conduzi-lo para o setor adequado, nessa triagem é utilizado o protocolo de Manchester que é classificado em cores e minutos/hora dando prioridades ao paciente mais grave. O atual estudo teve como objetivo compreender a fisiopatologia e quadro clínico do IAM identificando seus principais fatores de risco, bem como descrever o papel do enfermeiro no atendimento ao paciente com IAM destacando as intervenções de enfermagem. A metodologia utilizada nesse trabalho foi às pesquisas bibliográficas baseadas em dados científicos e livros. Concluiu-se a importância sobre as intervenções de enfermagem que são primordiais diante do atendimento ao paciente com suspeita ou diagnóstico confirmado de infarto agudo do miocárdio, sendo o enfermeiro responsável por delegar funções aos demais profissionais da equipe a fim de prestar o atendimento rápido.

**Palavras chaves:** enfermagem, infarto agudo do miocárdio, assistência.

**ABSTRACT**

Acute myocardial infarction (AMI) is defined as an obstruction of one or more coronary arteries, causing a tissue death of the heart muscle. according to research carried out, AMI is a very serious condition with a high mortality rate worldwide due to risk factors such as sedentary lifestyle, obesity, smoking, diabetes, hypertension and dyslipidemia. It is important to emphasize that healthy habits should be maintained throughout the patient's life to protect himself from a new episode of infarction. The nurse's role is extremely important for the AMI patient, emphasizing his technical and scientific knowledge, his leadership and team coordination in the care of the infarct, the faster the attendance, the less sequelae there will be. The present study aimed to understand the pathophysiology and clinical picture of AMI identifying its main risk factors, as well as to describe the role of nurses in the care of patients with AMI highlighting nursing interventions. The methodology used in this work was to bibliographical research based on scientific data and books. It was concluded the importance of nursing interventions that are paramount in the care of the patient with suspected or confirmed diagnosis of acute myocardial infarction, being the nurse responsible for delegating functions to the other professionals of the team in order to provide the fast service.

**Keyword:** nursing, acute myocardial infarction, assistance.

**SUMÁRIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **1 INTRODUÇÃO**................................................................................................ | 09 |
| **2 OBJETIVOS**.................................................................................................... | 10 |
| **3 METODOLOGIA**............................................................................................. | 11 |
| **4 FISIOPATOLOGIA E QUADRO CLÍNICO DO IAM IDENTIFICANDO SEUS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO**....................................................... | 11 |
| 4.1 EPIDEMIOLOGIA DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO..................... | 11 |
| 4.2 FISIOPATOLOGIA DO IAM...................................................................... | 12 |
| 4.3 SINAIS E SINTOMAS DO IAM................................................................... | 14 |
| 4.4 FATORES DE RISCO DO IAM...................................................................  4.5 DIAGNÓTICO DO IAM...............................................................................  4.6 TRATAMENTO........................................................................................... | 15  17  17 |
| **5 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM IAM DESTACANDO AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**..................... | 21 |
| **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**........................................................................... | 32 |
| **7 REFERÊNCIAS**........................................................................................................ | 34 |

**1 INTRODUÇÃO**

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é caracterizado pela necrose de uma parte do músculo cardíaco, causando oclusão da artéria coronária devido a formação de coágulos ou placa de ateroma (MANSUR et al., 2006; SANTORO; PIMENTA, 2008).

De acordo com o Datasus (Departamento de Informática do Sistema Único de Sáude), em 2010 no Brasil, as doenças cardiovasculares estão em primeiro lugar como causa de óbito, totalizando 29%. Segundo o Datasus, o infarto agudo do miocárdio é a segunda causa de óbito mais frequente (7%, Datasus 2010). O alto índice de mortalidade na saúde pública é caracterizado por obstáculos enfrentados pelos pacientes com IAM que está relacionado a sua aquisição ao tratamento em terapia intensiva, modo de reperfusão e as ações terapêuticas determinadas para o IAM (RIBEIRO, 2009).

Pesquisas realizadas no Brasil, mostrou que os pacientes com sinais e sintomas do IAM não buscaram atendimento instantâneo nos serviços de saúde por não conhecerem os sintomas, por deficiência no transporte público, retardando a chegada no hospital e por não possuir serviços de primeiros socorros especializados (MELO; TRAVESSOS; CARVALHO, 2007).

Para os profissionais de enfermagem é de suma importância que eles entendam as respostas do paciente à doença cardiovascular, julgando a utilidade que provem da autorização e garantia da atividade dos profissionais de enfermagem fundamentado na comprovação, relacionando as manifestações e sinais clínicos habituais da execução clínica cardiológica em ocorrência, intervenções e resultados de enfermagem (NANDA, 2009).

Os fatores cruciais das doenças cardiovasculares estão relacionados com a hereditariedade, obesidade, sedentarismo, estresse diário, hipertensão arterial, dieta inapropriada e rotina de vida errônea (MELTZER, 2000).

O enfermeiro tem um papel fundamental, o seu trabalho começa logo na chegada do cliente a unidade de urgência e emergência, sua atribuição primordial é diagnosticar previamente a doença, iniciando rapidamente os cuidados emergenciais, elevando a chance de sobrevida do cliente. O trabalho do enfermeiro é essencial no amparo do cliente com hipótese do IAM ajudando no controle da doença, proporcionando um esquema de cuidado coerente para cada paciente, priorizando a recuperação, porém sempre procedendo de forma humanizada, recordando que a pessoa tem sua doutrina e princípios, propiciando um cuidado participativo, destacando o cliente como peça fundamental no decorrer do procedimento (CARVALHO; PAREJA; MAIA, 2013).

Para que a assistência de enfermagem no IAM seja aprimorada, o enfermeiro precisa se beneficiar das tecnologias, com o intuito de ajudar na elaboração dos cuidados, possuindo entendimento técnico-cientifico que são essenciais, isto é, a equipe que auxilia o cliente depois do infarto, necessita de reciclagem e inovação com as técnicas do cuidado de modo que o objetivo traçado supra as expectativas e que proporcione uma boa condição de vida para o paciente (PONTE et al., 2012). Em complemento disso, a aplicação de fármacos é de suma relevância para a vigilância da patologia, evitando piora do quadro e contribuindo para a estabilidade clínica. A equipe de enfermagem deve instruir o paciente a aceitação da terapia medicamentosa ininterruptamente (LOURENÇO et al., 2015).

Planos para aperfeiçoar a condição de vida no pós-infarto tem sido assunto de averiguação cientifica com o objetivo de assegurar uma terapia exclusiva, visando meios de surpreender positivamente a reabilitação do cliente (BONI; MARTINEZ; SACCOMANN, 2013).

**2 OBJETIVO**

- Compreender a fisiopatologia e quadro clínico do IAM identificando seus principais fatores de risco;

- Descrever o papel do enfermeiro no atendimento ao paciente com IAM destacando as intervenções de enfermagem.

**3 METODOLOGIA**

Foi realizada uma revisão bibliográfica nos portais Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico, Revista Científica de Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista de Enfermagem UFPE OnLine, NANDA, Arquivo Brasileiro de Cardiologia, Escola Ana Nery. No levantamento bibliográfico serão utilizadas como palavras-chaves: enfermagem, infarto agudo do miocárdio, assistência.

**4 A FISIOPATOLOGIA E QUADRO CLÍNICO DO IAM IDENTIFICANDO SEUS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO**

**4.1 Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio**

O infarto agudo do miocárdio é ressaltado como a patologia mais grave, acentuando a razão de mortes no mundo inteiro, estando encarregado por 8,76 milhões de todos os óbitos em 2015 (WHO, 2017).

No Brasil, com a diferença social, envelhecimento acelerado dos habitantes e os hábitos de saúde relativos ao sobre peso, costume alimentar ineficaz, deficiência na execução de exercícios físicos, além da elevada predominância de diabetes mellitus e hipertensão arterial, a patologia do coração estabelece de forma essencial o motivo de óbitos desde a década de 1960, aparentando um alto percentual de todas as internações no país (RIBEIRO et al., 2016).

Em 2016 ocorreu o registro no Brasil de 107.409 hospitalizações por infarto agudo do miocárdio e 12.215 mortes de acordo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Várias pesquisas evidenciaram a importância da averiguação acerca do infarto agudo do miocárdio, fundamentando a particularidade da epidemia da comorbidade, sendo a razão primordial de óbitos em todo o mundo, compondo-se, dessa maneira, como uma questão de saúde pública (SOUZA, 2014; SILVA, 2013; SÁ et al., 2014).

Uma das reclamações relevantes que são mencionadas pelos clientes que buscam o serviço de emergência é a dor no tórax. Segundo pesquisas realizadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, a hipótese é de 4 milhões de indivíduos acolhidos por algia no peito por ano no Brasil. Dos pacientes que relatam algia torácica, tem-se a quantidade de cinco a quinze por cento com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), isto é, em informações pertinentes, no Brasil são 400 mil anualmente (BASSAN et al., 2002).

**4.2 Fisiopatologia do IAM**

O coração é o órgão principal do sistema cardiovascular. É um músculo pulsante que bombeia sangue continuamente para o resto do corpo. O próprio coração é suprido pelas artérias coronarianas com o oxigênio e os nutrientes necessários que ele precisa para funcionar com eficiência. A atividade de bombeamento do coração é realizada pelo músculo cardíaco, o miocárdio, formado, sobretudo de um conjunto de células especializadas, células musculares chamadas de cardiomiócitos. Os glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e outras substâncias fluem livremente para o coração e outras partes do corpo. Em uma pessoa saudável, as paredes da artéria são lisas e têm espessura uniforme. Todavia, com o passar do tempo, um nível elevado de colesterol circulante pode causar o acúmulo de depósitos gordurosos, chamados placas (SCHOEN; MITCHELL, 2010).

O coração é formado por quatro câmaras, sendo dois átrios e dois ventrículos, que são encarregados por manter o volume circulante de sangue. Sendo o átrio direito responsável por 25% do debito cardíaco (DC) e o ventrículo esquerdo por 75% do debito cardíaco (DC), à proporção que o coração oferece nutrientes para o consumo sistêmico, ele mesmo recebe oxigênio e nutrientes, por meio das coronárias, o que resulta no controle entre a oferta e o consumo (GUYTON; HALL, 2011).

Situações que formam instabilidade resultam na Síndrome Coronariana Aguda, formada pela falta do fluxo sanguíneo e a oferta inapropriada de oxigênio para o coração (FIGUEIREDO et al., 2013).

Os fatores frequentemente são devido à aterosclerose e arteriosclerose que acabam no bloqueio do fluxo sanguíneo para a musculatura cardíaca, provocando sofrimento muscular. A oclusão pode ser total ou parcial, capaz de provocar o infarto agudo do miocárdio hemorrágico ou infarto agudo do miocárdio isquêmico, sendo frequente o infarto agudo do miocárdio isquêmico (LOPES et al., 2012).

A Síndrome Coronariana Aguda pode ser considerada em angina estável, e angina Instável, infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST e infarto agudo do miocárdio sem supra desnivelamento do segmento ST, gerando um grande problema de saúde pública (DESSOTE et al.,2011).

A frase infarto agudo do miocárdio deve ser aplicado quando há indícios de morte do miocárdio numa circunstância hospitalar de isquemia com o aumento da morte do miocárdio (preferivelmente a troponina) superior a uma porcentagem de 99, sendo a medida máxima como referência e, ao menos, seguido de um dos preceitos como: Indicativos de estímulos de isquemia miocárdica; Progressão de outras ondas Q no eletrocardiograma; Outras modificações relevantes no segmento ST, na onda T; Comprovação no exame de imagem, destacando o dano habitual do miocárdio; Reconhecimento do trombo intracoronariano por exame de angiografia (NICOLAU et al., 2014).

O infarto agudo do miocárdio começa, geralmente, por meio de uma modificação rápida e inevitável da placa aterosclerótica fixo em um dano aterotrombótica, possivelmente letal com interrupção, desgaste superficial, ferimento, fissura ou hemorragia intensa. Geralmente nas ocorrências, a modificação da placa ocasiona a criação de trombos amontoados que obstruem totalmente a artéria acometida. Esses fatos intensos estão continuamente ligados a inflamação dentro da lesão que permeia o começo, desenvolvimento e complexidades agudas da aterosclerose (SIERVULI et al., 2014).

O infarto agudo do miocárdio é chamado como ataque cardíaco, é o processo de morte do músculo cardíaco, resultado de uma isquemia grave por falta de aporte adequado de oxigênio e nutrientes. O início do infarto agudo do miocárdio constitui em uma modificação súbita da morfologia de uma placa de ateroma. Quando são expostas ao colágeno subepitelial e ao interior necrótico da placa, as plaquetas começam os processos de adesão, agregação, ativação e liberação de fortes agentes agregadores que formam o micro trombo, a contração é estimulada por mediadores liberados das plaquetas, o fator tecidual ativando a cascata de coagulação aumenta o tamanho do trombo. Dessa maneira o trombo oclui totalmente o lúmen do vaso (SCHOEN; MITCHELL, 2010).

Dentre as complexidades primordiais no infarto agudo do miocárdio temos o choque cardiogênico, insuficiência cardíaca, angina regularmente, parada cardíaca, problemas físicos, acidente vascular cerebral, edema agudo de pulmão, arritmias, novo infarto e óbito (PIEGAS et al., 2012; SANTOS et al., 2010).

O IAM agrupa-se de acordo com o tamanho: que pode ser microscópico (morte focal), pequeno (inferior a 10 % do miocárdio ventricular esquerdo), moderado (entre 10 a 30% do miocárdio do ventrículo esquerdo) e grande (superior a 30% do miocárdio do ventrículo esquerdo); Modificação anatômica: que pode ser transmural (morte isquêmica da grossura total da parte da parede afetada, alongando-se desde o endocárdio, percorrendo pelo miocárdio até o epicárdio), e não-transmural (a região que sofre morte isquêmica não chegou ao epicárdio, apenas ao endocárdio ou endocárdio e miocárdio); Alteração patológica: em desenvolvimento (com espaço de tempo inferior a 6 horas e detecção mínima ou quase nenhuma de leucócito polimorfonuclear), agudo (espaço de tempo entre 6 horas a 7 dias contendo leucócito polimorfonuclear), cicatrização (espaço de tempo de 7 a 28 dias sem presença de leucócitos polimorfonucleares, porém contendo células mononucleares e fibroblastos), e cicatrizado (com espaço de tempo de 29 dias ou mais e tecido cicatricial sem infiltração celular); Localização: anterior; inferior; septal; lateral; inferobasal (posterior); e ventricular direito (AEHLERT, 2013); Clínico: tipo 1- Infarto do miocárdio voluntário (interrupção da placa, desgaste ou dissecção), tipo 2- Infarto do miocárdio secundário por instabilidade isquêmica (anemia, hipertensão, contração muscular involuntária, obstrução do vaso e taquiarritimia), tipo 3- Infarto do miocárdio resultante em apoptose, sem coleta de biomarcadores, tipo 4- Infarto do miocárdio relativo a cirurgia coronariana percutânea ou trombose de stent, tipo 5- Infarto do miocárdio relativo a operação de revascularização miocárdica (THYGESEN et al., 2013).

**4.3 Sinais e sintomas do Infarto Agudo do Miocárdio**

O sintoma primordial do infarto agudo do miocárdio é a algia no peito, também chamada de dor torácica, precordialgia ou dor precordial. Esta é caracterizada como compressiva, angustiante, com disseminação para os braços, dorso ou epigástrio, mandíbula, seguida ou não por suor frio, dificuldade para respirar, náuseas, vômitos. Porém, não serão todos os pacientes que irão manifestar dor torácica, um exemplo disso são os diabéticos, idosos e algumas pessoas do sexo feminino (BRAGA et al., 2007; CANESIN; TIMERMAN, 2013). Em pacientes diabéticos, ocorre de maneira atípica, devido a neuropatia que, provém da doença, dessa maneira interferindo os neuroreceptores, mudando a percepção de dor do paciente (BRUNNER; SUDDARTH, 2006).

São caracterizadas como arritmias do coração as irregularidades na frequência, no ritmo e na condução dos batimentos cardíacos, são constantes nas primeiras horas decorrentes ao infarto agudo do miocárdio, e sua detecção precisa instantânea para uma intervenção apropriada. Os traços do eletrocardiograma precisam ser regulares, com derivações uniformizadas, com estratégias de alarmes regulados, possibilitando o reconhecimento apropriado de arritmias, bem como modificações do segmento ST (PIEGAS et al., 2015; CARVALHO, 2013; ALVES et al., 2011; LOZOVOY et al., 2008).

**4.4 Fatores de risco do Infarto Agudo do Miocárdio**

Os fatores de risco mais relevante para o Infarto Agudo do Miocárdio são classificados como mutáveis e não-mutáveis. Os mutáveis são: sedentarismo, diabetes, obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia. Já os não-mutáveis mencionam-se ao histórico familiar (hereditário) e idade (DATASUS, 2014; AVEZUM ET AL., 2005). Os mutáveis são aqueles que a pessoa consegue atuar para reverter o quadro, ou seja, podem modificar o estilo de vida e ter uma alimentação saudável, praticar atividades físicas (AVEZUM et al., 2005).

A presença anormal ou excessiva de colesterol e trigliceres no sangue (dislipidemia) é o fator de risco crucial que pode ser mutável. Ele é o causador da produção da placa de ateroma nas artérias e vasos sanguíneos, resultando na aglomeração de lipídios nos vasos, portanto é indispensável o reconhecimento e a terapêutica antecipada do alto colesterol a fim de impedir o acontecimento dessa doença (PINHEIRO, 2010; MENDES, 2006; DINIZ, 2008).

Outro fator de risco para o IAM é a pressão alta (hipertensão arterial), visto que se trata de uma patologia perigosa e calada, atinge o cérebro, olhos, os rins, vasos e coração. Fazendo com que aconteçam transformações nas artérias provocando uma sobrecarga do coração. A hipertensão arterial não deixa os ventrículos repousarem corretamente, com isso colabora com os distúrbios diastólicos. Este fator de risco é encarregado pelo evento de constrição dos vasos e em decorrência disso diminui a quantidade de sangue presente nas coronárias (MONTERA et al., 2009; ROACH, 2009).

No caso do diabetes a glicemia modificada faz com a pessoa apresente problemas cardíacos e vasculares. O excesso de açúcar no sangue provoca uma sequência de mudanças no corpo como doença nas carótidas, endotélio vascular, coronárias e nos vasos, resultando em complexidade isquêmica devido a imensa permanência de glicose nos vasos, na qual não é absorvida pelo corpo (LOBATO, 2014).

No que diz respeito ao sedentarismo, o exercício físico provoca o estímulo das células encarregadas pela ação fibrinolítica desestruturando o coágulo, por isso é essencial a atividade física para diminuir esse agravo (MOLINA, 2010).

A quantidade de indivíduos com obesidade cresce a cada dia, o mesmo é considerado um fator de risco muito importante, pois ele leva ao episódio de dislipidemia que é um dos fatores cruciais para as patologias do coração. Dessa forma, entende-se o valor de uma alimentação sadia, pois a obesidade ocasiona a elevação de gordura no sangue, por conta do excesso de gordura absorvido de uma má alimentação, futuramente essa gordura vai se acumulando no interior das artérias e vasos (FILHO et al., 2013).

Os fatores de risco não-mutáveissão caracterizados por uma pré-disposição genética, ou seja, a pessoa já nasce com a tendência de contrair a doença. O histórico familiar e a idade, são fatores que apenas contidos, como por exemplo, atividades físicas, mudança alimentar, medicamentos (DATASUS, 2014).

O miocárdio fica 25% mais espesso com a idade, a flexibilidade diminui, o músculo se torna mais enrijecido fazendo com que o coração funcione mais devagar levando a diminuição do débito cardíaco em 25%. O corpo humano sofre alterações habituais relacionados ao processo de envelhecer, em decorrência disso surge à vulnerabilidade e patologias como o infarto agudo do miocárdio devido ao enfraquecimento dos órgãos (LIMA, 2013).

Dentre as causas determinantes do infarto agudo do miocárdio temos infecção, infarto agudo do miocárdio anterior, arritmias graves, choque cardiogênico. O exemplo maior desse acontecimento é o Infarto agudo do miocárdio isquêmico com e sem supra de segmento ST, assim como podemos enfatizar o infarto agudo do miocárdio hemorrágico o qual é pouco evidenciado nas literaturas (MAGGE et al., 2012; MATOS et al.,2012).

**4.5 Diagnóstico**

O diagnóstico de infarto agudo do miocárdio é especialmente instituído no momento em que há um quadro de agravo do miocárdio relacionado a elevação de marcadores da morte do miocárdio, tendo a troponina como preferência, com o percentil maior que 99 do limite referencial. Além disso, o cliente deve está relacionado com pelo menos um dos parâmetros descritos a seguir: reconhecimento de trombo dentro da coronária por angiografia ou exame de necropsia; progressão de novas ondas Q por patologia no eletrocardiograma; manifestação de isquemia do músculo cardíaco; comprovação no exame de imagem do dano visivelmente causado ao miocárdio; nova condição de irregularidade do segmento da contração ventricular; novas modificações importantes na onda T ou ST (NICOLAU et al., 2014).

Um dos exames mais minucioso que diagnostica as patologias do coração é o eletrocardiograma, este é realizado por um aparelho que mensura os estímulos elétricos da musculatura cardíaca, permitindo um tracejado específico que possibilita o reconhecimento da modificação das patologias. O aumento da onda ST ligada a dor no tórax compreende 91% de particularidade e 46% da exatidão (MANSUR, et al., 2006).

**4.6Tratamento**

A analgesia compõe outro marco indispensável do tratamento antecipado do infarto agudo do miocárdio. Porém, o domínio da dor é constantemente ignorado, por não ter um amplo resultado direto sobre o prognóstico dos clientes. A análise ágil e íntegra da dor após a reperfusão do miocárdio favorece a definição de que a angina é complementar a falta de suporte sanguíneo a musculatura do coração. Deste modo, cuidados que objetivem a restauração do fluxo do músculo do coração ou ações anti isquêmicas habituam-se o suficiente no domínio do episódio da dor (PIEGAS et al., 2015).

A utilização de antiplaquetários na terapêutica do infarto agudo do miocárdio com supra desnível do segmento ST tem efeito favorável atestado. Demonstrando seu êxito e garantia atestada, bem como sua associação valor-eficiência, os antiplaquetários, especialmente o AAS, encontram-se entre os remédios mais consumidos no mundo. O ASS é um anti-inflamatório apropriado usualmente para todas as pessoas com hipótese de IAM, provavelmente como tratamento, com exclusão nos casos de incompatibilidade alergia ou inflexibilidade ao medicamento, sangramento presente, hemofilia e ulcera péptica ativa. Pessoas com grande risco de patologia coronária podem ser orientadas pelo seu médico acompanhador, a ingerir Ácido Acetilsalicílico (ASS) não obstruído em ocorrências emergenciais. É eleito, o antiplaquetário usado no infarto agudo do miocárdio, o qual diminui a letalidade em 23%, particularmente, tanto como a estreptoquinase (SK). Além do mais, possuem atuação sinérgica, adequado do fibrinolítico, trazendo a junção dos dois fármacos a uma diminuição de 42% na letalidade. A administração do AAS precisa ser para todos os clientes acometidos com o infarto agudo do miocárdio o mais breve possível, após a constatação do diagnóstico ser classificado como aceitável. Recomenda-se a mastigação para favorecer a absorção na dose que varia de 160 mg a 325 mg. O tratamento precisa ser conservado ininterruptamente, diariamente, 100 mg ao dia. No tratamento com antiplaquetários para pacientes com infarto agudo do miocárdio, além de utilizar o AAS também se utilizam o clopidogrel, prasugrel, ticagrelor, heparina. (PIEGAS et al., 2015).

Segundo o arquivo brasileiro de cardiologia os betabloqueadores são medicamentos que reduzem os batimentos cardíacos, inotropismo (contração da musculatura cardíaca), e pressão arterial, agindo em cooperação com a finalidade de reduzir o gasto de oxigênio pelo miocárdio. Em conjunto com essas condutas, eles favorecendo retorno circulatório do miocárdio, tais condutas são encarregadas pela a diminuição das taxas de interrupção do miocárdio, restringir o volume do infarto e beneficiar a atividade do coração. As condutas antiarrítmicas são essenciais no estágio agudo do infarto do miocárdio. De modo geral, podemos classificar a administração dos betabloqueadores no infarto agudo do miocárdio em rápida e tardia. A utilização rápida refere-se à administração do remédio no estágio prévio do infarto, já o tardio acontece após 24 h do começo da sintomatologia ou até pós-hospitalar, visando a prevenção secundária. Exemplos de betabloqueadores são: atenolol, metoprolol, carvedilol (TIMERMAN et al., 2004).

Nitrato: devem ser administrados por via sublingual (nitroglicerina de isossorbida ou dinitrato de isossorbida), para restituição de inesperada contração, ou para aliviamento da dor anginosa. Além disso, são indicados para o equilíbrio da hipertensão arterial, ou aliviamento do congestionamento pulmonar, se estiver presente. São contestados na existência de hipotensão arterial (pressão arterial sistólica <90 mmhg), uso anterior de sildenafil ou equivalentes nos limites de 24 horas e na intuição de implicação do ventrículo direito (VD). A porção sublingual recomendada é de nitroglicerina 0,4 mg, mononitrato de isossorbida 5 mg ou dinitrato de isossorbida 5 mg. Tem que ser aplicados no total de três doses, em intervalos de 5 minutos (PIEGAS et al., 2015).

Em torno de 30 anos foi empregado o uso de agentes fibrinolíticos para à recanalização da artéria relativa ao infarto em clientes com infarto agudo do miocárdio. Refere-se a um método de reperfusão importantíssimo, principalmente em circunstâncias onde a intervenção coronariana percutânea não está acessível no prazo rápido. Os fibrinolíticos têm recomendação precisa nos clientes com sintomatologia indicativa de síndrome coronariana aguda, relacionada ao supradesnível insistente do segmento ST (TIMERMAN et al., 2004).

Intervenção coronária percutânea primária: consiste na aplicação de um cateter balão, com ou sem implantação do stent, sem o uso antecipado de fibrinolítico, com propósito de reconstituir o fluxo sanguíneo coronariano de forma mecânica. Esse método quando acessível representa a escolha preferida para o alcance para reperfusão coronariana, se instituída até 90 minutos decorrente a constatação do diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, como também para os clientes com indício de contra indicação para fibrinolítico ou na presença de choque cardiogênico. Os parâmetros de inserção para a efetuação de uma intervenção coronária percutânea primária são vastos, ajudando quase todos os clientes afetados pelo infarto agudo do miocárdio (BARRETOS et al., 2011).

Dentre as metodologias mais empregadas em clientes com síndrome coronariana aguda ressaltam-se a cirurgia de revascularização do miocárdio e a angioplastia com a colocação de stent. **Revascularização primária:** a cirurgia de revascularização primária se restringe a pacientes com coronária automaticamente favorável, contra indicação ou falha no tratamento intervencionista, tem que ser realizado nas primeiras horas posterior ao início da modificação isquêmica. A cirurgia de revascularização pode restringir a região de morte do miocárdio, desde que seja executada preferencialmente em um período de duas a três horas. O tempo correto de recomendação para a cirurgia de revascularização de emergência não pode ultrapassar de quatro a seis horas posterior ao quadro de infarto. **Revascularização após intervenção coronária percutânea sem sucesso:** é recomendada para clientes com evolução do infarto agudo do miocárdio, que manifesta dor contínua ou desequilíbrio hemodinâmico após intervenção coronária percutânea sem sucesso. Porém, esses fatos demonstram alto índice de morte da qual aumenta no aparecimento de choque cardiogênico, período de isquemia excedente há quatro horas e várias doenças da artéria. **Revascularização associada ao tratamento das complicações mecânicas do infarto:** deve ser sempre recomendada na presença de complicações do infarto como, por exemplo, o rompimento da parede, comunicação interventricular (buraco na parede entre os ventrículos do coração) e rompimento ou disfunção do músculo papilar (auxiliam no funcionamento da sístole e da diástole através das valvas) (PIEGAS et al., 2015).

O infarto agudo do miocárdio pode ocasionar em diversos tipos de condições hemodinâmicas, desde estados com moderadas repercussões, até o choque cardiogênico. O choque cardiogênico é uma síndrome decorrente da instabilidade do sistema circulatório completo, sendo a diminuição do funcionamento do ventrículo esquerdo o fator primordial frequente nos episódios de choque cardiogênico (TIMERMAN, 2004).

Suporte circulatório mecânico: no tratamento com suporte circulatório mecânico é usado aparelhos chamados de dispositivo de assistência ventricular (DAVs), que pode ser colocado em clientes com choque cardiogênico. Os dispositivos de assistência ventricular são planejados para funcionar como tratamento de substituição cardíaca em condição provisória ou definitivo, de modo fracionado ou completo, de colocação univentricular ou biventricular. O tratamento com suporte circulatório mecânico pode elevar o tempo de vida dos clientes acometidos pelo choque cardiogênico, mesmo que seja inevitável a efetuação do transplante do coração (PIEGAS et al., 2015).

Encontram-se diversos tipos de dispositivos de assistência ventricular com suas instruções precisas e múltiplas técnicas de utilização. Dentre eles são usados o dispositivo pulsátil, dispositivo rotatório, balão intra-aórtico, todos com o objetivo de reproduzir o fluxo sanguíneo (TIMERMAN, 2004).

**5 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM IAM DESTACANDO AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

Compete ao enfermeiro em consonância com o auxílio médico ou até a sua chegada, condutas como: descanso no leito a fim de minimizar qualquer esforço físico, acompanhamento cardíaco ininterruptamente, oferta de oxigênio por cateter nasal, gasometria arterial. Na admissão do paciente o enfermeiro tem que adiantar nos primeiros dez minutos do atendimento o exame laboratorial que serve para detectar os marcadores bioquímicos do dano cardíaco, com reincidência após seis a nove horas e o exame de eletrocardiograma com repetição após seis horas, com isso ajudando a diagnosticar a patologia (MENDES; MIRANDA, 2015).

O enfermeiro precisa estar em alerta e privilegiar a análise da dor torácica juntamente com a avaliação dos sinais vitais, isso ajuda a diferenciar o IAM de outras doenças. Pesquisas indicam que os sintomas específicos do IAM não se aplica a todos os clientes, tendo como exceção as pessoas com diabetes, gestantes e idosas, onde os sintomas são imprecisos (SOUZA et al., 2014).

Contudo, é essencial que o enfermeiro saiba analisar e interpretar o resultado dos exames, especialmente o eletrocardiograma, pois este contribui para a confirmação do IAM através da visualização do supradesnível do segmento ST, com isso é preciso intervir o mais rápido possível. Em decorrência dessa doença de caráter emergencial o enfermeiro tem que ser ágil, hábil, resolutivo, instantâneo e promover uma assistência apropriada a situação (MENDES; MIRANDA, 2015).

No ambiente hospitalar as intervenções de enfermagem é: Deixar o cliente em posição horizontal com a cabeceira levemente erguida; Ofertar O2 por cateter nasal, deixando as vias aéreas superiores impenetrável; Promover o ECG; Colocar oxímetro de pulso e monitorização cardíaca; Averiguar e registrar a PA e pulso; Cumprir as instruções médicas em relação à administração de drogas; Realizar punção venosa de calibre grosso; Coletar amostra sanguínea para dosagem de eletrólitos e enzimas; Alerta especificas aos sinais vitais dos pacientes sedados, pois o mesmo estará em repouso; Colocar o desfibrilador preparado para uma provável cardioversão elétrica (SANTOS, 2013). Os pacientes com possível diagnóstico de IAM apresentam náuseas e vômito, por isso é importante que o mesmo fique em jejum, para evitar uma possível bronco aspiração. Devendo manter repouso nas 24horas jejum nas primeiras 12 horas (BRASIL, 2009). O enfermeiro deve informar ao paciente todos os procedimentos realizados e como ele se encontra no momento, toda essa comunicação deve ser feita com a presença do médico, com o objetivo de esclarecer todas as dúvidas do paciente a nível médico e da enfermagem ao mesmo tempo (SANTOS, 2013).

O enfermeiro agregado no andamento da assistência aos clientes com infarto agudo do miocárdio contribui na construção do planejamento para os cuidados de enfermagem, estipulando como meta as condutas ligadas aos pacientes (MENDES, 2013)

Portanto, o enfermeiro precisa analisar minuciosamente o desenvolvimento das manifestações clínicas associadas ao infarto agudo do miocárdio; Evitar e detectar provável complicação; Precaver danos ao miocárdio; Abranger os familiares na terapêutica; Proporcionar o auto cuidado entre outros (MENDES, 2013)

Torna-se primordial entender a reação do paciente afetado pelo infarto agudo do miocárdio, observa-se a obrigação proveniente de autonomia e proteção da atividade profissional de enfermagem embasada em comprovações, relacionando os indícios clínicos usualmente conhecidos na aplicação da saúde cardiológica, condutas e efeitos da enfermagem (PEREIRA et al., 2011)

Contudo, nota-se que entre várias ações de enfermagem que podem ser aplicadas no indivíduo infartado e também da família, pois este sofre junto com o paciente (FIGUEIREDO et al., 2013).

O enfermeiro precisa saber interpretar os exames que diagnosticam o infarto agudo do miocárdio, são eles: Eletrocardiograma, que pode ocorrer modificação da onda T(aparece suboclusão do músculo cardíaco, sinal de isquemia), supradesnivelamento do segmento ST (mostra obstrução do músculo cardíaco), deflexão negativa inicial da onda Q do complexo QRS (exibe morte do músculo cardíaco); Alteração das enzimas: creatinofosfoquinase-CPK (ficam aumentadas em poucas horas após o início da dor), CKMB (isoenzima presente no músculo cardíaco que define o tamanho de massa ventricular enfartada), transaminase glutâmico oxalacética-TGO (aumenta no período de oito a dose horas após o quadro clínico, se estabilizando em até três dias após o ocorrido), desidrogenase láctica-DHL (está enzima é a última a ser modificada e chega no topo entre 24 a 48 horas) troponinas (esta enzima indica a lesão cardíaca e sua característica) (SANTOS, 2013).

A mioglobina ou a creatina quinase do músculo cardíaco (CK-MB) é uma enzima cardíaca que se eleva no sangue quando ocorre a morte das células cardíacas, estando julgado como parâmetro mais característico do diagnóstico do infarto agudo do miocárdio. Sua elevação começa no período de uma hora e chegam ao ápice dentro das primeiras 24 horas (SMELTZER, 2005).

Em relação à administração de trombolíticos a assistência de enfermagem precisa entender da medicação a serem infundida e primordialmente seus efeitos. A oclusão trombótica da artéria coronária é definida pela onda Q. A medicação constituída por trombolíticos tem o objetivo de desfazer os trombos, normalmente são sugeridos para casos com algia de dura mais que trinta minutos, no entanto, quando se trata de sangramento interno (TCE, histórico de AVC hemorrágico, operação de grande porte inferior a duas semanas, operação intracraniana menos de seis meses) este medicamento é contra indicado. A enfermagem deve diluir em SG a 5% sem agitar a medicação, infundir entre trinta e sessenta minutos, usar equipo microgota, ou preferivelmente bomba de infusão, controlar minuciosamente o gotejamento, monitorar o paciente constantemente, estabelecer repouso total durante a administração (SANTOS, 2013).

Uma conduta essencial a terapêutica do infarto agudo do miocárdio é ofertar oxigênio para conter a lesão isquêmica, que pode diminuir o supradesnível do segmento ST e reestabelecer a hipoxemia. O domínio da dor e da aflição são grandes coligados no tratamento, é designado o uso de ansiolíticos e analgésicos. O clopidogrel (antiplaquetário) demonstra confiabilidade e êxito no tratamento (PIEGAS, 2004).

O papel do enfermeiro, junto com a equipe, disponibilizar um acesso calibroso com o objetivo de infundir a medicação essencial para a recuperação do paciente com infarto agudo do miocárdio. É importante lembrar que os fármacos são administrados conforme a prescrição médica (SANTOS, 2010).

Nos eventos de infarto agudo do miocárdio, geralmente, são usados trombolíticos obtendo a finalidade de anticoagulante, permitindo a recuperação da perfusão cardíaca. Este fármaco propicia a quebra do trombo dentro da artéria coronária, possibilita o retorno sanguíneo ao miocárdio e minimiza as lesões decorrentes da isquemia. O esperado é concluir o diagnóstico do cliente e infundir o fármaco trombolítico em até trinta minutos depois da chegada do mesmo ao ambiente hospitalar. O paciente é precisamente vigiado durante e após a administração do medicamento trombolítico relacionado a diminuição da propensão de criação de coágulos equilibradores nos outros tecidos do corpo, tendo como resultado o aumento do risco de sangramento (MORTON et al., 2007; SMELTZER, 2005).

É fundamental que o enfermeiro elabore uma assistência específica aos pacientes que utilizaram trombolíticos e tomar medidas cautelosas como precaução de injeção intramuscular, minimização da quantidade de punção para introduzir linhas dentro da veia, precaver do trauma tecidual e realização de compressão prolongada no local puncionado (MENEZES et al., 2012).

O enfermeiro tem uma função imprescindível na atuação pertinente aos sinais e sintomas do cliente, sendo o responsável fundamental na orientação da assistência apropriada, agindo na explanação das dúvidas, analisando suas prioridades, suprindo expectativas, além de dar continuidade na atuação nos processos dentro do hospital, disponibilizando apoio aos clientes com infarto agudo do miocárdio, reconhecendo antecipadamente um provável infarto, tornando mais rápido a assistência, minimizando o período de dano ao miocárdio, e promovendo atividades para a população com o objetivo de identificar a sintomatologia do cliente acometido pelo infarto (BEZERRA et al,. 2011).

O enfermeiro é responsável por efetuar a triagem nas unidades de emergência, compete a ele examinar o cliente, definir as prioridades e necessidades e conduzi-lo para o setor da terapêutica; o acolhimento emergencial nos serviços hospitalares tem uma função crucial na reabilitação e preservação na saúde do paciente, reconhecendo antecipadamente um provável infarto e agilização do atendimento prestado como causa principal para minimizar os danos causados a musculatura do coração (TEIXEIRA et al., 2015).

Para o grupo de trabalho de enfermagem, o enfermeiro em particular, é de fundamental relevância que ele instrua e liderea sua equipe, mantenha-se informado e esclarecido, para que os cuidados oferecidos sejam o mais adequado e viável. Para que os funcionários sejam estimulados, considera-se que é profundamente indispensável uma capacitação na prática e na teoria, a princípio para os enfermeiros, com reciclagem sobre o tema, e posteriormente o mesmo deve repassar os conhecimentos adquiridos aos demais profissionais que o circundam (ARAÚJO et al., 2008).

O sucesso da terapêutica da patologia infarto agudo do miocárdio não está ligado somente a uma conduta rápida e adequada do paciente e das pessoas que o cercam, como também a acessibilidade de um método de assistência de emergência com instrumentos de trabalho, auxílio de materiais e profissionais habilitados para sua assistência. É essencial a qualificação dos funcionários para desempenhar com eficiência científica e técnica o acolhimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio (TEIXEIRA et al., 2015).

O aprimoramento contínuo do método do exercício dos enfermeiros agregado nas unidades de urgência e emergência, baseado no ensino constante em saúde é imensamente significativo. As unidades de saúde devem proporcionar a formação de espaços grupais propício a permitir o raciocínio, estudo e verificação pertinente a sua orientação científica e prática na saúde, permitindo um método de conhecimento ininterrupto relacionado as carências privativas e em relação a profissão de cada colaborador, bem como a elaboração de uma assistência especializada para seus funcionários (ALVES et al., 2013).

Observando-se a diferença da dor torácica, a importância da doença coronariana nos dias atuais e a primordialidade de terapêutica adiantada, torna-se essencial a elaboração de estratégias que visem assegurar a identificação e a assistência destes pacientes o mais rápido possível. Neste campo, a classificação de risco pelo sistema de Manchester se caracteriza como possível ferramenta para a priorização do atendimento e, embora a porcentagem de acertos na triagem destes pacientes seja maior, os que não recebem preferência em seu atendimento, são mais prejudicados pela demora do começo da terapia apropriada, o que pode estender a danos e a até mesmo ao óbito. (SOUZA et al.,2011).

No meio das pesquisas nacionais atuais sobre esse sistema estão as feitas em Minas Gerais, estado que se iniciou na colocação do Sistema de Manchester no Brasil (SOUZA et al., 2011; JUNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

Pensa-se que o seguimento deste estudo poderá aumentar o conhecimento sobre esse atual sistema utilizado em nosso meio e contribuir a ação dos enfermeiros, que são os profissionais encarregados por observar e escolher corretamente o atendimento desses pacientes críticos. Além disso, considera-se que os sintomas desenvolvidos, terão eficácia de contribuir para a elaboração de ações especializadas da triagem de pacientes com dor torácica nos serviços de urgência e emergência (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Geralmente, o enfermeiro é o colaborador que tem o contato inicial com o paciente que chega no serviço hospitalar com dor no tórax. O profissional precisa mostrar comprometimento para agir com eficiência de forma humana, com ética, prática, exatidão, diferenciando a sintomatologia do infarto agudo do miocárdio de outras patologias emergencial do coração, sendo que o tempo é uma condição decisiva para o prognóstico (SANTOS; PAGGI, 2010).

Os cuidados do enfermeiro ao cliente que demonstra algia torácica indicativo de infarto agudo do miocárdio baseiam-se na efetivação ordenada do levantamento de dados do paciente de forma sistêmica para o cuidado integralmente e efetuar uma estratégia de cuidados na etapa aguda, englobando as necessidades básicas do ser humano. É primordial observar a carência de oxigênio, perfusão tecidual, comodidade, vigilância da dor, proteção e preservação da vida espiritual, social e psicológica do cliente. Na terapêutica antecipada é preciso analisar os sinais vitais, medicação na veia, observar o cateter endovenoso e efetuar o colhimento de sangue (OLIVEIRA; LEITÃO; RAMOS, 2009).

Destaca-se a relevância que o enfermeiro tem além de agir na terapêutica aos pacientes com infarto, também precisa atuar no ensino em saúde, objetivando a precaução das condições de risco e a participação quanto a identificação da sintomatologia do infarto agudo do miocárdio, destacando o valor do suporte instantâneo desde manifestação do incômodo no tórax, além de esclarecer como entrar em contato com o serviço emergencial no aparecimento dos sintomas (SAMPAIO; MUSSI, 2009).

No desempenho da sua função é dever do enfermeiro bem como sua obrigação disponibilizar ao cliente um cuidado excelente, privando a dor, falhas e consequentemente o óbito. É essencial continuar ininterruptamente a reciclagem, competindo a ele a responsabilidade de integrar-se na capacitação e também na sua elaboração (SILVA; SEIFFERT, 2009).

Conhecida mundialmente como triagem, a classificação de risco representa um planeamento que tem o objetivo de ordenar a procura do suporte nas unidades de urgência, de maneira a detectar aqueles que precisam de ajuda instantânea e aqueles que conseguem esperar os cuidados com proteção (DURO; LIMA; ACOSTA, 2012). Esse método pretende conduzir os cuidados clínicos de forma mais adequada possível para os pacientes que indicam maior urgência, de forma a colaborar para um aproveitamento eficaz dos recursos na área da saúde (SANTOS; MARTINS; FREITAS, 2014), redução da quantidade de óbito evitável, hospitalização e sequelas (BRASIL, 2009).

O manual prático de atendimento com classificação de risco preparado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), traz a análise e a classificação de risco como atividade realizada pelo enfermeiro e mais adiante foi amparado pela Resolução COFEN nº 423/2012 (VISSER, 2010; CASTNER, 2011). Dessa forma, o enfermeiro precisa estar equipado com capacidade e sabedoria que o configure apto para a execução da classificação de risco (BRASIL, 2004; COFEN, 2012), com o objetivo de exercer seu dever primordial que é priorizar a triagem aos clientes (MACKWAY; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Compreende-se que a função do enfermeiro na triagem é assegurar que o cliente que chega a unidade de emergência tenha um cuidado apropriado e eficiente ao seu estado de saúde (FRANCO, 2015; LIMA; ACOSTA; DURO, 2012).

No momento presente, a triagem de Manchester proporciona categorizar o paciente em uma das 5 colocações a seguir: cor vermelha, classificado como emergência e o cuidado deve ser imediatamente, selecionado como prioridade I; cor laranja, classificado como muito urgente e o cuidado deve ser em até 10 minutos, selecionado como prioridade II; cor amarelo, classificado como urgente e o cuidado deve ser em até 60 minutos, categorizado como prioridade III; cor verde, classificado como pouco urgente e o cuidado deve ser em até 120 minutos, selecionado como prioridade IV; cor azul, classificado como não urgente e o cuidado pode esperar até 240 minutos, selecionado como prioridade V. Vale destacar que, para o enfermeiro efetivar a triagem de Manchester é preciso que ele efetue antecipadamente um curso preparatório característico, que o capacita e o instrui para o cumprimento desta prática. O preparatório é de aprofundamento teórico e ensinamento de fatos clínicos que dura 8 horas (MACKWAY; MARSDEN; WINDLE, 2010).

O cliente que consta estabilidade, ou seja, batimentos cardíacos normais, eupnéico e sem presença de sinais de choque, um dos maiores obstáculos do enfermeiro triador é distinguir o tipo de algia no tórax, em outras palavras, diante da diversidade de manifestações clínicas, reconhecer se a natureza da dor mencionada é de início muscular, pleurítico ou cardíaco. Segundo o sistema de triagem de Manchester a definição da dor cardíaca é caracterizada como intensiva em compressão ou carga na região central do peito, que é capaz de disseminar para o membro superior esquerdo ou pescoço, podendo estar relacionado ao suor excessivo e vontade de vomitar. A dor pleurítica por outro lado, é mencionada como fincadas detectadas no peito que se agrava com ato de respirar, espirrar ou tossir. Essa distinção vai depender de uma entrevista e um exame físico bem elaborado, correlacionado ao parecer clínico, no qual será decisivo definir a preferência do cuidado ao cliente (MACKWAY; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Existe o perigo elevado de óbito ao indivíduo enfartado, com isso, é essencial a sequência do cuidado do enfermeiro por meio da sistematização da assistência de enfermagem – SAE, portanto, é obrigação do enfermeiro se comprometer com cuidado integral, fortificando, simplificando e interrompendo a divisão do mesmo, sendo a SAE a base que ampara as condutas de enfermagem (GALVÃO, 2001).

**Terapêutica da enfermagem**

A terapêutica da enfermagem prestada ao paciente com infarto agudo do miocárdio abrange métodos de enfermagem que são classificados em cinco etapas, denominado SAE, sistematização da assistência de enfermagem, são elas: 1. Histórico de enfermagem; 2. Diagnóstico de enfermagem; 3. Planejamento de enfermagem; 4. Implementação; 5. Avaliação de enfermagem (BRUNNER, 1998).

Histórico de enfermagem: é a primeira fase do método de enfermagem onde o enfermeiro retrata com atenção a história do cliente, especialmente com aparecimento dos sintomas como suor excessivo, algia ou incômodo torácico, exaustão, perda repentina dos sentidos e palpitações, engloba o levantamento de dados do paciente. É preciso descrever quando os sinais clínicos surgiram e o período que aconteceu. É primordial que ocorra um exame físico bem detalhado e elaborado a fim de identificar os problemas do infarto agudo do miocárdio. Diagnóstico de enfermagem: análise clínica do paciente, etapa decorrente do método de enfermagem que determina os diagnósticos de enfermagem baseado no NANDA. Segundo o NANDA, segue alguns diagnósticos de enfermagem decorrentes do infarto agudo do miocárdio, são eles: **Débito cardíaco diminuído** relacionado à contratilidade cardíaca alterada caracterizado por índice do trabalho sistólico do ventrículo esquerdo diminuído, presença de 3ª e 4 bulhas cardíacas; **Débito cardíaco diminuído** relacionado à frequência cardíaca alterada caracterizado por palpitações cardíacas; **Troca de gases prejudicada** relacionado ao desequilíbrio na relação ventilação-perfusão caracterizado por cianose, hipóxia e dispneia; **Dor aguda** relacionada à isquemia cardíaca caracterizada por comportamento protetor, expressivo e expressão facial de dor; **Ansiedade** relacionada à ameaça de morte caracterizada por aumento da excitação cardiovascular, aumento da frequência cardíaca e respiratórias e palpitações cardíacas; **Náusea** relacionado ao medo e ansiedade caracterizado por sensação de vontade de vomitar; **Intolerância à atividade** relacionado ao desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio caracterizado por alterações eletrocardiográficas indicativas de arritmia e isquemia cardíaca; **Fadiga** relacionado ao infarto agudo do miocárdio caracterizado por cansaço e energia suficiente; **Risco de perfusão tissular periférica ineficaz** relacionada com o débito cardíaco diminuído a partir da disfunção ventricular esquerda. Planejamento de enfermagem: determinação de prioridades, levantamento das anotações com o objetivo de solucionar os problemas detectados no diagnóstico de enfermagem, determina os cuidados de enfermagem que serão realizados no paciente, com foco também na sua família e nas pessoas que o cercam. Implementação de enfermagem: pôr em prática a metodologia escolhida, execução dos cuidados estabelecidos no planejamento. Avaliação de enfermagem: resultado obtido durante todo o processo de cuidado verifica as mudanças ocorridas no paciente e identificar se o tratamento proposto alcançou os objetivos esperado ou analisar possível modificação e ajuste no tratamento escolhido (BRUNNER, 1998).

Na etapa de planejamento é essencial estabelecer metas para o cliente com infarto agudo do miocárdio como: atenuação da dor e sintomatologia da isquemia, precaução do prejuízo cardíaco completar, prevenção do distúrbio respiratório, conservação ou alcance da perfusão tissular apropriada, redução da ansiedade, aderência a um esquema de auto cuidado. Quanto a prescrição de enfermagem: administrar medicação conforme prescrição médica (morfina, que proporciona amenização da dor e age na dilatação do vaso diminuindo a pré-carga e pós-carga); oferta de oxigênio (com o objetivo de elevar os níveis de oxigênio que circula no sangue reduzindo a procura cardíaca e a algia); determinar descanso no leito (para reduzir a atividade do coração); erguer a cabeça e tronco do cliente (com o objetivo de reduzir a pressão do abdome favorecendo a ampliação dos pulmões, ajudando na respiração); verificar constantemente os sinais vitais do paciente; formar uma ligação de confiabilidade com o cliente; proporcionar um ambiente calmo (BRUNNER, 2015).

No decorrer do atendimento, será necessário, seguir os protocolos constituídos pela instituição. Primeiramente antes de iniciar o protocolo do IAM, tem que seguir de início o protocolo de dor torácica, devido ainda não ter um diagnóstico definido. Apesar de várias unidades de emergência, não prosseguirem a rotina desse jeito. Pois o protocolo de dor torácica providencia um atendimento rápido, sistematizado e uniforme, permitindo uma alta perfeição no diagnóstico de patologias como o IAM, Tromboembolismo e Dissecção da Aorta. Depois de efetuar o protocolo e verificar a estratégia de risco, é preciso encaminhar o paciente para fazer exames específicos, sendo indispensável que o enfermeiro tenha uma comunicação direta com os setores aptos a fazerem os exames como o Raio X do tórax, ECG, Eco cardiograma (ECO), medidas das enzimas cardíacas. Gasometria, além da saturação de oxigênio (Sp02) e da monitorização cardíaca. O enfermeiro precisa ser capacitado para leitura diagnostica desses exames, porque o paciente com IAM manifesta várias alterações fisiopatológicas. Fazendo o RAIO X afasta outras causas de dor torácica, como exemplo as doenças cardiopulmonares associadas ao grau de disfunção hemodinâmica e o prognostico resultante do infarto (PESARO, 2008).

A lei n° 7.498 de 25/06/1986 respalda o enfermeiro no atendimento aos pacientes graves com risco de vida, para começar os cuidados diretos de enfermagem. No entanto, na realização do protocolo, o enfermeiro tem que ser ágil suficiente a fim de reduzir danos aos pacientes. Dessa forma, o enfermeiro tem liberdade para instalar os primeiros suportes, como oxigenioterapia, a fim de favorecer e melhorar o desconforto respiratório e diminuir a dor precordial e a ansiedade, assegurar um acesso venoso periférico para infusão das medicações, conforme orientação e prescrição médica, observar sinais e sintomas e avaliar evolução do paciente. Durante a administração dos medicamentos, ele precisa ter conhecimento farmacológico, para observar as possíveis reações adversas e sinalizando o médico qualquer sinal ou sintoma para uma possível mudança de conduta, proporcionando uma melhor qualidade da assistência prestada (COFEN, 2014).

A bibliografia aconselha a função do enfermeiro como provimento, oferta, preservação e reabilitação da comodidade. Além de tudo, no exercício hospitalar, nota-se que a comodidade do paciente é algo previsto por ele na metodologia da terapêutica e, conjuntamente, o cuidado e finalidade de enfermagem. Apresentam compatibilidade a procura do enfermeiro e a perspectiva do cliente. A comodidade é parte integrante tanto da bibliografia da execução da função quanto da parte teórica (FERREIRA et al., 2009).

O compromisso da equipe de enfermagem nos cuidados ao paciente com infarto agudo do miocárdio é impedir complexidades e proporcionar aos pacientes a melhor habilidade funcional, sentimental, psicológica e física. Portanto, a enfermagem precisa estar apta para qualificar ininterruptamente a situação clínica do cliente por meio de: vigilância hemodinâmica, verificação contínua e direcionada ao cliente e observação do eletrocardiograma (NETTINA, 1998).

A vigilância do coração é fundamental para identificar qualquer arritmia. Contudo, os profissionais de enfermagem precisar observar continuadamente o monitor cardíaco para impedir arritmias fatais. Na análise clínica é preciso presumir a condição clínica do indivíduo em períodos constantemente, até que ocorra a estabilidade clínica do mesmo (ARAUJO; MARQUES, 2007).

Cabe ao enfermeiro ordenar a comunicação, o ensino e a preparação das pessoas e habilitar-se para desempenhar com eficiência teórica e prática, ética e de forma humana na assistência aos pacientes com infarto agudo do miocárdio objetivando a diminuição da demora pré-hospitalar atuando na precaução no primeiro e no segundo momento (SAMPAIO, 2009).

A preparação dos cuidados de enfermagem é efetiva baseada nos diagnósticos concreto, relevando que esses diagnósticos compõem a exatidão perfeita dos cuidados de enfermagem ao indivíduo (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

É atribuição do enfermeiro, anteceder e precaver os problemas, o mesmo precisa ter uma visão diferenciada. É essencial propiciar oxigênio o mais rápido possível, conservar o cateter venoso livre e acessível para introdução de medicamentos de emergência na veia. É indispensável que ocorra a troca de informações entre o grupo de trabalho multidisciplinar com o intuito de conhecer o que ocorre com cada cliente, essa troca de informações pode ser realizada de modo verbal, como também por meio de evolução e através do registro anotado no prontuário clínico do cliente que fica a disposição para ler (SAMPAIO; MUSSI, 2009).

Compete ao enfermeiro na assistência ao paciente com infarto agudo do miocárdio: realizar avaliação da dor no tórax (analisar o tempo que dura, o local da dor, intensidade),averiguar o pulso periférico, coloração, presença de edema, temperatura das extremidades, manter vigilância sobre os batimentos cardíacos, executar balaço hídrico (o consumo contínuo de drogas vasoativas pode provocar o acúmulo de sódio e água no organismo, precisando de tratamento diurético), analisar a condição neurológica do paciente ajustando o espaço físico para proporcionar o sono, inspecionar a continuidade dos líquidos na veia e a localização do cateter venoso periférico no momento da administração dos medicamentos, atentar para a permeabilidade da via antes da infusão do medicamento, observar ininterruptamente os sinais vitais, em relação a pressão arterial é preciso aferi - lá antes de infundir o medicamento vasoativo (suspender a administração da droga em caso de paciente hipotenso), verificar os batimentos cardíacos do paciente e se menor que sessenta batimento por minuto comunicar o médico imediatamente, em suposição de dissecção da aorta ou patologia hemorrágica não infundir trombolíticos (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

**6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo desse estudo foi descrever a assistência de enfermagem prestada ao paciente com infarto agudo do miocárdio. O enfermeiro está capacitado para tomar medidas apropriadas para o atendimento ao paciente vítima de infarto agudo do miocárdio destacando como importância as causas determinantes que visam às condutas da equipe de enfermagem para um atendimento de qualidade.

Após a verificação dos estudos foi permitido relatar que o atendimento de emergência nos serviços hospitalares tem papel crucial na reabilitação e conservação da saúde do cliente. O desempenho do enfermeiro também engloba a promoção da saúde dos pacientes. Ele é encarregado de liderar a sua equipe bem como ações de maiores gravidades. É de suma importância que o enfermeiro atue de forma humana e ética na assistência e terapêutica do paciente.

A abordagem do enfermeiro diante de um paciente vitima ou com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio, consiste em agilidade, destreza, habilidade e competência. Este profissional tem que estar apto a reconhecer os sinais e sintomas de IAM, precisa de conhecimento técnico e cientifico para realizar leitura do eletrocardiograma e analisar os resultados dos marcadores cardíacos, além disso, compreender as complicações que podem surgir no futuro e preveni-las.

Promover treinamentos para sua equipe técnica, para que o trabalho seja sincronizado, identificar as pessoas que tem dificuldade de abordagem clínica, investigar o histórico de enfermagem, realizar anamnese, consulta completa de enfermagem, com ausculta, palpação e percussão, são atribuições do enfermeiro.

Durante o uso de fibrinolíticos, o enfermeiro deve estar atento a dose, ao tipo de medicação, conhecer seus efeitos, inclusive os adversos, interações medicamentosas, a farmacodinâmica e farmacocinética, e sinais e sintomas que o paciente possa apresentar.

Compete ao enfermeiro realizar as intervenções e conceder um auxílio rápido e de qualidade, para reduzir os prováveis danos ao cliente, minimizando o risco de sequelas ou mortes provocadas pelo infarto. Quando os profissionais de enfermagem estão preparados para interferir de forma ágil os cuidados fornecidos se torna indispensável no plano de cuidado do paciente.

Atribui-se ao enfermeiro como atividade privativa a triagem do paciente que chega na unidade hospitalar, o profissional utiliza como instrumento de trabalho o protocolo de Manchester que baseia-se na classificação por meio de cores e tempo/minuto como o objetivo de prestar atendimento imediato aos pacientes mais graves, contribuindo para a diminuição de sequelas e mortalidade

Concluímos também que os fatores de risco primordiais que desencadeia o IAM são o tabagismo, obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes, hereditariedade, sobrepeso, sedentarismo, arritmias graves, infarto anteriormente dentre outras.

Contudo, conclui-se que a assistência de enfermagem, engloba uma série de estratégias, visando sempre o ser humano, e diante de uma vítima de infarto agudo do miocárdio o enfermeiro tem a responsabilidade de conhecer e seguir devidamente o protocolo de IAM auxiliando o médico.

**7 REFERÊNCIAS**

ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 33, n. 4, p. 181-190, 2012.

AEHLERT, B. **ACLS, Suporte Avançado de Vida em Cardiologia:** Emergência em Cardiologia**.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

ALVES, E. T.; SILVA, M. G.; OLIVEIRA, L. C.; ARRAIS, A. C.; JÚNIOR, J. E. M. Atuação do enfermeiro no atendimento emergencial aos usuários acometidos de infarto agudo do miocárdio. **Rev. Enferm online**. v. 7, n. 1, p. 176-83, 2013.

ARAÚJO, K. A; Jacquet, P; Santos, S. S; Almeida, V; Nogueira, F. Reconhecimento da parada cardiorrespiratória em adultos: nível de conhecimento dos enfermeiros de um pronto-socorro municipal na cidade de São Paulo. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde.** v. 26, n. 2, p. 183-190, 2008.

ARAÚJO, R. D; MARQUES, I. R; Compreendendo o Significado da Dor Torácica Isquêmica de Pacientes Admitidos na Sala de Emergência. **Rev. Bras Enferm**. v. 60, n. 6, p. 676-680, 2007.

AVEZUM, A; PIEGAS, L. S; PEREIRA, J. C. R. Fatores de Risco Associados com Infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v. 84, n. 3, p. 1-8, 2005.

BARRETO, R; CANTARELLI, M. J. C; JÚNIOR, H. J. C; GONÇALVES, R; GIOPPATO, S; GUIMARÃES, J. B. F; RIBEIRO, E. K. P; VARDI, J. C. F; SILVA, P. T; GASPERI, R; ALMEIDA, L. C. C; COELHO, L. S; ALMEIDA, R. S. Resultados da Intervenção Coronária Percutânea Primária em Pacientes do Sistema Único de Saúde e da Saúde Suplementar. **Artigo Original**. v. 19, n. 03, p. 279-285, 2011.

BASSAN, R; PIMENTA, L; LEÃES, P. E; TIMERMAN, A. Sociedade Brasileira de \cardiologia. I Diretriz de dor torácica na sala de emergência. Definição de graus de recomendações e níveis de evidência. **Arq Bras Cardiol**. v. 76, n. 2, p. 1-22, 2002.

BEZERRA, A. A. A conduta de enfermagem frente ao paciente infartado. **Rev Eletrônica de Enferm do Cen de Estudos de Enferm e Nutrição.** v. 1, n. 1, p. 1-10, 2011.

BONI, A. L. M. D.; MARTINEZ, J. E.; SACCOMANN, I. C. R. S. Qualidade de vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio. **Acta Paul Enferm.** v. 26, n. 6, p. 575-8, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e Classificação de Riscos nos Serviços de Urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Política nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília, 2009. p. 56.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 8ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

BULECHEK, G. M; BUTCHER, H. K; DOCHTERMAN, J. M. C. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC).** 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CASTNER, J. Triagem do Departamento de Emergência: Quais dados são coletas do Enfermeiro? **Revista de Enfermagem de Emergência.** v. 37, n. 4, p. 417-422, 2011.

CARVALHO, D. C.; PAREJA, D. C. T.; MAIA, L. F. S. A importância das intervenções de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Revista Recien**. v. 3, n. 8, p. 5-10, 2013.

CAVEIÃO, C.; SANTOS, R. B.; MONTEZELI, J. H.; VISENTIN, A.; BREY, C.; OLIVEIRA, V. B. C. A. Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**. v. 4, n. 1, p. 921-928, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 423/2012. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen / Conselhos Regionais de Enfermagem, a **participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Risco**. Rio de Janeiro, 2012. p. 195.

COSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN – 0458/2014. Normatiza as condições para anotação de responsabilidade técnica pelo serviço de enfermagem e define as atribuições do enfermeiro responsável técnico. Brasília, 2014.

DATASUS. Departamento de informática do SUS. Infarto agudo do miocárdio é primeira causa de mortes no País, revela dados do DATASUS. Publicado em 10/11/2014.

DESSOTE, C. A. M; DANTAS, R. A. C; SCHMIDT, A; ROSSI, L. A. Qualidade de vida relacionada à saúde de sujeitos internados, decorrentes da primeira síndrome coronariana aguda. **Rev. Latino-Am Enfermagem**. v. 5, n. 19, p. 1-8, 2011.

FIGUEIREDO, A. E; SIEBEL, A. L; LUCE, D. C; SCHNEIDER, I. Determinação do tempo de apresentação a emergência de pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Rev. Enferm UFSM**. v. 1, n. 3, p. 93-101, 2013.

FILHO, M. S. P; SANTANA, J. C; HAUSCHILD, J. A; VARGAS, L. T. R; PINTO L. A; SPOLIDORO, J. V; OLIVEIRA, J. R; BAIRROS, C. O; KESTIE, J; BRUSCATO, N. M. Fatores de risco cardiovasculares, metabólicos e inflamatórios e suas relações com obesidade em crianças e adolescentes: aspectos clínicos e terapêuticos**. Boletim Científico de Pediatria**. v. 2, n. 2, p. 41-6, 2013.

FRANCO, B. **Análise do sistema de triagem de Manchester como subsídio para o diagnóstico de enfermagem**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

FRIGINI, J. L.; FILHO, B. L.; MOREIRA, R. S.; FIORIN, B. H. A sistematização da assistência de enfermagem e atuação do enfermeiro ao paciente infartado. **Revista Salus**. v. 3, n. 2, p. 1-13, 2017.

GUYTON, A. C; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

JÚNIOR, D. P; SALGADO, P. O; CHIANCA, T. C. M. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 20, n. 6, p. 1-8, 2012.

LIMA, P. V; DUARTE, S. F. P. Prevalência de Obesidade em Idosos e sua relação com Hipertensão e Diabetes. **Revista Inter Scientia.** v. 1, n. 3, p. 80-92, 2013.

LOBATO, T. A. A; TORRES, R. S; GUTERRES, A. S; MENDES, W. A. A; MACIEL, A. P; SANTOS, F. C. C; LEAL, S. V; SATO, A. L. S. A. Indicadores Antropométricos de Obesidade em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista Brasileira de Cardiologia**. v. 27, n. 3, p. 203-212, 2014.

LOPES, J. L; SILVA, R. C. G; PALOMO, J. S. H; GONZALEZ, M. M. C; PIRES, F. A; GUTIERREZ, M. A; FERREIRA, F. G. Sistematização do Registro Eletrônico de Atendimento da Parada Cardiorrespiratória. **J. Health Inform.** v. 1, n. 4, p- 17-22, 2012.

LOURENÇO, L. B. A.; RODRIGUES, R. C. M.; SÃO JOÃO, T. M.; GALLANI, M. C.; CORNÉLIO, M. E. Qualidade de vida de coronariopatas após implementação de estratégias de planejamento para adesão medicamentosa. **Rev. Latino-Am Enfermagem.** v. 23, n. 1, p. 11-9, 2015.

MACKWAY, J. K; MARSDEN, J; WINDLE, J. **Grupo Brasileiro de Classificação de risco. Sistema Manchester de Classificação de Risco.** 2ª ed. Belo Horizonte: Foliun, 2010.

MAGEE, R. F; LACERDA, E. C. T; BORGES, G. F. B; DAHER, G. A. G; GHANNAM, R. G; NOGUEIRA, A. C. C; BRICK, A. V. Síndrome Coronariana Aguda: uma revisão, **Rev. Med Saúde Brasília**. v. 3, n. 1, p. 174-189, 2012.

MANSUR, P. H. G.; CURY, L. K. P.; FILHO, J. B. D.; RESENDE, E.S.; DESTRO, J. P. B.; OLIVEIRA, L. M.; MORAES, D. C. G.; FREITAS, G. R. R.; ROCHA, L. S. S. Análise de registros eletrocardiográficos associados ao infarto agudo do miocárdio. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 87, n. 2, p. 106-114, 2006.

MARTINS, I. O; ALVES, K. C. F; LORETO, R. G. O; ALVES, G. R. A conduta de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Revista Científica FacMais**. v. 11, n. 4, p. 13-27, 2017.

MELO, E. C. P.; TRAVASSOS, C. M. R.; CARVALHO, M. S. Infarto agudo do miocárdio no município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevida e distribuição espacial. **Cad Saúde Pública**. v. 16, n. 2, p. 121-3, 2007.

MELO, E. C. P; TRAVASSOS, C. M. R; CARVALHO, M. S. Infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro: qualidade de dados, sobrevida e distribuição espacial. **Cad Saúde Pública.** v. 16, n. 2, p. 121-3, 2007.

MELTZER, E. T. **Enfermagem na Unidade Coronariana**. São Paulo (SP): Atheneu, 2000.

MENDES, M. M.; MIRANDA, I. P. C. Infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento e a assistência de enfermagem no intra-hospitalar**,** 2015.

MOLINA, M. C. B; FARI, C. P; MONTERO, M. P; CADE, N. V; MILL, J. G. Fatores de risco cardiovascular em crianças de 7 a 10 anos de área urbana, Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 26, n. 5, p. 909-917, 2010.

MONTERA, M. W; ALMEIDA, R. A; TINOCO, E. M; ROCHA, R. M; MOURA, L. Z; NETO, R. A. II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v. 93, n. 3, p. 1-65, 2009.

NETTINA, S. **Práticas de Enfermagem**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

NICOLAU, J.C.; TIMERMAN, A.; NETO, J. A. M.; PIEGAS, L. S.; BARBOSA, C. J. D. G.; FRANCI, A. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. **ArqBrasCardiol**. v. 102, n. 3, p. 1-61, 2014.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION-NANDA **Diagnósticos de enfermagem da nanda:** definições e classificação – 2009-2011. São Paulo: Artmed; 2010. 456 p.

OLIVEIRA, F. J. G; LEITÃO, I. M. T. A; RAMO, I. C. Caracterização dos pacientes com Dor torácica atendidos na emergência de um hospital privado de Fortaleza-CE. Congresso Bras de Enfermagem, 2009, Fortaleza. **Anais**. Fortaleza. ABEn, 2009. p. 7-10.

PASSINHO, R. S. **Subconjunto terminológico cipe® para a pessoa acometida pelo infarto agudo do miocárdio:** Definições: Síndrome Coronariana Aguda e Infarto Agudo do Miocárdio. 2017. Dissertação - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM, Vitória.

PEREIRA, J. M. V; CAVALCANTI, A. C. D; SANTANA, R. F; CASSIANO, K. M; QUELUCI, G. C; GUIMARÃES, T. C. F. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. **Esc Anna Nery**. v. 15, n. 4, p. 737-745, 2011.

PESARO, A. E. P.; SERRANO, C. V.; NICOLAU, J. C. Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 50, n. 2, 2004.

PIEGAS, L. S; TIMERMAN, A; FEITOSA, G. S; NICOLAU, J. C; MATTOS, L. A. P; ANDRADE, M. D. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras de Cardiologia.** v. 105, n. 2, p. 1-105, 2015.

PONTE, K. M. A.; SILVA, L. F.; ARAGÃO, A. L.; GUEDES, M. V. C.; ZAGONEL, I. P. S. Contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual de mulher com infarto agudo do miocárdio. **Esc Anna Nery**. v. 16, n. 4, p. 666-73, 2012.

RIBEIRO, A. L. Os dois Brasis e o tratamento do infarto agudo do miocárdio. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 93, n.2, p. 83-4, 2009

RIBEIRO, K. R. A.; SILVA, L. P.; LIMA, M. L. Conhecimento do infarto agudo do miocárdio: implicações para a assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPI**. v. 5, n. 4, p. 63-8, 2016.

SÁ, R. M. G; BATISTA, R. R; AZEVEDO, V. M. P; KAUFMAN, R. Avaliação de Fatores de Risco e Metas Terapêuticas em Pacientes com Doença Arterial Coronariana. **Rev Bras Cardiol**. v. 27, n. 6, p. 418-422, 2014.

SAMPAIO, E. S; MUSSI, F. C; Cuidado de enfermagem: evitando o retardo pré-hospitalar face ao infarto agudo do miocárdio. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 17, n. 3, p. 442-6, 2009.

SANTORO, B. D. C.; PIMENTA, C. A. M. Semelhanças e diferenças da dor nas síndromes torácicas: revisão da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 29, n. 2, p. 301-7, 2008

SANTOS, J. C. A; PIAGGI, L. F. D. Percepção do Enfermeiro Sobre o Atendimento ao Paciente com Suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**. v. 1, n. 2, p. 43-51, 2010.

SANTOS, N. C. M. **Urgência e emergência para enfermagem:** Do atendimento pré-hospitalar (APH) a sala de emergência. 6ª ed. São Paulo: Iátria, 2013.

SCHOEN, F. J.; MITCHELL, R. N. O coração. In: KUMAR, V.; ABBAS, K. A.; FAUSTO, N.; ASTER, J. C. **Patologia: Bases patológicas das doenças**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 537-595.

SIERVULI, M. T. F; SILVA, A. S; SILVA, A. C; MUZZI, R. A. L; SANTOS, G. A. B. Infarto do miocárdio: alterações morfológicas e breve abordagem da influência do exercício físico. **Rev Bras Cardiol**. v. 27, n. 5, p. 349-55, 2014.

SILVA, G. M. D. A; SEIFFERT, O. M. L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev. Bras. Enferm**. v. 62, n. 3, p. 362-66, 2009.

SOUZA, B. G; SILVA, A. L. F; BARBOSA, A. C; JÚNIOR, C. J. A. P. Atuação do enfermeiro frente ao atendimento com infarto agudo do miocárdio. **Revista Eletrônica da UNIVAR**. v. 12, n. 2, p. 1-5, 2014.

TEIXEIRA, A. F. J. Atuação da equipe de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Revista Fafibe On-Line.** v. 8, n. 1, p. 300-309, 2015.

THYGESEN, K. Terceira definição universal de enfarte do miocárdio. **Rev Port Cardiol**. v. 32, n. 7-8, p. 1-643, 2013.

TIMERMAN, A; NICOLAU, J. C; MATTOS, L. A; NETO, J. M. R; FEITOSA, G. S.III DIRETRIZ SOBRE TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 83, n. 4, p. 22-30. 2004.