

# ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO AOS PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Jean Alves Bulcão\*  
Fernando Reis do Espírito Santo (orientador)\*\*

## RESUMO

Este estudo aborda sobre Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que se caracteriza como uma doença que acomete paciente de forma bastante prejudicial, e a necessidade da assistência do enfermeiro voltada para uma visão holística deve ser exercida constantemente a esses pacientes. Tem como objetivo: Evidenciar fatores que interferem na assistência a pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio nas unidades de Emergências. Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica qualitativa. Os resultados desse estudo mostram que apesar da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), ser considerada algo difícil de ser exercido por completo nas unidades de emergência, esse trabalho mostra que é possível que ela aconteça de forma organizada, havendo o envolvimento paciente-família e família-profissional para o tratamento adequado. Através dessa sistematização, é possível mensurar a estratificação de riscos dos pacientes, prestando uma assistência de qualidade.

**Palavras-chave:** Enfermeiro; assistência no IAM; Emergência.

---

\*Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Jorge Amado/ (UNIJORGE).  
E-mail: [jean\\_bulcao@hotmail.com](mailto:jean_bulcao@hotmail.com)

\*\* Doutor em Educação pela PUC/SP / Professor Adjunto da UFBA

## INTRODUÇÃO

### ➤ Apresentação do objeto de estudo

O Infarto Agudo do Miocárdio, também conhecido popularmente como ataque cardíaco, é uma situação onde o suprimento de sangue que é rico em oxigênio fica reduzido ou abolido no músculo cardíaco. Isto ocorre quando a artéria coronária, um vaso responsável pelo suprimento sanguíneo, fica parcialmente ou completamente obstruída. A diminuição da oxigenação do músculo cardíaco leva a disfunção do coração causando tipicamente a dor súbita no peito que se espalha para braços e pescoço. No entanto algumas pessoas podem referir desconforto na região do estômago, falta de ar, náuseas e transpiração intensa.

O IAM é um foco de necrose, e ele ocorre devido às células miocárdicas do coração serem destruídas de maneira permanente, sem haver regeneração. (CECIL, 2001).

Por ser uma das doenças coronarianas que mais acometem pessoas de diferentes idades e raças, tornando-se uma verdadeira pandemia, onde as taxas de morbimortalidade vem aumentando significativamente em todo mundo, devido as modificações no estilo de vida das pessoas, relacionadas ao processo de industrialização e inovações tecnológicas, tornando o ser humano cada vez mais próximo do sedentarismo, do stress e maus hábitos alimentares. Isso resulta no aumento dos níveis pressóricos, obesidade, desordens lipídicas, assim como aceitação do tabagismo pela sociedade.

No Brasil não é diferente, e o IAM é considerado uma das maiores causas de morbimortalidade em todo país, onde o aumento da sua incidência é consequência de uma nova conduta de vida. Embora haja uma estimativa de aumento na expectativa de vida das pessoas através do acesso às informações, elas demonstram o contrário e não percebem as modificações no seu próprio estilo de vida.

As ações aos pacientes vítimas de IAM devem contemplar medidas eficazes e eficientes desde a suspeita diagnóstica até a minimização dos riscos impostos à vitalidade dos mesmos. Em virtude disso, o enfermeiro, profissional que está presente na assistência aos pacientes de

forma diferenciada, deve voltar-se para um cuidar integral, visando atender as suas necessidades.

Na maioria das vezes, o enfermeiro é o primeiro contato desses pacientes com o serviço de saúde, assim eles podem distinguir os sinais e sintomas de IAM e de outras emergências cardiovasculares, visto que o tempo é um fator determinante e primordial para o prognóstico. Diante ao exposto e devido a escassez de informações na literatura científica sobre a assistência do enfermeiro nesta emergência, este trabalho fundamenta-se na necessidade de identificar a assistência do enfermeiro diante do IAM. Tem como objetivos específicos definir o diagnóstico do IAM, conhecer o papel do enfermeiro junto aos pacientes vítimas de IAM, ressaltando o enfermeiro como intermediador dos procedimentos e exames realizados, sendo este, peça fundamental no seguimento de protocolos, bem como a necessidade da assistência voltada para uma visão holística.

As principais causas de morte na maioria dos países, inclusive no Brasil, são as doenças do aparelho circulatório. Elas são responsáveis por quase 32% de todos os óbitos, sendo que a metade deles ocorre nas primeiras duas horas do evento e 14% morrem antes de receber atendimento médico. Além disso, são consideradas a terceira maior causa de internações no país. O IAM que se enquadra na classe das doenças cardiovasculares, é uma das doenças que vem acometendo pacientes de forma bastante prejudicial, deixando sequelas irreversíveis, e muitas vezes provocando a morte (BRUNNER & SUDDARTH, 2006; CECIL, 2001).

#### ➤ **Justificativa**

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade e importância em socializar conhecimentos referentes ao Infarto Agudo do Miocárdio, de forma a viabilizar intervenções efetivas direcionadas ao tratamento do paciente, possibilitando o conhecimento teórico e prático dos profissionais de saúde que atuam nas unidades de Emergências públicas e privadas.

Dessa forma, percebe-se a necessidade em alertar os profissionais e gestores de saúde, sobre o despreparo dos profissionais, frente à assistência ao paciente em curso de IAM.

No Brasil as doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,7 milhões de mortes ao ano com projeção para 2020 se persistirem como a principal causa de mortalidade e incapacitação. (SCHNEIDER *et al.*, 2008).

E das doenças coronárias, o IAM lidera os óbitos, sendo que cerca de 50% das mortes ocorrem nas primeiras horas de evolução dos sintomas e o conseqüente retardo na procura de ajuda na emergência pioram o prognóstico (SANTOS et al., 2010)

➤ **Problema**

Que fatores interferem na assistência a pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio nas unidades de Emergências?

➤ **Objetivos**

Evidenciar fatores que interferem na assistência a pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio nas unidades de Emergências.

➤ **Metodologia**

Este estudo é uma revisão bibliográfica, termo utilizado para indicar um relatório escrito que resuma a situação dos conhecimentos sobre um problema de pesquisa, ou seja, atividade envolvida na busca de informações sobre um tópico e na elaboração de um quadro abrangente da situação daquelas informações.

A revisão pode ser bastante útil no processo de familiarização com um tema relevante além de indicar as estratégias, procedimentos e instrumentos específicos que possam trazer resultados na solução de um problema. (POLIT; HUNGLER, 1995)

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com o objetivo de apreender e delinear as concepções da assistência do enfermeiro a paciente em curso de Infarto Agudo do Miocárdio nas unidades de Emergências. Estudos qualitativos, segundo Minayo (1999), oferecem entre outras possibilidades, a decodificação do significado das informações, sem quantificação das mesmas, respeitando a experiência natural do pesquisado com o tema em estudo.

O presente estudo será desenvolvido através de um levantamento bibliográfico, descritivo de periódicos de enfermagem, indexados na BIREME (Centro Especializado da Organização Pan-americana de Saúde), que abrange as bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO acerca da temática, em período livre. Serão consideradas publicações que abordem a temática Infarto Agudo do Miocárdio, utilizando-se descritores como *Enfermeiro; assistência no IAM; Emergência*.

## REFERENCIAL TEÓRICO

O IAM é um foco de necrose, e ele ocorre devido às células miocárdicas do coração serem destruídas de maneira permanente, sem haver regeneração. Há um fluxo sanguíneo prejudicado, tendo como causas a diminuição do suprimento de oxigênio no músculo, devido à presença de trombos ou êmbolos na parede das artérias coronárias, assim como “o vasoespasmos e demanda aumentada de oxigênio, em razão de uma frequência cardíaca rápida, tireotoxicose ou ingestão de cocaína” (CECIL, 2001).

O IAM é uma das doenças coronarianas que mais acometem pessoas de diferentes idades e raças, tornando-se uma verdadeira pandemia, onde as taxas de morbimortalidade vem aumentando significativamente devido as modificações no estilo de vida das pessoas, relacionadas ao processo de industrialização e inovações tecnológicas, tornando o ser humano cada vez mais próximo do sedentarismo, do stress e maus hábitos alimentares. Isso resulta no aumento dos níveis pressóricos, obesidade, desordens lipídicas, assim como aceitação do tabagismo pela sociedade.

No Brasil não é diferente, e o IAM é considerado uma das maiores causas de morbimortalidade em todo país, onde o aumento da sua incidência é conseqüência de uma nova conduta de vida. Embora haja uma estimativa de aumento na expectativa de vida das pessoas através do acesso às informações, elas demonstram o contrário e não percebem as modificações no seu próprio estilo de vida.

As ações aos pacientes vítimas de IAM devem contemplar medidas eficazes e eficientes desde a suspeita diagnóstica até a minimização dos riscos impostos à vitalidade dos mesmos. Em virtude disso, o enfermeiro, profissional que está presente na assistência aos pacientes de

forma diferenciada, deve voltar-se para um cuidar integral, visando atender as suas necessidades.

### ✓ **Diagnóstico clínico e laboratorial do IAM**

O diagnóstico para o IAM é feito com base no quadro clínico, nas alterações eletrocardiográficas e na elevação dos marcadores bioquímicos de necrose (LOZOVYOY et al., 2008).

Segundo Bevilacqua 1985 apud Lozovoy et al, 2008, o diagnóstico clínico é feito através de características da síndrome e de manifestações clínicas que são: ansiedade e agitação, sudorese, sinais de choque com hipotensão arterial, diminuição de amplitude de pulso devido a necrose maciça com grande déficit de contratilidade, sinais de falência ventricular, arritmias e vômitos.

Porém, o diagnóstico de IAM apenas com critérios clínicos e eletrocardiográficos, pode ser difícil no momento em que o paciente é admitido na sala de emergência. Se o nível do segmento ST estiver alterado haverá um problema cardíaco, porém o ECG pode não avaliar ou não detectar o problema com certeza, pois apenas 41 a 56% dos pacientes que chegam a emergência apresentam supra-desnívelamento do segmento ST no ECG, sendo possível estabelecer o diagnóstico imediato nestes casos. Porém nos demais casos ocorrem alterações não diagnosticadas, como bloqueio do ramo esquerdo, inversão de onda T do ECG, infra-desnívelamento do segmento ST ou mesmo ECG normal. Nestes casos ainda haverá o diagnóstico laboratorial (LOZOVYOY et al., 2008).

A avaliação laboratorial baseia-se na determinação de macromoléculas intracelulares na circulação, que extravasam das células miocárdicas, fatalmente lesadas através de uma membrana sarcolemal comprometida. As macromoléculas que são diagnosticadas nos exames laboratoriais para o IAM são: creatina-quinase (CK), aspartato-aminotransferase (AST), lactato desidrogenase (LDH), troponina T e troponina I (TNT e TNI) e mioglobina (ROBBINS, 2000).

A interpretação das enzimas cardíacas como, a Creatina Cinase (CK) é indicador sensível de lesão miocárdica, porém pouco específica. As isoenzimas que são as CK-MM, atuante no

músculo esquelético, CK-BB, atuante no tecido cerebral e a CK-MB são específicas das células cardíacas, todas encontradas em níveis elevados quando ocorrem lesões miocárdicas (BRUNNER & SUDDARTH, 2006; CECIL, 2001). A mioglobina é encontrada tanto no músculo cardíaco como esquelético, porém não havendo especificidade no seu aumento como indicação de um evento cardíaco (CECIL, 2001). A troponina encontrada somente no músculo cardíaco, podendo permanecer elevada por um período de 72 horas, quando ocorre lesão cardíaca.

Além das isoenzimas, outras avaliações permitem uma mensuração mais adequada nos pacientes com IAM. São elas: avaliação da gasometria e a oximetria de pulso. Na gasometria, observa-se valores da pressão de oxigênio alveolar (PaO<sub>2</sub>), abaixo de 60 mmHg, revelando-se uma intensa hipoxemia (ERAZO, 2008). Deve-se avaliar também a SpO<sub>2</sub> arterial, onde o mesmo deve apresentar-se maior que 93%. Vale ressaltar a importância da monitorização cardíaca através de eletrodos conectados, para possibilitar uma avaliação elétrica contínua. (CECIL,2001).

#### ✓ **A assistência de enfermagem frente ao IAM**

O paciente ao dar entrada na unidade de emergência deve passar pela triagem, para que o atendimento seja direcionado de forma eficaz, contribuindo na otimização do tempo e facilitando o diagnóstico. É durante a triagem que o enfermeiro deve ser perspicaz e estar apto a detectar os sinais mais característicos do IAM, como a dor precordial, dispnéia, pele fria, pálida e úmida, taquipnéia e fraqueza. “A dor precordial em aperto à esquerda, pode ocorrer de forma intensa e prolongada (maior que 20 minutos)”( ERAZO, 2008) . “Pode haver irradiação para mandíbula, membro superior direito, dorso e ombros” (CECIL, 2001). “A dor na região epigástrica e os vômitos podem ser indicativos de lesão na região próxima ao diafragma” (BRUNNER & SUDDARTH, 2006). “Pode ocorrer náuseas e vômitos, bem como palpitações, ansiedade, tonteira, cefaléia, distúrbios visuais, dislalia, função motora alterada, e modificações adicionais no nível de consciência” (BRUNNER & SUDDARTH, 2006; CALIL, 2007). Os pacientes com provável IAM têm riscos para náuseas e vômito, por isso é interessante que o mesmo fique em dieta zero para evitar possível broncoaspiração. “Deve mantê-lo em repouso nas 24 horas e em dieta zero nas primeiras 12 horas”(BRASIL, 2009).

O enfermeiro deve estar atento a um grupo diferenciado de pacientes, que são os idosos e os diabéticos. “Nos idosos, o perfil de dor típica do IAM pode ocorrer na ausência de dor, tendo como sinal importante a dispnéia” (ARAÚJO; MARQUES, 2007). “Nos diabéticos, acontece também de forma atípica, pois a neuropatia que acompanha a doença pode interferir com os neuroreceptores, turvando a percepção de dor do paciente” ((BRUNNER & SUDDARTH, 2006).

Durante o atendimento, é necessário seguir protocolos estabelecidos pela instituição. Antes mesmo de iniciar o protocolo do IAM, deve-se seguir primeiramente o protocolo da dor torácica, pois ainda não existe um diagnóstico estabelecido. Apesar de muitas unidades de emergência não seguirem a rotina dessa forma deveria ser feito, pois “o protocolo da dor torácica promove um atendimento rápido, sistematizado e uniforme, e permite uma elevada acurácia no diagnóstico de outras patologias como o IAM, Tromboembolismo e Dissecção da Aorta” <sup>(10)</sup>.

“Os cuidados seguidos de acordo com o protocolo são, verificação dos sinais vitais, garantir acesso venoso, saturação de oxigênio, Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações, história clínica e exame físico nos primeiros 10 minutos e, nos primeiros 20 minutos um Rx de tórax” <sup>(10)</sup>. “O ECG deve ser de 12 derivações, pois permite uma avaliação completa da atividade elétrica do coração, como avaliação dos ventrículos, Nódulo Sinusal (SA), entre outros” (BRUNNER & SUDDARTH, 2006; CALIL, 2007).

As medicações utilizadas são o Ácido Acetil Salicílico (AAS) na dose de 200 mg via oral e o Nitrato sublingual, exceto se pressão arterial sistólica < 90 mm Hg e FC < 60 bpm. Após o ECG realizado, se os resultados tiverem como resultado supradesnível ou infradesnível de ST ou Bloqueio do Ramo Esquerdo (BRE) segue-se o protocolo do IAM. O protocolo é conhecido como MONAB, onde cada letra representa uma medicação e uma conduta a ser tomada. A letra M como Morfina, é um analgésico opióide, age aliviando a dor precordial, diminuindo o tônus adrenérgico e o consumo de O<sup>2</sup>; o O, como oxigênio instalado por catéter nasal, de 2 a 4l/min, aumentando a oferta de oxigênio no músculo cardíaco; o N, como Nitroglicerina sublingual, endovenoso, ou spray, diminuindo a pré e pós-carga, fazendo a dilatação das artérias e aumentando a oferta de O<sup>2</sup> ao miocárdio; o A, como Aspirina, um anti-agregante plaquetário, e por fim o B de Beta-bloqueador, diminuindo o consumo de O<sup>2</sup> pelo miocárdio, devido à diminuição da frequência cardíaca.

Alguns protocolos diferem do MONAB, como o MONAC(11), ao substituir o betabloqueador representado pela letra B, pelo uso do clopidogrel, representado pela letra C, que é um “agente ante agregante plaquetário e pode ser usado juntamente com a aspirina em pacientes com alto risco de IAM, com a diferença de que leva alguns dias para atingir o efeito antiplaquetário” (BRUNNER & SUDDARTH, 2006).

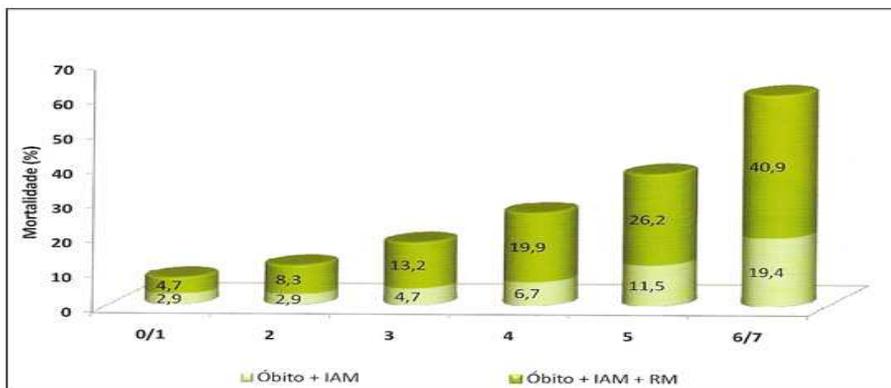
Vale ressaltar a importância desses dois protocolos frente ao paciente com sinais característicos de IAM, pois as drogas administradas no atendimento inicial visam à diminuição do consumo de oxigênio pelo miocárdio e retardo do processo aterosclerótico de obstrução coronária. Convém a cada instituição escolher o tipo de protocolo a ser utilizado de acordo com as rotinas existentes nas unidades.

Sobretudo, o enfermeiro tem respaldo para iniciar os “cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida”, assegurado pela lei nº 7.498 de 25/06/1986. Durante a realização do protocolo, o enfermeiro deve ser rápido e eficiente a fim de minimizar danos aos pacientes. Dessa maneira o enfermeiro tem autonomia para instalar os primeiros suportes, como oxigenoterapia para melhorar o desconforto respiratório e minimizar a dor precordial e ansiedade, garantir um acesso venoso periférico para infundir medicações conforme prescrição médica, avaliar os sinais vitais e posicionar o paciente de maneira adequada (semi-flower).

Ao administrar as medicações, o enfermeiro por ser dotado de conhecimento farmacológico, observa as possíveis reações adversas e sinaliza as interações medicamentosas, assumindo assim uma assistência de vigilância, possibilitando uma avaliação integral, e contribuindo juntamente com a equipe em mudanças de conduta visando cuidados específicos e promovendo uma melhora na qualidade da assistência.

Vale ressaltar que o “paciente ao dá entrada no pronto-socorro com dor precordial sugestiva de isquemia, deve ser estratificado quanto ao risco, ou probabilidade de evoluir com eventos adversos, como óbito, infarto ou angina recorrente. A forma mais estudada em estratificar o risco desses pacientes é através da utilização do escore de risco de Treinamento Integrado em Medicina de Emergência (TIMI)”<sup>(6)</sup>. Observar tabela e figura abaixo:

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO (%) SEGUNDO ESCORE TIMI	
Critérios	Pontos
Idade > 65 anos	1
≥ 3 Fatores de Risco	1
Lesão coronariana ≥ 50%	1
Uso de AAS < 7 dias	1
2 crises de anginas < 24h	1
Desvio de ST > 0,5 mm	1
↑ Marcador de necrose	1
	<b>0-7</b>



Estratificação de Risco – Escore TIMI –Antman e col. Jama 2000; 284 (7):835-42. (Óbito/ IAM/ RM de urgência 14 dias)

A estratificação precoce permite ao enfermeiro avaliar o risco que o paciente se encontra, define as melhores estratégias terapêuticas utilizadas e auxilia nas condutas a serem tomadas.

Após realizar o protocolo e mensurar a estratificação de risco, deve-se encaminhar o paciente para realização de exames específicos, sendo imprescindível que o enfermeiro mantenha uma comunicação direta com as subunidades aptas a realizarem exames como Raio X do tórax, ECG, Ecocardiograma (ECO), dosagem de enzimas cardíacas, gasometria, além da saturação de oxigênio (SpO2) e da monitorização cardíaca. Além disso, o mesmo deve estar capacitado para leitura diagnóstica desses exames, pois o paciente com IAM apresenta diversas alterações fisiopatológicas. O Raio X afasta outras causas de dor torácica, como a presença de doenças cardiopulmonares associadas, o grau de disfunção hemodinâmica e o prognóstico resultante do infarto (PEAZO, 2008).

O ECO é utilizado para avaliar a função ventricular. Ele pode ser empregado para ajudar no diagnóstico de IAM, principalmente quando o ECG não é diagnóstico (BRUNNER & SUDDARTH, 2006).

Após interpretação dos resultados, é necessário um tratamento farmacológico de manutenção do IAM, como trombolíticos, analgésicos, inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (ECA), nitroglicerina, agentes bloqueadores Beta-adrenérgicos, agentes bloqueadores do canal de Cálcio, antiplaquetário e anticoagulante (BRUNNER & SUDDARTH, 2006; CALIL, 2007).

Como no paciente enfartado existe risco eminente de morte, é imprescindível a continuidade da assistência do enfermeiro através da SAE, pois é de compromisso do mesmo a integralidade do cuidado, fortalecendo, facilitando e evitando a fragmentação do mesmo, sendo ela o alicerce que dá sustentação às ações de enfermagem.

A SAE é dividida em cinco etapas e obrigatoriamente o enfermeiro deverá registrar lá no prontuário do paciente. A primeira é conhecida como histórico, onde o enfermeiro executa a anamnese e exame físico. “Ele é o instrumento mais importante para auxiliar no diagnóstico de um IAM, pois facilita a direção da assistência prestada pela enfermagem e contribui significativamente para a avaliação médica” (WEHBE; GALVAO, 2001).

A segunda etapa constitui o diagnóstico, sendo ele “um elemento fundamental na tomada de decisões do enfermeiro, pois oportuniza a identificação de evidências concernentes às condições do indivíduo” <sup>(13)</sup>. O enfermeiro identifica os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e o grau de dependência, fazendo julgamento clínico, possibilitando ao mesmo uma base de planejamento das ações, implementações dos cuidados e alcance de metas.

A prescrição como a terceira etapa da SAE, constitui um “conjunto de medidas decididas pelo enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde” <sup>(12)</sup>.

A evolução como a quarta etapa, consiste em um “registro feito pelo enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subseqüentes“<sup>(12)</sup>.

Finalizando a SAE, o paciente recebe o plano de alta, no qual o cuidado deve ser planejado para o momento de sua saída hospitalar que garante a continuidade da assistência.

### ✓ **O Papel do enfermeiro como intermediador da assistência**

Apesar da evolução terapêutica ter grande resolutividade no tratamento do IAM, muitos pacientes ainda vão a óbito nas unidades de emergência devido a falta de preparo técnico e científico por parte dos profissionais de saúde. Esses danos também são conferidos no ambiente extra-hospitalar, devido às altas serem conduzidas de maneira inadequada, resultando em prejuízos irreversíveis.

Quando pensamos em um serviço de emergência, a qualidade surge como um desafio para o enfermeiro, e para que pacientes críticos de IAM não sejam subjugados pelas características dos setores de emergência, ele deve ultrapassar barreiras como a superlotação das unidades, a falta de informações passadas pelos familiares no momento do atendimento, falta de estrutura física, aparelhagem técnica, entre outros. Associado a essas dificuldades, torna-se evidente o papel do enfermeiro como intermediador das ações exercidas nas unidades de emergência.

“Cabe a ele organizar e planejar a assistência a ser prestada, disponibilizar recursos humanos, materiais e equipamentos, coordenar e distribuir a equipe; garantir à qualidade e segurança do atendimento a equipe e ao paciente; estabelecer prioridades; atender os objetivos da instituição no que tange as rotinas, fluxos e normas; interagir com as equipes multidisciplinares e, quando houver procedimentos de alta complexidade, estes deverão ser realizados exclusivamente por eles” (CALIL,2007).

Quando o enfermeiro assume a postura de intermediador das ações para a qualidade dos serviços, ele demonstra a dimensão da sua representatividade, e através da execução de ações planejadas, é possível observar resultados positivos. Através disso, ele tem uma visão ampla

dos serviços, o que faz com que estabeleça prioridades e tenha foco nas ações determinantes, facilitando o andamento das atividades, principalmente nas unidades de emergência.

Checar o carrinho de emergência pode parecer algo muito simplório, mas na verdade o simples fato de não fazê-lo, pode vir comprometer a assistência prestada em situações emergenciais. Para isso, é de suma importância que o desfibrilador, assim como as medicações e materiais sejam conferidos de acordo com as rotinas das unidades, pois o paciente com IAM pode evoluir para uma Parada Cárdio Respiratória (PCR). Dentre outras, essa é também uma função do enfermeiro, e apesar de muitas unidades de emergência não adotarem fielmente tal prática, deveriam, pois dessa forma o mesmo irá contribuir como diferencial na qualidade da assistência, diminuindo os índices de mortalidade. Será que tal compromisso tem fundamento principalmente se associado ao setor público? Mesmo diante das necessidades existentes nesses serviços, associadas à superlotação das unidades de emergência, é possível que o enfermeiro consiga tais feitos se o mesmo tiver foco e entendimento para o estabelecimento de prioridades, pois ser enfermeiro é enxergar além, é conseguir fazer do impossível algo visível. Além da inserção do enfermeiro no atendimento, é necessário que haja participação de outros profissionais, que irão contribuir para uma avaliação clínica completa, com maiores possibilidades de alcançar resultados positivos.

Durante o atendimento, é evidente a importância que cada classe profissional representa no cuidar. O trabalho deve ser feito com responsabilidade e harmonia, onde cada um demonstra iniciativa na resolução dos problemas percebidos. Dessa forma, a equipe passa confiança para os familiares, assim como para o paciente, sendo este um aspecto bastante positivo na evolução do tratamento.

O enfermeiro por ser o profissional que está em contato direto com o paciente, deve além de prestar os cuidados ao mesmo, voltar-se para a família, com o objetivo de sensibilizá-la, pois ela exerce um papel fundamental na evolução do tratamento. Além disso, é importante que a família esteja sempre informada sobre o quadro do paciente, contribuindo assim para a adesão dos procedimentos a serem realizados.

O enfermeiro além de todas as funções inerentes ao seu cargo pode contribuir com mais um diferencial na qualidade da assistência, promovendo o treinamento da sua equipe para o atendimento aos pacientes com IAM. A partir do momento que ele pensa dessa forma, acaba

por valorizar os profissionais que fazem parte da sua equipe, que devido a tal atualização, passam a prestar uma assistência mais adequada desde a triagem até o tratamento, desenvolvendo junto à equipe médica, habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincronizada na quais estão inseridos. Por isso, o enfermeiro emergencista deve ter o perfil de líder, ser capaz de tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente garantindo a qualidade da assistência, diminuindo os riscos de vida aos pacientes.

Dessa forma, fica bastante perceptível que além de tantas dificuldades encontradas pelos enfermeiros, existe falta de profissionais capacitados, que comprometem além da assistência, o andamento do serviço dentro da equipe multiprofissional. “O serviço de emergência é um complexo cenário, onde devem estar profissionais suficientemente preparados para oferecer atendimento imediato e de elevado padrão à clientela” (WEHB; GALVAO, 2001).

Os pacientes de IAM numa sala de emergência ficam bastante confusos e com medo eminentes da morte, cabendo ao enfermeiro, já que é ele o profissional de maior contato com os pacientes, atentar-se as queixas, atender as necessidades psico-espirituais, aliviando assim seus temores. Associado a essas necessidades, deve-se levar em conta a cultura do paciente. Concorda-se com a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Madeleine Leininger, “que considera que existe uma diversidade e uma universalidade cultural na prática do cuidar que precisa ser conhecida e compreendida para que a enfermagem possa assistir sua clientela de maneira satisfatória e humanística” (LEININGER, 1991). É esse cuidar diferenciado que faz com que o enfermeiro exerça um papel de destaque dentro da equipe multidisciplinar, promovendo a humanização dos serviços prestados. Isso se torna visível, a partir do momento que o paciente demonstra satisfação com a assistência direcionada, voltada para a relativização, excluindo por completo o etnocentrismo no cuidar. Apesar de haver esse respeito pela cultura do paciente, o enfermeiro deve estar atento para que a assistência não seja comprometida, colocando o paciente em risco.

A preocupação dos pacientes com os familiares também é outro fator evidenciado por estes, e devido ao ambiente inóspito e desconhecido, sentem-se isolados do que é mais importante nesta hora, que é a família. É de extrema importância que o enfermeiro saiba como ele é visto pelo paciente e família durante a assistência, pois facilita a tomada de decisões, permitindo o cuidado individualizado.

## **COSIDERAÇÕES FINAIS**

É possível afirmar, após este estudo que o IAM, é sem dúvida a mais importante cardiopatia isquêmica que existe no mundo. Ela acomete pessoas de várias idades e é responsável por milhares de óbitos. O diagnóstico rápido é de fundamental importância do paciente e eficácia no tratamento.

Apesar da assistência a pacientes nas unidades de emergência ter melhorado, ainda hoje existem muitos profissionais que se utilizam das mais diversas justificativas para prestar uma assistência prejudicada. Mesmo diante de tamanhas dificuldades, é possível o enfermeiro voltar-se para uma conduta onde questões sociais e psicológicas estejam inseridas, fazendo a diferença na assistência aos pacientes com IAM e contribuindo para a satisfação dos mesmos.

Esse estudo contribuiu para perceber a representatividade do enfermeiro como administrador dos serviços nas unidades de emergência, sendo peça fundamental no cuidar voltado para uma visão holística.

Esse trabalho foi de grande relevância, pois possibilita adquirir conhecimentos importantes a cerca da patologia abordada, reforçando os conhecimentos já existentes. Através disso, poderá contribuir para o melhoramento da assistência aos pacientes com IAM nas unidades de emergência, ressaltando o diferencial que isso representa para um atendimento em excelência.

É de suma importância o conhecimento científico, assim como prático, cabendo ao enfermeiro o comando da sua equipe, além da sua postura ética e moral, favoráveis ao serviço qualificado e voltado para uma assistência holística. Ele deve se aprofundar sobre a patologia, para que o cuidar seja prestado com qualidade; perceber a necessidade e a importância de seguir protocolos, devido à facilitação da assistência e a otimização do tempo; acolher paciente e família de forma holística e possibilitar a interação dos mesmos com a equipe de profissionais; utilizar a SAE de forma adequada e perceber o diferencial que isso representa no atendimento emergencial; detectar falhas no processo de enfermagem nos locais de trabalho, assim como sugerir modificações dos mesmos.

Nesta revisão de literatura podemos ver a afirmação dos autores que nas unidades de emergência, os pacientes passam por um atendimento rápido, devido à demanda não permitir

muitas vezes o internamento. Mas ao mesmo tempo em que é rápido, deve ser de qualidade, pois do contrário não teria sentido a assistência prestada. Apesar de refletir um ambiente estressante, deve ser um local de doação, competência e dedicação profissional. Em virtude deste cenário, é de extrema importância que profissionais estejam qualificados, para que assim possam ajudar de algum modo, a diminuir o número de agravos e também de morte desses pacientes.

## NURSE'S ASSISTANCE TO PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION (AMI) IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

### ABSTRACT

This study focuses on Acute Myocardial Infarction (AMI), which is characterized as a disease that affects patient quite harmful, and require the assistance of the nurse turned to a holistic view must be constantly exerted to these patients. Its goal: To highlight factors that interfere in the care of patients with acute myocardial infarction in the emergency room. It is a qualitative research literature review. The results of this study show that despite the Nursing Care System (NCS), be considered difficult to be fully exercised in the emergency room, this work shows that it is possible that it happens in an organized way, with patient-family involvement and family-professional for proper treatment. Through this systematic, it is possible to measure the risk stratification of patients, providing quality care.

Keywords: Nurse, Assistance in AMI; Emergency

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R.D.; MARQUES I. R. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. **Rev Brasileira de Enfermagem**. Nov-dez. p. 676-680, 2007. Site: [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br), visitado em 07/06/11 às 16h07min;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo do manejo dos pacientes com síndromes coronarianas agudas com supradesnível do segmento ST**. Brasília:Ministério da Saúde,2009.Disponível em:[www.saude.gov.br/consulta](http://www.saude.gov.br/consulta)

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A. 2006;

CECIL, Russell L. (Russell La Fayette), GOLDMAN, Lee; BENNETT, J. Claude. **Tratado de medicina interna**. 21. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c 2001. 2º Vol;

CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007. 795p;

WEHBE G, GALVÃO CM. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado:algumas considerações.**Rev Latino-am Enfermagem**. 2001 março; 9(2) : 86-90  
LAKATOS, Maria E.; MARCONI Andrade M.. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Atlas, 1991. 240p.

LEININGER M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing; 1991a.

LOZOVYOY, MAB; PRIESNTZ, JC; SILVA, AS. Infarto agudo do miocárdio: Aspectos clínicos e laboratoriais . **Interbio**. V.2, n1, 2008, p.4-10

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.**, Abr 2004, vol 50, nº.2

POMPEO, D. A; PINTO, MH; CESARINO, CB; ARAUJO, RRDF; POLETTI, NAA. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Rev Acta Paul Enfem.**, 2007; 20 (3): 345-50. Disponível em: [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br), acesso em 30/06/2011 às 16 horas;

ROBBINS, SL; COTRAN, RS; KUMAR, VY. **Patologia estrutural e funcional**. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, 1251 p.

SANTOS, J.C. A., PIAGGI, Luiz F. D. Percepção do enfermeiro sobre o atendimento ao paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**. Patos de Minas: UNIPAM, (2):43 - 51, 2010

TIMI- Treinamento Integrado em Medicina de Emergência 2008.

**Protocolo de dor torácica. Site: [HTTP://www.saude.ba.gov.br](http://www.saude.ba.gov.br)**

COFEN, **Atribuições do enfermeiro**, site: [WWW.portalcofen.gov.br](http://WWW.portalcofen.gov.br), pesquisado em 25/04/2011 às 20 horas;

**Revista enfermagem atual**, grupo: EBSCO publicações; ano 8 nº44 – Março /Abril – 2008. Curso da SAE, editora: EPUB;