

FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
CURSO DE BACHAREL EM ENFERMAGEM

KLAYVER CLAINN DA SILVA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE
LITERATURA.**

MOSSORÓ/RN

2020

KLAYVER CLAINN DA SILVA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE
LITERATURA.**

Monografia apresentada à faculdade Nova
Esperança de Mossoró como requisito final
para a obtenção do grau de enfermeiro
bacharel.

Orientadora: Prof^{fa}. Ma. Joseline Pereira Lima

MOSSORÓ/RN

2020

S586s Silva, Klayver Clainn da.
Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio: uma revisão integrativa de literatura / Klayver Clainn da Silva. – Mossoró, 2020.
49f. : il.

Orientadora: Profa. Ma. Joseline Pereira Lima.
Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

1. Infarto do miocárdio. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Processo de enfermagem. I. Lima, Joseline Pereira. II. Título.

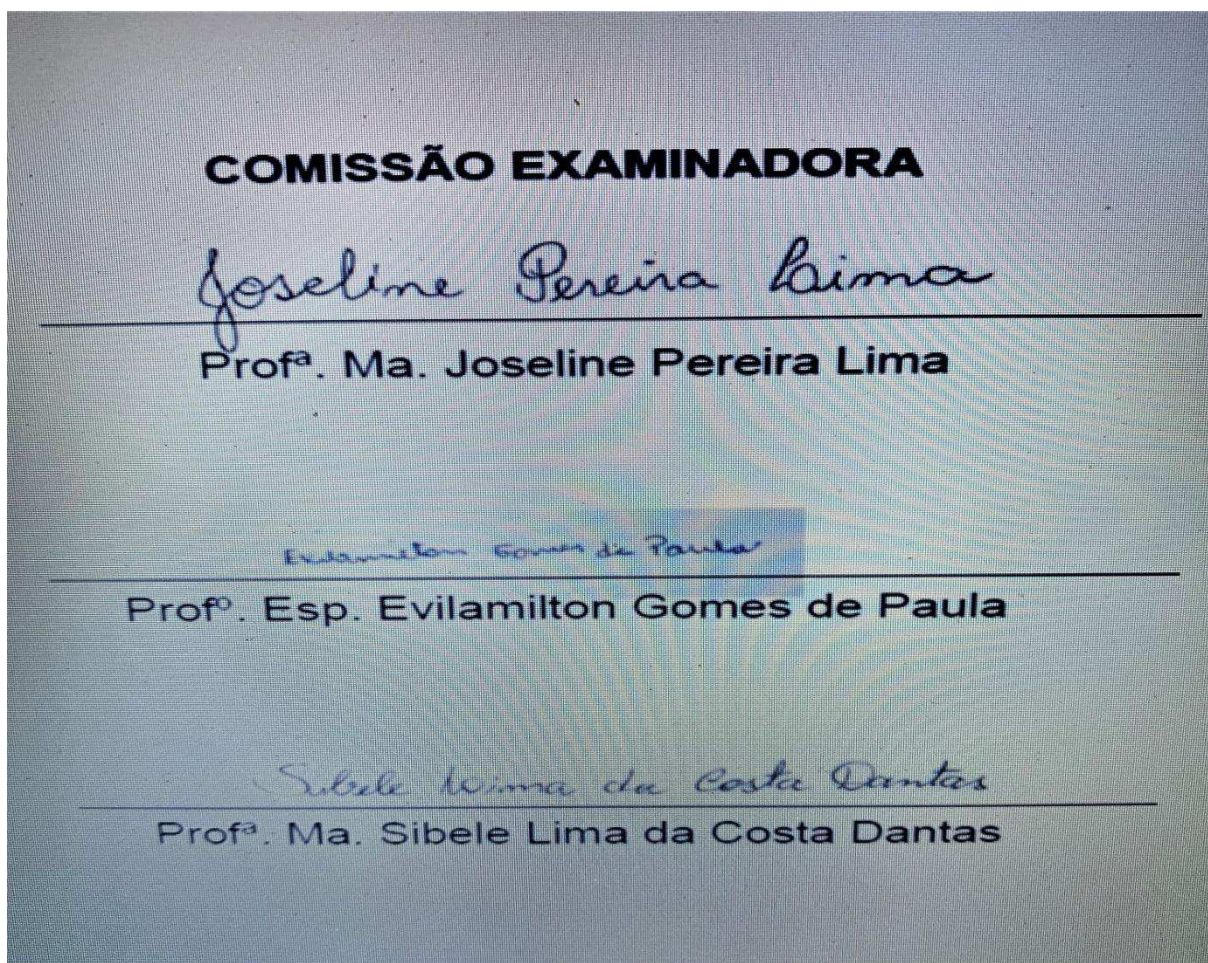
CDU 616-083+616.127-005.8

KLAYVER CLAINN DA SILVA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE
LITERATURA.**

Monografia apresentada pelo aluno Klayver Clainn da Silva, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de APROVADA conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: 16 / 06 / 20



AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Virgem Maria, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste sonho.

Aos meus pais, José e Elizangela, por todo o apoio e pela ajuda, que muito contribuíram para a concretização deste sonho. Ao meu padrinho Edimilson, por nunca ter faltado com o seu amor e ajuda para comigo.

A professora Joseline, por ter sido minha orientadora e ter desempenhado tal função com dedicação e amizade. Aos professores Evilamilton, Lívia e Sibebe, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso.

Às pessoas com quem convivi ao longo desses anos de curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

Dedico este trabalho a Deus e a virgem Maria por terem iluminado o meu caminho. Ao meu companheiro Bruno por sempre ter estado ao meu lado. Dedico de maneira especial aos meus pais - José e Elizangela, a minha irmã Yasmin e ao meu padrinho Edimilson por terem propiciado a realização deste sonho.

“A força não vem de vencer. Suas lutas desenvolvem suas forças. Quando você atravessa dificuldades e decide não se render, isso é força.”

Arnold Schwarzenegger

RESUMO

As doenças cardiovasculares ainda são a primeira causa de morte em todo o mundo e também no Brasil, principalmente nos grandes centros urbanos, e o infarto agudo do miocárdio (IAM) está em destaque como a principal patologia. Ao observar que as doenças cardiovasculares ainda são um grande problema mundial e que o número significativo de mortalidade e os fatores de risco relacionado ao IAM ainda são bastante consideráveis, notou-se a importância de trabalhar a sistematização da assistência de enfermagem com pacientes diagnosticados com infarto agudo do miocárdio nos últimos dez anos. O objetivo é conhecer a produção acadêmica acerca da sistematização da assistência de enfermagem ao paciente com Infarto Agudo do miocárdio nos últimos dez anos. A pesquisa terá caráter qualitativo do tipo revisão integrativa. Foram utilizados as seguintes palavras-chave: Infarto Agudo, diagnóstico de enfermagem e Sistematização da assistência de enfermagem. A busca foi realizada a partir das palavras-chave, com os artigos identificados na fonte consultada totalizando 20 artigos, onde todos estavam escritos em português entre os anos de 2010 a 2020. Os critérios de inclusão dos artigos mencionados foram: artigos em português, artigos que estivessem disponíveis gratuitamente, artigos publicados nos últimos dez anos e que estivessem relacionados com a temática. Os critérios de exclusão foram os artigos que não estivessem completos e na íntegra do tema. Após a escolha de cada estudo colhido foram descritas os elementos essenciais para a captação da temática e da abordagem dos textos, de forma a possibilitar continuamente uma discussão. A importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem no cuidado ao cliente portador de infarto do miocárdio no processo de enfermagem permite identificar as necessidades do cliente, estabelecer prioridades nas intervenções e realizar avaliação da evolução do cliente.

Palavras-chave: Infarto do miocárdio. Cuidados de enfermagem. Processo de enfermagem.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are still the leading cause of death worldwide and also in Brazil, especially in large urban centers, and acute myocardial infarction (IAM) is highlighted as the main pathology. When observing that cardiovascular diseases are still a major worldwide problem and that the significant number of mortality and risk factors related to IAM are still quite considerable, it was noted the importance of working on the systematization of nursing care with patients diagnosed with infarction myocardial infarction in the last ten years. The objective is to know the academic production about the systematization of nursing care for patients with Acute Myocardial Infarction in the last ten years. The research will have a qualitative character of the type of integrative review. The following descriptors were used: Acute Infarction, nursing diagnosis and Systematization of nursing care. The search was carried out based on the key-words, with the articles identified in the consulted source totaling 20 articles, where all were written in Portuguese between the years 2010 to 2020. The inclusion criteria of the mentioned articles were: articles in Portuguese, articles that articles published in the last ten years and related to the theme were available for free. The exclusion criteria were articles that were not complete and in full. After choosing each collected study, the essential elements for capturing the theme and the approach to the texts were described, in order to continuously enable a discussion. The importance of the Systematization of Nursing Assistance in the care of the client with myocardial infarction in the nursing process allows to identify the client's needs, establish priorities in the interventions and perform an assessment of the client's evolution.

Key-words: Myocardial infarction. Nursing care. Nursing process.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	10
1.2 JUSTIFICATIVA.....	12
1.3 OBJETIVO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 SISTEMA CARDIOVASCULAR.....	14
2.2 DOENÇAS CORONARIANAS.....	17
2.3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.....	18
2.3.1 Conceito	18
2.3.2 Fatores de Risco	19
2.3.3 Epidemiologia	20
2.3.4 Métodos Diagnósticos	22
2.3.5 Sinais e Sintomas	24
2.3.6 Tratamento	25
2.3.7 Complicações	29
2.4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	30
2.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM IAM.....	32
3 METODOLOGIA	36
4 RESULTADOS	37
5 DISCUSSÃO	42
6 CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

As doenças cardiovasculares ainda são a primeira causa de morte em todo o mundo e também no Brasil, principalmente nos grandes centros urbanos, e o infarto agudo do miocárdio (IAM) está em destaque como a principal patologia. O IAM representa um grande problema de saúde pública no Brasil. Entretanto, apesar do número elevado de mortalidade, é passível de prevenção. Com o crescimento do número de pessoas com doenças cardiovasculares, surge um alerta importante para um potencial impacto nas classes menos favorecidas (BENSENOR, 2019; RIBEIRO; ABREU; JESUS, 2010).

O IAM é caracterizado por uma agressão ao tecido endotelial, o que resulta no acúmulo de gordura na parede do músculo cardíaco e de células inflamatórias que levam a necrose de tal músculo, causando o infarto. Além da morte, o IAM pode deixar sequelas no ser humano, gerando problemas físicos, psicológicos e até sociais (IGLESIAS; et al, 2010; RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016).

Os sinais e sintomas do infarto tanto no atendimento emergente como também no ambiente de tratamento hospitalar precisam ser avaliados, uma vez que a sintomatologia é importante para o diagnóstico do IAM. A dor precordial caracterizada em aperto pelo cliente, irradiante ou não para o braço esquerdo (especificamente no ombro) é uma das principais queixas se tratando de IAM. Essa dor também pode surgir na mandíbula, pescoço e/ou abdômen, não precisamente seguir uma determinada sequência, há depender de cada indivíduo (SMELTZER; BARE, 2002)

Para Meltzer; Pinneo; Kitchell (1997), é preciso valorizar toda a sintomatologia, onde também precisa – se atentar que nem todos esses sintomas precisam estar presente para que o cliente esteja infartando. Algumas pessoas sofrem o IAM sem apresentar nenhuma sintomatologia e/ou dor.

O IAM tem maior incidência no sexo masculino, principalmente devido aos hábitos diários relacionados ao estilo e vida, como o sedentarismo, alimentação inadequada, bebida alcóolica, tabagismo, entre outros. As mulheres apresentam maior taxa de letalidade hospitalar. Estima-se que por ano, no Brasil, são atendidos mais de quatro milhões de pessoas com queixa de dor torácica. A taxa de

mortalidade brasileira é de 183,3 para cada 100.000 mil. A média taxa de mortalidade padronizada para o Brasil, no sexo masculino, é 1,75 vezes maior do que a do sexo feminino (RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016; SANTOS; et al, 2016).

O IAM causa complicações, tais como arritmia que é considerada a mais comum; insuficiência ventricular esquerda que pode resultar em edema agudo de pulmão (EAP); choque cardiogênico que pode se caracterizar quanto à insuficiência insatisfatória dos órgãos e tecidos; tromboembolismo, que é a formação de coágulos na parede arterial, e ruptura da parede ventricular que consiste numa extensa lesão na parede ventricular (MELTER, PINNEO e KITCHELL, 1997; SMELTER e BARE, 2002).

Para que o paciente tenha um bom prognóstico após um episódio de IAM é fundamental uma rápida intervenção. Para isso, os profissionais de saúde, especialmente os da enfermagem precisam conhecer sobre tal problema, bem como sua fisiopatologia, etiologia, quadro clínico, exames diagnóstico, tratamento e orientações corretas e adequadas que possibilite ao indivíduo melhor reabilitação na sociedade (MELTZER, PINNEO e KITCHELL, 1997).

A atuação do profissional enfermeiro ao paciente com IAM se torna importante e contribui para a melhora do quadro clínico, onde é aplicado o método de cuidar, que se inicia a partir do julgamento sobre quais são os problemas dos clientes. Essa metodologia é usada para sistematizar o cuidado e organizar as condições úteis para sua implementação. Ao aplicar, obtemos melhores condições para identificar como o paciente está reagindo frente ao processo cuidar, abrindo a possibilidade para determinar quais cuidados devem ser implementados. Desenvolver a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) torna o paciente o elemento principal do processo de enfermagem. A SAE pode ser entendida como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem na assistência aos pacientes (CARVALHO; PAREJA; MAIA, 2013; HERMIDA; ARAÚJO, 2006; LOPES; et al, 2007).

A SAE é um processo que vem sendo desenvolvido ao longo do tempo por enfermeiros comprometidos com o bem-estar do cliente; melhora a aproximação do profissional enfermeiro com o indivíduo, e também proporciona autonomia ao enfermeiro(a), se tratando do respaldo seguro através do registro, garantindo a continuidade/complementaridade da assistência (NASCIMENTO; et al, 2008).

A SAE é uma atividade específica da equipe de enfermagem, que através de um método e uma estratégia se torna capaz de identificar as situações e os problemas de saúde, determinando e implementando as ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e coletividade. A SAE requer do enfermeiro interesse em conhecer o cliente como indivíduo, onde irá desenvolver suas habilidades e conhecimentos, além de orientar e treinar toda a equipe de enfermagem para a implementação correta e contínua das ações sistematizadas (TANNURE, MEIRE, 2011; PINHEIRO, MARIA, 2011).

1.2 JUSTIFICATIVA

Ao observar que as doenças cardiovasculares ainda são um grande problema mundial e que o número significativo de mortalidade e os fatores de risco relacionados a IAM ainda são bastante consideráveis, notou-se a importância de trabalhar a sistematização da assistência de enfermagem com pacientes diagnosticados com infarto agudo do miocárdio com ênfase no processo cuidar.

Nesse contexto, para a formação acadêmica do pesquisador, para aqueles que se interessam no assunto e para a academia em si, o trabalho é relevante, pois é um tópico importante nos serviços emergenciais e/ou serviços de urgência e atenção básica, estando, o cliente diagnosticado ou não com IAM sempre presente no nosso dia a dia. É essencial para a enfermagem desenvolver a SAE em clientes diagnosticados com IAM, uma vez que é importante para a prática profissional e principalmente para um bom prognóstico do paciente, pois é o enfermeiro o único na área da saúde habilitado e capacitado a desenvolver um plano de cuidado que precisa ser seguido, a depender do quadro clínico do indivíduo.

O tema abordado é fundamental para a academia, pois é um assunto considerável na área da saúde, principalmente para a enfermagem. O trabalho poderá servir como referência de estudo para futuros acadêmicos, podendo contribuir para o desenvolvimento profissional, crescimento acadêmico e avanço da instituição.

A SAE melhora o atendimento e o quadro clínico do cliente, melhorando o próprio serviço de saúde; gerando uma organização no setor, uma assistência direta

ao indivíduo e aproximando o profissional enfermeiro do paciente, o que é fundamental para uma assistência adequada.

Diante do exposto, questiona – se: Qual é a produção acadêmica acerca da sistematização da assistência de enfermagem ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio nos últimos dez anos?

1.4 OBJETIVO

- Conhecer a produção acadêmica acerca da sistematização da assistência de enfermagem ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio nos últimos dez anos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SISTEMA CARDIOVASCULAR

O sistema cardiovascular é submetido a uma grande variedade de estresse e problemas, onde mesmo assim, apresenta uma capacidade de se afeiçoar a essas condições. Para entender como ocorre tal adaptação, é preciso conhecer a anatomia e fisiologia do coração, uma vez, que as manifestações clínicas decorrem justamente da perda parcial ou total dessa habilidade adaptativa (MARQUES; GUIMARÃES, 2008).

O coração é um órgão situado na cavidade torácica, atrás do osso esterno e acima do músculo diafragmático, e com aproximadamente dois terços de sua massa situando-se à esquerda da linha mediana do corpo onde repousa no espaço pleural entre os dois pulmões. As cavidades cardíacas são separadas por septo interatrial (átrios) e septo interventricular (ventrículos), que dividem o coração em quatro câmaras (átrio direito AD, átrio esquerdo AE; ventrículo direito VD e ventrículo esquerdo VE). O coração tem em média o tamanho de um punho fechado. O ápice do coração, a extremidade pontiaguda, é formado pela ponta do VE. A base do coração localiza-se oposta ao ápice e é formada pelos átrios (TORTORA; DERRICKSON, 2016).

As câmaras correspondentes ao AD e VD estão separadas por uma valva que permite a passagem de sangue da parte superior direita para a inferior direita do coração, denominada valva tricúspide. Já as valvas localizadas no lado esquerdo do coração possuem uma só valva atrioventricular esquerda, denominada valva bicúspide ou mitral (MARQUES; GUIMARÃES, 2008).

No VD fica a origem do tronco pulmonar, que se ramifica e gera as artérias pulmonares direita e esquerda, formando um arco que é denominado arco aórtico. No tronco pulmonar, tem-se a valva pulmonar e na artéria aorta, a valva aórtica, ambas com a função de bloquear o retorno de sangue após cada ejeção durante o ciclo cardíaco (TORTORA; DERRICKSON, 2016).

O pericárdio é a membrana responsável em envolver e proteger o coração e o manter no lugar, sendo ela formada por duas partes: o pericárdio fibroso e o seroso. Assim, o pericárdio fibroso, externo, é um tecido conectivo denso não modelado,

resistente e sem elasticidade, que impede o estiramento excessivo do músculo cardíaco, fornece proteção e fixa o coração em seu lugar; e o pericárdio seroso, interno, é uma membrana delgada e mais delicada, que forma duas camadas em torno do coração. A lâmina parietal externa do pericárdio seroso faz junção com o pericárdio fibroso, e a lâmina visceral interna do pericárdio seroso, também chamada de epicárdio, muda firmemente a superfície do coração. Entre essas lâminas existe uma fina película de líquido, chamado de líquido pericárdico, que tem como propósito reduzir o atrito entre as lâminas enquanto o coração bate (CARVALHO; et al, 2008).

A parede do coração é composta por três camadas: o epicárdio (camada externa), o miocárdio (camada média) e o endocárdio (camada interna). O epicárdio, ou lâmina visceral do pericárdio seroso, é a lâmina externa, fina e transparente. É composto por um epitélio pavimentoso simples que reveste as cavidades do corpo (mesotélio) e por tecido conjuntivo, fornecendo apoio e preenchendo espaços entre os tecidos, além de nutri-los. O miocárdio é o tecido muscular cardíaco e é a principal massa do coração. Esse tecido só pode ser encontrado no coração e possui estruturas e função especializadas. É responsável pelo bombeamento do coração. As células fibrosas musculares estriadas cardíacas, involuntárias e ramificadas, estão dispostas em feixes entrelaçados de fibras. O endocárdio é uma camada fina de epitélio simples escamoso que cobre o interior do miocárdio e recobre as valvas do coração e os tendões que ligam cada cúspide das valvas cardíacas aos músculos papilares nos ventrículos, impedindo que as valvas se invertam durante a sístole ventricular (CARVALHO; et al, 2008).

Existem, ainda, vasos sanguíneos de alto calibre pelos quais o sangue chega ou sai dele: na porção superior à direita, encontram-se as veias cava superior e inferior, que terminam no AD; do lado esquerdo, ainda na porção superior, no AE, localizam-se as veias pulmonares, que são divididas em quatro, sendo duas para cada pulmão (AEHLERT, 2013).

Para ocorrer a pressão sistólica do coração, seja ela atrial ou ventricular, é necessário a presença de íons de cálcio no meio intercelular, o que ativa as células musculares que possuem um conjunto de filamentos paralelos de actina e miosina. Os filamentos de actina flexionam-se sobre os filamentos de miosina, possibilitando a contração muscular. Durante o estado de repouso diástole atrial ou ventricular,

quando o nível de cálcio é baixo, ocorre o bloqueio da formação das pontes de ligação, sendo impossível a fixação do filamento de actina para miosina (MARQUES; GUIMARÃES, 2008).

Existem diversos fatores envolvidos para o funcionamento de um órgão, e com o coração não é diferente, sendo necessário, também, duas fontes de energia essenciais denominadas adenosina trifosfato (ATP) e o fosfato de creatina (CP). No coração, a fonte de energia é derivada de uma das etapas metabólicas da respiração celular (fosforilação oxidativa) e da transformação de substratos como glicose, lactato e ácidos graxos. A atividade elétrica é uma característica e representa o estímulo que desencadeia a contração cardíaca. Os estímulos elétricos são direcionados por todo o músculo miocárdico, especificamente na parte superior, correspondendo os átrios direito e esquerdo, gerando a contração atrial. Quando passam pela parte inferior do AD, esses impulsos encontram o nó atrioventricular, onde, então, formam os VD e VE, gerando a contração ventricular (TORTORA; DERRICKSON, 2016).

O sangue é bombeado do coração para dois caminhos: o pulmonar, também chamado de pequena circulação, e o sistêmico, conhecido por grande circulação. Os dois circuitos têm início e fim no coração. Circulação Pulmonar ou Pequena circulação é a designação dada à parte da circulação sanguínea na qual o sangue é bombeado para os pulmões e retorna rico em oxigênio de volta ao coração. Em síntese, é uma circulação coração-pulmão-coração. Inicia-se no VD e termina no AE do coração. Na grande circulação, o sangue do VE vai para todo o organismo através da artéria aorta, e retorna até o AD do coração, pelas veias cava. É uma circulação coração-tecido-coração - entre o ventrículo esquerdo e o átrio direito do coração (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019).

A função básica do sistema circulatório é levar oxigenação e material rico em elementos nutritivos às células. O sangue circular também transporta os produtos residuais do metabolismo celular. O coração, com sua propriedade de bombeamento, é o órgão responsável por fazer a distribuição e fornecimento aos demais órgãos do corpo humano com um fluxo sanguíneo adequado e essencial que supra às necessidades metabólicas (MARQUES; GUIMARÃES, 2008).

2.2 DOENÇAS CORONARIANAS

Doença cardiovascular consiste em uma série de condições que envolvem o sistema circulatório, bem como o coração e vasos sanguíneos. Doença cardíaca é um termo que se refere às condições patológicas que atingem o coração. Doença cardíaca coronariana (DAC) está relacionada aos distúrbios das artérias coronárias e suas complicações resultantes, na maioria das vezes, em angina instável e/ou IAM. A DAC atinge as artérias, causando insuficiência no suprimento de sangue ao músculo cardíaco (AEHLERT, 2013).

O resultado dessas doenças se dá pela formação de placas de aterosclerose, que são placas de tecido fibroso e colesterol que crescem e acumulam-se na parede dos vasos, a ponto de bloquear parcialmente ou totalmente a passagem do sangue. O desenvolvimento da lesão pode ser acelerado pelo tabagismo, pressão alta, níveis elevados de colesterol e diabetes. A doença é mais frequente à medida que envelhecemos, mas não é algo natural do envelhecimento e sim, algo que desenvolvemos através dos maus hábitos diários (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019).

Quando o entupimento da artéria pela aterosclerose envolve de 50% a 70% do seu diâmetro, o fluxo de sangue torna-se insuficiente para suprir e nutrir a porção irrigada do coração, mais especificamente durante a realização de alguma atividade ou esforço necessário, uma vez que a necessidade de oxigênio é maior. A irrigação ineficaz e a pouca oxigenação de uma determinada região é denominada isquemia (AEHLERT, 2013).

A isquemia pode ocorrer em qualquer parte do corpo e se prolongada, pode provocar a morte do tecido e este fenômeno se denomina infarto. Quando isto ocorre no coração os termos utilizados são isquemia miocárdica e IAM; e a dor no peito é a principal queixa nos clientes. Essa dor é a falta de irrigação sanguínea. A dor percebida com um esforço físico e que desaparece com o cessar do esforço, é denominada angina de peito. Infelizmente, cerca de 25% dos pacientes podem apresentar isquemia miocárdica sem apresentar nenhuma dor, embora também estejam sujeitos a desenvolverem o IAM e podem ter os sinais da doença registrados no eletrocardiograma (ECG). Esta situação é entendida como isquemia silenciosa, sendo mais frequente em pessoas diabéticas (AEHLERT, 2013).

Geralmente o IAM ocorre quando um coágulo se forma sobre uma placa aterosclerótica, causando obstrução total súbita. Em alguns casos, “filete” de sangue ainda passa, deixando uma parte do coração isquêmico, fazendo com que o paciente sinta dor mesmo estando em repouso e permitindo que o músculo cardíaco sobreviva. Esta situação denomina-se angina instável, pois o IAM pode instalar-se a qualquer momento (TORTORA; DERRICKSON, 2016).

2.3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

2.3.1 Conceito

A conceituação pode ser obtida com base na própria doença. IAM refere-se a um processo dinâmico e com rápida evolução, na qual uma ou mais áreas do coração entram em necrose, deixando o miocárdio com pouca oxigenação tecidual devido o fluxo de sangue se tornar insuficiente. O início do processo de infarto pode ser súbito ou gradual. O processo migra do subendocárdio (tecido conjuntivo denso e rico em fibras elásticas) para o subepicárdio (CARVALHO; et al, 2008).

Geralmente, a isquemia provoca hipóxia (redução do suprimento de oxigênio), que pode enfraquecer as células sem matá-las. A obstrução completa do fluxo sanguíneo de uma artéria pode resultar em um infarto, comumente chamado de ataque cardíaco. Uma vez que o tecido cardíaco á obstrução necrosa e é substituído por tecido cicatricial não contrátil, o miocárdio perde a sua força gradualmente, deixando uma maior possibilidade para um novo infarto. Dependendo da extensão da área lesionada, bem como de sua localização, um infarto pode, ao desencadear uma fibrilação ventricular, causar morte súbita (TORTORA; DERRICKSON, 2016).

A morte súbita é a morte natural de causa cardíaca, precedida por perda abrupta da consciência. A maioria das mortes cardíacas ocorre antes mesmo da entrada do cliente ao serviço de urgência. A morte súbita ocorre de forma inesperada, instantânea, causada pela perda da função do músculo cardíaco. Está associada a hipertrofia do coração ou quando as células cardíacas morrem e são substituídas por células gordurosas, sem relação com alimentação (AEHLERT, 2013).

O termo infarto agudo do miocárdio significa a morte de cardiomiócitos, ou seja, o tecido muscular estriado cardíaco apresenta isquemia prolongada. Em geral,

essa isquemia é causada por trombose e/ou vasoespasma sobre uma placa aterosclerótica (AEHLERT, 2013).

2.3.2 Fatores de Risco

Estudos mostram que o pico de incidência de eventos cardíacos agudos fica entre 06 da manhã e meio dia. As primeiras horas da manhã estão associadas a aumentos na pressão arterial, na frequência cardíaca, na atividade do sistema nervoso simpático, no nível de cortisol (hormônio responsável em controlar o estresse). O IAM é mais comum acontecer nas segundas-feiras, na transição do fim de semana para a semana, onde muitas pessoas trabalham e durante os meses de inverno (AEHLERT, 2013).

Os fatores de risco são classificados em modificáveis e não modificáveis, uma vez que em alguns desses fatores o ser humano pode exercer ou não o controle. Os modificáveis são entendidos como aqueles que estão ligados aos costumes diários, tais como alimentação inadequada causando o aumento do colesterol, hipertensão arterial, diabetes e/ou obesidade, que são pontos de partida para o desenvolvimento de um infarto; o sedentarismo, com a falta de exercício físico, estresse e tabagismo, são fatores de risco evidentes para o IAM. Portanto, todos estão interligados, uma vez que um problema desenvolve outro. Em vista disso, as causas podem ser evitadas, há depender da mudança do estilo de vida. Os não modificáveis tem relação a hereditariedade, raça e sexo, estando a história familiar de IAM, aumento da idade, sexo masculino e os negros, como elementos primordiais para desenvolverem o infarto. Em virtude disso, não se pode evitar o IAM, visto que é algo fisiológico e sem controle (CARVALHO; et al, 2008).

Esses fatores de risco podem atuar em conjunto ou isoladamente no desenvolvimento do IAM. Entretanto, a presença de algumas dessas causas não indica necessariamente que o indivíduo irá apresentar a doença. Porém, quantos mais fatores de risco o cliente apresentar e quanto mais intensos ou descontrolados forem, maiores serão as chances para o aparecimento do IAM (TORTORA; DERRICKSON, 2016).

Há um fator precipitante em cerca de 50% dos eventos cardíacos agudos, sendo eles o esforço físico moderado a intenso, estresse emocional excepcional,

transtornos de sono, alimentação excessiva ou uso de álcool e infecções respiratórias agudas. O uso da cocaína pode ser um importante fator, sendo os pacientes com menos de 40 anos com maiores particularidades (AEHLERT, 2013).

É primordial que o profissional enfermeiro atente para tais fatores de risco, pois eles fornecem subsídios para um planejamento e a implementação eficiente, obtendo assim, uma assistência abrangente e de qualidade (CARVALHO; et al, 2008).

2.3.3 Epidemiologia

As doenças cardiovasculares, incluindo o infarto agudo do miocárdio (IAM), representam um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, apresentando altas taxas de incidência e mortalidade. A taxa de mortalidade brasileira, por esse grupo de causas (183,3/100.000), encontra-se entre as maiores do mundo e é semelhante à de países como a China e do Leste Europeu (SANTOS; et al, 2018).

Estudos mostram, de acordo com dados epidemiológicos, que as doenças cardiovasculares constituem grande número de morbidade e mortalidade em vários países, se tratando de pessoas com mais de 30 anos de idade, e que são responsáveis por quase metade das mortes entre homens e mulheres (SANTORO; et al, 2008).

Nas últimas décadas, foram implementadas a política nacional de promoção à saúde e o programa de prevenção e controle da hipertensão e do diabetes (HIPERDIA), uma vez visando à redução da morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório. Entretanto, as taxas de mortalidade por doença cardiovascular ainda continua em alta, quando comparadas aos índices de países desenvolvidos (SANTOS; et al, 2018).

A maioria dos estudos epidemiológicos que examina morbimortalidade relacionado ao IAM baseia-se em modelos masculinos, uma vez que os resultados têm sido extrapolados pela população feminina. Acredita-se que as mulheres tem uma maior tendência para o acometimento do IAM devido os fatores de risco encontrar-se mais presente em seu cotidiano (PIMENTA; et al, 2001).

Pesquisadores compararam sintomas correspondentes ao período de tempo entre os primeiros sintomas da doença e o início dos sinais ou sintomas com base nos quais o diagnóstico foi estabelecido com os sintomas agudos do IAM de mulheres afro-americanas, hispânicas e brancas. Entre as mulheres, 96% relataram sintomas padrômicos. Fadiga incomum (73%) e transtorno de sono (50%) foram os mais referidos. Dezoito sintomas diferiam de maneira significativa por raça. As afro-americanas relatavam mais de dez sintomas em comparação com as outras. 36% referiram desconforto torácico padrômico. A sintomatologia mais específica, independente da raça, foi dispneia (63%); 22 sintomas diferiram por raça. No total, 28% das mulheres hispânicas, 38% das afro-americanas e 42% das brancas não relataram qualquer desconforto/dor torácica. Concluiu-se que os sintomas padrômicos e agudos do IAM distinguem-se de maneira significativa de acordo com a raça (AEHLERT; 2013).

Um estudo realizado no ano de 2018, na cidade do Rio De Janeiro, mostrou que a ocorrência de IAM deu-se na faixa etária de 60 a 80 anos, prevalecendo o sexo masculino, pois as mulheres se apresentavam mais idosas ao diagnóstico. A faixa etária economicamente ativa da população correspondia a 51,4% dos casos. A taxa de mortalidade por IAM para tal município foi de 62,4% casos por 100 mil habitantes. Cerca de 42% dos óbitos na população ocorreram antes dos 65 anos de idade, enquanto nas mulheres 22,7%. A idade média da mortalidade por IAM foi de 67 anos para homens e 75 para mulheres. Foi observada uma média de 04 horas para ocorrer a admissão do paciente desde o início dos sintomas, sendo que dados da sociedade brasileira de cardiologia (2004) apontam que em apenas 20% dos casos chegam à emergência com até duas horas após o início sintomatológico (TRONCOSO; et al, 2018).

O número de indivíduos acima dos 60 anos de idade vem crescendo consideravelmente nas últimas décadas em todo o mundo, visto que em 2050 esse grupo contará com 1.900 milhões de pessoas. No Brasil, essa faixa da população apresentou um crescimento de 33,65% no período de 2000 a 2009, e com isso destacou-se as Doenças Cardiovasculares, que se tornaram a principal causa de óbitos em ambos os sexos. De acordo com a sociedade brasileira de cardiologia, no ano de 2017, o número de óbitos por doença cardiovasculares chegou a quase 400 mil (383.961) no Brasil. A maior ocorrência de infarto mostra-se mais prevalente na

faixa de 60 anos com variação de mais ou menos, 10 anos (TRONCOSO; et al, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2019; GARRITANO; et al, 2011).

2.3.4 Métodos Diagnósticos

O diagnóstico concreto de IAM se dá através da dosagem de enzimas cardíacas e por meio do eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações, onde a história do cliente, dados objetivos (sinais vitais alterados, sudorese, cianose, palidez) e dados subjetivos (referidos pelo paciente ou familiar) ajudam, tornando o diagnóstico mais rápido e preciso (AEHLERT, 2013).

Um passo importante na confirmação ou exclusão de infarto nesse grupo de pacientes é a dosagem sérica das enzimas cardíacas. Entretanto, as enzimas mais frequentemente utilizadas no diagnóstico de IAM, creatinoquinase total (CK) e sua fração MB (CK-MB) e troponina, não apresentam elevação sérica até a 4^a hora após o início da dor torácica e, portanto, não apresentam boa sensibilidade no estágio inicial do IAM (CAVALCANTI; et al, 1998).

O diagnóstico do IAM através do ECG baseia-se na detecção de mudanças na forma do complexo QRS, no seguimento ST e na onda T, mudanças essas que estão relacionadas a determinados eventos durante o infarto. No ECG, o IAM é dividido em cinco fases, sendo elas: fase hiperaguda, fase aguda inicial, fase aguda tardia, fase de evolução completa e fase cicatricial (AEHLERT, 2013).

Na fase hiperaguda, a primeira alteração que se pode notar é o desenvolvimento de uma onda T apiculada, uma vez que torna-se mais simétrica e pode revelar-se pontiaguda. A fase aguda inicial se dá quando o paciente desenvolve supradesnivelamento do seguimento ST, indicando lesão miocárdica em crescimento, podendo ocorrer na primeira hora ou nas primeiras horas do infarto. A existência de inversão da onda T sugere a presença de isquemia, sendo que esta inversão precede o desenvolvimento de supradesnivelamento do seguimento ST, caracterizando-se como fase aguda tardia. Na fase de evolução completa, a onda Q está anormal, indicando a presença de necrose do tecido miocárdico e, subsequentemente, uma perda da atividade elétrica, podendo surgir após várias horas ou dias a partir da obstrução de uma artéria coronariana, e início dos sinais e

sintomas de um IAM; porém, quando combinada com alterações no seguimento ST ou na onda T, a presença de ondas Q anormais sugere um IAM. Na última fase, fase cicatricial, a onda T retorna à sua morfologia normal e o seguimento ST retorna à linha de base. Entretanto, a onda Q permanece como evidência de morte tecidual. Quando esse padrão é identificado no ECG, é impossível estabelecer o tempo de infarto; só é possível perceber um IAM antigo (AEHLERT, 2013).

Quando o cliente relata história com forte indicação para IAM e, na realização do eletrocardiograma, ele não apresenta alteração ou alteração pouco sugestiva, torna-se necessário a dosagem das enzimas cardíacas. A enzima CK-MB É uma isoenzima da creatina fosfoquinase (CPK) que corresponde à enzima liberada pelo músculo cardíaco. Esta enzima sofre alteração de elevação quando ocorre isquemia em uma determinada região do músculo cardíaco. A troponina é um complexo formado por três proteínas que fazem parte do processo de contração na musculatura esquelética, sendo mais específica na musculatura cardíaca (CAVALCANTI; et al, 1998).

O reconhecimento de IAM pode se tornar difícil, quando esses se baseiam somente pela história do cliente e exames eletrocardiográficos, uma vez que o paciente é admitido na sala de emergência. Apenas 41% a 56% dos pacientes com IAM que chegam à emergência apresentam supraventricular do segmento ST, sendo possível nesses casos, estabelecer o diagnóstico de imediato. Nos demais pacientes ocorrem alterações não diagnósticas, como bloqueio de ramo esquerdo, inversão de onda T, infradesnivelamento de segmento ST ou mesmo ECG normal (CAVALCANTI; et al, 1998).

Vale ressaltar que quando o cliente é admitido no serviço de saúde com características específicas de IAM, é fundamental que toda a equipe se mobilize para tratá-lo, uma vez que a espera pelo resultado do exame enzimático pode demorar, bem como também a realização do ECG, abrindo possibilidades de agravamento no quadro clínico do paciente, uma vez que o risco-benefício é muito significativo. Caso não ocorra intervenção imediata e o paciente esteja realmente com IAM, o miocárdio sofrerá necrose irreversível a partir dos primeiros 20 minutos, comprometendo sua capacidade funcional e aumentando a probabilidade de morbimortalidade (SANTORO; et al, 2008)

2.3.5 Sinais e Sintomas

O desconforto torácico é o sintoma mais comum de IAM e está presente em 75% a 80% dos pacientes. Pessoas que sofrem um ataque cardíaco descrevem a sensação como algo semelhante à angina, ou usam palavras do cotidiano, como queimação, aperto, peso, indigestão, dor, cansaço, pressão e etc. A descrição do desconforto se dá pela semelhança do punho da mão fechado e pressionando o esterno (sinal de Levine). O desconforto persiste por mais que trinta minutos, podendo ser duradora ou em períodos, e o mais das vezes ser aliviado com arroto (nome popular para eructação), frequentemente acompanhado de som característico (AEHLERT, 2013).

As diretrizes da ACC/AHA especificaram as descrições de dor que não se caracterizam como isquemia miocárdica. São elas: dor aguda e cortante causada por movimentos respiratórios ou tosse com esforço (dor pleurítica), localização principal ou única do desconforto na região epigástrica, dor que pode ser localizada com a ponta de um dedo (no ápice do VE), dor à palpação na região torácica, dor constante e persistente por muitas horas, episódios breves de dor, dor irradiante para membros inferiores e dor que irradia para braço esquerdo (mais especificamente no ombro), sendo esta a principal (AEHLERT, 2013).

Em idosos, a falta de ar é característica evidente de IAM. A dor abdominal referida pelos mesmos é semelhante à dor de uma gastrite ou refluxo, sendo bastante frequente. Em pacientes diabéticos e nos idosos, o IAM pode ser assintomático, sem sinais ou sintomas específicos. Portanto, deve-se atentar a qualquer mal-estar súbito apresentado por esses pacientes. Os idosos também apresentam, com mais frequência, condições preexistentes mais graves, tais como hipertensão, insuficiência cardíaca ou um IAM antigo que os mais jovens. Diabéticos podem desenvolver apresentação atípica em virtude da disfunção anatômica (TORTORA; DERRICKSON, 2016).

É de suma importância avaliar cada paciente de acordo com sua sintomatologia. Os sintomas de isquemia miocárdica, falta de oxigênio no tecido cardíaco (que possivelmente causará necrose), são classificados como equivalentes anginosos, executando a dor ou desconforto torácico, tais como: dificuldade respiratória, vertigem, arritmias, sudorese excessiva, fadiga, fraqueza generalizada,

dor isolada no braço ou na mandíbula, palpitações, síncope ou pré-síncope, náusea e vômitos inexplicados (IGLESIAS; et al, 2010; RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016).

Os sinais e sintomas de um IAM estão interligados; porém, nem sempre é preciso manifestar algum sintoma para desenvolver o infarto. Cada indivíduo apresenta particularidades, fisiologia e hábitos diários diferentes. Um cliente pode estar com todos os sintomas claros de infarto, mas não necessariamente o infarto está evoluindo, bem como, o paciente pode apresentar um o até nenhum dos sintomas e já está com IAM em evolução. A comprovação de infarto se dá através de ECG e dosagem de enzimas cardíacas (IGLESIAS; et al, 2010; RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016).

2.3.6 Tratamento

As informações obtidas durante as sessões de exames para diagnóstico são fundamentais e bastante importantes para a compreensão do tratamento. Através do histórico do cliente, exame físico (inspeção, palpação, percussão e ausculta) pode-se identificar a necessidade do paciente (SANTORO; et al, 2008).

Vários fatores podem precipitar a ocorrência de um IAM. Assim, em qualquer momento do dia ou noite, o indivíduo pode ter seu aporte de oxigênio diminuído, reduzindo a oxigenação ao tecido cardíaco, causando isquemia e abrindo possibilidades par desenvolver o IAM, uma vez que a área miocárdica apresenta necrose, podendo comprometer a dinâmica funciona do coração. Portanto, deve-se implementar o tratamento para IAM o mais precocemente possível para evitar e/ou atenuar áreas de necrose do miocárdio. O principal objetivo do tratamento é promover a reperfusão miocárdica o mais rápido possível (SANTORO; et al, 2008).

O favorecimento da reperfusão miocárdica o quanto antes, reduz o risco de evolução da lesão. Isso poderá ser obtido pelo alívio da dor, pelo repouso e profilaxia das complicações. Vale ressaltar que, quando ocorre necrose em área miocárdica, é impossível a regeneração. Pode-se observar tal fato na fase cicatricial do ECG, uma vez que o infarto prévio é identificado. Dessa maneira, torna-se imprescindível a instauração precoce de condutas que possibilitem melhor conforto ao paciente, ofertando o retorno da hemostasia entre a demanda e a oferta de oxigênio para o coração (SMELTZER; BARE, 2002; SILVA; et al, 2002).

A sociedade brasileira de cardiologia apresenta três formas básicas de tratamento: a angioplastia coronariana, cirurgia de revascularização do miocárdio e tratamento medicamentoso. O meio de tratar mais utilizado é com o uso de medicações (com destaque para os trombolíticos) e com realização de angioplastia na artéria coronária comprometida, onde é introduzido um cateter com um pequeno balão na sua extremidade, que é inflado na região obstruída no interior da artéria (SMELTZER; BARE, 2002)

Para que o tratamento se torne eficaz, é necessário que o local disponha de recursos humanos qualificados (especializados, reciclados e treinados), bem como de recursos de materiais adequados (medicamentos e aparelhos, principalmente). Em geral, esses recursos são disponibilizados em unidades de terapia intensiva e unidade coronariana (MARQUES; GUIMARÃES, 2008).

A sociedade brasileira de cardiologia preconiza três formas de tratamento, tais como: angioplastia coronariana, cirurgia de revascularização do miocárdio e tratamento medicamentoso. Visto isto, a escolha de tratar mais adequada irá depender do grau ou tamanho da área miocárdica atingida pelo IAM (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019).

De acordo com a sociedade brasileira de cardiologia, a angioplastia é entendida como uma técnica de dilatação e desobstrução de uma artéria relacionada ao IAM. Essa forma de tratamento se dá, pela inserção de um cateter através da artéria braquial ou femoral (mais utilizada) até o coração. A técnica utiliza a inserção de contraste nas cavidades cardíacas, possibilitando a análise dos átrios, ventrículos e valvas do coração. Na identificação da área lesionada com auxílio do contraste, a artéria é dilatada por um cateter especial, uma vez que, o mesmo possui em sua extremidade um balão, que quando insuflado, esmaga a placa de ateroma contra a parede da artéria. De acordo com o grau de obstrução, usa-se um stent (pequena mola de metal), que se introduz contraída até o local estreitado. Quando posicionada no lugar certo, a contração da mola é liberada, dilatando o vaso e alargando a zona estreitada da artéria (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019).

A cirurgia de revascularização do miocárdio é considerada o método mais confiável para salvar um coração isquêmico, quando a angioplastia falha. A indicação de operação precoce, realizada logo após o episódio de IAM, tem sido

amplamente discutida com base em observações clínicas, não havendo consenso dos riscos e benefícios para tal procedimento e sobre o intervalo de tempo após o IAM, até a cirurgia. O resultado dessa operação parece estar relacionado à presença de fatores de risco pré-operatórios específico, tais como faixa etária elevada, presença de choque cardiogênico e infarto de onda Q, uma vez que os mesmos contribuem para um ruim prognóstico. A cirurgia de revascularização do miocárdio consiste na utilização de uma veia da perna ou uma artéria do peito para união da artéria aorta até um ponto além daquele onde se encontra a obstrução, a fim de permitir a passagem de sangue. Essa intervenção cirúrgica só é realizada quando o paciente não apresenta melhora em seu quadro clínico ou quando ocorre complicação durante a angioplastia (SANTORO; et al, 2008).

O tratamento medicamentoso apresenta resultados quando respeitado às peculiaridades de cada droga. O grupo farmacológico de escolha para o IAM são os trombolíticos. A função dos trombolíticos é dissolver o coágulo e restabelecer o fluxo sanguíneo na área atingida. Os agentes trombolíticos mais são a estreptoquinase (EQ) e o rt-PA, capazes de reabrir, em cerca de 90 minutos, aproximadamente 80% das artérias agudamente ocluídas (SMELTZER; BARE, 2002)

A EQ é uma proteína derivada do estreptococo beta-hemolítico, que promove a ativação do plasminogênio em plasmina, promovendo a destruição da fibrina, onde deve-se utilizá-la primeiro, já que o custo é bem menor, comparado ao rt-PA. Recomenda-se a utilização de 1,5 milhão de unidades internacionais (UI) endovenosa (EV) entre 30 e 60 minutos de infusão. No caso do paciente apresentar hipotensão, o tempo máximo de infusão poderá ser maior nos casos em que se tornar necessária a diminuição (SANTORO; et al, 2008).

O rt-PA é uma proteína obtida por engenharia genética a partir de clones de células teciduais. Sua ação enzimática se dá por transformação do plasminogênio em plasmina, sendo esta ação potencializada pelo tecido fibrinoso. Deve-se utilizar em pacientes previamente submetidos à EQ entre 4 dias e 1 ano e se o cliente apresentar alergia conhecida à EQ. A sua utilização deve ser de forma acelerada, sendo 15mg em 30 minutos e 35mg em 60 minutos, totalizando 100mg em 1,5 hora (IGLESIAS; et al, 2010; RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016).

As indicações para uso de trombolíticos são: idade inferior a 75 anos, dor típica e persistente com mais de 30 minutos de duração, ausência de respostas

após uso de nitratos sublingual, elevação do seguimento ST, bloqueio completo de ramo esquerdo e bloqueio completo de ramo direito. Existem dois tipos de contra indicações, sendo elas as relativas e absolutas. Nas contra indicações relativas estão a idade acima dos 75 anos, punção venosa não compressível, hipertensão arterial não solucionada com medidas terapêuticas rotineiras, menstruação ou lactação ativa (no caso de mulheres), extração dentária (devido ao risco de hemorragia), pericardite aguda, retinopatia diabética proliferativa, doença crônica terminal, história prévia de coagulopatia hemorrágica e/ou AVC nos últimos três meses. O sangramento digestivo ou urinário nos últimos três meses, cirurgia de grande porte, biópsia de estrutura não compressíveis nos últimos trinta dias, afecções graves (coma, septicemia), reanimação cardiopulmonar traumática, dissecação aguda da aorta, gravidez (no caso de mulheres) e úlcera péptica ativa, são tidas como contra indicações absolutas (SANTORO; et al, 2008).

Existe ainda, o tratamento adjuvante, este que é mais utilizado nos serviços emergenciais se tratando de IAM. A terapia medicamentosa adjuvante, com relação ao IAM, inclui os seguintes medicamentos: ácido acetilsalicílico (AAS), heparina, betabloqueadores, antagonistas do cálcio, nitrato e inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA) (IGLESIAS; et al, 2010; RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016).

O AAS tem função de inibir a agregação plaquetária. Tem ação sinérgica (usado em conjunto) com o fibrinolítico. O mesmo é administrado VO e reduz as chances de um novo episódio de IAM. Quando ocorre contra indicação ou hipersensibilidade, opta-se pelo uso de ticlopidina ou clopidogrel (mais utilizado). A heparina tem função anticoagulante; quando do uso de EQ e AAS, não há indicação de sua utilização, somente com rt-PA e AAS. Nesse caso, deve ser utilizada via venosa em contínua infusão. Não há indicação para uso rotineiro de coagulantes após o IAM; devendo-se sempre atentar para sangramentos. Os betabloqueadores tem função inibitória dos efeitos da estimulação adrenérgica e, conseqüentemente, reduzem a contração e frequência cardíaca e o consumo de oxigênio miocárdico, redistribuindo o fluxo coronariano para o subendocárdio e prolongando a diástole (SANTORO; et al, 2008)

Os bloqueadores dos canais de cálcio formam um grupo de medicamentos de estrutura química heterogênea, promovendo a vasodilatação coronariana e sistêmica. Possuem ação eficaz na inibição do espasmo coronário. Os nitratos são

vasodilatadores coronarianos que atuam preferencialmente nos vasos coronários epicárdicos e na circulação colateral. Promovem a efetiva inibição do espasmo coronário. Sua ação sistêmica é a vasodilatação venosa (diminuindo a pré-carga cardíaca) e há discreta vasodilatação arterial (diminuindo a pós-carga cardíaca), menos importante. Os inibidores da ECA atuam especificamente no sistema renina-angiotensina-aldosterona, impedindo a transformação da angiotensina I em angiotensina II, promovendo a dilatação dos vasos arteriais e venosos. (SANTORO; et al, 2008).

2.3.7 Complicações

Muitos clientes vivenciam complicações que acontecem cedo ou tarde no curso pós-infarto. Estas complicações podem ocorrer devido as disfunções elétricas ou problemas na contratilidade cardíaca, uma vez que o IAM pode deixar tais sequelas. As disfunções elétricas incluem bradicardia, bloqueio dos ramos direito ou esquerdo e vários graus de bloqueios cardíacos. A presença de um novo sopro cardíaco no paciente com IAM é um alerta importante de despertar a atenção especial porque pode ser indicação de ruptura do músculo papilar, onde a isquemia entra como principal fator de risco e está correlacionada ao IAM. O sopro é um grande indicador de lesão grave e possíveis complicações futuras como insuficiência cardíaca (ICC) e edema agudo de pulmão (EAP) (URDEN; STACY; LOUGH, 2013).

A válvula mitral é sustentada por músculos (musculatura papilar). O IAM pode levar a uma disfunção ou até uma ruptura dos músculos papilares (condição grave, que necessita de tratamento cirúrgico imediato). A disfunção dos músculos papilares fazem com que a válvula não se feche adequadamente, deixando passar quantias consideráveis de sangue (insuficiência mitral aguda), sobrecarregando o coração (ISABEL; AUGUSTO; DIAS, 2015).

A ruptura do septo interventricular é a destruição do músculo que separa os dois ventrículos. É uma complicação rara e grave (menos de 0,5% dos casos), que é suspeitada pela presença de um sopro cardíaco e confirmada pela realização de um ecocardiograma. Essa complicação exige tratamento cirúrgico imediato (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2008).

A ruptura da parede livre do ventrículo esquerdo é a destruição da musculatura da principal câmara do coração. Ocorre em até 5% dos casos de infarto, sendo responsável por 10% das mortes após IAM, que ocorrem durante o período de internação. Seu diagnóstico é feito pelo ecocardiograma, exigindo intervenção cirúrgica imediata. A mortalidade dessa complicação é alta (IGLESIAS; et al, 2010; RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016).

O IAM também pode levar ao surgimento de um aneurisma no VE, se caracterizando como um enfraquecimento e dilatação progressiva da parede do coração. Ocorre em até 15% dos casos, principalmente nos casos de IAM da parede anterior do ventrículo esquerdo. Pode levar ao aparecimento de arritmias cardíacas, formação de coágulos, insuficiência cardíaca e dor torácica. Seu diagnóstico é feito através do ecocardiograma ou ressonância cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2008).

2.4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A essência da enfermagem é o cuidar e a SAE é a metodologia usada para planejar, executar e avaliar o cuidado, construindo ferramenta fundamental ao trabalho do enfermeiro (CHAVES; LUCIMARA DUARTE, 2013).

O trabalho ou exercício profissional é determinante do espaço social das profissões, as quais se inserem na multidimensionalidade desse espaço social que é complexo e, por vezes, exigente. A enfermagem é uma profissão crucial para a construção de uma assistência qualificada à saúde, cuja metodologia de trabalho deve ser clara, prática e coerente com a realidade local (BORGES; PEREIRA; LEMOS, 2005).

A SAE é o modelo assistencial ideal para a aplicabilidade dos conhecimentos do profissional enfermeiro, favorecendo o cuidado e as condições necessárias que o cliente necessita para a sua recuperação. Na era do conhecimento torna-se importante a busca de novas competências nos modos de organizar o trabalho, nas atitudes profissionais integradas aos sistemas sociais de relações e interações múltiplas, nas diversas dimensões, abrangências e especificidades da enfermagem (BORGES; PEREIRA; LEMOS, 2005).

Várias são as nomenclaturas utilizadas para denominar a metodologia da SAE e a diversidade de paradigmas existentes na profissão é uma das principais causas dessa variedade. O atendimento de enfermagem prestado de acordo com o processo de enfermagem (PE), a metodologia da assistência, a consulta de enfermagem entre outros, segue o método científico para a sua implementação e, dessa maneira, direciona à SAE (CHAVES; LUCIMARA DUARTE, 2013).

O processo de enfermagem é um método sistemático e dinâmico de prestação de cuidados humanizados e orientado para obtenção dos melhores resultados após a implementação de um plano de cuidado. Horta definiu PE como a dinâmica das ações sistematizadas e que estão inter-relacionadas, sendo impossível a separação ou avanço das etapas do processo, sempre visando a assistência ao ser humano (FRIGINI; et al, 2016).

O PE utiliza o método científico, ou seja, um método, na qual a sua utilização foi eficaz na resolução de problemas de enfermagem de forma lógica. O método científico é uma abordagem que permite verificar se um conjunto de fatos corresponde à realidade (CHAVES; LUCIMARA DUARTE, 2013).

O PE, considerado a base de sustentação da SAE, é constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente coletando os seus dados, traçando o diagnóstico de enfermagem adequado, montando um plano de cuidado, implementando as ações planejadas e a avaliação sucinta do plano, observando se há necessidade de alteração, finalização ou se o plano foi eficaz ou não para o paciente. As fases de coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação se relacionam e dependem uma da outra, sendo inseparáveis dentro de um contexto prático (BORGES; PEREIRA; LEMOS, 2005; CHAVES; LUCIMARA DUARTE, 2013).

Utilizar a SAE é uma forma de tornar o modelo assistencial da enfermagem mais científico, uma vez que promoverá um cuidar humanizado, contínuo, mais justo e com qualidade para o paciente. Para obter um cuidado de enfermagem adequado às exigências de um paciente, é necessário uma estrutura organizacional específica, tanto em relação aos cuidados humanos quanto aos recursos físicos e materiais (FRIGINI; et al, 2016).

Há, pelo menos, duas barreiras que precisam ser traspostas para a implementação do PE, sendo que uma está relacionada à escolha, interpretação e

modelo conceitual; e a outra quanto a sua operacionalização do contexto da prática e a situação em que outras dificuldades se interpõem (BORGES; PEREIRA; LEMOS, 2005).

Na escolha de um modelo de assistência, devemos obter informações básicas, que permitam prever o grau de envolvimento do paciente no seu tratamento, algumas estratégias que possam ser mais úteis para este cliente e o grau de auxílio de outros profissionais que a situação possa necessitar. Esta fase preliminar auxilia dirigir e priorizar a coleta de dados e definir qual modelo poderá ser mais congruente às condições do cliente. A análise de seleção do modelo leva também em consideração que alguns são mais aplicáveis a indivíduos, outros à família e outros à comunidade; alguns pressupõem que o enfermeiro forneça a assistência, enquanto outros favorecem o autocuidado. A coleta de dados é a principal fase do processo de enfermagem, uma vez que é uma fase guiada pelos conceitos que auxiliam na construção do instrumento, direcionando a coleta certa e auxiliando para a escolha do modelo assistencial mais adequado aquela paciente (FRIGINI; et al, 2016).

2.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM IAM

Segundo o código de ética aprovado pela resolução COFEN 311/2007, nos artigos 12 a 14, é dever do profissional enfermeiro, ser responsável em prestar uma assistência com competência técnica, científica e ética, livre de danos para o indivíduo decorridos de negligência, imprudência e/ou imperícia, aprimorando os seus conhecimentos em benefício à pessoa e ao desenvolvimento da profissão. Assim, ao refletir sobre o risco do IAM, permite a elaboração e planejamento eficaz para uma assistência de enfermagem dinâmica e eficiente, sempre visando a recuperação do quadro clínico do cliente (FRIGINI; et al, 2016).

Nesse contexto, o enfermeiro capacitado e com conhecimento teórico e prático pode ser o diferencial para o paciente na assistência ao infartado, devendo-se estar sempre preparado para atuar nestas situações de emergência. Porém, é importante destacar que a maioria das cidades brasileiras não tem assistência do SAMU. Diante deste fato, estudos comprovam que o profissional enfermeiro muito pode contribuir para reduzir o tempo pela busca da assistência médica diante dos

sinais e sintomas sugestivos de IAM, uma vez quando atuam como educadores, na orientação da população acerca do risco e dos seus familiares e amigos acerca da sintomatologia, onde buscar assistência, e até mesmo treiná-los para uma situação de parada cardiorrespiratória, quando for necessário realizar manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) (FRIGINI; et al, 2016).

Além das orientações sobre os sintomas, o enfermeiro deve, diante da compreensão dos motivos pelo retardo na procura por ajuda especializada na presença dos sinais e sintomas de IAM, orientar os pacientes quanto aos riscos de procedimentos inadequados como automedicação, uso de chás e outros líquidos, tolerância da dor e persistência em realizar esforço físico indevido. A orientação não deve abranger apenas os familiares, mais toda a comunidade em geral, incluindo escolas e empresas privadas (BORGES; PEREIRA; LEMOS, 2005).

Se tratando da emergência da patologia instalada, o enfermeiro quase sempre ou na maioria das vezes é o primeiro profissional a ter contato com o paciente infartado, uma vez que sua assistência ocorre assim que o cliente é admitido no serviço, iniciando o atendimento imediato e necessário. Portanto, a capacidade em reconhecer sinais e sintomas típicos de IAM é de suma importância para aumentar as chances de sobrevivência do paciente infartado, uma vez que esse reconhecimento direciona adequadamente a assistência (CHAVES; LUCIMARA DUARTE, 2013).

As intervenções hemodinâmicas tem sido eficazes na diminuição da mortalidade no IAM, porém; deve ser realizado o mais rápido possível na tentativa de evitar sequelas no coração, onde o enfermeiro desempenha papel importante no olhar diferencial para interpretar os sinais e sintomas, atuando com foco a antecipar e prevenir complicações prévias e/ou futuras (FRIGINI; et al, 2016).

Dentre as intervenções que cabe ao enfermeiro (durante o aguardo do médico) dentro do contexto da assistência ao paciente com IAM, estão: o repouso absoluto no leito, onde irá reduzir a sobrecarga do coração, a oxigenoterapia por cateter nasal há seis litros corridos ou máscara de venturi (há depender do estado do paciente), monitoramento cardíaco com monitor cardíaco ou oxímetro de pulso se a unidade não dispor do monitor, acesso venoso de alto calibre, gasometria arterial e o ECG que deve ser realizado logo após a admissão em até dez minutos e repetido após seis horas, sendo um importante auxílio para o diagnóstico de IAM. O

enfermeiro já pode e deve adiantar a coleta de sangue para exame laboratorial, onde a dosagem das enzimas cardíacas é outro fator que auxilia no diagnóstico do IAM, devendo se repetido de seis a nove horas após a admissão (TANNURE, MEIRE, 2011; PINHEIRO, MARIA, 2011)

Ao iniciar o atendimento, o enfermeiro deve fazer uma avaliação sucinta dos sinais vitais do paciente, o que muito contribui na distinção entre IAM e outras patologias. Além das intervenções já citadas, deve ainda, estar atento e priorizar e avaliar a dor torácica. Essa intervenção é justificável, uma vez que literaturas mostram a relação a outras manifestações como dispneia, sudorese, agitação e hipertensão (NASCIMENTO; et al, 2008).

Não são todos os pacientes que apresentam sintomatologia típica de IAM, que por vezes se manifesta de forma inespecífica, como nas gestantes, idosos e diabéticos. O profissional enfermeiro deve ser capaz de interpretar exames laboratoriais, principalmente o ECG, uma vez que o mesmo irá auxiliar na definição do diagnóstico, contribuindo para a terapia adequada o mais rápido possível. Diante da patologia e sua predominância emergencial, o enfermeiro deve ainda, ser dotado de habilidade, agilidade e tomada de decisão rápida, livre de imperícia e intuição, que seria uma barreira na instituição de uma assistência adequada e eficaz (TANNURE, MEIRE, 2011; PINHEIRO, MARIA, 2011)

Após o primeiro atendimento, o cliente diagnosticado com IAM deve ser criteriosamente assistido em tempo contínuo, pois a sua evolução pode ser rápida e importantes alterações vitais como hipotensão, depressão respiratória e alterações do ritmo cardíaco podem vir a surgir. O conhecimento do enfermeiro acerca das ações dos medicamentos é fundamental para o cuidado ao paciente, uma vez que os trombolíticos podem desencadear uma hemorragia, enquanto a morfina tende a depressão respiratória (FRIGINI; et al, 2016).

Portanto, o paciente infartado corre risco nas primeiras doze horas, se mantendo assim, a vigilância quanto à ocorrência de arritmias, persistência e intensidade da dor, além dos sinais vitais, balanço hídrico e o estado de consciência do indivíduo, uma vez que este cuidado fica a cargo do profissional enfermeiro (FRIGINI; et al, 2016).

O enfermeiro diante do paciente e da situação deve manter a calma, de forma a procurar tranquilizar o cliente e familiares, orientando sobre os procedimentos e

fornecendo condições para a restauração emocional do paciente, demonstrando interesse por seus problemas (CHAVES; LUCIMARA DUARTE, 2013).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa caracterizada como revisão integrativa de literatura, com o objetivo de conhecer a produção acadêmica acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio nos últimos dez anos.

A revisão integrativa é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. (TAVARES; DIAS; CARVALHO, 2010).

Os achados bibliográficos foram concretizados evidenciando os últimos 10 anos (2010-2020). O estudo foi realizado através da biblioteca virtual: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e através das Bases de Dados LILACS e SciELO. Foram utilizados as seguintes palavras-chave: Infarto Agudo, diagnóstico de enfermagem e Sistematização da assistência de enfermagem.

Os critérios de inclusão dos artigos mencionados foram: artigos em português, artigos que estivessem disponíveis gratuitamente, artigos publicados nos últimos dez anos, uma vez que são poucos os artigos em períodos anteriores; e que estivessem relacionados com a temática. Os critérios de exclusão foram os artigos que não estivessem completos e na íntegra do tema.

A busca foi realizada a partir das palavras-chave, com os artigos identificados na fonte consultada totalizando 20 artigos, onde todos estavam escritos em português entre os anos de 2010 a 2020. Do total, 08 foram excluídos por desviarem do tema e 03 foram descartados por não estarem completos; restando assim 09 artigos a serem avaliados e debatidos neste estudo.

Para uma melhor captação das informações prestadas, os artigos selecionados foram dispostos em tabela e identificados com o título, autores, tipo de pesquisa, principais resultados, objetivos e ano de publicação.

Diante do exposto, questiona – se: Qual é a produção acadêmica acerca da sistematização da assistência de enfermagem ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio nos últimos dez anos?

4 RESULTADOS

Após a escolha de cada estudo colhido foram descritos os elementos essenciais para a captação da temática e da abordagem dos textos, de forma a possibilitar continuamente uma discussão. Para isso foi extraído da cada artigo, seus autores, revista, termos e expressões referentes a SAE ao paciente com IAM e os resultados ressaltantes para a enfermagem.

TABELA 1: Estudos incluídos na revisão integrativa.

TÍTULO	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVOS	TIPO DE PESQUISA	PRINCIPAIS RESULTADOS
A importância das intervenções de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio.	Carvalho; Pareja; Maia.	2013.	Analisar quais intervenções de enfermagem são adotadas nas unidades de urgência e emergência em pacientes com suspeita de IAM e descrever a importância das intervenções e levantar os principais diagnósticos de enfermagem segundo NANDA.	Revisão bibliográfica descritiva com análise qualitativa.	Atendimento rápido e eficaz para melhor prognóstico de um paciente com a hipótese diagnóstica de IAM.
SAE ao paciente acometido por IAM: estudo de caso.	Santos; Ferreira; Gonzaga; et al.	2018	Levantar referências, para aprofundar o conhecimento sobre o tema e apresentar os perigos e implementar as etapas do	Estudo de caso teórico, com abordagem metodológica descritiva, exploratória e	Diante dos problemas acima discutidos faz-se necessário que o profissional da saúde tenha uma

			processo de enfermagem preconizadas pela metodologia da SAE ao paciente vítima de IAM.	qualitativa.	visão ampla, holística, detalhada e uma atenção especial para com tal paciente.
IAM com supra do segmento ST e a assistência de enfermagem no intra-hospitalar.	Mendes; Costa.	2016	Demonstrar a assistência de enfermagem ao paciente com IAM com supra do segmento ST.	Fundamentada em indexados de literatura e artigos sobre pessoas com IAM com supra do segmento ST.	Muitos são os fatores de risco para o IAM. O IAM precisa de profissionais bem capacitados para lidarem com tal situação.
IAM: condutas de enfermagem sob a perspectiva da teoria de Callista Roy.	Silva; Silva; Lopes.	2019	Analisar os diagnósticos de enfermagem voltados para o paciente de IAM baseados na teoria de Callista Roy, abordando informações atualizadas sobre SAE.	Revisão integrativa da literatura.	O número de doenças cardiovasculares estão em constante desenvolvimento.
Atuação da enfermagem ao paciente com IAM.	Santos; Cesário.	2019	Demonstrar qual relevância da atuação da enfermagem diante do paciente acometido pelo IAM, assim como, procura descrever o conceito da patologia e identificar os	Pesquisa bibliográfica.	O paciente vítima de IAM, pode comumente apresentar alterações no seu estado psicológico e é de grande relevância que o enfermeiro saiba comandar a equipe como

			fatores de risco para o desenvolvimento da mesma.		um todo, de forma que sempre exista comunicação.
Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes cardiológicos em cuidados paliativos.	Pedrão; Brunori; Santos; et al.	2018	Identificar os principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem nos pacientes cardíacos em cuidados paliativos; Caracterizar o perfil sociodemográfico e o perfil clínico dos pacientes cardíacos em cuidados paliativos; Identificar os principais diagnósticos e intervenções de Enfermagem de pacientes cardíacos em cuidados paliativos.	Estudo quantitativo, transversal, retrospectivo e descritivo.	Constatou-se que tanto os diagnósticos, quanto as intervenções de Enfermagem foram todos relacionados ao domínio fisiológico do paciente, apresentando uma assistência pouco focada em aspectos espirituais e emocionais do paciente cardiológico em cuidados paliativos.
Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares.	Pereira; Cavalcanti; Santana; et al.	2011	Identificar a frequência dos diagnósticos de enfermagem e características definidoras de pacientes com doenças cardiovasculares e caracterizá-los quanto às variáveis sociodemográficas	Estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo transversal.	A descrição dos diagnósticos de enfermagem contribuiu para a análise das respostas à doença cardiovascular, com foco no objeto de trabalho do enfermeiro que, associado às

			ficadas clínicas. e		questões de gênero, culturais, demográficas, sociais, econômicas, bem como às condições do tratamento médico e espirituais, possibilita uma investigação holística, embasada em uma linguagem internacional proposta pela NANDA-I.
Estratégias para reduzir o tempo porta-balão nos pacientes com infarto agudo do miocárdio.	Nogueira; Reis; Viecelli; et al.	2016	Identificar as evidências disponíveis quanto às estratégias para reduzir o tempo porta-balão nos pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) que necessitam de transporte inter-hospitalar para serviços de hemodinâmica.	Revisão integrativa.	As estratégias com melhores resultados na redução do tempo porta-balão foram: eletrocardiograma pré-hospitalar com nível de evidência III, ativação precoce e transferência direta para os centros de hemodinâmica, com nível de evidência IV.

Fatores associados à mortalidade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio.	Koerich; Lanzoni; Erdman.	2016	Conhecer os fatores associados à mortalidade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio em hospital referência cardiovascular em Santa Catarina.	Estudo quantitativo , exploratório , descritivo e retrospectivo.	Reforça-se a importância da utilização dos dados como indicadores de qualidade objetivando garantir um cuidado pautado em informações confiáveis que orientem gestores no planejamento da assistência ao paciente e dos serviços de saúde de alta complexidade .
---	---------------------------	------	---	--	--

5 DISCUSSÃO

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma síndrome de elevada prevalência no Brasil e no mundo, devido o envelhecimento populacional, baixos níveis de controle da pressão arterial (PA) e os alimentos ricos em sódio e gorduras que são bem comuns em nosso dia-a-dia. (ANDRADE, et al; 2013). Para ROBINS (2013), o IAM é causado pela obstrução do suprimento vascular para o tecido afetado, processo pelo qual tais lesões formam o chamado infarto é uma causa comum. O IAM também pode ser definido como necrose do músculo cardíaco ocasionado pela interrupção do fluxo sanguíneo nas artérias que irrigam o coração, seus respectivos sinais e sintomas são: dor no peito esquerdo irradiando para membro superior esquerdo, vertigens, sudorese, formigamento, dor no estomago, dispneia, pele fria e pegajosa.

O IAM é uma doença, que comumente está associada a diversos fatores preexistentes, sendo que muitos desses estão ligados a morbididades que já se fazem presente no indivíduo (diabetes e hipertensão), enquanto que outros são basicamente mais ligados a hábitos de vida não saudáveis (sedentarismo, tabagismo, obesidade etc). (ANDRADE, et; 2013).

A atuação do enfermeiro se torna importante na assistência ao paciente com suspeita de IAM e contribui para o seu controle, promovendo um plano de cuidado adequado para cada pessoa, se preocupando com a reabilitação, mas sempre atuando com humanização, lembrando-se do indivíduo como um ser que tem suas crenças e valores, favorecendo um cuidado interativo, considerando a pessoa cuidada um elemento principal deste processo. A atuação do enfermeiro inicia-se logo na admissão do paciente ao chegar à unidade de urgência e emergência, como principal função atribuída é diagnosticar precocemente e iniciar imediatamente os cuidados emergenciais, aumentando a chance de sobrevivida do paciente. O diagnóstico precoce do IAM e as intervenções terapêuticas interferem diretamente na morbidade e mortalidade dos pacientes. (CARVALHO; PAREJA; MAIA, 2013; HERMIDA; ARAÚJO, 2006; LOPES; et al, 2007).

Os indivíduos que apresentam IAM necessitam de intervenção o mais rápido possível, sendo que os cuidados iniciais realizados, dizem respeito a procedimentos emergenciais, visando impedir que o quadro evolua para um estado mais grave, ou

mesmo para o óbito. Após prestados os cuidados emergências, o indivíduo pode ou não ser encaminhado para a UTI e após, ser removido para quarto normal.

O enfermeiro como profissional responsável por diversas funções, as quais vão desde a prevenção por meio da realização de orientações, até o atendimento pré e intra-hospitalar, deve possuir conhecimento técnico e científico para atuar, de maneira que possua a competência necessária, para reduzir o número de casos de IAM, ou evite que complicações possam vir a acontecer, mediante pacientes internados, devido a patologia. (CARVALHO; PAREJA; MAIA, 2013; HERMIDA; ARAÚJO, 2006; LOPES; et al, 2007)

Durante todo o processo de atendimento ao paciente infartado, o enfermeiro exerce funções de grande importância, iniciando pela triagem do paciente e auxílio médico, caso seja necessário a realização de algum procedimento de emergência, passando para cuidados de enfermagem durante o período de internação.

O enfermeiro além de promover a assistência de enfermagem por meio da utilização da SAE, deve estar também atento em relação a importância do comando da equipe de enfermagem, uma vez que é de grande relevância que o enfermeiro saiba comandar a equipe como um todo, de forma que sempre exista comunicação.

O paciente vítima de IAM, pode comumente apresentar alterações no seu estado psicológico, devido a intensificação de suas emoções, já que é possível notar que muitos apresentam quadro de ansiedade e principalmente medo mediante a possibilidade de virem a óbito.

Sendo o enfermeiro o profissional responsável pelo cuidado do paciente, existe uma tendência para que tal profissional mantenha uma interação muito maior com o mesmo¹⁷. Levando-se em consideração que o paciente internado deve receber uma assistência voltada não somente para os aspectos biológicos, mas também para os aspectos emocionais, é de grande importância, que o enfermeiro procure prestar um cuidado humanizado, voltado para o paciente como um todo.

Mediante tudo que se expõe, é possível notar que o enfermeiro, é o tipo de profissional, que diante do paciente com infarto, apresenta um papel voltado para diversos aspectos da assistência, a qual vai desde a realização de orientação visando a prevenção, até a assistência hospitalar do paciente com a doença já estabelecida.

A importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem no cuidado ao cliente portador de infarto do miocárdio no processo de enfermagem permite identificar as necessidades do cliente, estabelecer prioridades nas intervenções e realizar avaliação da evolução do cliente. A SAE fornece subsídios para a preparação de planos de cuidados, implementação das intervenções e avaliação de acordo com as necessidades do cliente. Além da necessidade para a renovação de práticas e medidas assistenciais focadas principalmente no cliente com infarto do miocárdio.

A SAE configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. Tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

6 CONCLUSÃO

De acordo com a literatura, foi possível evidenciar, que o Infarto Agudo do Miocárdio é uma patologia do aparelho cardiovascular, destacando-se como um dos quadros de maior prevalência, seja a nível mundial ou no Brasil, sendo que a maioria das vítimas são indivíduos na terceira idade. A patologia se dá quando ocorre uma obstrução da artéria ou veia do miocárdio, impedindo que o tecido receba oxigênio e nutrientes de maneira adequada.

Em relação aos fatores que contribuem para que o infarto venha acontecer, podem ser citados doenças crônicas como Diabetes, Hipertensão Arterial e colesterol alto, além de sedentarismo, obesidade, estresse, consumo de álcool e tabagismo. Outros fatores que também tiveram destaque foram estar na terceira idade e histórico familiar de IAM e situação socioeconômica.

Tratando-se do papel do enfermeiro diante do paciente com IAM, é possível afirmar, que o mesmo atua em diversas fases de atendimento, iniciando pela realização do processo de triagem, onde é possível identificar de maneira precoce a patologia, passando pelos cuidados iniciais que são prestados na UTI e terminando nos cuidados intra hospitalares que são necessários até que o paciente receba alta.

No que diz respeito aos cuidados hospitalares especificamente, o enfermeiro deve procurar conduzir os cuidados prestados fazendo uso da SAE, a qual trata-se de um processo dividido em fases diferentes, onde ao final o profissional poderá chegar aos diagnósticos de enfermagem e baseado nos mesmos, criar as prescrições de enfermagem. É importante notar, que o enfermeiro mediante o paciente com IAM, em muitas situações atua não somente voltado para os cuidados de enfermagem, mas também necessita realizar orientações aos familiares, sobre cuidados e mudanças que serão necessárias.

No entanto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem tem na sua essência considerar o indivíduo no todo. Desta forma, o enfermeiro deve ponderar desde suas doenças de base e concomitante ao IAM, suas emoções, frustrações, ofertando uma assistência holística e humanizada, para além da internação preparando-o para o retorno de seu ambiente e lar, sendo educador. Do mais, a SAE propicia uma assistência integral ao paciente infartado, que diante dos DE descritos permite a elaboração das intervenções necessárias e organizadas para o alcance do

resultado almejado, contribuído para uma assistência de enfermagem resolutiva, sistêmica e contínua.

REFERÊNCIAS

AEHLERT, B. O ABCD do atendimento cardiovascular de emergência. In: AEHLERT, B. **ACLS: suporte avançado de vida em cardiologia**. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2013. p. 9 – 24.

ANDRADE. Jadelson Pinheiro. Et al. **Programa nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares**. Arq. Bras. Cardiol. vol.100 no.3 São Paulo Mar. 2013.

BENSENOR; et al. **Prevalência de fatores de risco cardiovascular no mundo e no Brasil**. Revista da SOCESP. São Paulo, p. 18-24, 2019.

BORGES; PEREIRA; LEMOS. **Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a10>>. Acesso em: 27 set. 2019.

BORGES; PEREIRA; LEMOS. **Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados**. Florianópolis, p. 617-628, 2006.

BRASIL. **Conselho Federal de Enfermagem**. Resolução nº 564, de 2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília DF, 2017.

BRASIL. **Ministério da saúde**. Conselho nacional de saúde. Resolução nº 466, de 2012. Pesquisa em seres humanos. Brasília DF, dez 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BULECHEK; et al. **NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 6º edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CAMPOS. MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília-DF, p. 611-614, 2004.

CARVALHO; et al. O cliente com infarto agudo do miocárdio. In: vários autores. **Cardiopatias: avaliação e intervenção em enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008. p. 103 – 146.

CARVALHO; PAREJA; MAIA. A importância das intervenções de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Revista científica de enfermagem**. São Paulo, p. 5-10, 2013.

CHAVES; LUCIMARA DUARTE. O processo de enfermagem. In: CHAVES; LUCIMARA DUARTE. **Sistematização da assistência de enfermagem: Considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2013. p. 33 – 41.

CHAVES; LUCIMARA DUARTE. Teorias de enfermagem: compreensão para a aplicabilidade. In: CHAVES; LUCIMARA DUARTE. **Sistematização da assistência de enfermagem: Considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2013. p. 15 – 24

FERNANDES; ALITI; SOUZA. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista eletrônica de enfermagem**. Porto Alegre-RS, p. 993-999, 2009.

FRIGINI; et al. A sistematização da assistência de enfermagem e atuação do enfermeiro ao paciente infartado. **Revista Salus**. São Paulo, p. 1-13, 2016.

GODOY. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2019.

HEATHER; KAMITSURU. **Diagnósticos em enfermagem da NANDA – 1: Definições e classificação**. 11^o edição. Porto Alegre: Artmed, 2018.

IGLESIAS; SANTIAGO; JESUS; et al. A importância da sistematização da assistência de enfermagem no cuidado ao cliente portador de infarto agudo do miocárdio. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**. Rio de Janeiro, vol. 2, p. 974-977, dezembro, 2010.

ISABEL; AUGUSTO; DIAS. Insuficiência mitral. In: ISABEL; AUGUSTO; DIAS. **Tratado de cardiologia SOCESP**. São Paulo: Manole, 2015. p. 791 – 796.

MARQUES; GUIMARÃES. Sistema cardiovascular: princípios básicos. In: vários autores. **Cardiopatias: avaliação e intervenção em enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008. p. 1 – 38.

MOORHEAD; et al. **NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem**. 5^o edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

RIBEIRO; SILVA; LIMA. Conhecimento do infarto agudo do miocárdio: implicações para assistência de enfermagem. **Revista de enfermagem da UFPI**. Goiânia-GO, p. 63-68, 2016.

ROBBINS, **patologia básica** / VinayKumar... [et al]; tradução de Claudia Coana... et al. Rio de Janeiro : Elsevier, 2013.

SANTORO; et al. O cliente com doença coronariana e os fatores de risco. In: vários autores. **Cardiopatias: avaliação e intervenção em enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008. p. 103 – 146.

SILVA. **População e amostras; Brasil escola**. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/matematica/populacao-amostras.htm>>. Acesso em: 22 out. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **O cardiômetro**. Disponível em: <<http://www.cardiometro.com.br/>>. Acesso em: 19 set. 2019.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Doença coronariana**. Disponível em: <<https://socerj.org.br/doenca-coronariana/>>. Acesso em: 15 set. 2019.

TAVARES; DIAS; CARVALHO. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. São Paulo. 2010.

TORTORA; DERRICKSON. Sistema circulatório: coração. In: TORTORA; DERRICKSON. **Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia**. Porto Alegre, RS: Artmed editora Ltda, 2016. p. 370 – 389.

URDEN, L. D.; STACY, K. M.; LOUGH, M. E. Doenças cardiovasculares. In: URDEN, L. D.; STACY, K. M.; LOUGH, M. E. **Cuidados intensivos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 180 – 220.