UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR
ASSISTÊNCIA CARDIOVASCULAR

As Ações do Enfermeiro na Assistência ao Infarto Agudo do
Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST Baseadas
em Diretrizes Clínicas

Natália Ferri Silva Amaral

Belo Horizonte
2012

Natália Ferri Silva Amaral

**As Ações do Enfermeiro na Assistência ao Infarto Agudo do
Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST Baseadas
em Diretrizes Clínicas**

Trabalho apresentado ao Curso de
Especialização em Enfermagem
Hospitalar, da Universidade Federal de
Minas Gerais. Área: Enfermagem
Cardiovascular

Orientadora: Dr^a Salete Maria de Fátima
Silqueira.

**Belo Horizonte
2012**

Amaral, Natália Ferri Silva.

A485a As ações do enfermeiro na assistência ao infarto agudo do miocárdio

com supradesnivelamento do Segmento St baseadas em diretrizes clínicas

[manuscrito]. / Natália Ferri Silva Amaral. – Belo Horizonte:

2013

54f.

Orientadora: Salete Maria Silqueira de Fátima.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Saete Maria de Fátima Silqueira.
Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Aide Ferreira Ferraz
Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Selme Silqueira de Matos
Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Belo Horizonte
2012

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Salete Maria Silqueira, que foi um poço de incentivo e nos momentos que eu mesma não acreditava que iria conseguir, ela acreditou, e eu consegui.

À professora Eline Lima Borges, que me deu uma luz no momento que eu só enchergava escuridão.

E finalmente, aos meus colegas de turma, que estiveram sempre ao meu lado, nos momentos de diversão e nos momentos de dificuldade, sem eles eu não teria conseguido.

*A mente que se abre a uma nova idéia, jamais
voltará ao seu tamanho original.”*

Albert Einstein

RESUMO

Introdução: As doenças cardiovasculares são a maior causa de morte em todo o mundo. Dentre as doenças cardiovasculares o Infarto agudo do miocárdio é uma das apresentações mais recorrentes, relevantes e graves, levando o paciente a procurar o serviço de emergência. O enfermeiro é um dos primeiros contatos do paciente no serviço de emergência sendo necessário que esse tenha conhecimento científico, prático e técnico. A tomada de decisão do enfermeiro é fundamental para a assistência ao paciente infartado e para isso o papel do enfermeiro deve estar bem definido **Objetivo:** Estabelecer recomendações para atuação do enfermeiro na assistência a pacientes com infarto agudo do miocárdio baseando-se em diretrizes. **Metodologia:** Estudo secundário de revisão da literatura científica na modalidade denominada revisão integrativa na prática baseada em evidências através do sistema GRADE. A amostra do estudo foi encontrada por meio da busca nos sites específicos das diretrizes brasileira, americana e européia do manejo do infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. **Resultados:** As recomendações gerais e as recomendações atribuídas para o enfermeiro foram quantificadas e analisadas quanto ao nível de evidência e força de recomendação através do sistema GRADE. **Considerações finais:** Foi concluído a gravidade do IAM ST e a necessidade de se estabelecer recomendações específicas para o enfermeiro para otimizar qualidade da assistência prestada ao paciente infartado.

Descritores: Diretrizes. Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do segmento ST

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide. Among the cardiovascular diseases, the acute myocardial infarction with ST elevation is one of the most recurring relevant and serious, leading the patient to seek emergency services. The nurse, usually the first contact of the patient in the emergency room, must have technical, practical and scientific knowledge for a good quality practice. Decision making for nurses is critical to patient care and, therefore, the nurse's role must be clear. **Goal:** Establish recommendations for nursing care with patients suffering acute myocardial infarction based on guidelines. **Methodology:** Secondary review of scientific literature on the modality called integrative review on evidence-based practice by the GRADE system. The study sample was found by searching websites of specific guidelines: Brazilian, American and European management of acute myocardial infarction with ST-segment elevation. **Results:** The general recommendations and recommendations assigned to nurses were quantified and analyzed by level of evidence and strength of recommendation using the GRADE system. **Final Considerations:** Conclusion of the severity of AMI ST and the need to establish specific recommendations for nurses to optimize quality of care provided to patients with myocardial infarction.

Key words: Guidelines. Acute Myocardial Infarction with ST-segment elevation

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO – World Health Organization

SCA – Síndrome Coronariana Aguda

IAM ST – Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do segmento ST

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

BCRE – Bloqueio Completo de Ramo Esquerdo

CK-MB – creatinaquinase fração MB

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

DAC – Doença Arterial Coronariana

IRC – Insuficiência Renal Crônica

RCP – Ressuscitação Cardio Pulmonar

DEA – Desfibrilador Externo Automático

ECG – Eletrocardiograma

AVE – Acidente Vascular Encefálico

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IMC – Índice de Massa Corporal

ICP – Intervenção Coronária Percutânea

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – Classificação da força de evidência.....	16
TABELA 02 – Nível de evidência de acordo com o sistema GRADE.....	19
TABELA 03 – Fatores que afetam a força de recomendação segundo o sistema GRADE.....	19

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 – Número de recomendações e porcentagem.....	21
QUADRO 02 – Identificação das recomendações atribuídas ao enfermeiro.....	23

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
1.1. Objetivos.....	10
<i>1.1.1. Geral.....</i>	<i>10</i>
<i>1.1.2. Específicos.....</i>	<i>10</i>
2. REVISÃO DA LITERATURA	11
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	13
3.1. Referencial Teórico Metodológico.....	13
3.2. Métodos e Fases.....	13
3.3. População e Amostra.....	14
<i>3.3.1. Critérios de Inclusão.....</i>	<i>15</i>
<i>3.3.2. Critérios de Exclusão.....</i>	<i>15</i>
3.4. Variáveis de Estudo e Instrumento de Coleta de Dados.....	15
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	18
5. DISCUSSÃO	47
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
7. REFERÊNCIAS.....	51
8. APÊNDICE.....	54

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são a causa número um de mortes do mundo, responsáveis por 30% dos óbitos, aproximadamente 17,3 milhões de pessoas (WHO, 2011).

A OMS define doenças cardiovasculares como um grupo de acometimentos do coração e vasos sanguíneos (WHO, 2011). Dentro destes acometimentos destacam-se as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração, o foco desta revisão (MANSUR, 2009). As doenças isquêmicas do coração causam 12,8% das mortes na população global, aproximadamente 7,25 milhões de pessoas (WHO, 2011).

BAGNATORI, *et al* (2009) define Síndrome Coronariana Aguda (SCA) como o conjunto de manifestações de isquemia na musculatura do miocárdio. Dentro das SCA destacam-se as 3 principais formas clínicas: a angina instável, o infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST), e o objeto de concentração deste trabalho, o infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do seguimento ST (IAM ST). O Diagnóstico diferencial destas formas é essencial para a definição de um plano de conduta terapêutica. A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é o resultado da ruptura de uma placa coronariana instável, podendo culminar em oclusão da luz das artérias coronárias em vários níveis. (PESARO *et al*, 2008).

PIEK (2007) e BRENNAN (2009) ressaltam que grande parte dos IAM são resultantes da aterosclerose coronariana, na maioria das vezes acompanhada de trombose coronária. O rompimento ou erosão da placa aterosclerótica, material rico em lipídios, é responsável por desencadear as SCA.

Bordon, *et al* (2004) argumentam que independente dos avanços tecnológicos dos últimos tempos no tratamento do infarto agudo do miocárdio (IAM), os índices de letalidade nos pacientes se mantêm elevados. Estas estatísticas podem se dar devido à falta de preconização e consenso no momento da tomada de decisão a cerca das intervenções a serem tomadas.

Wehbe e Galvão (2001) colocam a unidade de emergência como o serviço ideal para promover a assistência aos pacientes com afecções agudas, pois possui uma equipe especializada.

O Ministério da Saúde define a emergência como a unidade destinada a atender os doentes com ou sem risco de vida e que os agravos de saúde necessitem prontamente de atendimento. Já Pai e Lautert (2005) classificam a unidade de emergência como um setor que oferece assistência de alta complexidade e diversidade aos pacientes que apresentam risco iminente de vida e apontam que a equipe de saúde é a responsável pela rapidez e precisão das intervenções/ações.

Franco *et al* (2008) diz que a literatura aponta que somente 20% dos pacientes com dor torácica aguda chegam ao serviço de emergência dentro de 2 horas do início dos sintomas, necessitando ainda mais de um serviço de emergência eficaz para identificar e intervir rapidamente em cima do problema.

A avaliação dos pacientes que apresentam dor precordial e outros fatores sugestivos de isquemia miocárdica se mantem como um dos maiores desafios para os profissionais da saúde (PESARO *et al* 2007).

Santos *et al* (2009) responsabilizam o enfermeiro pela gerência, dentre outras atividades, e dentro da gerencia estão: o gerenciamento dos recursos, a articulação e coordenação da equipe de enfermagem e age como uma ponte entre o paciente/família e a equipe de atendimento. Santos e Lima (2011) falam sobre a competência do enfermeiro de buscar maneiras de assegurar que os recursos materiais estejam disponíveis e que a infra-estrutura do setor permita a atuação da equipe no momento da urgência, percebendo a necessidade do paciente associada com o cuidado integral e de qualidade.

Considerando que o enfermeiro é um dos primeiros contatos com o paciente apresentando sintomatologia indicativa de IAM, é necessário que este tenha conhecimento científico, pratico e técnico, visando uma tomada de decisão rápida e eficaz, reduzindo os riscos para o paciente e passando segurança para toda a equipe. É indispensável que o enfermeiro realize seu papel de obter a história do paciente, realizar o exame físico e executar o tratamento, desta forma a identificação e intervenção do acometimento será mais rápida e conseqüentemente as chances do paciente de desenvolver maiores acometimentos cairão significativamente. (WEHBE; GALVÃO *apud* FINCHE; MARTIN, 2001).

O Ministério da saúde reconhece o setor de emergência como um dos serviços mais complexos quando se trata da qualidade da assistência. Esta problematização se dá muitas vezes devido a falta de hierarquia nos atendimentos e

desorganização nos fluxos internos que ocorrem pela elevada demanda de atendimento.

O profissional de enfermagem tende a se distanciar de seu papel principal focando e inúmeras outras ações, muitas vezes burocráticas dentro do setor, porém o enfermeiro é peça fundamental no momento da identificação do IAM ST, pois é um profissional que possui qualificação científica e por ser um profissional que se encontra mais próximo do paciente.

Este estudo se justifica pois as estatísticas comprovam a gravidade do problema acerca das doenças cardiovasculares, mais especificamente o IAM ST e observa-se pouco preparo dos profissionais para atender o paciente nesta situação. Sendo assim, visando preencher a lacuna existente sobre o papel do enfermeiro junto ao paciente infartado cardíaco o presente estudo propõe buscar nas diretrizes existentes respostas para atender ao objetivo abaixo proposto.

1.1. Objetivo Geral

Identificar recomendações para atuação do enfermeiro na assistência a pacientes com infarto agudo do miocárdio baseando-se em diretrizes.

1.2 Objetivo Especifico

- Quantificar o numero de recomendações no geral nas diretrizes;
- Identificar quais das recomendações são atribuições do enfermeiro, de acordo com o código de ética brasileiro.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A doença arterial coronariana se dá pelo depósito de tecido adiposo acumulado nas células que envolvem a parede das coronárias e desta forma podem comprometer e até obstruir o fluxo sanguíneo (STRAUB, 2005).

Esta acometimento que causa a prejuízo no fluxo das artérias coronárias ocorre progressivamente e uma das condições que pode gerar é o infarto agudo do miocárdio (IAM). O IAM leva a uma necrose do tecido cardíaco decorrente a ausência de suprimento sanguíneo para o mesmo. (MANSUR et al, 2004).

O termo infarto do miocárdio deve ser empregado quando há evidências de necrose miocárdica compatível com isquemia aguda do miocárdio. Antigamente o Infarto agudo do miocárdio era definido através da sintomatologia, das anormalidades eletrocardiográficas e dos níveis séricos de enzimas. Contudo, com o desenvolvimento de tipagens mais específicas de marcadores teciduais e exames de imagens mais sensíveis, é possível a identificação de pequenas lesões cardíacas e necrose. Isso permite que a conduta com pacientes infartados melhorasse significativamente resultando em menos lesões e necrose cardíaca. (THIRD UNIVERSAL DEFINITION OF MYOCARDIAL INFARCTION, 2012)

A isquemia do miocárdio é o passo inicial para o desenvolvimento do infarto, e é reflexo do desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio. A clínica da isquemia miocárdica pode ser evidenciada geralmente pelo histórico do paciente e pelo eletrocardiograma, porém podem ocorrer diversos sintomas isquêmicos como uma combinação de dor precordial, nas extremidades superiores, na mandíbula, desconforto gástrico e dispneia e dura um tempo superior a 20 minutos. Porém a avaliação destes paciente deve ser realizada com cuidado pois a sintomatologia pode ser não específica ou atípica. (THIRD UNIVERSAL DEFINITION OF MYOCARDIAL INFARCTION, 2012).

Segundo Ecosteguy e cols. Inúmeras opções terapêuticas são divulgadas através de diretrizes clínicas nacionais e internacionais. Aponta também que a pressuposição de que as diretrizes clínicas divulgadas a partir de evidências científicas produzem melhores resultados na população assistida é aceita internacionalmente.

O presente estudo possibilitará a coleta de evidências que poderão apontar qual o papel de fato do enfermeiro diante de um paciente apresentando IAM

ST. A evidencia e definição do papel do enfermeiro na assistência do IAM ST em uma unidade de emergência poderá permitir que este execute seu trabalho com mais qualidade e conseqüentemente influenciando positivamente na recuperação do paciente.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. Referencial Teórico Metodológico

Galvão (2008) coloca a Prática Baseada em Evidências (PBE) como uma abordagem que incentiva o uso de resultados de pesquisa junto à assistência à saúde, ressaltando a relevância da literatura para a prática. Esta abordagem permite a melhoria da qualidade da tomada de decisão, pois busca as melhores e mais recentes evidências disponíveis (GALVÃO, 2008).

A PBE envolve a definição de um problema, implementação de evidências na prática e a análise dos resultados obtidos (GALVÃO, 2008). As evidências obtidas na literatura nos fornecem provas, e estas podem ser classificadas por níveis de força (CRUZ; PIMENTA, 2005).

TABELA 1

Classificação da força das evidências

Tipo	Força da Evidência
I	Evidência forte a partir de pelo menos uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados
II	Evidência forte a partir de pelo menos um estudo clínico controlado, randomizado, bem delineado
III	Evidência a partir de um ensaio clínico bem delineado, sem randomização, de estudos de apenas um grupo do tipo antes e depois, de coorte, de séries temporais, ou de estudos caso-controle;
IV	Evidências a partir de estudos não experimentais por mais de um centro ou grupo de pesquisa
V	Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas

Fonte: CRUZ; PIMENTA, 2005

3.2. Métodos e fases

Trata-se de um estudo secundário, realizado através de uma revisão integrativa. Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) a revisão integrativa é um método de pesquisa reconhecido desde 1980 e permite que se reúna e sintetize pesquisas e resultados sobre um tema específico. A revisão integrativa comporta a análise de pesquisas importantes que subsidiam a tomada de decisão dentro da prática

clínica, permitindo um estudo a cerca do conhecimento presente e permite a identificação das falhas, abrindo portas para consertá-las (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO; 2008). Mendes, Silveira e Galvão (2008) apontam a revisão integrativa como método valioso para a enfermagem, pois visa otimizar o tempo do profissional, que muitas vezes não tem possibilidade de fazer uma leitura exaustiva de todo material científico disponível na literatura.

Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010), a revisão integrativa possui 6 etapas a serem cumpridas. Estas fases são: 1)Elaboração da pergunta norteadora; 2)Busca da amostragem na literatura; 3)Coleta de dados; 4)Análise crítica dos estudos; 5)Discussão e resultados e 6)Apresentação da revisão integrativa.

3.3. População e Amostra

A amostra do estudo foi encontrada por meio da busca nos sites específicos das diretrizes brasileira, americana e européia do manejo do infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST.

A escolha dessas diretrizes se deve ao fato de cada país apresentar realidades diferentes e justamente por isso permitir comparações em relação ao que tem sido preconizado para assistência de enfermagem ao paciente infartado cardíaco.

As diretrizes escolhidas para o presente estudo foram:

- a) Americana: ACC/AHA guidelines for the management of Patients with ST elevation myocardial infarction;
- b) Brasileira: IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST;
- c) Européia: ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation.

Para definir a população de estudo foi realizado uma busca no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), encontrando na mesma, a IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia. As demais diretrizes; Americana ACC/AHA e Européia: ESC foram encontradas nos sites das respectivas sociedades, citados ao final desse capítulo.

Após este passo foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão

3.3.1. Critérios de Inclusão

Foram incluídos as três diretrizes pelo fato de estarem facilmente disponíveis na íntegra na internet. Por ser de países que apresentam estudos clínicos com esse tipo de paciente publicados e reconhecidos internacionalmente e também por representar países com idiomas também diferentes.

3.3.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídos aquelas diretrizes que não se encontravam disponíveis gratuitamente e na íntegra online e a partir destes foi realizada a impressão do material.

Após a seleção e obtenção das obras, foi realizada a leitura analítica dos textos selecionados, a fim de ordenar e sumarizar as informações colhidas nas fontes. Em seguida, serão confeccionados os fichamentos das mesmas. No fichamento será necessário conter a referência bibliográfica da obra, a transcrição dos pontos fundamentais, a localização dos mesmos na obra e uma breve observação sobre o conteúdo geral do texto.

3.4. Variáveis de Estudo e Instrumento de Coleta de dados

Para a um melhor produto na amostragem do estudo, é necessário a definição das variáveis a serem analisadas de forma a guiar a pesquisa. Um instrumento de coleta de dados será elaborado para a seleção rigorosa do material utilizado e será fundamental para garantir a qualidade da pesquisa. Souza, Silva e Carvalho (2010) colocam que é necessário a utilização de um instrumento de coleta de dados pré-elaborado com o objetivo de retirar os dados importantes dos materiais obtidos evitando erros de transcrição e garantindo a precisão das informações retiradas para se tornar um registro confiável. O instrumento de coleta irá otimizar a organização e análise dos produtos encontrados na busca.

Para analisar as diretrizes e estabelecer as recomendações propostas pelo estudo a partir destas, será utilizado como instrumento o sistema GRADE. O sistema GRADE define de forma mais clara e objetiva o nível de qualidade científica e a força de recomendação para que uma determinada conduta seja ou não recomendada (GUYATT, 2008).

A classificação de força de evidência pelo sistema GRADE se dá em quatro níveis: Alto, moderado, baixo e muito baixo (Tabela 2). Já sobre a força de recomendação, o sistema GRADE oferece duas escolhas: forte ou fraco (Tabela 3).

TABELA 2

Nível de evidência e suas definições de acordo com o sistema GRADE

Alto – muito pouco provável que novos estudos mudem a segurança do resultado esperado

Moderado – É provável que novas pesquisas tenham algum impacto na segurança do resultado esperado

Baixo – É muito provável que novas pesquisas tenham impacto importante na segurança do resultado esperado e é provável que o mesmo será modificado

Muito baixo – O resultado esperado é muito incerto.

Fonte: *GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations*. GUYATT, et al., 2008.

TABELA 3

Fatores que afetam a força de recomendação segundo o sistema GRADE

Fator	Exemplo de recomendações fortes	Exemplo de recomendações fracas
Nível de evidência	Muitos ensaios clínicos randomizados de alta qualidade tem mostrado o benefício de esteroides inalatórios em asma	Apenas estudos de casos examinaram a utilidade de pleurodese em pneumotórax
Incerteza sobre o equilíbrio entre efeitos desejados e indesejados	Uso da aspirina para a redução da mortalidade no infarto agudo do miocárdio com toxicidade, inconveniência e custo mínimos	O uso da Warfarina em pacientes de baixo risco com fibrilação atrial resulta em redução de pequenos derrames porém aumenta o risco de sangramento e inconveniência substancial.

Incerteza variabilidade em valores e preferências	ou Pacientes jovens com linfoma irão valorizar mais o efeitos prognósticos benéficos da quimioterapia do que na toxicidade do mesmo invariavelmente	Pacientes idosos com linfoma talvez não valorizem mais os efeitos prognósticos benéfico da quimioterapia do que na toxicidade do mesmo invariavelmente
Incerteza sobre o uso sensato de recursos para a intervenção	O baixo custo da profilaxia com aspirina com pacientes que apresentam ataques isquêmicos transitórios	O alto custo do clopidogrel e a combinação de dipyridamole e aspirina como profilaxia contra derrame em pacientes com ataque isquêmico transitório.

Fonte: *GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations*. GUYATT, et al., 2008.

Foi elaborado a partir das diretrizes outro instrumento que constará as recomendações em relação a assistência de enfermagem ao paciente infartado cardíaco, onde foi realizada a confecção de um questionário constando questionário baseado nas variáveis analisadas no estudo (APÊNDICE)

Desta forma, foi quantificado o número de todas as recomendações gerais presentes nas diretrizes e a partir disso, de acordo com o código de ética brasileiro, foi identificado quais das recomendações são atribuições do enfermeiro, a força das recomendações e o nível de evidencia das mesmas.

As variáveis presentes serão: nome da diretriz, fonte, ano de publicação do material, número de recomendações gerais, número de recomendações atribuídas ao enfermeiro, sua força e seu nível de evidência de acordo com o sistema GRADE.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do presente estudo serão demonstrados em forma de quadro

QUADRO 1

Número de recomendações e porcentagem

Diretriz	Número de recomendações gerais	Numero de recomendações atribuídas ao enfermeiro	Porcentagem de recomendações atribuídas ao enfermeiro
ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction presenting with ST-segmentr elevation	166	19	11,44%

ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients with ST- Elevation Myocardial Infarction	370	64	17,29%

QUADRO 2

Identificação das recomendações atribuídas ao enfermeiro

Diretriz	Ano de publicação	Procedimento	Recomendação	Nível de evidência	Força de Recomendação
ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment elevation	2012	Diagnóstico Inicial	Monitorização eletocárdiográfica o quanto antes em todos os pacientes com suspeita de IAM	Moderado	Forte
		Alívio da dor, hipoxemia e ansiedade	Oxigênio é indicado em pacientes com hipóxia ($\text{SatO}_2 < 95\%$), dispneia ou insuficiência cardíaca aguda	Baixo	Fraca
		Parada Cardíaca	Toda equipe médica e paramédica deve ter acesso a equipamento de desfibrilação e ser treinado em suporte cardíaco de vida	Baixo	Fraca
			É recomendado iniciar monitorização eletrocardiográfica no primeiro momento de contato médico em todos os pacientes com suspeita de IAM ST	Baixo	Fraca
		Logística do cuidado	Equipe da ambulância	Moderado	Forte

		pré-hospitalar	deve ser treinada e equipada para identificar o IAM ST e administrar a terapia inicial incluindo trombolítica onde aplicável		
			<p>Toda equipe participante no cuidado do paciente com IAM ST deve monitorar e relatar atrasos e ações para manter os seguintes alvos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempo entre o primeiro contato médico e ECG menor ou igual a 10 minutos; • Primeiro contato até o momento da terapia de reperfusão; • Tempo de fibrinólise menor ou igual a 30 minutos; • Tempo de intervenção coronária percutânea primária menor ou igual a 90 minutos (menor ou 	Moderado	Forte

			igual a 60 minutos para pacientes com mais de 120 minutos do início do sintomas)		
			Todo sistema hospitalar de emergência, setores de emergência e unidades coronarianas devem ter um protocolo escrito do manejo do IAM ST e preferencialmente dividido geograficamente	Baixo	Fraca
		Terapia fibrinolítica	Transferência de todos os pacientes submetidos a terapia fibrinolítica para um centro equipado para intervenção coronária percutânea	Muito alto	Forte
		Subconjuntos especiais	Ambos os gêneros devem ter manejo similar	Baixo	Fraca
			Deve-se ter uma suspeita maior em mulheres, diabéticos e idosos com sintomatologia atípica	Moderado	Forte
		Manejo da	Mensuração da glicemia	Baixo	Fraca

		hiperglicemia no IAM ST	é indicada na avaliação inicial e todos os pacientes e deverá ser repetida em pacientes diabéticos e hiperglicêmicos		
		Rotina de terapia na fase aguda, subaguda e tardia no IAM ST	Tabagistas com IAM ST deve receber orientação e serem encaminhados a um programa de controle do tabagismo	Moderado	Forte
			Reabilitação baseada em atividade física é recomendada	Moderado	Forte
		Tratamento para insuficiência cardíaca e disfunção do ventrículo esquerdo leves	Oxigênio é indicado para manter a saturação maior que 95%	Baixo	Fraca
		Tratamento para insuficiência cardíaca e disfunção de ventrículo esquerdo moderadas	Oxigênio é indicado	Baixo	Fraca
		Manejo da Fibrilação Atrial	Monitorização do ritmo deve ser considerado em pacientes com fibrilação secundária a um evento ou substrato corrigido.	Baixo	Fraca

IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST	2009	Atendimento inicial	Oxigenoterapia <ul style="list-style-type: none"> • Congestão pulmonar e/ou saturação de oxigênio abaixo de 90%; • Todos os pacientes nas primeiras 3-6 horas; • Todos os pacientes após 6 horas 	Baixo	Fraca
			Realização de eletrocardiograma na ambulância	Baixo	Fraca
		Diagnóstico e estratificação de risco	História e exame físico	Muito Alto	Forte
			Eletrocardiograma em até 10 minutos após a chegada ao serviço de emergência	Moderado	Forte
		Hipoxemia, dor e ansiedade	Oxigenoterapia de rotina em pacientes com congestão pulmonar e/ou saturação de oxigênio abaixo de 90%	Baixo	Fraca
			Oxigenoterapia – todos nas primeiras 3-4 horas	Baixo	Fraca
			Oxigenoterapia – todos até 6 horas	Baixo	Fraca
		Nitratos	Nitratos por via venosa	Baixo	Fraca

			por até 48 horas e após por via oral para dor de origem isquêmica, hipertensão arterial ou congestão pulmonar		
		Disfunção ventricular grave	Suplementação de oxigênio	Moderada	Forte
		Choque cardiogênico	Oxigênio	Baixo	Fraca
		Monitorização hemodinâmica a beira do leito	IC grave ou com piora progressiva ou choque cardiogênico	Moderada	Forte
			Complicações mecânicas pós IAM tipo Comunicação (CIV) Intra Ventricular , insuficiência mitral grave ou derrame pericárdico grave/tamponamento cardíaco	Moderada	Forte
			Hipotensão que não responde rapidamente a volume em paciente sem congestão pulmonar	Moderada	Forte
			IAM sem evidência de complicações cardíacas ou pulmonares	Baixa	Fraca

		Parada cardiorrespiratória	Administração de oxigênio	Moderada	Forte
			Compressão abdominal intercalada com pressão torácica como alternativas às manobras clássicas	Baixa	Fraca
			AMBU na ventilação da parada cardiorrespiratória	Baixa	Fraca
		Hipertensão arterial	Conrole pressórico com cifras pressóricas <140/90mmHg	Moderado	Forte
			Controle pressórico com cifras pressóricas <130/80mmHg na presença de diabetes melito, insuficiência renal ou insuficiência cardíaca	Moderado	Forte
		Obesidade	Redução do excesso de peso	Muito Alta	Forte
		Sedentarismo	Prática regular de exercícios	Muito Alta	Forte
		Fatores de risco indefinidos	Medidas não farmacológicas de prevenção secundária: interrupção do habito de fumar, controle da	Moderado	Forte

			hipertensão arterial sistêmica, controle dos níveis glicêmicos nos diabéticos, dieta alimentar “saudável”(baseada frutas, legumes, verduras e cereais e com baixos teores de gorduras saturadas e sal) e atividade física regular		
		Retorno às atividades profissionais e sexuais	Retorno às atividades sexuais: pacientes de baixo risco, estáveis, com parceiros habituais: 7-10 dias após a alta hospitalar	Moderado	Forte
			Retorno às atividades físicas: pacientes que estejam assintomáticos após IAM não complicado podem retornar a suas atividades após 2-4 semanas, com avaliação cardiológica	Baixo	Fraca
			Retorno às atividades sexuais: pacientes de risco intermediário em 7-10 dias depois da	Baixo	Fraca

			estabilização do quadro		
		Reabilitação pós hospitalar	Reabilitação	Muito Alta	Forte
			Reabilitação na insuficiência Cardíaca	Moderada	Forte
			Atividade esportiva após o infarto	Baixa	Fraca
		Tabagismo	Abolição do tabagismo	Baixo	Fraca
ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction	2004	Manejo antes do infarto	Os prestadores do cuidado primário devem avaliar a presença e estado de controle dos fatores de risco para DAC para todos os pacientes em um intervalo regular (aproximadamente de 3 a 5 anos)	Baixo	Fraca
			O risco de desenvolver DAC em 10 anos deve ser calculado para todos os pacientes que apresentem 2 ou mais fatores de riscos importantes para avaliar a necessidade de prevenção primária	Moderado	Forte
			Pacientes com DAC diagnosticada devem ser identificados para	Muito Alto	Forte

			prevenção secundária e pacientes com um risco de DAC equivalente (ex. diabetes melito, insuficiência renal crônica) devem receber intervenções tão rigorosas quanto seu risco de DAC aparente		
			Paciente com sintomas de IAM ST (desconforto precordial com ou sem irradiação para os braços, costas, pescoço, mandíbula ou região epigástrica, dispneia, fadiga, diaforese e náuseas) devem ser transferidos para um hospital preferencialmente por ambulância do que por familiares ou amigos.	Moderado	Forte
			A equipe de saúde deve lidar com os seguintes problemas relacionados ao IAM ST: <ul style="list-style-type: none"> • O risco de infarto • Como reconhecer os 	Baixo	Fraca

			<p>sintomas do IAM ST</p> <ul style="list-style-type: none"> • A recomendação de ligar para o serviço de urgência se não houver melhora dos sintomas em 5 minutos, independente de incerteza sobre os sintomas ou medo de se envergonhar • Um plano de reconhecimento e resposta a um possível evento cardíaco agudo incluindo o número de um serviço de emergência 		
		Momento do IAM ST	Todas as comunidades devem criar e manter uma “rede de sobrevivência” para parada cardíaca fora do âmbito hospitalar incluindo acesso rápido (reconhecimento do problema e ativação do serviço de emergência)	Baixo	Fraca

			ressuscitação cardiopulmonar (RCP) precoce, desfibrilação para os pacientes que necessitem, e suporte cardíaco de vida avançado precoce		
			Membros da família de paciente com IAM ST devem ser treinados em RCP e se familiarizar com o Desfibrilador Externo Automático (DEA). Adicionalmente devem receber um treinamento de RCP que ofereça um suporte social para familiares de pacientes com IAM ST.	Moderado	Forte
			Toda a equipe do serviço de emergência deve ser treinado para realizar desfibrilação precoce	Muito Alto	Forte
			Todas as pessoas que irão prestar a primeira resposta em uma suspeita de parada cardíaca devem ser treinadas e equipadas para realizar	Moderado	Forte

			desfibrilação precoce com o DEA		
			É recomendado que aqueles que ofereçam o suporte cardíaco avançado de vida realizem o ECG de 12 derivações	Moderado	Forte
			Se o ECG demonstrar sinais de IAM ST que a equipe reveja o checklist para terapia de reperfusão precoce	Baixo	Fraca
			Toda comunidade deve ter um protocolo escrito que guie o serviço de emergência para onde levar os pacientes com suspeita de IAMST	Baixo	Fraca
		Identificação inicial e manejo no departamento de emergência	Hospitais devem estabelecer equipes multidisciplinares (incluindo médicos do cuidado primário, médicos especialistas em emergência, cardiologistas, enfermeiros e equipe laboratorial) para	Moderado	Forte

			desenvolver um protocolo específico para a instituição, baseado em diretrizes, para a triagem de pacientes com sintomatologia sugestiva de IAM ST		
			O histórico do paciente com IAM ST adquirido no serviço de emergência deve garantir se o paciente já apresentou episódios prévios de isquemia miocárdica, como angina estável e instável, infarto do miocárdio, ou Intervenção coronária percutânea. A avaliação deve ser focada no desconforto precordial, sintomas associados, apresentações relacionadas a gênero e idade, hipertensão, diabetes, possível dissecação de aorta, risco de sangramento e doenças	Baixo	Fraca

			cerebrovasculares.		
			O exame físico deve ser realizado para colaborar com o diagnóstico e avaliar a extensão, localização e a presença de complicações do IAMST	Baixo	Fraca
			Um exame neurológico breve e objetivo deve ser realizado em pacientes com IAM ST para buscar sinais de AVE prévio ou déficits cognitivos antes da administração de terapia fibrinolítica.	Baixo	Fraca
			Suplementação de oxigênio deve ser administrada em pacientes com Saturação de oxigênio abaixo de 90%	Moderado	Forte
			É recomendado administrar oxigênio suplementar para todos os pacientes com IAM ST nas primeiras 6 horas	Baixo	Fraca
			A equipe de saúde deve garantir se o paciente	Muito Alto	Forte

			tem contraindicações neurológicas para terapia fibrinolítica como hemorragia intracraniana nos últimos 3 meses, HAS descompensada ou AVE isquêmico nos últimos 3 meses		
			A ocorrência de mudança no estado neurológico do paciente durante ou após a terapia de reperfusão, particularmente nas primeiras 24 horas do início do tratamento, é considerada hemorragia intracraniana até que se prove o contrário. Terapia fibrinolítica, antiplaquetária, e anticoagulante deve ser interrompida até que os exames de imagens demonstrem a ausência de hemorragia intracraniana	Muito Alto	Forte
			Deve-se monitorizar o padrão da elevação ST,	Moderado	Forte

			<p>sintomatologia clínica e ritmo cardíaco dentro dos 60 a 180 minutos do início da terapia fibrinolítica. Achados não invasivos de reperfusão podem incluir alívio dos sintomas, melhora hemodinâmica ou da estabilidade eletrocardiológica, e uma diminuição de pelo menos 50% da elevação do segmento ST em um ECG de acompanhamento realizado em 60 a 90 minutos após o início da terapia.</p>		
			<p>Um ECG de 12 derivações deve ser realizado e mostrado para um médico experiente em emergência nos primeiros 10 minutos da chegada do paciente ao serviço de emergência em todos os pacientes</p>	Baixo	Fraca

			com desconforto precordial ou sintomas sugestivos de IAM ST		
			Se o ECG inicial não fechar o diagnóstico de IAM ST mas o paciente se mantenha sintomático e alta suspeita de IAM ST, uma série de ECG's devem ser realizadas com intervalo de 5 a 10 minutos para identificar o desenvolvimento da elevação de ST	Baixo	Fraca
		Manejo Hospitalar	Pacientes com IAM ST devem ser admitidos em um ambiente tranquilo que possua monitorização contínua do ECG e oximetria de pulso e tenha fácil acesso a monitorização hemodinâmica e desfibrilação	Baixo	Fraca
			A necessidade contínua de suplementação de oxigênio deve ser avaliada pela monitorização da	Baixo	Fraca

			<p>saturação de oxigênio. Se estável por 6 horas o paciente deve ser reavaliado sobre a necessidade de oxigênio e interrupção do uso deve ser considerada</p>		
			<p>O cuidado de enfermagem deve ser realizado por profissionais especialistas em cuidado crítico, com equipe baseada nas especificidades dos pacientes e competências do profissional.</p>	Baixo	Fraca
			<p>O cuidado com o paciente com IAM ST na unidade crítica deve ser estruturado em cima de protocolos baseados em diretrizes clínicas</p>	Baixo	Fraca
			<p>Pacientes com IAM ST que estão livres de desconforto isquêmico, sintomas de insuficiência cardíaca ou variações importantes no ritmo</p>	Baixo	Fraca

			cardíaco não devem ficar restritos ao leito por mais de 12 a 24 horas		
			Pacientes com IAM ST diabéticos devem ter uma ingestão dietética apropriada	Moderada	Forte
			A orientação visando aumentar a adesão ao tratamento pós IAM ST baseado em evidências deve se iniciar o quanto antes durante a hospitalização, ocorrer intensamente durante a alta e continuar com visitas de acompanhamento e através de programas de reabilitação cardíaca, grupos de apoio.	Baixo	Fraca
			A ansiedade do paciente deve ser avaliada rotineiramente e devem ser feitas intervenções de comportamento e encaminhamento para aconselhamento	Baixo	Fraca
			Nitratos não devem ser	Baixo	Fraca

			administrados em pacientes com pressão sistólica menor que 90mmHg, bradicardia severa (menor que 50bpm) ou taquicardia (maior que 100bpm)		
			Suplementação de oxigênio deve ser mantida em pacientes com IAM ST com a saturação de oxigênio abaixo de 90%	Baixo	Fraca
			Todos os pacientes devem realizar o ECG de acompanhamento em 24 horas e no momento da alta para analisar o sucesso do tratamento e a extensão do infarto definida pela presença ou não de ondas Q	Moderado	Forte
			Suplementação de oxigênio é recomendada para pacientes com saturação acima de 90% para pacientes com congestão pulmonar	Baixo	Fraca
			O risco de AVE deve ser	Muito Alto	Forte

			avaliado		
			Avaliações não invasivas de risco de arritmias ventriculares deve ser considerado em pacientes com IAM ST (ECG, monitorização contínua ambulatorial, frequência cardíaca, ondas T alternantes e variações de onda T)	Moderado	Forte
			Antes da alta o paciente com IAM ST deve ser educado e diretamente envolvido no planejamento e adesão de mudanças na qualidade de vida e terapia medicamentosa que são importantes para a prevenção secundária de doenças cardíacas	Moderado	Forte
			Pacientes com IAM ST e seus familiares devem receber instruções de como reconhecer eventos cardíacos agudos e como responder a estes apropriadamente para	Baixo	Fraca

			garantir que avaliação e tratamento precoce sejam realizados caso sintomatologia ocorra		
			Familiars de pacientes com IAM ST devem ser aconselhados a aprender sobre o uso dos DEA e realização de RCP e serem encaminhados ao um centro de treinamento de RCP. Seria ideal que estes programas de treinamento também tivessem um aspecto de suporte social para os familiares	Baixo	Fraca
			A terapia dietética baixa em gorduras saturadas e colesterol deve ser iniciada no momento da alta após a recuperação do IAM ST. A ingestão de ácidos graxos, ômega 3, frutas, vegetais, fibras solúveis e grãos integrais deve ser estimulada. A ingestão calórica deve	Muito Alto	Forte

			ser balanceada com o gasto de energia para atingir manter um peso saudável.		
			Mensuração da circunferência abdominal e calculo do Índice de Massa corporal (IMC) é recomendado. O IMC deve estar entre 18.5 e 24.9kg/m ² . Uma circunferência abdominal maior de 101cm em homens e 88cm em mulheres seriam resultados para uma avaliação de síndrome metabólica e implementação num programa de redução de peso	Moderado	Forte
			Um plano deve ser estabelecido para monitorizar a resposta do IMC e da circunferência abdominal à terapêutica	Moderado	Forte
			Pacientes que estão em recuperação de IAM ST que tem histórico de	Moderado	Forte

			tabagismo devem ser fortemente recomendados a parar de fumar e evitar a fumaça passiva. Aconselhamento deve ser realizado ao paciente a família, juntamente com terapia farmacológica, e encaminhamento a programas formas de controle do tabagismo		
			Todos os pacientes com IAM ST devem ser avaliados sobre histórico de tabagismo	Muito Alto	Forte
			Pressão arterial deve ser tratada com terapia medicamentosa para atingir os níveis abaixo de 140/90mmHg ou 130/80/mmHg em pacientes com diabetes ou IRC	Moderado	Forte
			Modificações no estilo de vida (controle do peso, mudanças na alimentação, atividade física e restrição de	Moderado	Forte

			sódio) devem ser iniciadas em todos os pacientes com a pressão arterial acima maior ou igual a 120/80mmHg		
			A pressão-alvo de 120/80mmHg para paciente pós IAM ST deve ser considerada	Baixo	Fraca
			Encorajar os pacientes a realizar atividades físicas aeróbicas de 30 minutos pelo menos 3 a 4 vezes por semana acompanhado de mudanças no estilo de vida (ex. caminhadas nos intervalos no trabalho, jardinagem, trabalhos em casa)	Moderado	Forte
			Quando disponíveis, programas de reabilitação cardíaca são recomendados para pacientes com IAM ST, principalmente para aqueles com múltiplos fatores de risco, nos quais supervisão durante	Baixo	Fraca

			a atividade física é recomendada		
		Manejo a Longo Prazo	O estado psicossocial do paciente deve ser avaliado, incluindo sintomas de depressão, ansiedade, distúrbios do sono e do ambiente social	Baixo	Fraca
			A visita de acompanhamento deve delinear a presença de sintomatologia cardiovascular de classe funcional	Baixo	Fraca
			Questionar sobre detalhes como atividade física, volta ao trabalho, retorno as atividades sexuais e de viagens como dirigir e voar.	Baixo	Fraca
			Familiares e pacientes devem ser questionados sobre o interesse em treinamento em RCP após a alta do paciente do hospital	Baixo	Fraca

5. DISCUSSÃO

De acordo com a IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre o Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST, o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) pode ser estabelecido a partir da ocorrência de um aumento característico e diminuição gradual dos níveis séricos de troponina ou o aumento e redução mais rápidos dos níveis de creatinaquinase CK fração MB (CK-MB), acompanhado de pelo menos um dos critérios seguintes: 1) sintomas isquêmicos; 2) alterações eletrocardiográficas sugestivas de isquemia (elevação ou inversão do segmento ST ou BCRE novo); 3) Presença de ondas Q patológicas nos achados eletrocardiográficos; 4) Evidências de inviabilidade miocárdica ou contratilidade segmentar anormal em exames de imagem.

É observado que grande parte dos óbitos por IAM acontecem nas primeiras horas da manifestação da doença, 40% a 60% dos casos evoluem para a morte na primeira hora e 80% dos casos nas primeiras 24 horas (IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre o Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST).

Ecosteguy *et al* (2011) aborda que existem variadas opções terapêuticas eficazes no tratamento do IAM. Sabe-se que:

Inúmeras terapias comprovadamente modificam a evolução de pacientes que se apresentam com IAM. Entretanto, a efetividade da maioria destas medidas é tempo-dependente. Cada vez mais tem sido salientada a importância da identificação rápida e eficiente de pacientes com isquemia miocárdica aguda nos serviços de emergência. (IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre o Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST, p.e182).

Segundo o código de ética da enfermagem (2007) é papel do enfermeiro atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde de um indivíduo, agindo com autonomia e de acordo com as doutrinas éticas e legais. O enfermeiro é integrante da equipe de saúde e suas ações devem visar suprir as necessidades de saúde de seu paciente respeitando a vida, a dignidade e os direitos humanos. Aborda também que o profissional da enfermagem deve exercer seu papel de maneira competente e integral.

Observa-se que a diretriz mais completas tanto em número de recomendações gerais quanto em número de recomendações que podem ser atribuídas ao enfermeiro é a americana. A diretriz brasileira demonstrou ser mais completa em

número de recomendações porém as mesmas são muito pouco voltadas para o enfermeiro, que é peça fundamental da equipe de saúde no atendimento ao paciente infartado. Observa-se que o número de recomendações europeia e brasileira é o mesmo, sendo que a segunda apresenta quase 100 recomendações a mais do que a primeira. A diretriz americana mostra-se mais completa, mais integral e mais voltada para uma equipe multidisciplinar que é extremamente valiosa em qualquer tipo de serviço de saúde. Ecosteguy (2011), aponta a eficácia da utilização de diretrizes clínicas como forma de guiar e sistematizar um serviço de saúde, porém um serviço de saúde não é composto apenas de médicos, sendo necessárias recomendações voltadas também para outros profissionais da saúde.

Ao analisar as diretrizes os autores usam parâmetros diferentes no mesmo período em que ocorre o evento. Como por exemplo as diretrizes europeia e brasileira abordam o primeiro contato do paciente com o serviço de saúde como diagnóstico inicial e atendimento inicial, respectivamente, enquanto a americana aborda de forma mais ampla e generalizada o manejo antes do infarto. As diretrizes europeia e brasileira são mais objetivas abordando diretamente a realização do eletrocardiograma precoce. Enquanto a diretriz americana inicia as recomendações pela coleta de informações do paciente como presença de fatores de risco. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia um dos principais preditivos para um diagnóstico de sucesso é a realização do ECG nos primeiros 5 a 10 minutos do primeiro contato do paciente com suspeita de IAM ST com o serviço de emergência. Porém para ser um fator diagnóstico importante, o ECG deve estar associado ao um bom exame físico e anamnese (SOARES, 2009).

A oxigenoterapia é uma recomendação abordada pelas três diretrizes, entretanto a europeia recomenda o início quando a saturação atinge 95% enquanto nas americana e brasileira propõe o início quando os níveis caem abaixo de 90%. Segundo o Parecer 014/2012 do COREN-SP o enfermeiro está respaldado a administrar oxigenoterapia sem prescrição médica em situações de emergência. É um consenso nas três diretrizes também a administração de oxigênio em todos os pacientes nas primeiras 3 a 6 horas.

No momento da parada cardiorrespiratória, a diretriz europeia ressalta a necessidade de preparo da equipe para o manejo do desfibrilador e da monitorização cardíaca no momento, enquanto a diretriz brasileira pontua bem a administração de oxigênio, manobras de ressuscitação. A diretriz americana não faz nenhuma

recomendação clara sobre o momento da parada cardiorrespiratória. O enfermeiro deve estar apto para reconhecer o momento de uma parada cardiorrespiratória(PCR) e intervir na mesma, a identificação de um paciente em PCR não deve levar mais que 10 segundos (ZANINI, 2006). Segundo Zanini (2006), o papel do enfermeiro na parada cardiorrespiratória é reanimação cardiorrespiratória contínua, monitorização do ritmo cardíaco e outros sinais vitais, administração de medicamentos a critério médico e registrar todos os acontecimentos.

Outra recomendação importante realizada por todas as diretrizes é a presença de um protocolo escrito na instituição baseado em alguma diretriz para guiar a maneira como o tratamento é realizado. Ecosteguy (2011), ressalta que o uso de diretrizes como norteador da assistência prestada é internacionalmente reconhecido como uma forma de otimizar a qualidade do serviço.

A outra variável em comum recomendada pelas diretrizes que as diretrizes é a identificação e controle dos fatores de risco tanto antes quanto depois do evento agudo, assim como identificação e controle da HAS, tabagismo, obesidade dentre outros.

Foi observado que as diretrizes européia e brasileiras tinham suas recomendações muito objetivas e focadas para a equipe médica, enquanto a diretriz americana possuía uma visão mais ampla incluindo em suas recomendações não só outros profissionais da saúde, como o próprio paciente e a comunidade. Por exemplo, a diretriz recomenda que os familiares se submetam a um treinamento sobre RCP e o uso do DEA para estarem capacitados a identificar e agir no evento da ocorrência de um novo evento isquêmico.

Foi analisado também que em todas as diretrizes o papel do enfermeiro no momento do manejo com o paciente infartado ainda muito vago, sendo mais presente na prevenção da ocorrência do infarto e na reabilitação do paciente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo foi possível identificar a gravidade da situação de um paciente apresentando IAM ST. O serviço de emergência é a referência do atendimento de saúde apresentando este evento agudo. O enfermeiro é peça fundamental para o bom funcionamento do serviço de emergência pois na maioria das vezes é o primeiro contato que o paciente tem exigindo agilidade e conhecimento científico na hora do atendimento.

Observa-se que muitas vezes o papel do enfermeiro dentro do serviço de saúde não é bem definido, podendo trazer danos para o atendimento do paciente. O objetivo do atual trabalho foi alcançado, no qual através de diretrizes clínicas de referência internacional, recomendações que possibilitariam guiar com mais clareza o serviço do enfermeiro na atenção ao paciente infartado foram identificadas e estabelecidas. Dentro das diretrizes européia e brasileira, foram observadas recomendações muito voltadas para o médico enquanto para o enfermeiro as recomendações foram em pequena quantidade e vagas. Já na diretriz americana do manejo do infarto havia maior quantidade de recomendações voltada para o enfermeiro e equipe multidisciplinar. O serviço de emergência no qual o paciente é submetido é formado por uma equipe multidisciplinar, sendo necessário estabelecer recomendações para todos aqueles que prestam o serviço ao paciente, não apenas o médico. Chama-se a atenção da necessidade de recomendações mais voltadas para o enfermeiro e outros profissionais da saúde nas diretrizes clínicas visando estabelecer mais claramente o papel de cada profissional e assim melhorando a assistência prestada a um paciente em um momento agravo agudo de saúde.

7. REFERÊNCIAS

IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.6 supl. 2, n.93, p.179-264. 2009.

American Heart Association (AHA). **What is a Heart Attack?** 2007. Disponível em <http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm_304570.pdf> Acesso em: 05/05/2012

ANTMAN, E.M *et al.* ACC/AHA Guidelines for the Management of Pacientes with ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Comitê to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Pacientes with Acute Myocardial Infarction). **Journal of the American College of Cardiology**. v.44, n.3, p.671-719, Agosto, 2004.

BAGNATORI, R. S. *et al.* Síndromes Coronárias Agudas. In: QUILICI, A. P. *et al.* **Enfermagem em Cardiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap.19, p.305-323.

BASSAN, R. Unidade de dor torácica: uma forma moderna de manejo de pacientes com dor torácica na sala de emergência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.79, n.2. 2002.

BORDON, J. G. *et al.* Redução da Mortalidade Após Implementação de Condutas Consensuais em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.82, n.4, p.370-373. São Paulo, abril 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Terminologia Básica em saúde. **Centro de comunicação do Ministério da Saúde**. 2^a ed. Brasília, 1985. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0111terminologia0.pdf>>

BRENNAN, L. A. *et al.* Distúrbios Degenerativos: Síndromes Coronarianas Agudas. In: BRENNAN, L. A. *et al.* **Cuidados Cardiovasculares em Enfermagem**. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Cap.8, p.270-283.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de ética do profissional de enfermagem. Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 014/2012. Dispõe sobre a administração de oxigênio medicinal, sem prescrição médica, por meio de cateter nasal, em situação de emergência. São Paulo, 10 de agosto, de 2012.

CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prática Baseada em Evidências aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.13, n.3, p.415-422. Mai-jun, 2005

ECOSTEGUY, C. C. *et al.* Implementando Diretrizes Clínicas na Atenção ao Infarto Agudo do Miocárdio em uma Emergência Pública. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.1, n.96, p.18-25. Rio de Janeiro, 2011.

ECOSTEGUY, C. C. *et al.* Infarto Agudo do Miocárdio: Perfil Clínico-Epidemiológico e Fatores Associados ao Óbito Hospitalar no Município do Rio de Janeiro. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.80, n.6, p.593-599. Rio de Janeiro, 2003.

ESC Guidelines for the Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. **European Heart Journal**. v.33, p.2569-2619. 2012.

FRANCO, B. *et al.* Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio e os Fatores que Interferem na Procura por Serviço de Emergência: Implicações para a Educação em Saúde.

GUYATT, G. H. *et al.* GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength recommendations. **BJM**. v.336. abril, 2008.

MANSUR, A. P *et al.* Transição Epidemiológica da Mortalidade por Doenças Circulatórias no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v.5, n.93, p.506-510, 2009.

MANSUR, A. P.; ARMAGANIJAN, D.; AMINO, J. G.; SOUZA, A. C.; SIMAO, A. F.; BRITO, A. X. e cols. Diretrizes de Doença Coronariana Crônica Angina Estável. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 83 (supl. 2), 2-43.

MATTOS, L. A. *et al.* Revascularização Cirúrgica após Reperusão no Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**. v.2, n.20, p.98-101. 1987.

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. v.4, n.17, p.758-764. Florianópolis, out-dez 2008.

NERY, P. B.; BODANENSE, L. C.; MANENTI, E. Valor Prognóstico da Resolução da Elevação do Segmento ST na Reperusão Miocárdica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.80, n.1, p.101-104. Porto Alegre, 2003.

PAI, D. D.; LAUTERT, L. Suporte Humanizado no Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.58, n.2, p.231-234. mar, 2005.

PESARO, A. E. P. *et al.* Síndromes Coronarianas Agudas: Tratamento e Estratificação de Risco. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.20, n.2, p.197-204. Abril/Junho 2008.

PESARO, A. E. P. *et al.* Síndromes Coronarianas Agudas: Como fazer um diagnóstico correto na sala de emergência. **Einstein**. v.1, n.5, p.80-84. 2007.

PIEK, J.J. Beyond Epicardial Reperfusion. **New England Journal of Medicine**. v.356, n.18, p.1880-1882. 2007.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A Estratégia PICO para construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.14, n.3. mai-jun, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf>

SANTOS, J. L. G.; LIMA, M. A. D. S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. v.32, n.4, p.695-702. Porto Alegre, dez. 2011.

SANTOS, J. L. G., *et al.* Nursing Practice in emergency care: systematic review. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v.8, n.3. 2009.

SOARES, T. *et al.* Tempo porta-ECG: um indicador de eficácia no tratamento do infarto agudo do miocárdio. **Revista Gaúcha de enfermagem**. 30(1), p.120-126. Porto Alegre, 2009.

STRAUB, O.R. **Psicologia da Saúde**. Porto alegre: Artmed, 2005

THYGESES, K. *et al.* Third Universal Definition of Myocardial Infarction. **Circulation**. Out, 2012.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. O Enfermeiro na Unidade de Emergência de Hospital Privado: Algumas Considerações. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.9, n.2, p.86-90. Mar,2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cardiovascular Diseases (CVDs). **Fact Sheet n.317**, september 2011. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/#>> Acesso em: 05/05/2012.

World Health Organization (WHO). The Top 10 Causes of death. **Fact Sheet n.310**, updated june 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html#>> Acesso em: 05/05/2012.

ZANINI, J. *et al.* Parada e Reanimação cardiorrespiratória: Conhecimentos da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. 18:2, p.143-147. 2006.

APÊNDICE

Instrumento de coleta de dados

Nome da diretriz: _____

Ano de publicação: _____

Procedimento: _____

Número de recomendações: _____

Número de recomendações que serão atribuídas ao enfermeiro: _____

Recomendação	Nível de evidência	Força da recomendação