

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DORALICE RIBEIRO DOS SANTOS

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL AO
PACIENTE VÍTIMA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA SALA
VERMELHA: uma revisão e literatura**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DORALICE RIBEIRO DOS SANTOS

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL AO
PACIENTE VÍTIMA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA SALA
VERMELHA: uma revisão e literatura**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência - Tecnologia de Concepção do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dra Kátia Cilene Godinho Bertoncello

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado: **O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL AO PACIENTE VÍTIMA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA SALA VERMELHA: uma revisão e literatura** de autoria do aluno **Doralice Ribeiro dos Santos** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência - Tecnologia de Concepção.

Profa. Dra. Kátia Cilene Godinho Bertencello
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

À minha família pelo apoio e compreensão pelos momentos ausentes durante a formação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS pela oportunidade de alcançar mais uma vitória em minha vida, pelas vezes que pedi força para continuar estudando e fui atendida. Obrigada Senhor! Agradeço a equipe do Curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem, na linha de Urgência e Emergência, e também, aos Coordenadores e funcionários da instituição UFSC/UNASUS/EAD, a EFTS (Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis), polo de Salvador-Ba, pela dedicação e atenção disponibilizada a mim nos momentos de dúvida e dificuldade e por tornar viável a minha matrícula e acolhida durante as nossas visitas de avaliação. A minha tutora Fabiana Minati Pinho que realizou seu trabalho com excelência, competência e muita dedicação, a minha orientadora Dra Kátia Bertoncello, pela ajuda e oportunidade de trabalharmos juntas na construção desta monografia, não posso esquecer-me de agradecer a minha coordenadora de enfermagem e a Diretora do Hospital Especializado Octávio Mangabeira por ter atendido minha solicitação ao assinar os documentos para participação deste curso, aos colegas de trabalho pelas dicas e experiências que passaram em atendimento do IAM, e não posso esquecer-me da minha família por aguentar minha ausência algumas vezes e me apoiar sempre que precisei, a todos o meu muito obrigado.

Mulheres e homens, somos os únicos seres que, social e historicamente, nos tornamos capazes de apreender. Por isso, somos os únicos em quem aprender é uma aventura criadora, algo, por isso mesmo, muito mais rico do que meramente repetir a lição dada. Aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito.

Paulo Freire

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	05
3 MÉTODO.....	09
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	10
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
REFERÊNCIAS.....	14

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Parede interna da coronária.....	05
Figura 2. Eletrocardiograma com traçado normal.....	07
Figura 3. Eletrocardiograma com elevação do Segmento ST.....	07
Figura 4. Fluxograma do Protocolo IAM SAMU, Salvador (BA).....	08
Figura 5. Protocolo de Avaliação e Classificação e Risco.....	11

RESUMO

O presente estudo tem por escolha metodológica a revisão de literatura, abordando o papel do enfermeiro no atendimento emergencial ao paciente vítima de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) na sala vermelha. O objetivo foi: identificar e analisar através de revisão bibliográfica nacional, dos últimos 10 anos (março de 2014 a março de 2004), disponível no banco de dados *Scielo* Brasil, o papel do enfermeiro, atuante na sala vermelha, diante do paciente vítima de IAM, destacando o padrão de conhecimento deste indivíduo sobre a doença, a capacidade de avaliar o eletrocardiograma e os marcadores cardíacos, cuja fundamentação teórica se baseia na definição da doença, a etiopatogenia do IAM, sinais e sintomas, eletrocardiograma e enzimas séricas e o tratamento com base no protocolo de IAM, no período pré e intra-hospitalar. Da seleção destes artigos, após sua leitura, emergiram duas temáticas: o Protocolo de acolhimento com classificação de risco e o Perfil do enfermeiro que atua na sala vermelha com atendimento da SCA – IAM. Tendo os resultados focados no protocolo de acolhimento e classificação de risco, devido à classificação de cor vermelha, onde se acolhe o paciente com risco eminente de morte. É responsável pela avaliação do espaço físico, medicamentos de emergência e rotineiramente pela checagem de materiais, por manutenção preventiva, testar o desfibrilador, repor, organizar, conferir e lacrar o carro de parada.

Descritores: enfermagem em emergência; infarto do miocárdio; emergência; papel do profissional de enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

As cardiopatias são consideradas doenças responsáveis pelo maior número de internações hospitalares e óbitos. Podem ser percebidas como um grave problema de saúde pública. São conhecidas como Síndromes Coronarianas Agudas (SCA), definidas como grupo de sintomas relacionados à oclusão das artérias coronarianas, como dor torácica que comumente irradia para o braço esquerdo, podem ocorrer sudorese, náuseas e dispneia (ALVES, 2013).

As Síndromes Coronarianas Agudas resultam da ruptura de uma placa coronariana instável, formação de trombo intraluminal, embolização e vários graus de obstrução coronária. Pode ser classificada em Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (SANTOS, 2010).

O IAM, é conhecido popularmente, como ataque cardíaco é conceituado como necrose celular da musculatura cardíaca, onde ocorre um desequilíbrio entre a oferta de oxigênio e nutrientes sanguíneos e as necessidades fisiológicas do próprio miocárdio. Tem alta prevalência e elevado número de óbitos, na primeira hora de evolução dos sintomas. O índice de mortes chega até 50 %, devido à falta de informações a respeito dos sintomas e demora na busca por ajuda, nas emergências, torna-se o prognóstico ainda mais difícil (ALVES, 2013; SANTOS, 2010).

Diante desta abordagem, podemos verificar que o profissional que recebe o paciente em primeira instância, é o enfermeiro e este deve estar apto a reconhecer ou suspeitar do diagnóstico de IAM e utilizar o tempo que tem a seu favor para realizar exames como ECG, marcadores cardíacos, como, por exemplo, a Troponina I, CK e CKMB, que são enzimas cardíacas que sofrem alterações quando ocorre lesão muscular e melhorar assim o prognóstico deste paciente (ALVES, 2013).

Reconhecendo que nas unidades de urgência e emergência é grande o número de atendimento de pacientes com sintomas cardiológicos, onde o enfermeiro responsável pela triagem no acolhimento com classificação de risco, através dos seus conhecimentos e habilidades deve reconhecer e diferenciar com minúcias tais sinais e sintomas, tomando atitudes enérgicas e precisas para conduzir este paciente até a sala vermelha. Onde esta sala vermelha, é o ambiente destinado a pacientes com risco eminente de

morte, encaminhado após o atendimento preciso do profissional, que tem o primeiro contato com o doente, e determinando a prioridade e o tempo de espera.

Sendo assim, esse prestador de cuidados da urgência e emergência deve utilizar uma comunicação e integração com a equipe multiprofissional, facilitando assim a colaboração de todos e humanização no atendimento, deve utilizar seus conhecimentos fisiopatológicos, tecnológicos e de tratamento e ter a capacidade de avaliar, intervir e tratar este paciente (BRITO, 2011).

O novo modelo de triagem nas unidades de urgência e emergência vem para organizar o fluxo do atendimento. O Acolhimento com Classificação de Risco tem como base, o Método do Sistema Triagem de Manchester e tem como definidor quatro cores prioritárias: vermelho, com atendimento imediato e risco iminente de morte, laranja, com tempo limite de atendimento em até 10 minutos, o amarelo onde o paciente pode aguardar até 60 minutos, e verde considerado pouco urgente, onde pode aguardar o atendimento em até 120 minutos (MS, 2002).

O enfermeiro é o profissional indicado pelo Ministério da Saúde, para realizar este acolhimento, desde que este esteja habilitado e possua um amplo leque de conhecimentos e habilidades técnicas. Prática determinada através da portaria GM 2048 do Ministério da Saúde, que propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgência o acolhimento e a triagem classificatória de risco, realizado por profissional de saúde de nível superior, com treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem o objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes e priorizando os atendimentos (BRITO, 2011; MS, 2002; MACHADO, 2011).

A atuação da equipe de enfermagem tem sua importância elevada por ser uma profissão com foco no cuidar e fundamentado em conhecimentos práticos teóricos e científicos, atrelados à educação em saúde, que é uma ferramenta de suma importância no tratamento face aos sintomas prodrômicos e agudos do IAM (PEIXOTO, 2012).

No Brasil as doenças cardiovasculares possuem alto índice de mortalidade, sendo a aterosclerose, causadora do IAM, que é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial que ocorre em resposta a agressão endotelial, acometendo a camada íntima de artérias de médio e grande calibre. A formação da placa aterosclerótica inicia-se com agressão ao endotélio vascular devido a diversos fatores de

risco como dislipidemia, hipertensão arterial ou tabagismo. Como consequência, a disfunção endotelial aumenta a permeabilidade da íntima às lipoproteínas plasmáticas, favorecendo a retenção das mesmas no espaço subendotelial (BRASILEIRA, 2007).

Os números são alarmantes e preocupantes, conforme as tabelas extraídas do DATASUS, que é o departamento de informática do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. O total de internações por IAM, do período de 2013 é de 85.325 em instituições públicas e privadas. No estado da Bahia são 4.743 internações, em igual período (DATASUS, 2013).

O tema foi escolhido mediante a minha vivência profissional, enquanto enfermeira e técnica de enfermagem, diante da rotina hospitalar. Na qual surgiu a seguinte pergunta da investigação: qual é o papel do enfermeiro no atendimento emergencial ao paciente vítima de IAM, que se encontra na sala vermelha?

Com a finalidade de contribuir com a construção do conhecimento dos enfermeiros que atuam em situação emergencial, atendendo as vítimas de IAM, definiu-se o seguinte objetivo: identificar e analisar através de revisão bibliográfica nacional dos últimos 10 anos, disponível no banco de dados *Scielo* Brasil, o papel do enfermeiro atuante na sala vermelha diante de um paciente vítima de Infarto Agudo do Miocárdio.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Infarto Agudo do Miocárdio

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é a necrose de amostra do músculo cardíaco gerado pela redução do fluxo de sangue nas artérias que nutrem o coração, à medida que as células são privadas de oxigênio, a isquemia se desenvolve, ocorre à lesão celular, sendo uma doença de alta prevalência, pela mortalidade pré-hospitalar, que está aumentada em seis vezes entre os 75 e os 85 anos e quinze vezes após os 85 anos, comparando com indivíduos de 55 a 64 anos. A maior incidência do IAM acontece entre homens, porém a letalidade hospitalar é maior entre as mulheres (SILVA, 2012).

A insuficiência coronária está relacionada em cerca de 95% com a aterosclerose. De modo geral são observadas lesões graves e difusas das artérias coronárias, às vezes acometendo mais de um ramo principal. O diagnóstico baseia-se no quadro clínico eletrocardiográfico e laboratorial e os conhecimentos adquiridos com a observação precoce e hospitalização nas unidades de tratamento intensivo (LÓPEZ, 1984).

Do ponto de vista patológico IAM significa morte celular devido a isquemia prolongada, a necrose se inicia cerca de 15 minutos e a morte de todas as células pode levar de 4 a 6 horas para ocorrer. O IAM pode apresentar-se inicialmente com supradesnivelamento do segmento ST (IAM CSST) e a maioria desses pacientes evoluirão para infarto agudo do miocárdio ou sem supradesnivelamento do segmento ST (IAM SSST). De acordo com o grau de envolvimento da parede, os infartos classificam-se em transmural e subendocárdico (PARANZINI, 2006).

2.2 Etiopatogenia do IAM

O Infarto agudo do Miocárdio está associado a uma causa mecânica que é a interrupção do fluxo sanguíneo, para uma determinada área, a extensão da necrose depende de vários fatores, tais como calibre da artéria lesada, tempo de evolução da obstrução e desenvolvimento da evolução da circulação colateral. Esta quando bastante

extensa, é capaz de impedir a instalação de infarto, mesmo em casos de obstrução total da coronária.

Há uma deposição de placas de gordura por dentro das paredes das artérias coronárias, que causam obstrução do fluxo sanguíneo das coronárias para o coração e o músculo cardíaco sofre pela falta de sangue/oxigênio e começa a morrer. Outra causa relacionada ao infarto Agudo do miocárdio é a ocorrência de um severo espasmo coronariano, que consiste em um colapso das paredes das artérias coronárias, impedindo o fluxo sanguíneo ao coração e que pode ser causado por uso de determinadas drogas, como a cocaína, dor intensa ou estresse emocional, exposição ao frio extremo, hábito de fumar cigarro (SILVA, 2012).

Existem vários fatores de risco sendo ele: a idade, o colesterol, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, sedentarismo, estresse, obesidade, tabagismo. Os fumantes são 60% mais susceptíveis se sofrer infarto, pois o fumo causa destruição de vasos do coração, assim como aumenta as chances de trombose o que piora ainda mais em mulheres que tomam pílulas anticoncepcionais (SILVA, 2012).

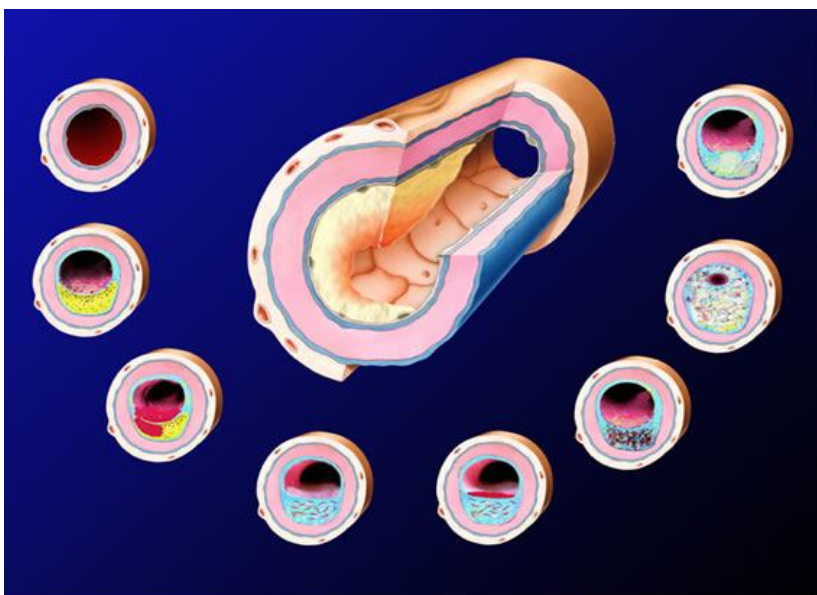


Figura 1. Parede interna da coronária.

Fonte: <http://brunorochoa.com.br/portal/revascularizacao-miocardica/>

2.3 Sinais e Sintomas

A manifestação clínica do IAM, consiste na tríade: desconforto torácico, anormalidades do Eletrocardiograma (ECG) e marcadores séricos elevados. Relatos de

ocorrência de sintomas prodrômicos foram observados em mais da metade dos casos. Esses sintomas são descritos como episódios de dor precordial, palpitações, tontura, cansaço e dispneia ou alterações na evolução da angina do peito estável, de modo a situá-la em uma das formas que constituem a síndrome pré-infarto (SILVA, 2012; LÓPEZ, 1984).

O diagnóstico de Infarto do Miocárdio é de suma importância. A mortalidade pode ser evitada com o tratamento imediato de arritmias potencialmente fatais, pois facilitam a extensão da zona de infarto. A dor precordial constitui o sintoma que permite o diagnóstico na maioria dos casos, tem apresentação súbita sem fatores desencadeantes evidentes. Pode constituir a primeira manifestação de insuficiência coronária ou alterar a evolução de uma angina do peito prévio. Geralmente é muito intensa, de duração prolongada, não sendo aliviada pelos coronariodilatadores. Tem caráter constritivo e localização retroesternal, podendo irradiar-se para o tórax, braços, pescoço, mandíbula e abdome.

O local da dor tem relação com a situação topográfica do infarto. A sintomatologia pode ser discreta, ocorre apenas uma sensação de desconforto no tórax, a localização abdominal pode simular um distúrbio digestivo, especialmente acompanhado de náuseas, vômitos e diarreia. Embora o estado de consciência seja preservado, o indivíduo se apresenta ansioso, excitado, às vezes dispneico (LÓPEZ, 1984).

As alterações físicas são comuns, o pulso geralmente é fino e discretamente taquicardiaco, a pele úmida, sudorese, cianose de extremidades, hipotensão arterial que pode ser induzida por opiáceos ou coronariodilatadores. A temperatura corporal encontra-se discretamente elevada durante poucos dias. Em alguns casos, elevações térmicas mais acentuadas, acima de 38 °C (LÓPEZ, 1984).

2.4 Eletrocardiograma e Enzimas Séricas

O eletrocardiograma (ECG) permite fazer um diagnóstico seguro e positivo do infarto agudo do miocárdio, principalmente nas primeiras horas de evolução de pequenos infartos. O objetivo deste exame também é estabelecer a localização topográfica, fase evolutiva e registrar determinadas complicações relativas aos distúrbios na formação e condução de estímulo elétrico. Assim como pode não ser

elucidativo quando atinge áreas inacessíveis à eletrocardiografia, sendo necessário o auxílio de elementos clínicos e laboratoriais (LÓPEZ, 1984).

O eletrocardiograma representa as modificações do músculo cardíaco através do complexo QRS, segmento RS-T e onda T, que se apresenta supradesnivelado e convexo para cima nas derivações que exploram a parte do músculo cardíaco cuja nutrição foi interrompida. Essa alteração corresponde a zona de lesão que circunda a área de tecido necrosado. A onda T apresenta-se simétrica e negativa nas derivações em que o segmento RS-T se encontra desnivelado correspondendo à zona de isquemia (LÓPEZ, 1984).

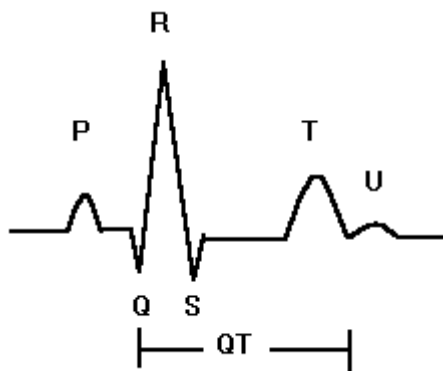


Figura 2. Eletrocardiograma com traçado normal.

Fonte: <http://www.virtual.epm.br/material/tis/curr-bio/trab2003/g5/ecgnormal.html>

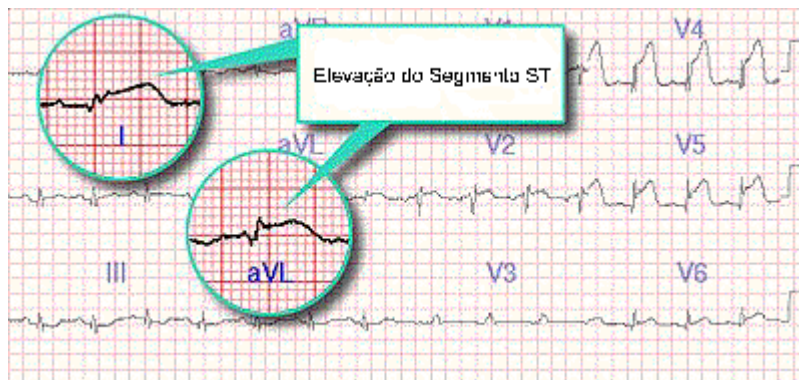


Figura 3. Eletrocardiograma com elevação do Segmento ST.

Fonte: <http://www.unifesp.br/denf/NIEn/CARDIOSITE/sindromes.htm>

A lesão da membrana do sarcolema dos miócitos decorrente de necrose promove liberação de macromoléculas intracelulares para a circulação.

As enzimas ou marcadores cardíacos são: a creatino-fosfoquinase (CPK), transaminase oxaloglutâmica (TGO), desidrogenase lática (DLH), mioglobina e troponina. A CK-MB eleva-se em 4 a 6 horas após o início dos sintomas, com pico em torno de 18 horas e normaliza-se entre 48 a 72 horas. A CPK não é uma enzima exclusiva do miocárdio, mas é também produzida pelo cérebro e pelos músculos esqueléticos. A isoenzima do miocárdio é CPKmb (SILVA, 2012).

Após o IAM os níveis de TGO eleva-se em 8 a 12 horas, atingindo pico em 24 a 36 horas e normaliza-se em três a quatro dias, podem alterar nas hepatopatias, nas doenças musculares e nos quadro de choque. A concentração máxima de DLH ocorre no segundo ou terceiro dia após o IAM e os níveis normalizam entre o quinto ou sexto dia.

A mioglobina é uma hemoproteína citoplasmática transportadora de oxigênio, encontrada tanto no músculo esquelético como no músculo cardíaco, eleva-se entre 1 a 2 horas após o início dos sintomas, com pico entre 6 e 9 horas e normaliza-se entre 12 a 24 horas. Seus valores de referencia variam com a idade, o sexo e a raça, mas seu nível no IAM pode ser maior que 90mg/ml. A Troponina é um complexo proteico à integração actinmiosina no músculo cardíaco e esquelético. Existem três isotipos: a troponina C,T,I; sendo que a T e a I são encontradas no miocárdio. A troponina I é encontrada exclusivamente no miocárdio e tem 100% de sensibilidade para o IAM e é considerado um nível maior que 1,5mg/ml, podendo ser detectado de 1 a 2 horas depois do infarto até uma a duas semanas (SILVA, 2012).

2.5 Tratamento

O tratamento a ser instituído depende do tipo de Infarto Agudo do Miocárdio que ocorre no pré ou intra hospitalar, com ou sem supradesnivelamento do segmento ST. O uso de fibrinolíticos no atendimento pré-hospitalar tem uma razão lógica, reconhecendo que deve haver condições operacionais para o uso, monitorização clínica e eletrocardiográfica, dando especial atenção às taquiarritmias, que é um dos maiores responsáveis por complicações no IAM. Tais medicamentos utilizados no momento pré-hospitalar são semelhantes ao dos intra hospitalar, dando preferência aos endovenosos por facilitar a administração, como por exemplo o TNK-tPA (tecnecteplase), usado em dose única em bolus, reteplase (rPA), administrado na forma de duplo- bolo, este

tratamento deve ser feito com pessoal treinado e equipado com recursos necessários para monitorizar o paciente continuamente (III DIRETRIZ IAM, 2004).

São drogas utilizadas para dissolver os coágulos sanguíneos que se formam nos vasos cardíacos em pacientes com suspeita de IAM, deve ser utilizado nas 6 horas que seguem os primeiros sintomas é administrado por via endovenosa durante 10 segundos, com doses ajustadas de acordo com o peso do paciente, pode ser administrada juntamente com heparina, aspirina, que também previnem a formação de coágulos (EPAR, 2006).

No tratamento do IAM uma medida importante é fornecer oxigênio para limitar a lesão isquêmica, pode reduzir o supradesnível do segmento ST e melhorar a hipoxemia. O controle da dor e da ansiedade são grandes aliados no tratamento, é indicado o uso de analgésicos e ansiolíticos. Os antiplaquetários como, por exemplo, o ácido acetisalicílico, de Clopidogrel, dentre outros tem eficácia e segurança no tratamento (III DIRETRIZ IAM, 2004).

3 MÉTODO

O estudo é um recurso tecnológico de Concepção. O presente estudo tem por escolha metodológica a revisão de literatura, abordando o papel do enfermeiro no atendimento emergencial ao paciente vítima de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) na sala vermelha.

Realizou-se uma revisão bibliográfica, através do banco de dados da *Scielo*, buscando artigos publicados nos últimos 10 anos (março de 2014 a março de 2004), utilizando como descritores: enfermagem em emergência; infarto agudo do miocárdio; papel do profissional de enfermagem. Acrescentaram-se também, além desta busca, livros da biblioteca de hospitais de referencia, com ênfase em enfermagem, cardiologia e emergência.

Após seleção do material pertinente, ao tema, seguiram-se as etapas subsequentes como: leitura do título, resumo, e por último na íntegra, realizou a categorização das áreas temáticas, redação, e conclusão da revisão bibliográfica. Todos os artigos foram referenciados, conforme normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Da seleção destes artigos, após sua leitura, emergiram duas temáticas: o Protocolo de acolhimento com classificação de risco e o Perfil do enfermeiro que atua na sala vermelha com atendimento da SCA – Infarto Agudo do Miocárdio.

O referido estudo não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) por não ser considerada uma pesquisa de campo que envolva terceiros, não havendo assim necessidade de formulário de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 RESULTADO E ANÁLISE

4.1 Protocolo de acolhimento com classificação de risco

A classificação de risco é definida como uma intervenção decisiva na reorganização das portas de entrada, das urgências e emergências e na implementação da produção de saúde em rede. O acolhimento com classificação de risco é um guia orientador para atenção e gestão na urgência onde o desenho, se desenvolve em pelo menos dois eixos: o do paciente grave, que é chamado de eixo vermelho, e o paciente não grave aparentemente, mas que necessita de atendimento de emergência que configura o eixo azul (ACCR, PNH, MS; 2009).

Cada eixo possui áreas diferentes que segue de acordo com a gravidade relacionado a clinica do paciente, no qual está inserido o eixo vermelho, agrupado em três áreas principais: área vermelha, área amarela e a área verde.

- a) Área vermelha: encontra-se a sala de emergência, atendimento imediato, destinados a pacientes com risco de morte e para procedimentos invasivos.
- b) Área amarela: sala de retaguarda para pacientes estabilizados, porém que ainda requerem cuidados especiais.
- c) Área verde: salas de observação que deve ser dividida por sexo e idade a depender da demanda.

A classificação de risco é realizada por profissional de enfermagem de nível superior que se baseia em consensos estabelecidos junto com a equipe médica, dependendo da gravidade e do potencial de agravamento do caso e o nível de sofrimento do paciente (ACCR, PNH, MS; 2009).

Os protocolos de classificação são ferramentas que sistematizam a avaliação feita informalmente pela enfermagem e devem ter respaldo médico. É útil e necessário, instrumento de inclusão, que visa organizar e garantir o atendimento a todos, necessita ser dinâmica e que se avalie o risco dos pacientes que não foram atendidos ou cujo tempo de espera seja maior que o estabelecido no protocolo (ACCR, PNH, MS; 2009).

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

EMERGÊNCIA	URGÊNCIA MAIOR	URGÊNCIA RELATIVA	AMBULATORIO
<ul style="list-style-type: none"> Politraumatismo; TCE Queimaduras grandes; Coma ou alteração de consciência; Lesão da coluna vertebral; Desconforto respiratório grave; Dor no peito + falta de ar + cianose; Vômito + perda da consciência ou dor torácica por + de 30 min; Perfuração no peito, abdome ou cabeça; Crise convulsiva; Intoxicações exógenas ou tentativa de suicídio; Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; Hiper ou hipoglicemias (diagnosticadas); Parada cardiopulmonar; Alterações de SSVV + sintomas (diagnosticados); Hemorragias não controláveis; Fraturas; ferimentos (cortes). 	<ul style="list-style-type: none"> Cefaléia intensa de início súbito; Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental, desmaios; História de convulsão; Dor torácica intensa; Crise asmática ou desconforto respiratório; Diabético + sudorese, alterações de estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; Alteração de sinais vitais em pacientes sintomáticos; História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; Epistaxe; Dor forte de qualquer natureza; Sangramento vaginal com dor abdominal; Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; Febre alta (39/40°); Luxações, entorse + dor intensa; Acidentes por animais peçonhentos; Broncoespasmo. 	<ul style="list-style-type: none"> Idade superior a 60 anos; Pacientes escoltados; Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; Asma fora de crise; Enxaqueca; Dor de ouvido moderada a grave; Dor abdominal sem alterações de sinais vitais; Sangramento vaginal sem dor abdominal; Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; Abscessos; Distúrbios neurovegetativos; Lombalgia intensa; Intercorrências ortopédicas; Gastroenterite. 	<ul style="list-style-type: none"> Queixas sem alterações agudas; Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos; Demais situações não enquadradas anteriormente; Uso de benzilpenicilina.
Sala Vermelha Emergência Atendimento Médico Imediato	Sala Amarela Atendimento Médico	Verde Encaminhamento para especialidades	Azul Agendamento em UBS, PSF

Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco Hospital Geral Prado Valadares

Legenda:
■ Vermelho = Risco 0
■ Amarelo = Risco 1
■ Verde = Risco 2
■ Azul = Risco 3

Figura 5. Protocolo de Avaliação e Classificação e Risco.

Fonte: <http://simecg.wordpress.com/2010/07/14/protocolo-de-avaliacao-e-classificacao-de-risco>

4.2 Perfil do enfermeiro que atua na sala vermelha com atendimento da SCA – Infarto Agudo do Miocárdio

O enfermeiro, que atua na urgência e emergência é aquele que presta cuidados a indivíduos de todas as idades, com alterações da saúde física e psíquica que necessitam de intervenções médicas clínicas ou cirúrgicas, sendo necessário, para este profissional, atualizações, constantes em relação ao seu conhecimento, pois o enfermeiro tem que saber avaliar, intervir e cuidar.

Este profissional pode ser a pessoa que assume a responsabilidade pela unidade, supervisiona a ação da equipe, participa da manutenção da sala vermelha e de tomada de decisões e possui espírito de liderança, ter conhecimento básico de suporte de vida e suporte avançado de vida além de outras reciclagens, curso de atualização e de aperfeiçoamento (SARAIVA, 2009).

Diante da situação de emergência, o enfermeiro tem que perceber, apesar de sabermos que o evento pelo qual o paciente se encontra no momento requer rapidez, dinamismo e muita atenção, a presença da família ou pessoa de confiança, exerce no paciente um sentimento de segurança (OLIVEIRA, 2004).

Cabe prioritariamente ao enfermeiro emergencista, avaliar precisamente o cliente, supervisionar a equipe, garantir a execução de ações seguras e corretas, fazer uma provisão e previsão de materiais, além disso, alguns atributos pessoais são necessários como: conhecimento e experiência, ser capaz de trabalhar em equipe, destreza e agilidade, autoconfiança, competência, capacidade profissional e organização do serviço (SARAIVA, 2009).

O enfermeiro, de modo geral, tem que ter um sentimento de liderança, de coragem, e sua presença é fundamental, em qualquer tipo de Infarto agudo do Miocárdio e direcionado para humanização na assistência. A educação em saúde é atividade integrante do cuidado em enfermagem, tanto no âmbito hospitalar, quanto ambulatorial, domiciliar e na comunidade, e o enfermeiro assume o papel de sujeito ativo nesse processo educativo (SARAIVA, 2009).

Este enfermeiro também possui conhecimento, técnico e científico que o capacita para diagnosticar as manifestações clínicas e todas as alterações eletrocardiográficas, está apto para tomar decisões cabíveis para o atendimento, assim como direcionar as ações da equipe de enfermagem (OLIVEIRA, 2004).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

Cabe ao enfermeiro prover a sala vermelha, testar todos os equipamentos e se antecipar ao identificar qualquer alteração nos aparelhos principalmente monitores e oxímetros de pulso, pois são peças fundamentais durante o atendimento. Realizar previsão de materiais descartáveis e de alto custo enfatizando a importância de cada produto dispensado. Dar oportunidade ao paciente de se expressar, expor suas dificuldades e inserir a família neste contexto, reconhecendo que a presença de alguém de sua confiança fornece mais tranquilidade e segurança a ele.

Este profissional deve apresentar um bom relacionamento profissional, com os serviços auxiliares, como laboratório e bioimagem, são setores de grande importância no hospital, dependendo do tempo de cada exame para agilizar o atendimento e alcançar o diagnóstico com mais rapidez.

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

O estudo de cunho bibliográfico demonstrou que este profissional ainda necessita de adquirir novos conhecimentos, atualizar as práticas e conhecer novas tendências, relacionadas ao tratamento e prevenção de complicações do paciente com IAM, participando de congressos, debates, fóruns, cursos pertinentes ao assunto.

Enfim, conclui-se que a assistência de enfermagem, engloba uma série de estratégias, visando sempre ao ser humano, e diante de uma vítima de infarto agudo do

miocárdio o enfermeiro, da sala vermelha, tem a responsabilidade, de conhecer e seguir devidamente o protocolo de IAM.

Como líder, e em qualquer unidade, é função do enfermeiro coordenar a equipe e gerenciar a assistência ao paciente. Esta liderança é fundamentada no conhecimento das habilidades individuais e necessidades dos membros da equipe, administre a dinâmica da equipe conforme terapêutica adotada. É responsável pela avaliação do espaço físico, medicamentos de emergência e rotineiramente pela checagem de materiais, por manutenção preventiva, testar o desfibrilador, repor, organizar, conferir e lacrar o carro de parada.

REFERENCIAS

ALVES, T. E.; SILVA, M. G.; OLIVEIRA, L. C.; et al. Atuação do enfermeiro no atendimento emergencial aos usuários acometidos de infarto agudo do miocárdio. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../547.201.

Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência - Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. 2009.

Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Suplemento IV, Volume 83. Setembro, 2004. III DIRETRIZ SOBRE TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.

BRITO, J. Enfermeiro na Classificação de Risco em Serviço de Emergência: revisão integrativa. Porto Alegre; 2011.

Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência - Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS - Ministério da Saúde.

LÓPEZ, M. Emergências Médicas. 4 ed. Editora: Guanabara 1984, p 57-70.

MACHADO, S. Desafios e Possibilidades da Triage na Emergência. Criciúma; 2011.

MARQUES, C. P.; RUBIO, L. F.; OLIVEIRA, M. S.; LEITE, F. M. N.; MACHADO, R. C. Dor torácica: atuação do enfermeiro na unidade de “pronto atendimento”. REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Volume 100, Nº 4, Abril 2013.

OLIVEIRA, C. M. de.; SANTORO, D. C. Conduta da Equipe de Enfermagem Diante das Alterações Clínicas do Cliente com Síndrome Isquêmica Coronariana. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Vol. 8, núm. 2, agosto, 2004, pp. 267-74.

PORTARIA Nº 2.048 DE 05 DE NOVEMBRO DE 2002. Dispõe sobre regulamento técnico das urgências e emergências e sobre os serviços de atendimento móvel de urgência e seus diversos veículos de intervenção. Ministério da Saúde. Brasília.

PEIXOTO, E. A.; FRANCISCO, D. P.; LEÃO, J. D. M.; ANDRADE, C. G. de. Enfermagem e o Infarto Agudo do Miocárdio: Revisão Integrativa da Literatura. Anais da IV Semana de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba; João Pessoa; Maio de 2012.

PARANZINI, E. G.; NAMBA, M. F. Assistência de enfermagem na trombólise coronariana. Rev Enferm UNISA; 2006; (7): 68-74.

RELATÓRIO EUROPEU DE AVALIAÇÃO PÚBLICO (EPAR) METALYSE; Westferry Circus, Canary Wharf, London E14 4HB, UK EMEA Reproduction and/or distribution of this document is authorised for non commercial purposes only provided the EMEA is acknowledged; Março de 2006.

SANTOS, J. C. A.; PLAGGI, L. F. D. Percepção do Enfermeiro sobre o Atendimento ao Paciente com Suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio. Rev min enferm [cited 2011 Sept 14];2010(2):43-51. Available from: http://www.revistasaude.unipam.edu.br/files/Ed_2/percepcao_do_enfermeiro_sobre_o_atendimento_ao_pacient_e.pdf

SARAIVA, D.; ESTEVES, J. A Dinâmica da Equipe de Enfermagem na Sala de Reanimação, na Abordagem ao Indivíduo Víctima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares. Licenciatura em Enfermagem - Dezembro, 2009 – Universidade Atlântica. Barcarena, Dezembro, 2009, Orientador: Professor Alexandre Tomás.

SILVA, R. C. L. da.; LYRA, C. R. Quimo nos concursos, teoria e dicas. Editora: Águia Dourada. 2012; p: 90-1.

SILVA, B. F. O Papel do Enfermeiro Emergencista: Uma Revisão Bibliográfica. Anuário de Produção Científica; outubro de 2012.

V. Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiro de Cardiologia, Volume 88, Suplemento I, Abril 2007.

Brasil. Ministério da Saúde; Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – Brasília, 2003; 228 p. il. – (Série E. Legislação de Saúde) 1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Legislação Sanitária. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf