

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**RONALDO DORNELES DE SOUSA**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM SÍNDROMES**  
**CORONARIANAS AGUDAS (SCA)**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

**RONALDO DORNELES DE SOUSA**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM SÍNDROMES  
CORONARIANAS AGUDAS (SCA)**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Dra. Monica Motta Lino**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (SCA)** de autoria do aluno **RONALDO DORNELES DE SOUSA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Profa. Dra. Monica Motta Lino**

Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**

Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

## LISTA DE SIGLAS

AI	Angina Instável
BIREME	Biblioteca Virtual de Saúde
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCBV	Doença Cerebrovasculares
DCV	Doença Cardiovascular
ECG	Eletrocardiograma
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAMCSST	Infarto Agudo do Miocárdio Com Supradesnívelamento do Segmento ST
IAMSSST	Infarto Agudo do Miocárdio Sem Supradesnívelamento do Segmento ST
IMC	Índice de Massa Corpórea
LDL	Low Density Lipoproteins
LILACS	Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MmHg	Milímetro de Mercúrio
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Saúde
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>9</b>
2.1 Conceito.....	9
2.2 Fisiopatologia.....	9
2.3 Quadro Clínico.....	10
2.4 Incidência.....	11
2.5 Diagnóstico.....	12
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>14</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>15</b>
4.1 A Assistência de Enfermagem no Atendimento à Vitima de Infarto Agudo do Miocárdio.....	15
4.2 A Atuação da Enfermagem na Prevenção do Infarto Agudo do Miocardio.....	15
4.3 Plano de Ação.....	16
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>18</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>

## RESUMO

O objetivo do estudo consistiu em analisar o trabalho da equipe de enfermagem no atendimento à vítima de infarto agudo do miocárdio e propor um plano de cuidados aos pacientes por meio da elaboração de um folder educativo. **Materiais e Método:** estudo do tipo exploratório, bibliográfico, na linha tecnologia de concepção. **Resultados:** identificou-se que o trabalho da equipe de enfermagem engloba prevenção (educação em saúde, treinamentos e orientação à família) e assistência à vítima (administração de medicamentos, sinais vitais, monitoramento). São elucidados 09 passos (cuidados) para pessoas vítimas de infarto agudo do miocárdio ou que estão na faixa de risco: reabilitação cardíaca, atividade física, retorno ao trabalho, outras atividades, dieta, perda de peso, não fumar, diabetes, portadores de HAS e evitar o uso de AINE. **Conclusão:** o enfermeiro é o profissional que tem maior contato com o paciente, oferecendo um relacionamento de confiança, facilitando a assistência adequada pela equipe de saúde, sendo importante para a ampliação das ações de prevenção, pois o enfermeiro é o responsável por gerenciar e treinar a equipe de enfermagem, realizar palestras e outras formas de educação em saúde, promovendo assim a promoção e a prevenção.

**Descritores:** Enfermagem, emergência, síndromes coronarianas agudas e urgência.

# 1 INTRODUÇÃO

Ao observar o aumento das Síndromes Coronarianas Agudas, constatamos que a enfermagem precisa de uma educação continuada, onde vão ter treinamentos para o atendimento das vítimas de SCA em seu dia a dia (REIS et. AL, 2007).

Sendo as doenças do sistema circulatório as principais causas de morte no Brasil, segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Ministério da Saúde, e a cada dia que passa vem tendo um aumento progressivo de óbitos nos últimos anos decorrentes das Doenças cardiovasculares (DCV). Sendo elas: doenças isquêmicas do coração (DIC) e doenças cerebrovasculares (DCBV) (REIS et. al, 2007).

Essas síndromes coronarianas são provocadas pela obstrução da coronária decorrentes de trombose e vaso espasmos, resultando em vários sintomas clínicos, compatíveis com a isquemia do miocárdio, envolvendo angina instável (AI) e infarto agudo do miocárdio (IAM), com supradesnível do segmento ST e sem supradesnível do segmento ST, essas manifestações são as causas mais comuns de atendimentos nas emergências (LEMOS et al, 2010).

O modo mais eficaz para reduzir as doenças cardiovasculares, em nível populacional é através das ações preventivas e tratar seus fatores de risco. A enfermagem tem que ter um conhecimento sobre esses fatores de risco, no desencadeamento de síndromes coronarianas agudas, para uma boa atuação no desenvolvimento de programas visando reduzir a morbidade e mortalidade por DCV (BASSAN & BASSAN, 2006).

Quando tratada no início dos sintomas pode se prevenir 90% dos casos de morte por DCV, mas para isso é necessário que o paciente chegue rápido na unidade de saúde, que deve estar devidamente preparada para dar o atendimento imediato, quanto mais rápido este atendimento mais diminuirá a mortalidade e incapacidade da DCV (SANTOS et al, 2006).

Estudos evidenciam que a enfermagem, apesar de não ter treinamentos periódicos baseados no protocolo, demonstram conhecer os sinais e sintomas das SCA, e como atuar. Levando em consideração que essa assistência poderia ser melhorada com a realização de treinamentos, pois a abordagem ao paciente seria mais qualificada, diminuindo seqüelas e reduzindo o tempo de internação (XAVIER et al, 2012).

Considerando que o atendimento ao paciente, deve ser prestado por todos os serviços do SUS, tendo como linha de cuidado: unidade de atenção a saúde, unidade de atenção especializada, serviço móvel pré-hospitalar (SAMU), UPA e pronto socorro de hospitais gerais (BRASIL, 2013).

Frente a isso, é imprescindível que o protocolo de atenção a SCA seja definido e pactuado pelas diferentes linhas de cuidados, para uniformizar os cuidados e garantir o acesso de todos os pacientes a terapia conforme as diretrizes internacionais.

A partir do contexto supracitado, o objetivo do estudo consistiu em analisar o trabalho da equipe de enfermagem no atendimento à vítima de infarto agudo do miocárdio e propor um plano de cuidados aos pacientes por meio da elaboração de um folder educativo.



## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Conceito**

Segundo Mafra, Lodi Junqueira & Ribeiro 2012, o termo Síndrome Coronariana Aguda é dado para o paciente com evidência clínica ou laboratorial de isquemia aguda, provocada por um desequilíbrio entre suprimento e demanda de oxigênio para o miocárdio, na sua maioria causada por uma placa aterosclerótica (MAFRA, LODI-JUNQUEIRA & RIBEIRO, 2012).

A SCA ocorre devido a falta de oxigênio no miocárdio, muitas vezes em consequência de ruptura de uma placa de ateroma presente nas artérias coronárias e trombose secundária. Este processo pode resultar na formação de um trombo oclusivo na luz dos vasos, provocando supradesnivelamento do segmento ST no eletrocardiograma (ECG). Quando o mesmo processo que ocasiona a ruptura da placa provoca a formação de um trombo não oclusivo, mas obstrui a luz dos vasos produzindo ou não infradesnível de ST ou inversão da onda T no ECG, refere-se ao diagnóstico da angina instável ou do infarto do miocárdio sem supradesnível do segmento ST (MAFRA, LODI-JUNQUEIRA & RIBEIRO, 2012).

### **2.2 Fisiopatologia**

As SCA têm três formas clínicas, todas tem praticamente o mesmo substrato fisiopatológico, que é a ruptura da placa aterosclerótica e conseqüentemente trombose, provocando a isquemia miocárdica. No entanto, alguns pacientes apresentam um fenômeno isquêmico recorrente de uma prolongada redução de fluxo coronário por vasoespasma arterial localizado ou difuso ou por trombose aguda. O conhecimento deste processo é de suma importância para o tratamento adequado das SCA e também para sua prevenção (BASSAN & BASSAN, 2006).

Alguns fatores mecânicos podem provocar uma instabilidade da placa aterosclerótica, tais como erosão e ruptura, inflamação nas moléculas de adesão sobre monócitos, leucócitos, células endoteliais, participação dos macrófagos e linfócitos T no interior da placa, que geralmente leva a uma degradação da capa fibrótica e inibição da produção de colágeno pelo interferon. Com isso

ocorre crescimento de oxidação de LDL colesterol pelos macrófagos, crescimento de células musculares lisas, aumento de células espumosas, destituição de plaqueta na superfície de placa rompida, ativação plaquetaria com liberação tromboxano e liberação de fator tecidual pelos monócitos, surgindo um aumento de trombina (CHAR, 2005; KUMAR, 2009).

Este processo inflamatório é de suma importância na SCA que a proteína C reativa, uma citocina pró-inflamatória produzida pelo fígado, expressa maior gravidade para o paciente quando há um aumento na sua concentração plasmática, diferente do interleucina-10, uma citocina antiinflamatória que, quando aumenta indica um bom prognóstico (CHAR, 2005; KUMAR, 2009).

A aterosclerose é uma das formas clínicas mais comuns da SCA, que traduz o espaçamento e o endurecimento das artérias de médio e grande calibre com lesões ricas em lipídios que podem comprometer as camadas do vaso. Ao se complicar por trombose parcial ou total do vaso, vão passar para o processo de isquemia ou angina instável, ou em necrose sendo a última lesão do IAM diminuição do fluxo sanguíneo, pelo processo de aterotrombótica ou na reatividade funcional vascular coronariana aterosclerótica, processo como, as arterites, ponte miocárdica, doenças metabólicas, hematológicas e embolias, traumas cardíacos, uso de drogas principalmente cocaína, podem provocar uma redução do fluxo sanguíneo e isquemia miocárdica (COSTA & VIEIRA, 2007).

### **2.3 Quadro Clínico**

A SCA, tem vários sinais um deles é a dor torácica que é a forma mais comum da isquemia miocárdica. Possui três características básicas na angina estável:

- Desconforto não afetado por posição, movimento ou palpação, pode irradiar para braço esquerdo e direito, ombro, pescoço e mandíbula;
- É produzido pelo esforço ou estresse emocional;
- Sente alívio ao repouso ou por uso de nitrato sublingual.

A dor provocada pela SCA é bem parecida com da angina estável, mas são bem intensos e longos, sudorese, náuseas, vômitos e dispnéia. Apresentação das SCA, são elas:

- Angina de repouso com mais de 20 minutos de duração;

- Angina de início recente (limitação de exercícios físicos habituais);
- Angina progressiva (dor esquêmica que ocorre frequentemente, de longa duração).

No caso de SCA a tríade para avaliação inicial é a história do paciente no que diz respeito a um diagnóstico diferencial, outra coisa importante é pesquisar sobre a presença de fatores de risco para o desenvolvimento da doença arterial coronariana (DAC) (WHITE & KUO, 2007).

O exame físico varia muito de normal e para alterações inespecíficas ou representar sinais de alerta. Hipoperfusão tecidual, hipotensão arterial, extremidades frias e diaforese. Os sinais vitais podem ser dentro da normalidade com alterações de taquicardia ou bradicardia, pressão elevada ou baixa. Nos casos de infarto transmural, a pressão sistólica cai cerca de 10-15mmHg quando comparado as pressões pré-infarto (HESS et al, 2008).

A ausculta cardíaca pode estar presente em alguns casos como sopro ou telessistólica apical de disfunção mitral, por dilatação do ventrículo esquerdo, estertores pulmonares, causando congestão pulmonar, também pode-se auscultar a 3ª e 4ª bulhas cardíacas, hipofonese de 1ª bulha e desdobramento paradoxal de 2ª bulha, turgência jugular com ausculta pulmonar limpa, indica disfunção miocárdica de ventrículo direito, carga de volume aumentando a retenção de líquidos, alguns casos redução do pulso carotídeo, que reflete a diminuição do débito cardíaco (PORTO, 2009; KUMAR & CANNOM, 2009).

## **2.4 Incidência**

As SCA vêm aumentando pelo SUS cada vez mais nas últimas décadas, no Brasil é uma das mais importantes causas de morte da atualidade. Os avanços da medicina para o tratamento, vem diminuindo a mortalidade por IAM de 30% na década de 50 para menos de 5% nos tempos de hoje (BRASIL, 2011).

No país ocorre mais ou menos de 300 mil a 400 mil casos de infarto anuais e, das mortes por IAM no ano de 2010, 47.993 aconteceram dentro de hospitais ou outros serviços de saúde, certamente esse número deve ser bem maior do que o registrado, já que a base de dados do SUS, não inclui a saúde suplementar 25 a 30% dos pacientes infartados morrem em casa e em muitos casos não é diagnosticado (BRASIL, 2011).

## 2.5 Diagnóstico

No que diz respeito do diagnóstico e tratamento das SCA, dispõe-se de três pilares essenciais: história clínica, eletrocardiograma e marcadores cardíacos. A história clínica da dor torácica é fundamental. A dor pode ser típica, curta e revertida com uso de nitrato sublingual, como na AI, ou podem ser como no IAM, dor torácica longa e que não cessa com uso de medicamentos (STEFANINI, KASINSKI & CARVALHO, 2009).

No ECG, podemos observar alterações importantes, é fundamental que seja realizado nos primeiros 10 minutos de atendimento do paciente. Na AI/IAMSEST, geralmente encontra-se infradesnívelamento do segmento ST maior que 1 mm e inversão da onda T maior ou igual a 1 mm em 2 ou mais derivações no AT de IAM sem supra de ST, pode ter presença ou não de marcadores cardíacos fundamental para essa diferenciação (STEFANINI, KASINSKI & CARVALHO, 2009).

No IAMCSST, há uma inversão das ondas T que é acompanhada de supradesnívelamento do segmento ST em duas ou mais derivações conforme a área afetada, também pode ocorrer formação de uma onda Q patológica, correspondente a área necrosada, eletricamente inativa, o bloqueio de ramo esquerdo também pode estar presente no traçado elétrico. O aumento do ST irá apresentar-se na seguinte morfologia: ST maior ou igual que 2mm em homens e menor ou igual a 1,5 mm em mulheres, nas derivações V2 e V3 e maior ou igual que 1mm nas demais derivações. Quanto maior a derivação maior é a área lesada e pior a seu prognóstico (STEFANINI, KASINSKI & CARVALHO, 2009; SERRANO, TIMERAN & STEFANINI, 2009).

O ECG tem que ser monitorado de forma contínua, pois é muito importante no acompanhamento da efetividade do tratamento e da progressão da doença, alterações elétricas persistentes sugerem falhas do tratamento e pior prognóstico, levando a condutas mais invasivas (SERRANO, TIMERAN & STEFANINI, 2009).

Os marcadores de lesão miocárdica subjogadas a ausência de oxigênio, os miócitos em sofrimento liberam seu conteúdo intracelular para a microcirculação sanguínea, essas substâncias podem ser dosadas no sangue (AUSIELLO, 2009).

Os marcadores são usados para um diagnóstico e para um prognóstico nos casos de SCA. Os principais marcadores cardíacos são: troponina T e I, creatinoquinase (CK e CK-MB) e as mioglobinas (AUSIELLO, 2009).

- Creatinoquinase: a CK é uma enzima que regula a produção de fosfato de alta energia presente no miocárdio e músculo esquelético. A CK-MB é mais específica nos casos de necrose (HESS, 2008).
- Troponinas I e T: são encontradas nos filamentos finos dos músculos estriados formando um complexo com três polipeptídeos: troponina C, I e T. as I e T são específicas do miocárdio e diferenciam da troponina C, pela ausência de aminoácidos. Geralmente estão ausentes no sangue em situações normais e são considerados marcadores preferenciais em casos de necrose miocárdica, sendo mais eficaz que a CK-MB (STEFANINI, KASINSKI & CARVALHO, 2009).
- Mioglobina: é responsável pelo transporte de oxigênio e está presente tanto no músculo cardíaco quanto no esquelético. Em condições normais encontra-se aumentada no sangue pela contração dos músculos estriados, que causam sua liberação. Seu papel principal está no alto valor preditivo negativo que varia de 83 a 98%, é liberada muito rápido pelo miocárdio necrótico com início em 2 horas, pico em 6-9 hora e normaliza em 12-24 horas (STEFANINI, KASINSKI & CARVALHO, 2009).

As enzimas cardíacas nem sempre são usadas para o diagnóstico e tratamento do IAM. Algumas vezes a admissão do paciente é muito rápida no hospital, antes mesmo do tempo necessário para a detecção sérica das enzimas, mesmo que não tenha o resultado dos marcadores cardíacos, o paciente admitido com dor típica e alterações do ECG, deve ser tratado como SCA (SERRANO, TIMERAN & STEFANINI, 2009).

Os marcadores enzimáticos são importantes no acompanhamento do paciente com IAM, através deles avalia-se a efetividade da terapêutica, depois da perfusão miocárdica, os marcadores cardíacos aumentam, por causa do fluxo restabelecido na artéria antes ocluída, destacando um tratamento satisfatório (SERRANO, TIMERAN & STEFANINI, 2009).

Então é fundamental seguir todos os passos, para que o diagnóstico e tratamento sejam alcançados com sucesso.

### 3 MÉTODO

Trata-se de um estudo bibliográfico, exploratório e descritivo. O estudo bibliográfico refere-se a uma pesquisa em livros, artigos científicos, documentos manuscritos e outras fontes pertinentes, onde se pretende encontrar respostas aos problemas formulados. A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso (SILVA, 2002).

A partir do estudo na literatura procedeu-se à elaboração de um folder educativo destinado aos enfermeiros e pacientes vítimas (ou em risco) de Síndrome Coronariana Aguda – Infarto Agudo do Miocárdio. Trata-se, portanto, de uma tecnologia de concepção, uma das linhas da presente Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem.

Após a escolha e definição do tema, foi realizada uma busca de dados na Biblioteca Virtual de Saúde – Bireme, LILACS, MEDLINE e Scielo, com seguintes descritores: enfermagem, emergência, síndromes coronarianas agudas e urgência. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos últimos 10 anos e que responderem o objetivo do trabalho. E foram excluídos 20 por não responder o objetivo do estudo, portanto incluídas 22 publicações (SILVA, 2002).

A leitura exploratória e seleção do material principiaram a leitura analítica, por meio da literatura das obras selecionadas, que possibilitou a organização das idéias por ordem de importância e a sintetização destas que visa a fixação das idéias essenciais para a solução do problema da pesquisa (MINAYO, 2007).

Após a leitura analítica, iniciara a leitura interpretativa que tratou do comentário feito pela ligação dos dados obtidos nas fontes ao problema da pesquisa e conhecimento prévios. Na leitura interpretativa há uma busca mais ampla de resultados, pois ajustarão o problema da pesquisa a possíveis soluções. Feita a leitura interpretativa iniciara a tomada de apontamentos que se referiam a anotações que consideravam o problema da pesquisa, ressaltando as idéias principais e dados mais importantes (MINAYO, 2007).

## **4 RESULTADO E ANÁLISE**

### **4.1 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

Percebe-se que o enfermeiro tem um papel primordial na assistência, onde tem sido discutidas políticas e estratégias de saúde em relação a doenças cardiovasculares, para que a enfermagem possa atuar na recuperação da saúde através de intervenções alcançando os resultados esperados, firmando protocolos que consistem em passos a serem dados para a realização de suas ações e seqüência que devem ser realizados (XAVIER et al, 2012).

O enfermeiro, por meio de seus cuidados é essencial na assistência e recuperação da saúde da vítima de SCA. No atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU em Goiânia observa-se que o enfermeiro ainda não está presente nas ambulâncias do suporte básico, sendo ocupada pelo técnico em enfermagem e condutor, o que pode trazer prejuízo na qualidade da assistência prestada.

### **4.2 A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

Os fatores de risco cardiovasculares aumentam a probabilidade de infarto. O rompimento da vida diária por causa do infarto faz o indivíduo vivenciar o sofrimento tanto pelos sintomas quanto pelo medo da morte, vida afetiva, intelectual ativa, perdem a espontaneidade da vida cotidiana, onde tornam-se dependentes de outras pessoas, o que é desconfortável. A enfermagem pode atuar na prevenção em diversos níveis, um dos desafios é a maneira de como vai abordar as doenças como a hipertensão, não basta detectar quem tem a doença, mas preparar as unidades de saúde e suas equipes para dar continuidade, acolher, transferir informações, tratar de maneira conveniente, referenciar e avaliar os impactos sobre as condições clínicas dos usuários (TEIXEIRA et al, 2010).

Os profissionais que prestam seus serviços ao atendimento de saúde têm a responsabilidade de organizar informação, a educação continuada e o treinamento do público, como capacitar-se para atuar com competência, ética e humanística no cuidado e no tratamento dispensado. Profissionais da saúde e pacientes devem trabalhar lado a lado a fim de reduzir o

tempo do início dos sintomas à tomada de decisão e a iniciativa de procurar socorro (MUSSI & SAMAPAI, 2009).

O tempo de atendimento tem um papel de destaque na assistência de enfermagem ao paciente infartado geralmente submetido a um risco maior de morte na primeira hora após o início dos sintomas e o atendimento rápido e eficaz é extremamente relevante para a sobrevivência do paciente (XAVIER et al, 2012).

Nessa etapa o profissional de enfermagem é fundamental, pois o enfermeiro possibilita identificar fatores biopsicológicos e psicológicos que geralmente interferem no processo de recuperação. Na prevenção o enfermeiro pode atuar em diversos níveis, tendo a responsabilidade não só de organizar a educação e o treinamento do público, como também de capacitar-se para atuar com competência técnica científica, ética e humanística no cuidado e no tratamento (SOUSA & OLIVEIRA, 2005).

Os estudos acima nos mostram o quanto o enfermeiro é importante na prevenção das SCA, pois, através da educação continuada com familiares, pacientes e equipe previnem complicações decorrentes das SCA. Embora seja fundamental a prevenção, nota-se a cada dia a desvalorização pelas instituições de saúde em liberar a enfermagem para atividades de educação em saúde.

#### 4.3 PLANO DE AÇÃO

Ao longo deste estudo vimos que a SCA é uma das principais causas de morte no Brasil. A equipe de enfermagem tem um papel fundamental para diminuir essa estatística. A enfermagem pode atuar dentro e fora da unidade de saúde, realizando um acompanhamento efetivo, orientando de forma clara e precisa, orientar quanto a nutrição e identificar problemas emocionais.

Como enfermeiros devemos exigir do poder público programas efetivos de prevenção e cuidados das SCA, proporcionando uma melhora significativa na área da saúde e educação, como tentativa de diminuir o número de óbitos causados pela SCA.

Os profissionais de saúde podem investir em campanhas de alerta e educativas, esclarecendo as dúvidas dos pacientes, respondendo perguntas formuladas por eles, focando nos sinais e sintomas das SCA, outro ponto importante é a distribuição de folders explicativos e cartazes chamativos expostos em murais das unidades de saúde. A equipe de enfermagem também pode elaborar um plano de cuidados, e distribuir através de folders para seus pacientes.



## Reabilitação Cardíaca

- O principal foco da reabilitação é o exercício físico de caráter educacional, mais complexo que um mero programa de condicionamento físico.
- Recomendada reabilitação supervisionada por médico em casos de alto risco.

## Atividade Física

- Todos pacientes devem ser encorajados a realizar 30 a 60 min. de atividade aeróbica em intensidade moderada, no mínimo 5 vezes por semana, além de aumentar o gasto energético diário (ex: atividades domésticas, jardinagem).
- Recomendado teste ergométrico para orientar prescrição do exercício.

## Retorno ao Trabalho

- Pacientes que freqüentam programas de RC após alta retornam ao trabalho antes.
- Na maior parte das vezes, o stress sofrido no trabalho é menor que o medido no teste de esforço, reforçando que o retorno ao trabalho deve ser encorajado.

## Outras Atividades

- Orientação quanto ao retorno às diversas atividades pode ser feita utilizando-se a capacidade funcional em MET do paciente obtida através de teste ergométrico e da tabela com informações sobre a exigência metabólica de cada uma das atividades.
- Atividade sexual com parceiro habitual pode ser reassumida em 7-10 dias em pacientes sem complicações durante a internação.
- A direção de veículos pode ser permitida após 1 semana nos pacientes sem complicações e em 2 a 3 semanas em pacientes com IAM complicado.

## Dieta

- Pacientes devem ser encorajados a reduzir a ingesta diária de sal, gorduras saturadas, gorduras trans e colesterol, e aumentar frutas, vegetais e peixes.

## Perda de peso

- Peso corporal e circunferência abdominal devem ser medidos em todas as consultas.
- Os pacientes devem ser encorajados a atingir e manter IMC entre 18,5 – 24,9 Kg/m<sup>2</sup> e a circunferência abdominal < 102 em homens e < 88 cm em mulheres.

## Não fumar

- Em todas as consultas o paciente deve ser questionado sobre tabagismo e deve ser estimulado a abandoná-lo e a evitar o tabagismo passivo.

## Pacientes diabéticos

- Modificações do estilo de vida, controle dos demais fatores de risco (HAS, obesidade, dislipidemia) e medicação visando glicohemoglobina ≤ 7%.

## Portadores de HAS

- Modificações do estilo de vida e medicação objetivando PA ≤ 130/80 mmHg.

## Evitar o uso de AINE

- Dores musculoesqueléticas devem ser tratadas com analgésicos do tipo paracetamol e narcóticos de curta ação em pequenas doses. Se não houver melhora, pode-se utilizar AINE não seletivo – naproxeno.
- O uso de AINEs com alta seletividade pela COX-2 deve ser restrito aos casos em que não se obteve sucesso com as terapias anteriores.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que o enfermeiro é o profissional que tem mais contato com o paciente, onde proporciona um relacionamento de confiança, facilitando as probabilidades de que uma assistência correta, seja de alta ou baixa complexidade à pessoa assistida pela equipe de saúde, é essencial para o aumento das ações de prevenção na atenção básica, pois enfermeiro é o responsável por gerenciar e treinar a equipe de enfermagem, realizando palestras e a educação em saúde, propiciando assim a promoção e a prevenção.

O sucesso do atendimento às SCA é diretamente relacionado ao tempo que este paciente chega ao serviço de saúde, portanto este, assim como os familiares devem estar orientados quanto à identificação dos sintomas para a tomada de decisão e o enfermeiro é o profissional capacitado para essa atuação educativa junto à população de sua região.

Reduzir o tempo do início dos sintomas da SCA até a reperfusão coronária é crucial ao prognóstico destes pacientes. Contudo, as estimativas mostram que apenas 20% destes pacientes chegam ao hospital nas primeiras duas horas dos início dos sintomas.

Este estudo, assim como toda a trajetória durante o Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem, na Linha de atenção à Urgência e Emergência, facilitou o conhecimento do real papel do enfermeiro associando práticas de enfermagem assistenciais e educacionais, integrando a educação, trabalho e enfermagem à assistência e prevenção ao paciente vítima de SCA.

O curso de especialização nos trouxe a perspectiva de que as práticas educativas têm como objetivo o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Logo, o cuidar e o educar devem ser articulados como algo inerente às funções do enfermeiro.

Nós especializando, somos profissionais atuantes nas Redes de Atenção à Saúde e seremos a ponte para a integração entre as diretrizes e princípios preconizados pelo SUS e a realidade vivida no cotidiano profissional do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência e é pela qualificação profissional que iremos conseguir solidificar uma Rede de Atenção à Saúde que proporcione uma assistência dentro dessas diretrizes preconizadas pelo SUS, que ofereça serviços embasados nos princípios de integralidade, resolutividade, equidade e humanidade.

## REFERÊNCIAS

- AUSIELLO D – **Tratado de Medicina Interna**. 23ª ed. São Paulo: Elseiver; 2009.
- BASSAN F, BASSAN R. **Abordagem da síndrome coronariana aguda**. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul Jan/Fev/Mar/Abr 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Linha do cuidado do infarto agudo do miocárdio na rede de atenção as urgências**, 2013. [acesso 2013 maio 10] disponível em <http://www.portalsaude.gov.br>
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Declaração Brasileira para prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis**. Publicado em 17 de Agosto de 2011.
- CHAR. **The pathophysiology of acute coronary syndromes**. Division of Emergency Medicine, WashingtonUniversity School of Medicine; 2005.
- COSTA PM, VIEIRA JL. **Impacto da idade no tratamento da síndrome coronariana aguda em dois hospitais de Porto Alegre**. 1ª ed. Porto Alegre: PUCRS; 2007.
- HESS et al. **Diagnostic accuracy of clinical prediction rules to exclude acute coronary syndrome in the emergency department setting: a systematic review**. Juillet July 2008.
- KUMAR, CANNON. **Acute Coronary Syndromes: Diagnosis and Management**, Part I. Mayo Clin Proc October 2009.
- LEMOS et al: **Prevalencia de fatores de risco para syndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência**. Ver. Gaucho enfermagem. P. 129-135, 2010.
- MAFRA, A.A.; LODI-JUNQUEIRA, L.; RIBEIRO, A.L.P: **Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. Protocolo Clínico sobre Síndrome Coronariana Aguda**. –Belo Horizonte 2012.

MINAYO MC. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

MUSSI FC, SAMPAIO ES. **Cuidado de enfermagem: evitando o retardo pre-hospitalar face ao infarto agudo do miocárdio.** Revista de enfermagem UERJ 2009.

PORTO CC. **Semiologia Médica.** 6ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara e Koogan; 2009.

REIS et al: **Síndrome coronariana aguda: morbimortalidade e prática clínica em pacientes do município de Niterói RJ.** rev. SOCERJ, 2007.

SANTOS et al: **Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergência em cardiologia.** Arq. Bras. Cardiol.vol. 87, 2006.

SERRANO CV, TIMERAN A, STEFANINI E. **Tratado de Cardiologia SOCESP.** 2ª ed. São Paulo: Manole; 2009.

SILVA MA. **Normas para elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos na UCG: modalidades, formatação e referências.** Ed da UCG; Goiânia: 2002.

SOUSA MZ, OLIVEIRA VLM. **Vivenciando o infarto: Experiência e expectativas dos pacientes.** Escola Anna Nery revista de enfermagem 2005.

STEFANINI E, KASINSKI N, CARVALHO AC. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM: Cardiologia.** 2ª ed. São Paulo: Manole; 2009.

TEIXEIRA AM, et al. **Retardando a entrada de pacientes sob risco de infarto agudo do miocárdio na unidade de terapia intensiva: um protocolo de prevenção.** Revista eletrônica de enfermagem do CEEN 2010.

WHITE CS, KUO D. **Chest Pain in the Emergency Department: Role of Multidetector CT1.** Radiology December 2007.

XAVIER et al. **Atendimento inicial ao infarto agudo do miocárdio.** Revista littera docente e discente 2012.