

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Nursing assistance in myocardial acute infarction

Diulien Caroline da Silva Grossi¹

Cariston Rodrigo Benichel²

Ana Kelly Kapp Poli Schneider³

¹Discente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

²Orientador, Mestre e Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

³Coorientadora, Especialista e Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

Resumo

O infarto agudo do miocárdio (IAM) resulta em morte celular e subsequente disfunção do coração, e decorre da isquemia secundária à obstrução do fluxo sanguíneo coronariano, condição esta que exige cuidados especializados de enfermagem. O objetivo deste trabalho foi descrever as principais manifestações clínicas no IAM e os cuidados de enfermagem a serem prestados em cenário hospitalar, incluindo o preparo para a alta. Foi fundamentado em método de revisão narrativa da literatura nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Base de Dados de Enfermagem e Google acadêmico, mediante o uso dos descritores em saúde: infarto agudo do miocárdio, práticas assistenciais e enfermagem. Foram incluídas publicações dos últimos 10 anos, no idioma português e com livre acesso, e mediante sistemática análise foram selecionados 23 artigos e diretrizes na temática proposta. Os resultados e discussões foram estruturados em três tópicos que discorreram acerca das manifestações e repercussões clínicas da doença, a assistência de enfermagem no cenário hospitalar e ações em prol da alta e continuidade de cuidados. Concluiu-se que as principais manifestações clínicas trazem repercussões de ordem cardiorrespiratória, limiar funcional reduzido e dor, e que os cuidados de enfermagem devem agregar desde o contínuo monitoramento, até o auxílio nas atividades de autocuidado, intervenções de resgate cardiopulmonar e bem-estar, e educação em saúde, sendo o enfermeiro profissional de extrema importância para o manejo assistencial que favoreça recuperação e reabilitação.

Palavras-Chave: Infarto Agudo do Miocárdio; Prática Assistencial; Enfermagem.

Abstract

Acute myocardial infarction (AMI) results in cell death and subsequent heart dysfunction, and is due to ischemia secondary to coronary blood flow obstruction, conditions that require specialized nursing care. The objective of this study was to describe the main clinical manifestations in AMI and the nursing care to be provided in a hospital setting, including preparation for discharge. It was based on a narrative literature review method in the database of the Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences, Nursing Database and Academic Google, through the use of health descriptors: acute myocardial infarction, care practices of nursing. Publications from the last ten years, in Portuguese and with free access, were included, and through systematic analysis, twenty-three articles and guidelines on the proposed theme were selected. The results and discussions were structured into three topics that discussed the clinical manifestations and repercussions of the disease, nursing care in the hospital setting and actions in favor of discharge and continuity of care. It is concluded that the main clinical manifestations bring repercussions of a cardiorespiratory order, reduced functional threshold and pain, which nursing care should add, from continuous monitoring to assistance in self-care activities, cardiopulmonary rescue interventions and well-being, and health education, with the nurse being the extremely important professional for the care management that favors recovery and rehabilitation.

Key words: Acute myocardial infarction; care practice; nursing.

Introdução

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é causado pela interrupção do fluxo sanguíneo ao coração, principalmente naqueles com histórico de doença cardiovascular (DCV) e aterosclerose. Também conhecido como ataque cardíaco, ocorre muitas vezes de forma súbita e intensa (BOLZAN; POMPERMAIER, 2020).

O processo aterosclerótico representa um dos principais fatores contribuintes para o IAM, e resulta no depósito de lipídeos na parede coronariana, seguida de resposta inflamatória endotelial e formação de uma capa fibrosa em torno de um núcleo gorduroso morto; a sinergia destes processos colabora para o bloqueio e estreitamento do vaso, e subsequentemente, para a redução do fluxo sanguíneo. Ademais, o problema pode se agravar frente ao rompimento da placa de ateroma e formação de trombos, intensificando a oclusão da luz coronariana e o sofrimento tecidual frente a carência de oxigênio e nutrientes (ALVES *et al.*, 2013; GARCIA *et al.*, 2013; BOLZAN; POMPERMAIER, 2020).

Garcia *et al.* (2013) reiteram que o prejuízo na perfusão cardíaca e falta de contribuição sanguínea para as artérias coronárias culminam em uma isquemia e

eventual necrose do miocárdio. Suas consequências continuam a repercutir no curso da vida do paciente, tornando-o dependente de cuidados em longo prazo.

Alves *et al.* (2013) complementam que o desencadeamento do IAM é incentivado pela existência de fatores de risco oscilantes, incluindo a hiperlipidemia, o sedentarismo, a obesidade, a hipertensão arterial sistêmica, a depressão e o diabetes *Mellitus* descompensado. Referenciais teóricos dos mesmos autores estimam que 250.000 brasileiros morrem anualmente vítimas dessa patologia. Palangani *et al.* (2020) corroboram trazendo dados preocupantes: apresentam que entre 2010 e 2019, o número de óbitos por IAM no estado de São Paulo totalizou quase 24.000 casos, principalmente de homens acima de 40 anos.

A dor torácica, ou dor anginosa / precordialgia, é o principal sintoma apresentado pelo paciente / cliente; esta pode se expandir para as costas, rosto e braço esquerdo, bem como se associar com sensação de queimação, indigestão e assimilação de peso ou aperto sobre o tórax. Estas manifestações clínicas podem se tornar excessivas e prolongadas dependendo da gravidade do caso, e se somarem a outras condições tais como suor frio, palidez, dispneia e sensação de desmaio (BOLZAN; POMPERMAIER, 2020). De acordo com Caveião *et al.* (2014) a precordialgia pode ser avaliada através do uso de escala de dor, sendo essa uma escolha simples e prática para sua verificação. Reforçam que além da intensidade, é importante avaliar a qualidade, localização, irradiação e duração.

Toda suspeita de alteração ou doença miocárdica será investigada primariamente através destas manifestações clínicas, e secundariamente mediante a coleta de exames laboratoriais e realização de exames de imagem. Os exames laboratoriais se concentram principalmente na avaliação da dosagem das enzimas cardíacas ou marcadores biológicos, os quais, quando aumentados na corrente sanguínea, indicam lesão miocárdica, sendo eles: creatinofosfoquinase (CK), creatinofosfoquinase fração MB (CK-MB) e troponina. Em conjunto, procede-se com a realização de um eletrocardiograma (ECG) com 12 derivações, sendo o enfermeiro o principal agente neste processo de triagem inicial (FERREIRA *et al.*, 2016).

O ECG pode ser caracterizado como um exame que avalia a atividade elétrica do coração, a qual, quando alterada, repercute na grafia dos traçados cardíacos. Se tratando de síndromes coronarianas agudas (SCA), incluindo a ocorrência do IAM, pode-se de maneira direta detectar a ocorrência do evento e

possibilitar o diagnóstico e intervenção precoce, sobretudo para reduzir o risco de lesões permanentes ou extensas no miocárdio (FERREIRA *et al.*, 2016).

Certo é que o conjunto de informações permitem o diagnóstico preciso, todavia, a alteração independente do ECG já serve de apoio para o médico direcionar condutas terapêuticas. Neste sentido, complementa-se que sob a perspectiva elétrica pode se classificar as SCA em três formas diferentes, sendo elas: a angina instável (AI) ou apenas a presença da dor ou evento de alteração na perfusão miocárdica, sem lesões associadas; o IAM sem supra desnivelamento do seguimento ST (IAMSST) e o IAM com supra desnivelamento do segmento ST (IAMCSST), ambos caracterizando lesões miocárdicas. Destas, o IAMSST e o IAMCSST são identificados pela ausência ou presença da alteração do eixo “x” no intervalo entre o final do complexo “QRS” e grafia da onda “T”, respectivamente. Entende-se que na presença do supra desnivelamento do segmento “ST” ou IAMCSST, o acometimento miocárdico é diagnosticado antes mesmo de resultados laboratoriais conclusivos (FERREIRA *et al.*, 2016).

Para Caveião *et al.* (2014) é de extrema importância a qualificação dos profissionais envolvidos com esta linha de cuidado, enfatizando que o atendimento qualificado representa um dos fatores que auxilia para a diminuição da mortalidade. Neste contexto, a assistência de enfermagem estará envolvida com o manejo dos primeiros sintomas, coleta dos exames e realização do ECG conforme prescrição médica ou protocolo institucional.

Silva *et al.* (2020) descrevem que complementarmente ao manejo inicial da doença, a equipe de enfermagem também tem importante participação na condução de cuidados que precedem o estado de gravidade, e durante a sua estabilização na fase hospitalar, de maneira a colaborar para uma assistência de qualidade. Afirmam que o conhecimento acerca das repercussões da doença indiscutivelmente irá contribuir para a prescrição de cuidados especializados.

Nesta ótica, a estruturação dos diagnósticos de enfermagem traz fundamentos atrelados ao conhecimento técnico-científico, e auxilia na compreensão dos fenômenos e cuidados necessários com os pacientes nos serviços hospitalares. Uma vez sistematizado, o conhecimento pode ser planejado e executado de maneira assertiva (BOLZAN; POMPERMAIER, 2020).

Cunha *et al.* (2018) abordam que o processo de enfermagem (PE) representa uma das estratégias para a aplicação deste conhecimento e realização de

uma assistência qualificada. Composto por cinco etapas (coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação), trata-se de um método científico que envolve raciocínio e julgamento diagnóstico, terapêutico e ético, de forma que fundamenta ações e aprimora o cuidado prestado pelo enfermeiro.

Considerações adicionais também devem ser direcionadas ao planejamento da alta destes pacientes, já que muitos dos que vivenciam um quadro agudo de IAM também apresentam história pregressa de prejuízos na qualidade de vida. Silva *et al.* (2020) enfatizam que o reaparecimento dos sintomas, não aderência ao tratamento, não mudanças nos hábitos alimentares, falta da prática de atividades físicas e o não abandono do tabagismo, dentre outros aspectos que configuram fatores de risco para o desenvolvimento e reincidência da doença, também são elementos passíveis de atenção e intervenção da equipe de saúde.

Reforça-se então que, além dos impactos na sobrevida do paciente, os cuidados especializados repercutem na estadia hospitalar, nos custos hospitalares e em demandas sociais, e que diante disso, o uso de práticas assistenciais com princípio científico torna a área assistencial convergente com a proposição de melhor prognóstico e recuperação da saúde (SOARES *et al.*, 2020).

Diante do exposto, surgiram as seguintes questões norteadoras: Quais as principais repercussões ou risco de instabilidade dos pacientes após o IAM durante o período de estadia hospitalar? Quais cuidados de enfermagem são destinados para a assistência neste contexto? E em se tratando de planejamento de alta, quais orientações em prol das atividades de vida diárias integram o cenário assistencial direcionado a estes pacientes? Todas essas indagações culminaram na necessidade desta pesquisa, a qual justificou-se pelo interesse da pesquisadora, bem como pelo intuito de trazer subsídios para a prática especializada da enfermagem.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi descrever as principais manifestações clínicas no IAM e os cuidados de enfermagem a serem prestados em cenário hospitalar. Secundariamente, também listou orientações para o planejamento de alta e revisão de práticas cotidianas e melhora da qualidade de vida.

Métodos

Tratou-se de uma revisão de literatura, a qual consiste em um processo de pesquisar, analisar e descrever o sistema de conhecimentos (MATTOS, 2014). Ela é

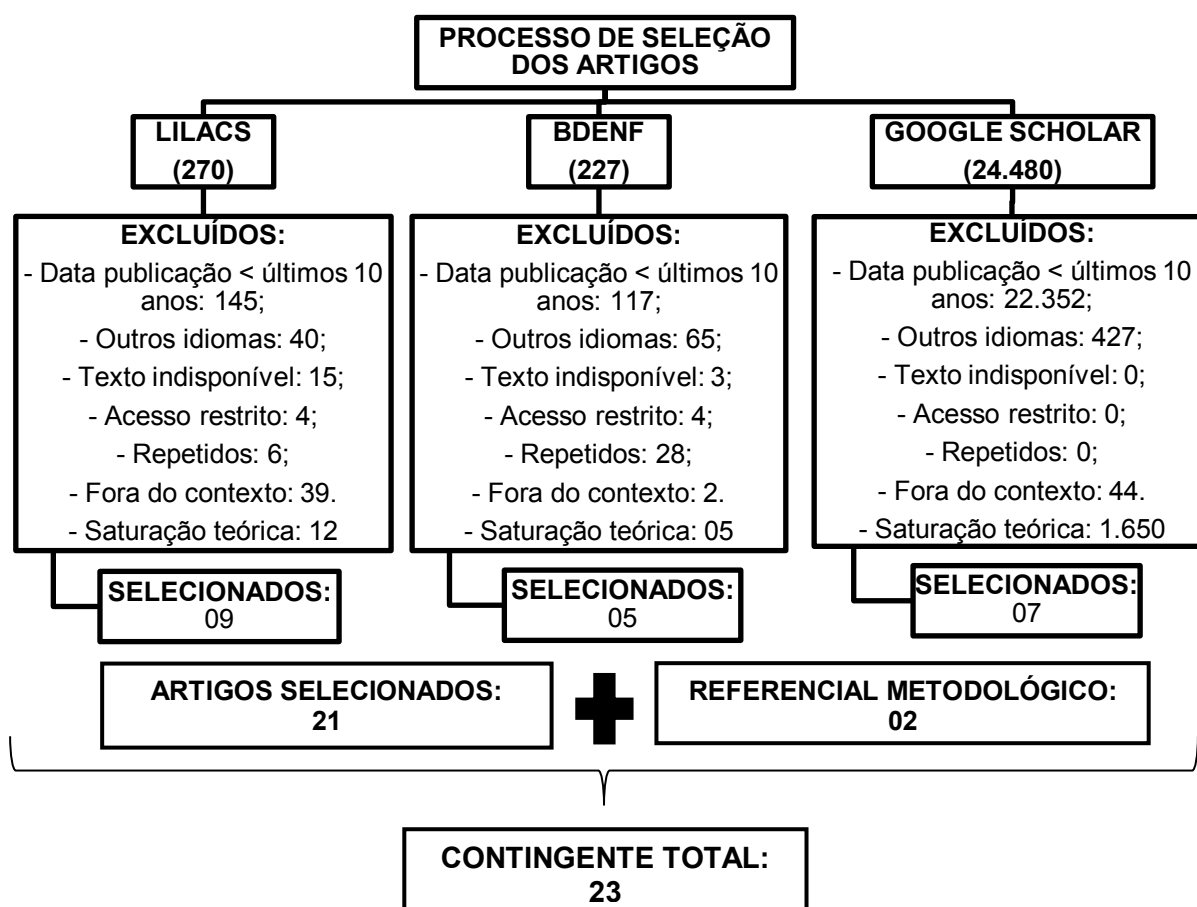
subdividida em três modalidades, a saber: sistemática, integrativa e narrativa. Este estudo foi baseado no método narrativo, consistindo na intenção de não necessariamente se esgotar as fontes de informação ou aplicar estratégias de pesquisa complexas e detalhadas. Sendo assim, realizou-se aprofundamento de leituras de forma exploratória e critérios delimitados, seguindo com desenvolvimento pautado em análise de referenciais teóricos acerca do tema e alcance do objetivo proposto (ROTHER, 2007; MATTOS, 2014).

Seu desenvolvimento ocorreu mediante pesquisas nas Bases de Dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) e Google *Scholar*, utilizando os seguintes descritores em saúde disponíveis na Plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): infarto agudo do miocárdio, práticas assistenciais e enfermagem, os quais foram relacionados através do conector booleano “AND”, resultando nas seguintes estratégias de busca: “infarto agudo do miocárdio AND práticas assistenciais” e “infarto agudo do miocárdio AND enfermagem”.

A consulta e seleção dos artigos ocorreu entre os dias 07 e 20 de maio de 2021, com leitura preliminar do título e resumo, seguindo da seleção intencional considerando como critérios de inclusão: formato de artigo, publicação nos últimos dez anos e idioma português. Os critérios de exclusão foram: resumo indisponível, texto na íntegra indisponível, acesso restrito ou não gratuito, publicação repetida e cujo tema não se correlacionava com o objetivo proposto.

Reitera-se que frente ao contingente inicial de publicações disponíveis na plataforma do Google *Scholar*, considerou-se apenas as publicações dos últimos 2 anos, e analisado apenas as 10 primeiras páginas de resultado da busca; as demais publicações não consideradas foram enquadradas como saturação teórica. Ademais, utilizou-se outros dois artigos como referencial teórico para a construção do método; um deles não compreendeu ao período de publicação definido como critério de inclusão, todavia foi fundamental para as bases conceituais elucidadas. A figura 1 demonstra didaticamente este processo de seleção realizada:

Figura 1: Fluxograma de pesquisa e seleção de artigos nas bases de dados



Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

Após a seleção dos artigos, procedeu-se com leituras do texto na íntegra. As informações provenientes das pesquisas elencadas foram extraídas à luz do objetivo proposto, e a síntese do conhecimento estruturada em três tópicos da seção “desenvolvimento”: Manifestações e repercussões clínicas do infarto agudo do miocárdio (IAM), Assistência de enfermagem no cenário hospitalar, e Planejamento da alta e assistência de enfermagem para continuidade de cuidados na comunidade. Posteriormente, foram oportunizadas discussões acerca dos achados na literatura, seguindo das conclusões, reflexões sobre o tema, revisão ortográfica, metodológica e gramatical.

Resultados e discussões

Manifestações e repercussões clínicas do infarto agudo do miocárdio (IAM)

Carvalho *et al.*, (2013) e Passarinho *et al.*, (2021) referem que a doença cardiovascular é a maior causa da doença, taxa de mortalidade. Os profissionais de saúde são muito importantes podendo gerenciar pacientes com os seguintes sintomas, complicações agudas de doenças cardiovasculares, sendo o mais comum o infarto agudo do miocárdio (IAM).

A dor típica do infarto agudo do miocárdio é angina (dor no peito), geralmente descrito como pressão "forte" ou aperto no peito, "queimação" ou dificuldade ao respirar ocorrendo de forma inesperada e continua. Geralmente está relacionado à radiação pescoço, ombro esquerdo ou braço (CARVALHO *et al.*, 2013).

Outras manifestações clínicas envolvem ansiedade e agitação, pele fria, pálida e úmida, frequências cardíacas e respiratórias podendo estar aumentada. Há um fator circadiano claramente comprovado em vários estudos mostrará que o IAM está predisposto entre 6h e 12h. Períodos de catecolaminas, cortisol e níveis séricos elevados ao aumento da adesão plaquetária (CARVALHO *et al.*, 2013).

Pacientes com desconforto torácico anormal semelhante à causa musculoesquelética, postura ou pleurisia são geralmente idosos, diabéticos e mulheres. Pacientes com diabetes podem apresentar os seguintes sinais e sintomas anormais: fraqueza geral, desmaios, tonturas ou alterações no nível de consciência, em relação aos homens, frequentemente apresentam: dificuldade para respirar, fraqueza, fadiga anormal, suores frios, tonturas, náuseas e vômitos e têm duas vezes mais chances de morrer e voltar a enfartar nas primeiras semanas após o IAM (PASSARINHO *et al.*, 2021).

As manifestações de arritmia (incluindo taquicardia e bradicardia) também são equivalentes à angina de peito devido à isquemia miocárdica. A bradicardia sinusal pode aparecer no infarto da parede inferior devido ao reflexo do nervo vago ou mesmo isquemia do nó sinusal. Ela se manifesta como sintomas de baixo débito cardíaco, como perda temporária de consciência, tontura, fraqueza, fadiga, diminuição da consciência, falta de ar e desconforto ou dor torácica, além de sudorese, congestão pulmonar e hipotensão arterial ortostática, Insuficiência cardíaca óbvia ou edema pulmonar, taquicardia ventricular ou batimentos ventriculares prematuros frequentes relacionados com bradicardia, sobretudo, a taquicardia geralmente é acompanhada por dor no peito e é causada por sistema nervoso simpático hiperativo bem como sudorese (suar) e hipertensão (PASSARINHO *et al.*, 2021).

Náusea e vômito são manifestados como sinais e sintomas anormais de isquemia miocárdica, são decorrentes da estimulação que observa o vômito por dor ou infarto regional do miocárdio causado pelo reflexo vaso vago. Resultando as sensações de diminuição da força e resistência, exaustão, fadiga física ou mental, esgotamento com diminuição da capacidade de trabalho físico ou mental, sendo assim a fraqueza é um atributo da fadiga e é conceituada como sinônimo de astenia (fraqueza, debilidade orgânica). Concluindo que a fadiga, fraqueza, tremor e intolerância à atividade são sintomas inespecíficos do IAM e evidenciam a redução na capacidade de bombeamento do coração (PASSARINHO *et al.*, 2021).

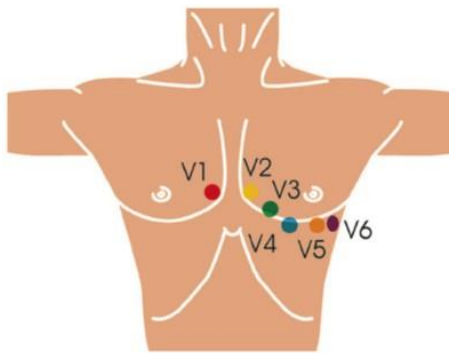
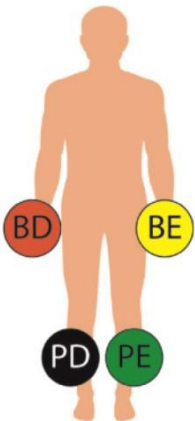
Assistência de enfermagem no cenário hospitalar

O enfermeiro tem papel importante na conduta adequada sobre os sintomas do paciente, sendo um profissional imprescindível na condução do atendimento adequado, atuando no esclarecimento de dúvidas, avaliando suas necessidades, atendendo expectativas, além de manter participação ativa nos procedimentos intra-hospitalar, havendo contribuição aos pacientes com IAM, identificando um possível infarto, com mais rapidez no atendimento, diminuindo o tempo de sofrimento do músculo cardíaco, e realizando programas a comunidade para que aprendam a detectar os sinais e sintomas de um paciente que está infartado (LIMA, 2020).

Para Ferreira *et al.* (2020) o tempo de atendimento a um paciente com suspeita de IAM é muito importante, sendo assim, é essencial que a triagem inicial ocorra em até 10 minutos após a chegada ao serviço de emergência.

Silva e Passos (2020) ressaltam que a relevância clínica para o diagnóstico do IAM, a realização do ECG deve seguir método sistemático e correto posicionamento dos eletrodos para a grafia da atividade elétrica cardíaca de maneira adequada, condizente com os reais sítios atrelados às derivações precordiais e periféricas. As rotinas atribuem esta atividade à equipe de enfermagem, a qual deve executar a técnica conforme as recomendações e boas práticas para a realização do exame, como segue no quadro 1:

Quadro 1: Posicionamento dos eletrodos precordiais e periféricos para a realização do exame de eletrocardiograma (ECG) com 12 derivações

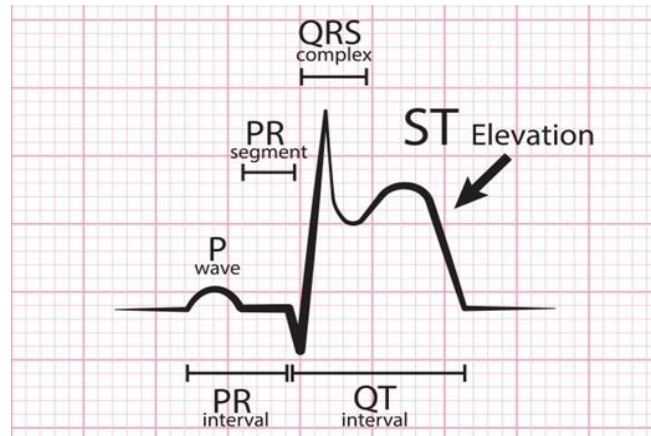
	Derivações precordiais V1 - Eletrodo na borda esternal do 4º espaço intercostal direito; V2 - Eletrodo na borda esternal do 4º espaço intercostal esquerdo; V3 - Eletrodo colado entre V2 e V4; V4 - Eletrodo no 5º espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular; V5 - Eletrodo no mesmo nível de V4, na linha axilar anterior; V6 - Eletrodo no mesmo nível de V5, na linha axilar média.
	Derivações Periféricas BD - Braço direito - <i>Right arm</i> (RA), proximal ao o punho; BE - Braço esquerdo - <i>Left arm</i> (LA), proximal ao o punho; PD - Perna direita - <i>Right leg</i> (RL), proximal ao tornozelo; PE - Perna esquerda - <i>Left leg</i> (LL), proximal ao tornozelo.

Fonte: Campostrini, 2020.

Além das habilidades para a execução, o enfermeiro também deve ter competências para a interpretação do ECG. Neste sentido, as diretrizes recomendam observância da presença de alterações no segmento “ST” ao menos em duas derivações contíguas, cuja variação pode condizer com duas clínicas possíveis: IAM com supra desnivelamento de segmento ST (IAM com SST) e sem supra desnivelamento de segmento ST (IAM sem SST) (SANTOS *et al.*, 2019; PIEGAS *et*

al., 2021). Estas alterações a que se refere este parágrafo podem ser analisadas na figura 2 (CAMPOSTRINI, 2020):

Figura 2: Alteração do ECG com supra desnivelamento do segmento “ST”



Fonte: Campostrini, 2020.

Conforme os mesmos autores, as análises destas alterações eletrocardiográficas devem considerar a eventual presença de bloqueio de ramo esquerdo novo ou supostamente novo (BRE), elevação do segmento “ST” em duas derivações contíguas de pelo menos 1 mm, exceto nas derivações V2 e V3 (V2-V3 acima de 1,5 mm em mulheres, independentemente da idade; e acima de 2 mm em homens ≥ 40 anos e acima de 2,5 mm em homens < 40 anos) (CAMPOSTRINI, 2020):

Além da realização do ECG, as atividades cruciais da equipe de enfermagem também incluem a coleta de enzimas cardíacas (SANTOS *et al.*, 2019). Silva e Passos (2020) ressaltam que face à relevância clínica para o diagnóstico do IAM, e diante da possibilidade da não alteração do ECG, os exames de creatinofosfoquinase total e fração cardíaca (mioglobina – MB), da troponina (proteína estrutural do miocárdio) e da Mioglobina (proteína heme que transporta oxigênio para o músculo cardíaco e esquelético) são essenciais para diagnosticar o IAMST.

Em conjunto com a realização do ECG e coleta de enzimas cardíacas, a equipe assistencial deve monitorar as possíveis complicações, e caso a situação se complique, a condução imediata do paciente para assistência intensiva. Junto da dor, sobrecarga cardiorrespiratória e possibilidade de diminuição do débito cardíaco, as arritmias correspondem à uma das intercorrências mais comuns passíveis de

intervenção, cuja tratativa depende da detecção precoce e acionamento da equipe emergencista (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Os cuidados de enfermagem devem prover a manutenção de um ambiente tranquilo e isento de estresse desnecessário, e ofertar ao paciente ações planejadas para o acompanhamento da evolução e manifestações clínicas, as principais queixas e auxílio na execução de atividades de autocuidado e alimentação. Deve-se monitorar os sinais vitais rigorosamente, obter a glicemia capilar e providenciar acesso venoso periférico de grosso calibre (SANTOS *et al.*, 2019).

De acordo com Campostrini (2020), Silva e Passos (2020) e Piegas *et al.*, (2021) mediante a publicação das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), dependendo das manifestações clínicas e do perfil da doença coronária vivenciada, o paciente deverá receber suporte para o alívio da dor isquêmica, medidas gerais de estabilização e suporte hemodinâmico, internação hospitalar, de preferência em unidade coronariana, terapia anti-isquêmica e antitrombótica, e por fim, reperfusão coronariana. Neste sentido, as diretrizes recomendam que:

- Oxigenioterapia administrada se saturação periférica menor que 90%, pressão arterial de oxigênio menor do que 60 mmHg ou frente à dispneia associada às condições cardiogênicas e/ou presença de estertores pulmonares com risco para hipóxia;
- Administração de nitratos conforme prescrição médica, sendo habitualmente 5 ml de Dinitrato de Isossorbida sublingual em até 3 doses administradas com intervalo de pelo menos 5 minutos; ou Nitroglicerina endovenosa na vazão de 10 mcg/min;
- Administração de analgesia conforme prescrição médica para pacientes com níveis importantes de dor, que sejam refratários ao uso de nitratos, e na ausência de contraindicações, na dose inicial de 2-4 mg endovenosa. Este cuidado visa mitigar os impactos sobre a pressão arterial, frequência cardíaca, ansiedade e precipitação de fadiga e desconforto;
- Administração de antiagregação plaquetária conforme prescrição médica, comumente na dosagem de 200 a 300 mg de ácido acetilsalicílico (AAS) macerados por via oral, concomitantemente de um inibidor de receptores plaquetários P2Y₁₂, tais como o clopidogrel 300 mg ou Ticagrelol 180 mg ou Prasugrel 60 mg, sempre por via oral como dose de ataque;
- Administração de anticoagulantes para potencializar a fibrinólise endógena ou melhorar os resultados após angioplastia coronariana, comumente da Enoxaparina

30 mg endovenosa precedendo em 15 minutos a Enoxoparina por via subcutânea na dose de 1 mg/kg a cada 12 horas. Para àqueles com mais de 75 anos é recomendado a omissão do bólus endovenoso e corrigir a dose para 0,75 mg/kg subcutâneo a cada 12 horas, sem exceder 75 mg/dose; e para àqueles com Clearance de creatinina < 30 mL/min, realizar a correção para 1 mg/kg uma vez ao dia;

- Administração de fibrinolíticos quando indicação clínica de reperfusão química, considerando um tempo porta-agulha inferior a 30 minutos, medido a partir do primeiro contato médico até o início da infusão do agente fibrinolítico. Dentre os usuais e que merecem atenção quanto ao manejo, dispomos da Alteplase (rt-PA) 15 mg por via endovenosa em bólus, seguidos de 0,75 mg/kg em 30 minutos (máximo 50 mg), seguidos de 0,50 mg/kg em 60 minutos (máximo 35 mg), considerando dose máxima total não excedente à 100 mg; e a Tenecteplase (TNK-PA) em dose única em bólus ajustada para o peso: 30 mg se < 60 kg; 35 mg se entre 60 – 70 kg; 40 mg se entre 70 – 80 kg; 45 mg se entre 80 – 90 kg; 50 mg se > 90 kg. Em pacientes acima de 75 anos, deve-se considerar o uso de metade da dose calculada de acordo com o peso. Os cuidados com a administração de fibrinolíticos devem levar em consideração o risco de hemorragias, sobretudo pelas contraindicações absolutas. Sendo assim, atenção especial baseada em uma anamnese de qualidade deve buscar evidências de situações como história pregressa de hemorragia intracraniana; acidente vascular isquêmico ou traumatismo craniano ou facial significativo nos últimos 3 meses, neoplasia ou malformação vascular do sistema nervoso central, sangramento ativo ou diátese hemorrágica (exceto menstruação) e suspeita de dissecação aguda de aorta;

- Preparo e condução para a unidade hemodinâmica para realização da terapia de reperfusão coronariana ou angioplastia, cuja indicação médica visa a desobstrução da artéria coronária e colocação de *stent*. Uma vez que o tempo previsto porta-balão possui relevância clínica, a equipe assistencial deve monitorar os tempos do atendimento e favorecer o rápido atendimento para que, iniciado no primeiro contato com a equipe médica até a restauração do fluxo coronariano, a reperfusão ocorra em até 90 minutos para pacientes que procurem hospitais com disponibilidade de serviços de hemodinâmica e em até 120 minutos nos casos em que será necessária a transferência para outro hospital.

Como pode ser verificado, o paciente vítima de IAM necessita receber suporte clínico fundamentada em diversas estratégias farmacológicas e

intervencionais, bem como suporte assistencial sob a perspectiva de poupar esforços, reduzir a ansiedade e a dor, e auxílio para a condução das etapas diagnósticas e tratativas. Todas essas ações visam garantir melhor estabilidade e prognóstico do coronariopata agudo (OLIVEIRA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2020).

Somando-se a isso, o monitoramento dos sinais vitais, os cuidados durante o banho e outras medidas de autocuidado, oferta de dietas menos consistentes e medidas gerais para poupar esforço e a orientação quanto ao repouso visam otimizar o cenário de cuidados (SILVA; LORETO, 2021).

Lima e Silva (2020) completam que não obstante, o profissional deve manter ambiente facilitador para comunicação, permitindo que o paciente exponha suas experiências, medos, incertezas, inquietações, interesses e esperanças. Um processo interativo no qual a equipe de enfermagem profissional aplica suas habilidades técnicas, conhecimento, intuição e empatia.

Planejamento da alta e assistência de enfermagem para continuidade de cuidados na comunidade

Durante a estadia hospitalar, e simultaneamente ao período de monitoramento e acompanhamento da evolução e cuidados prestados após o IAM, o enfermeiro deve se encarregar de interações que oportunizem reflexões e eventual processo de aprendizagem para a alta hospitalar e continuidade dos cuidados na comunidade. Reitera-se que este direcionamento deva incluir orientações quanto às mudanças dos hábitos de vida, e não inclui apenas a educação em saúde hospitalar, mas também, o acompanhamento pós-alta, com uso de recursos telefônicos, visitas de profissionais, avaliação social e aplicação de um material educativo (SILVA; LORETO, 2021).

O acompanhamento e preparo para a alta deve incluir recomendações nutricionais para diminuir o consumo de gorduras e sódio, otimizar a hidratação e realizar a prática de exercícios físicos de maneira progressiva e conforme a funcionalidade cardiorrespiratória e limiar de tolerância para atividades, para uma redução adequada dos efeitos deletérios do repouso prolongado no leito, e retorno para as atividades de vida diárias. Além disso, em longo prazo, o exercício pode ajudar a controlar o hábito de fumar, a hipertensão arterial, a dislipidemia, o diabetes mellitus, a obesidade e a tensão emocional, bem como aumentar a capacidade da

função cardiovascular e diminuir a demanda de oxigênio para o miocárdico (CAMPOSTRINI, 2020; SILVA; PASSOS, 2020; PIEGAS *et al.*, 2021).

Interface adicional que agrega valor à rede de cuidados é a atuação em conjunto com os serviços de contrarreferência, ou seja, o diálogo multidisciplinar com unidades de atenção primária e/ou consultórios, para a verificação e acompanhamento da adesão ao tratamento, reconciliação medicamentosa em domicílio, e comportamento proativo para bem-estar e melhora da qualidade de vida, condições estas que certamente irão repercutir para a redução da reincidência de novas coronariopatias agudas (SILVA; LORETO, 2021).

Conclusão

Concluiu-se que o IAM é uma doença associada com grande prevalência e taxas de morbimortalidade. Neste contexto, o diagnóstico e condução dos cuidados multiprofissionais representam fatores de extrema importância para o prognóstico dos pacientes, com destaque para a atuação do enfermeiro.

Verificou-se que durante a estadia hospitalar o paciente infartado pode apresentar várias alterações e risco de instabilidade, sofrendo inúmeras repercussões clínicas que incluem a dor, arritmias, fadiga, desordens cardiorrespiratórias e intolerância a atividades por limiar funcional reduzido.

Foram evidenciados que os cuidados de enfermagem com grande relevância são retratados pelo monitoramento contínuo, realização do ECG e coleta de exames laboratoriais, manejo da dor e manifestações clínicas, auxílio na execução de atividades em conjunto com repouso, redução de agentes estressores e direcionamento para as terapias de reperfusão farmacológica ou percutânea.

Por fim, considerou-se os cuidados e planejamento para a alta hospitalar e continuidade de cuidados na comunidade como parte essencial e que deve integrar as práticas da enfermagem, a qual direciona ações de contrarreferência em prol da mudança dos hábitos, adesão aos tratamentos e promoção da saúde.

Referências

ALVES, E. T. *et al.* Atuação do Enfermeiro no Atendimento Emergencial aos Usuários Acometidos de Infarto Agudo do Miocárdio. **Rev. enferm UFPE on-line**,

Recife, PE, v. 7, n. 1, p. 176-83, jan. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10219/10801>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BOLZAN, E. P.; POMPERMAIER, C. Cuidados de Enfermagem ao Paciente com Infarto Agudo do Miocárdio. **Anuário Pesquisa e Extensão UNOESC**, Xanxerê, SC, v. 5, p. e24115, jan. 2020. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeux/article/view/24115>. Acesso em: 15 mar. 2021.

CAMPOSTRINI, D. **ECG e IAM com supra na fase aguda**. E-book ECG sem mistérios: MEDWAY [internet], 2020. Disponível em: <https://www.medway.com.br/ebooks/eletrocardiograma/>. Acesso em 09 set. 2021.

CARVALHO, C. D. *et al.* A importância das intervenções de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Revista Científica de Enfermagem**. São Paulo, SP, v. 3, n. 8 p. 5-10, 2013. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/51/99>. Acesso em: 29 jun. 2021.

CAVEIÃO, C. *et al.* Dor Torácica: Atuação do Enfermeiro em um Pronto Atendimento em um Hospital Escola. **Rev. enferm. Cent. O. Min.**, Divinópolis, MG, v. 4, n. 1, p. 921-28, jan./abr. 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/427/567>. Acesso em: 15 mar. 2021.

CUNHA, H. G. *et al.* Diagnósticos de enfermagem segundo a teoria do autocuidado em pacientes com infarto do miocárdio. **AQUICHAN**, Chía, Colômbia, v. 18, n. 2, p. 222-33, abr. 2018. Disponível em: www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n2/1657-5997-aqui-18-02-00222.pdf. Acesso em: 15 maio 2021.

FERREIRA, A. P. A. *et al.* Eletrocardiograma no Infarto Agudo do Miocárdio: O que Esperar? **International Journal of Cardiovascular Science**, Rio de Janeiro, RJ, v. 29, n. 3, p. 198-209, maio. 2016. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/sumario/29/pdf/v29n3a07.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

FERREIRA, L. S. *et al.* Habilidades dos enfermeiros no uso terapêutico do alteplase em unidade de pronto atendimento. **Revista Nursing**. Santos, v. 23, p. 4751-4757, set. 2020. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/974/1116>. Acesso em: 08 jul. 2021.

GARCIA, R. P. *et al.* Vivências da família após infarto agudo do miocárdio. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, RS, v. 34, n. 3, p. 171-78, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a22v34n3.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

LIMA, B. L. SILVA, F. W. F. **Atuação do enfermeiro ao paciente infartado em situação de emergência**. Monografia. Universidade da integração internacional da lusofonia afro-brasileira instituto de Educação a distância especialização em gestão em saúde. São Francisco do Conde, 2020. Disponível em:

https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1790/3/2020_arti_rutelima.pdf. Acesso em: 08 jul. 2021.

LIMA, D. G. **Ações do enfermeiro frente o infarto agudo do miocárdio na população masculina**: uma revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem). Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Ariquemes, dez. 2020. Disponível em: http://repositorio.faema.edu.br/bitstream/123456789/2883/1/GUILHERME%20-%20TCC%20FINAL.%20FINAL_assinado_assinado_assinado.pdf. Acesso em: 08 jul. 2021.

MATTOS, C. P. Tipos de Revisão de Literatura. **Rev. Diálogo Educacional**, Curitiba, PR, v. 14, n. 41, p. 165-89, jan./abr. 2014. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>. Acesso em: 12 maio 2021.

OLIVEIRA, M. A. L. *et al.* Cuidados de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. Piauí, BR, v. 28, n. 3, p. 77-79, set./nov. 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191006_204913.pdf. Acesso em: 08 jul. 2021.

PALANGANI, E. *et al.* Análise dos óbitos de infarto agudo do miocárdio no estado de São Paulo. **Rev. UNINGÁ [Online]**, Maringá, PR, v. 57 n. sup. 1, p. 5-6, out./dez. 2020. Disponível em: revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/3880/2266. Acesso em: 20 mar. 2021.

PASSINHO, S. R. *et al.* Sinais, sintomas e complicações do infarto agudo do miocárdio. **Revista enfermagem UFPE on line**. Recife, n.12, n.1, p. 247-64, jan. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22664/26100>. Acesso em: 08 jul. 2021.

PIEGAS, L. S. *et al.* V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. v.105, n. 2, p. 1-105, ago. 2015. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf. Acesso em: 30 ago. 2021.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. Editorial. **Acta paul. Enferm.** São Paulo, SP, v. 20 n. 2, p. 1-2, abr./jun. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12 mai. 2021.

SANTOS, L. S. F. *et al.* Eletrocardiograma na prática do enfermeiro em urgência e emergência. **Revista Nursing**. v. 22 n. 253, p. 2979-2989, fev. 2019. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/253/pg87.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SILVA, C. S. K. *et al.* Emergência cardiológica: principais fatores de risco para infarto agudo do miocárdio. **Braz. J. Hea. Rev.** Curitiba, PR, v. 3, n. 4, p. 11252-11263 jul./ago. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/15845/13003>. Acesso em: 18 ago. 2021.

SILVA, R. A. *et al.* Cuidados de enfermagem ao paciente acometido por infarto agudo do miocárdio: uma revisão integrativa. **Braz. J. Hea.**, Curitiba, PR, v. 3, n. 3, p. 7081-89, maio/jun. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/12348/10349>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SILVA, R. J. PASSOS, N. A. M. Assistência de enfermagem a pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio: uma revisão integrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 7, jul./dez. 2020. Disponível em: <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/78/119>. Acesso em: 18 ago. 2021.

SILVA, S. S. A. LORETO, O. G. R. Orientações destinadas à pacientes pós-infarto agudo do miocárdio e seu impacto na qualidade de vida. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v. 7, n. 2, p. 16416-16431, fev. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24821/19791>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SOARES, M. M. F. *et al.* Condutas de Enfermagem aplicadas ao paciente com infarto agudo do miocárdio no pré-hospitalar. **Rev. Enferma. Atual In Derme**, Rio de Janeiro, RJ, v. 92, n. 30, p. 168-74, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/662/660>. Acesso em: 10 mar. 2021.