

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNOSTICO PRECOCE DO INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO NO ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR

Adriana Oliveira da Silva¹

Rafael Linhares Matos²

Fabrcio José Souza Bastos³

Deise Rocha de Almeida Bls Azevedo de Souza⁴

Maiana Souza Azevedo⁵

Kitiana Carvalho Pacheco⁶

1 INTRODUÇAO

Sabe-se que o coraao  um órgão oco e musculoso, destinado a bombear o sangue pelo corpo. Localiza-se entre os pulmoes, ligeiramente  esquerda do centro da caixa toracica. Apresenta dois tipos de movimentos: sístole e diástole. O coraao apresenta internamente quatro cavidades: duas superiores – trio direito e trio esquerdo, por onde entra o sangue; e duas inferiores – ventrículos direito e esquerdo, por onde sai o sangue.

O sangue arterial circula apenas pelas cavidades esquerdas, enquanto o sangue venoso circula somente pelas cavidades direitas. As cavidades direitas e esquerdas são separadas por uma parede, que impede a mistura dos dois tipos de sangue. Há uma válvula entre os átrios e os ventrículos que regula o fluxo do sangue apenas em um sentido. A válvula tricúspide permite a passagem do sangue do átrio direito ao ventrículo direito enquanto a válvula mitral ou bicúspide permite a passagem do sangue do átrio esquerdo ao ventrículo esquerdo. Em

¹ Bacharel em Enfermagem e Especialista em Enfermagem em Emergência e Atendimento Pré-Hospitalar pela Faculdade Madre This (FMT).

² Bacharel em Enfermagem e Especialista em Enfermagem em Emergência e Atendimento Pré-Hospitalar pela Faculdade Madre This (FMT). Atualmente  Professor da Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA-BA).

³ Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (2000) e mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (2003). Atualmente  doutorando na USP-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e professor assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

⁴ Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (1991). Pós-graduada em Enfermagem em Emergência e Atendimento Pré-Hospitalar pela Faculdade Madre This (FMT). Atualmente  docente da Faculdade Madre This e da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC).

⁵ Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) e Especialista em Enfermagem em Emergência e Atendimento Pré-Hospitalar pela Faculdade Madre This (FMT). Atualmente  Professora da Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA-BA).

⁶ Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) e Especialista em Enfermagem em Emergência e Atendimento Pré-Hospitalar pela Faculdade Madre This (FMT). Atualmente  Professora da União Metropolitana de Ensino (UNIME).

nível de funções o coração bombeia o sangue para os tecidos, fornece oxigênio e remove o dióxido de carbono e outros produtos residuais metabólicos.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morbidade, incapacidade e morte no mundo e no Brasil, sendo responsáveis por 29% das mortes registradas em 2007. Os gastos com internações pelo SUS totalizaram 1,2 milhões em 2009 e, com envelhecimento da população e mudança dos hábitos de vida, a prevalência e importância das doenças cardiovasculares tende a aumentar nos próximos anos. Entre as causas de morte e hospitalização destacam-se as síndromes coronarianas agudas (SCA), incluindo o infarto agudo do miocárdio (IAM). Com os avanços no tratamento a mortalidade no IAM nos estudos observacionais caiu de 30% na década de 50 para menos de 5% nos registros mais recentes em países desenvolvidos. O tratamento moderno do IAM depende do uso de terapias de reperfusão, rápido acesso ao serviço médico e uso de medicações específicas com benefício comprovado. Embora a maioria das abordagens indicadas no tratamento do IAM estejam disponíveis no SUS, a mortalidade hospitalar pelo IAM continua elevada, o que exige uma ação integrada do Ministério da Saúde, Sociedades Científicas, gestores estaduais e municipais e hospitais, (DATASUS, 2011).

O Infarto agudo do miocárdio refere-se ao processo pelo qual áreas de células miocárdicas do coração são destruídas de maneira permanente, devido ao suprimento inadequado do sangue. O cuidado do Cliente que apresenta um distúrbio cardiovascular em situações de emergência requer cuidados imediatos. Em geral, a assistência ao cliente tem como objetivo diminuir a carga de trabalho cardíaca e aumentar o suprimento sanguíneo, aumentando assim a perfusão tecidual. O atendimento pré-hospitalar imediato e eficiente é de inteira importância para a vida de um cliente que esteja enfartando. O período pré-hospitalar compreende o início da dor e reconhecimento do sintoma do IAM pelo paciente até a procura por socorro; da procura por socorro até o deslocamento ao hospital mais próximo.

Dentro deste contexto, verifica-se ser de vital importância a atuação do profissional da área de enfermagem no atendimento pré-hospitalar, realizar um diagnóstico precoce do infarto agudo do miocárdio. Para tal, utilizando os conhecimentos construídos ao longo de seu processo de formação inicial e continuada no desenvolvimento de suas atribuições e competências quando no atendimento e encaminhamentos necessários a partir das necessidades de cada paciente, seja ele pertencente ao grupo de risco ou com a patologia já diagnosticada.

Diante do índice de crescimento de pacientes acometidos pelo IAM, da necessidade de estabelecer o diagnóstico precoce da mesma, da adoção de medidas preventivas e, principalmente, da implementação de ações imediatas, esta pesquisa tem por objetivo identificar a importância do diagnóstico precoce e sua influência na agilidade no atendimento pré-hospitalar do infarto agudo do miocárdio.

Considerando os índices apresentados questiona-se: qual a importância do diagnóstico precoce do IAM no atendimento pré-hospitalar?

O presente trabalho apresenta como objetivo geral demonstrar a importância do diagnóstico precoce do IAM no APH e como objetivos específicos: conceituar infarto agudo do miocárdio; Elencar as causas do infarto agudo do miocárdio; Identificar os meios diagnósticos para infarto agudo do miocárdio no atendimento pré-hospitalar (APH); Descrever a assistência de enfermagem ao paciente com infarto do miocárdio no APH.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANATOMOFISIOLOGIA CARDÍACA

É um órgão muscular oco, localizado no centro do tórax, onde ocupa o espaço entre os pulmões (mediastino) e repousa sobre o diafragma. Pesa aproximadamente 300g, embora o peso e o tamanho do coração sejam influenciados pela idade, sexo, peso corporal extensão do exercício físico e condicionamento e pela doença cardíaca. O coração bombeia o sangue para os tecidos, suprindo-os com oxigênios e nutrientes, essa função é regulada pelo sistema nervoso autônomo, mediante o sistema de condução elétrica do coração.

O coração apresenta dois tipos de movimentos: diástole, fase de enchimento, ocorre à medida que os ventrículos recebem sangue dos átrios para promover volume sistólico; e sístole fase de ejeção, ocorre quando a pressão ventricular excede a pressão aórtica. Um coração de adulto normal em repouso bate aproximadamente 60 a 80 vezes por minuto, cada ventrículo ejeta aproximadamente 70 ml de sangue por batimento.

Tortora e Grabowski (2002, p 632) afirmam que, o miocárdio é estriado, composto por três músculos cardíacos: atrial, ventricular e as fibras musculares especializadas excitatórias e condutórias

De acordo com Guyton (2002 p. 86):

O coração é constituído de três tipos principais de músculo cardíaco: músculo atrial, músculo ventricular e fibras musculares condutoras e excitatórias especializadas. Os

tipos atrial e ventricular de músculo contraem-se da mesma maneira que o músculo esquelético, exceto que a duração da contração é muito maior. Por outro lado, as fibras condutoras e excitatórias especializadas contraem-se apenas fracamente, por conterem poucas fibrilas contrateis; em vez disso, elas apresentam ritmicidade e velocidades variáveis de condução, proporcionando um sistema excitatório para o coração e um sistema de transmissão para a condução controlada do sinal excitatório cardíaco por todo o coração.

O coração está envolto em saco fino e fibroso, denominado pericárdio, aderido ao epicárdio, está o pericárdio visceral. Envolvendo o pericárdio visceral, está o pericárdio parietal, um tecido fibroso espesso que se prende aos grandes vasos, diafragma, esterno e coluna vertebral, sustentado o coração no mediastino. O espaço entre essas duas camadas (espaço pericárdico) é preenchido com cerca de 30 ml de líquido, o qual lubrifica a superfície do coração e reduz o atrito durante a sístole (BRUNNER; SUDDARTH 2005).

Suprimento de oxigênio miocárdico é determinado pela anatomia da artéria coronária, pela pressão diastólica, pelo tempo diastólico e pela extração de oxigênio baseada na hemoglobina e na pressão parcial de oxigênio no sangue arterial.

2.2 INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO

O IAM é o processo pelo qual áreas de células miocárdicas do coração são destruídas de maneira permanente, é uma necrose miocárdica causada pela isquemia, causa a morte do tecido do músculo miocárdio devido ao suprimento inadequado de sangue. É uma situação grave causado pelo estreitamento de uma artéria coronária pela aterosclerose, ou pela obstrução total de uma coronária Por embolo ou trombo, ocasionando a necrose de áreas do miocárdio.

De acordo com Robbins (2005), em situações normais, o sangue é bombeado pelo coração e circula através das artérias e veias, irrigando todos os tecidos do corpo, inclusive o próprio coração. No infarto agudo do miocárdio, há uma interrupção ou diminuição do fluxo de sangue para o coração, levando a uma redução da quantidade de oxigênio que chega ao músculo cardíaco. Quando o coração não recebe oxigênio em quantidade suficiente, ocorre lesão da musculatura.

A área do infarto leva tempo para desenvolver, a medida que as células são privadas de oxigênio, a isquemia vai se desenvolvendo e com o passar do tempo, a falta de oxigênio resulta em infarto ou morte das células.

Os IAM são classificados de acordo com a camada de tecido miocárdico envolvido ou com a localização da lesão no ventrículo esquerdo. Um infarto não onda Q ou IAM subendocárdico é limitado a metade interna do músculo ventricular; um infarto onda Q, ou IAM transmural envolve toda a espessura do miocárdio.

Segundo os autores Robbins e Cotran (2005) no infarto transmural a necrose isquêmica envolve toda ou quase toda a espessura da parte da parede ventricular irrigada por uma única artéria coronária. Esse padrão de infarto geralmente está associado a aterosclerose coronariana, a alteração aguda da placa e a trombose superposta, enquanto no infarto subendocárdico, constitui uma área de necrose isquêmica limitada ao terço interior ou, no máximo a metade da parede ventricular; pode –se se estender lateralmente além do território de perfusão de uma única artéria coronária. A zona subendocárdica e normalmente a região do miocárdio com menor irrigação e, por isso, é muito vulnerável a qualquer redução do fluxo coronário, nesse tipo de infarto pode ocorrer como ruptura de uma placa seguida da formação de um trombo coronário que sofre lise antes que a necrose miocárdica se estenda ao longo de toda a espessura da parede.

Esse agravo requer internação hospitalar e assistência imediata, uma vez que esse paciente corre maior risco de morte na primeira hora após o início dos sintomas. Independente da localização, o objetivo da terapia clínica do IAM é evitar ou minimizar a necrose do tecido miocárdico e evitar complicações

2.3 CAUSAS DO INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO

Condição em que ocorre necrose do músculo do miocárdio como resultado da falta de oxigênio, ou seja oclusão do fluxo sanguíneo da artéria coronária devido a trombo coronariano que se formou devido a ruptura da placa de ateroma.

Segundo Santoro (2013), o infarto ocorre quando há o entupimento total ou parcial de uma artéria coronária, geralmente causada pelo depósito de placas de gordura nas paredes das artérias, que são as placas de ateroma ou aterosclerose.

- As causas de IAM mais comuns são:
- Vasoespasmos da artéria coronária;
- Aumento das demandas de oxigênio;
- Redução da pressão de perfusão da artéria coronária;
- Oclusão do fluxo sanguíneo da artéria coronariana.

Conforme Harrison (2008), na maioria dos casos, o IAMEST, ocorre quando a superfície de uma placa aterosclerótica sofre ruptura expondo seu conteúdo ao sangue, e as condições locais ou sistêmicas favorecem a trombogênese. Um trombo mural forma-se na área de ruptura da placa, e a artéria coronária envolvida fica ocluída. Ainda segundo Harrison (2008 p.1532):

A cascata de coagulação é ativada após a exposição do fator tecidual existente nas células endoteliais lesionadas na área de ruptura da placa. Fatores VII e X são ativados e, por fim levam a conversão da protrombina em trombina, que converte fibrinogênio em fibrina. A trombina em fase líquida e a fração ligada ao coágulo participam de uma reação de auto – amplificação, a qual acarreta a ativação adicional da cascata de coagulação. Por fim, a artéria coronária afetada torna-se ocluída por um trombo contendo agregados plaquetários e filamentos de fibrina.

Pode não existir correlação exata entre a zona infartada e a artéria ocluída. Assim, na presença de rede colateral eficiente entre as artérias coronárias, com fluxo retrogrado para o segmento vascular comprometido, pode não haver necrose miocárdica, mesmo quando ocorrer obstrução total desse vaso.

2.4 DIAGNÓSTICO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO ATENDIMENTO PRÉ – HOSPITALAR

A vítima de infarto agudo do miocárdio geralmente tem uma manifestação clínica da doença. Podem apresentar-se ansiosos e agitados, normalmente refere dor torácica de forte intensidade, opressiva e que pode irradiar para o braço e / ou para a mandíbula, além disso podem apresentar pele fria, pálida, taquicardia, taquipneia, náuseas e sudorese. Essas manifestações, que se devem a estimulação do sistema nervoso simpático, podem não estar presentes; apenas alguns podem se apresentar; ou elas podem durar um curto intervalo de tempo.

Harrison (2008 p.1533), afirma que:

Dor é a queixa mais comum dos pacientes com IAM, sendo profunda e visceral; os termos comumente usados para descrevê-la, são, peso, aperto e pressão, porém, as vezes, é descrita como lancinante ou em queimação. Tem características semelhantes às do desconforto associado à angina de peito, mas comumente ocorre em repouso, é mais grave e mais persistente. Geralmente verifica-se na parte central do tórax e / ou epigástrico, podendo irradiar-se para os braços. As localizações menos comuns da dor irradiada são o abdome, dorso, mandíbula inferior e pescoço. A localização freqüente da dor sob o apêndice xifóide e epigástrico, bem como a negação pelos pacientes de que possam estar tendo um ataque cardíaco são os principais responsáveis pelo equívoco comum de que o problema é indigestão. A dor do IAM pode irradiar-se até a região occipital, mas não abaixo do umbigo. Com freqüência, é acompanhada de fraqueza, sudorese, náuseas, vômitos, ansiedade e sensação de morte iminente. Pode começar quando o paciente está em repouso –

mas, quando o início se dá durante um período de esforço, geralmente não regride com a cessação da atividade, diferentemente da angina de peito.

O eletrocardiograma é um componente importante e fundamental para o diagnóstico do infarto agudo do miocárdio, ele deve ser obtido o mais breve possível após o paciente apresentar os sintomas da síndrome coronariana aguda. Ao monitorar um ECG com o passar do tempo, a localização, a evolução e a resolução de um infarto podem ser identificados e acompanhados. Em geral, pouco tempo depois da instalação do quadro de oclusão coronária, são passíveis de serem registrados os distúrbios da atividade elétrica do coração impostos pela presença de necrose, lesão e isquemia do músculo cardíaco, que caracterizam o infarto agudo do miocárdio (BRUNNER; SUDDARTH 2002).

O ECG de 12 derivações inicial é usado em todos os casos de síndrome coronariana aguda para classificar os pacientes em 1 dentre 3 categorias de ECG, cada qual com estratégias distintas de avaliação e tratamento. As 3 categorias de ECG são: supradesnivelamento do segmento ST sugestivo de lesão atual, infradesnivelamento do seguimento ST sugestivo de isquemia e ECG normal ou não diagnosticado. Elas são descritas no algoritmo de SCA (síndrome coronariana aguda, mas IAMST (infarto agudo do miocárdio supradesnivelamento), ACLS (2010).

Conforme afirmam Huddleston & Ferguson (2006): alterações nas derivações sobre a área do infarto, elevação do seguimento ST indica lesão do tecido miocárdico, depressão do seguimento ST indica nas derivações que visualizam a parede oposta, nivelamento e inversão de onda Q representando morte tecidual, que são clinicamente significativas se a onda Q for maior que um terço da altura total do QRS ou mais larga que 0,04s.

Durante a recuperação de um infarto agudo, o segmento ST é com frequência, o primeiro a retornar a normalidade (1 a 6 semanas). A onda T torna-se grande e simétrica por 24 horas e, em seguida, sofre inversão dentro de 1 a 3 dias, durante 1 a 2 semanas. Em geral, as alterações da onda Q são permanentes. Um antigo infarto com onda Q é usualmente indicado por uma onda Q anormal, sem alterações do segmento ST e da onda T.

2.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO NO ATENDIMENTO PRE HOSPITALAR

O período pré-hospitalar compreende dois momentos do início da dor e reconhecimento do sintoma do IAM pelo paciente até a procura por socorro; da procura por

socorro até o deslocamento ao hospital mais próximo. A investigação imediata garante segurança e conforto no diagnóstico precoce do IAM, o tempo para o início do tratamento é o fator mais importante para se obter os melhores resultados. Sendo que nessa hora é preciso que os profissionais adotem procedimentos necessários, com agilidade e rapidez, para fazer a diferença na hora de um atendimento eficaz.

De acordo com Melo; Travassos e Carvalho (2007, p.121):

A discussão do tempo tem papel de destaque na assistência ao paciente infartado, geralmente exposto a um maior risco de morte na primeira hora após o início dos sintomas, portanto, antes da chegada ao hospital. O intervalo de tempo decorrido entre o início dos sintomas e o atendimento extremamente relevante para a sobrevivência. Mais de 50% dos óbitos ocorrem na primeira hora de evolução.

O papel do enfermeiro assistencialista voltado para o atendimento pré-hospitalar é o de decisão segura e livre de riscos, antes de empreender qualquer ação o profissional deve decidir pela melhor alternativa de abordagem, individualmente ou em equipe, pois o mesmo deve ser apto a fazer julgamento e tomar decisões sobre o melhor cuidado que deve ser prestado para cada paciente. Tendo ainda um conjunto de conhecimentos, atitudes, capacidades e aptidões que habitam o enfermeiro para a atuação no atendimento pré-hospitalar.

Um dos mais importantes aspectos do cuidado do paciente com IAM é o histórico. Identifica sistematicamente as necessidades do paciente e ajuda a determinar a prioridade dessas necessidades. A colaboração entre o paciente, a equipe de enfermagem e o médico é primordial na avaliação da resposta do paciente à terapia e na modificação adequada das prescrições, (BRUNNER; SUDDARTH 2005).

A avaliação da assistência no paciente vítima de um infarto agudo do miocárdio tem o objetivo de aliviar a dor aguda; reduzir o esforço cardíaco; evitar e tratar arritmias; restabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico; limitar a área de extensão do infarto por meio de reperfusão e condutas prescritas pelo médico. Um dos aspectos primordial e de suma importância no APH é traçar estratégias para atender o paciente no IAM com medidas que possam minimizar os danos causados pela isquemia coronariana. O enfermeiro adota ações como:

- Administrar oxigênio para aliviar a isquemia a uma frequência de fluxo prescrita e estar atento a condição do cliente;
- Avaliar as características da dor (localização, duração e intensidade);

- Avaliar o ritmo contínuo do ECG, os sinais vitais, o estado mental, os sons cardíacos e pulmonares;
- Avaliar os sinais vitais na presença de sintomas de dor torácica;
- Iniciar nitroglicerina até que a dor aguda seja aliviada;
- Manter a pressão arterial sistólica acima de 90mmhg

Segundo ACLS (2010) o enfermeiro que presta o atendimento pré-hospitalar podem dar início as avaliações e ações imediatas, dentre elas, administração de oxigênio, aspirina, nitroglicerina e, se necessária morfina e a obtenção do ECG de 12 derivações inicial. Com base nos achados de ECG, o profissional de serviço médico de emergência poderá perfazer uma lista de verificação do tratamento fibrinolítico e notificar o serviço de emergência / urgência receptor sobre o possível IACS, quando apropriado. Se os profissionais em ambiente extra-hospitalar não puderem realizar essas etapas antes da chegada do paciente ao hospital, o profissional do serviço de emergência / urgência devesse implementar esse componente do tratamento.

Conforme afirma Harrison (2008) se não houver contra indicação, o tratamento fibrinolítico devesse ser iniciado preferencialmente 30 minutos depois da chegada do paciente (ou seja, tempo porta á agulha igual ou inferior a 30 minutos). O principal objetivo da fibrinólise é restaurar imediatamente a completa perviedade da artéria coronária. Os fibrinolíticos conhecidos, como o ativador do plasminogênio tecidual, estreptoquinase, tenecteplase e reteplase, foram aprovados para uso intravenoso.

Ainda conforme Harrison (2008) as contra indicações inequívocas ao uso dos agentes fibrinolíticos são história de hemorragia cerebral em qualquer época; acidente vascular encefálico não – hemorrágico ou outro evento vascular encefálico no ultimo ano; hipertensão grave; suspeita de dissecação aórtica e sangramento ativo. Embora a idade avançada esteja associada a aumento das complicações hemorrágicas, o efeito benéfico da terapia fibrinolítica nos pacientes idosos parece justificar seu uso, desde que não existam outras contra – indicações e a extensão do miocárdio pareça significativa.

A finalidade dos trombolíticos é dissolver e lisar o trombo em uma artéria coronária, minimizar o tamanho do infarto e preservar a função ventricular. Por conseguinte, o paciente é usualmente referido para o cateterismo cardíaco e para outras intervenções invasivas, quando necessárias, em um período ulterior. Os trombolíticos dissolvem todos os coágulos não somente os da artéria coronária. Para serem eficazes, os trombolíticos devessem ser

administrados tão precocemente quando possível depois do início dos sintomas que indicam um infarto agudo. Eles não devem ser administrados em pacientes com angina instável.

A enfermagem em sua atuação tem como objetivos os cuidados humano e holístico, tem um papel relevante no atendimento imediato ao paciente. O enfermeiro possui varias habilidades para um atendimento necessário e vital. A segurança assistencial é um dos aspectos vitais para o processo de cuidados emergenciais.

3. METODOLOGIA

Em nível de metodologia, propõe-se para este estudo científico uma abordagem qualitativa por esta apresentar-se como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características de situações apresentadas, em lugar da produção meramente quantitativa de características e comportamentos. Ela busca basicamente entender um fenômeno específico em profundidade. Ao invés de estatísticas, regras e outras generalizações trabalha com descrição comparação e interpretação.

Cruz; Ribeiro (2004, p.19) falam sobre a pesquisa bibliográfica e suas características:

Uma pesquisa bibliográfica pode visar um levantamento dos trabalhos realizados anteriormente sobre o mesmo tema estudado no momento, pode identificar e selecionar os métodos e técnicas a serem utilizados, além de fornecer subsídios para a redação da introdução e revisão da literatura do projeto ou trabalho. Em suma, uma pesquisa bibliográfica leva ao aprendizado sobre uma determinada área.

A pesquisa bibliográfica trata-se de levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas e publicações avulsas. Sua finalidade é colocar o pesquisador em **contato direto com tudo aquilo que foi escrito. LAKATOS; MARCONI (2006, p.43- 44).**

Portanto, justifica-se como metodologia na construção dessa pesquisa bibliográfica por não se ter, aqui, a preocupação em quantificar dados, mas, através de pesquisa bibliográfica, utilizando fontes secundárias sobre o tema, buscar conhecer e interpretar as referências sobre Infarto Agudo do Miocárdio, suas causas, diagnóstico, assim como a assistência de enfermagem no atendimento pré - hospitalar.

Como resultado dessa pesquisa, espera-se uma maior compreensão e interação do fenômeno da Assistência imediata ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) partindo de um olhar holístico, visando uma assistência emergencial e humanizada aos pacientes com essa patologia.

4 CONCLUSÃO

Este trabalho de pesquisa bibliográfica teve início objetivando um estudo aprofundado mais específico sobre o Infarto Agudo do Miocárdio, levando em consideração as suas causas, diagnóstico no APH, e a importância do papel do profissional emergencista no atendimento pré-hospitalar no que diz respeito ao atendimento imediato desta patologia. A pesquisa foi fundamentada no estudo bibliográfico, através das comparações das teorias dos autores pesquisados, trazendo uma diversidade de conceitos, enriquecendo assim, a literatura sobre o tema.

O estudo possibilitou uma melhor aprendizagem sobre a patologia referente ao sistema vascular, enfatizando a anatomia e fisiologia cardíaca, tratando especificamente sobre o Infarto Agudo do Miocárdio e suas peculiaridades como; causas e meios diagnósticos no atendimento pré-hospitalar. Entendeu-se que o coração bombeia o sangue para os tecidos, suprindo-os com oxigênio e nutrientes, essa função é regulada pelo sistema nervoso autônomo, mediante o sistema de condução elétrica do coração, sendo que o seu mau funcionamento pode afetar sem exceção, todos os demais órgãos e sistemas do organismo.

Entende-se que no atendimento pré-hospitalar deve considerar o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e buscar a promoção de sua saúde, e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Nessa perspectiva, o enfermeiro desempenha um papel crucial de cuidador, orientador e investigador. O profissional de enfermagem deve perceber o cliente como um todo, identificando aqueles com IAM, fazendo uma investigação ampla do seu histórico de vida levando em consideração seus hábitos alimentares, antecedentes patológicos, prática de atividades físicas, antecedentes familiares, fazendo os encaminhamentos devidos e necessários no sentido do tratamento imediato da mesma.

Em todas as fases do desenvolvimento, tanto pessoal como profissional, do indivíduo, a comunicação é o fator de destaque no processo de socialização entre este e o mundo exterior. No desempenho desta profissão o enfermeiro deve conduzir suas ações de forma a orientar os pacientes sobre suas patologias de maneira humanizada e respeitosa, selando de forma gradual a confiabilidade entre ele e o paciente através do diálogo e do compromisso profissional e ético.

REFERÊNCIAS

BRUNNER, Lilian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith. **Tratado de Enfermagem Médica-Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2002.

BRUNNER, Lilian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith. **Tratado de Enfermagem Médica-Cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2005.

CRUZ, Carela; RIBEIRO, Uirá. **Metodologia científica: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Axcel, 2004. Disponível na Internet em:
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sih/cnv/ni>. Acesso em: 10/08/2013.

FAUCI et al. **Harrison Medicina Interna**. 17 ed: São Paulo: 2008

GUYTON, Arthur C.; HALL, John. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 10. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002.

HUDDLESTON, Sandra Smith; FERGUSON, Sondra. **Emergências Clínicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2006.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: 2006.

MELO, E. C. P; TRAVASSOS, C.M.R; CARVALHO, M.S. **Prêmio de incentivo ao desenvolvimento e a aplicação da epidemiologia no sus. Infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevida e distribuição espacial**. Epidemiol. Serv. Saude, June 2007, vol.16, no.2 p.121-123. ISSN 1679-4974. Disponível em: WWW.scielo.com.br. Acesso em 15/08/2013.

ROBBINS, S. L; COTRAN, R. S. Patologia. **Bases Patológicas das Doenças**. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

SANTORO, Deise Conceição. **Situações de Urgências e emergência: Manual de condutas Prática**. 2 ed. Rio de Janeiro 2013.

SUPORTE ACANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR. Sesil. São Paulo 2011.

TORTORA, G.J; GRABOWSKI, S.R. **Princípios de Anatomia e Fisiologia**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2002.