

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES RECÉM-DIAGNOSTICADOS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Felipe Vagner Barbosa Oliveira¹
Nicolli Bellotti de Souza²

RESUMO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, 17 milhões de pessoas foram a óbito em 2015 devido a doenças cardiovasculares. O infarto agudo do miocárdio (IAM) é ocasionado por uma necrose parcial ou total do músculo cardíaco que resulta em hipóxia. Um dos sinais característicos do IAM é a angina que é a dor na região do peitoral, além de vertigem (tontura), dispneia (dificuldade de respirar), sudorese e palidez. Os fatores de riscos associados ao IAM incluem tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, alimentação, hereditariedade, idade, sexo e etnia. Neste sentido, esse trabalho traz o cuidado que devemos ter com essa doença e frisa a importância da assistência de enfermagem no atendimento o paciente recém-diagnosticado, bem como medidas para evitar um novo episódio de IAM.

Palavras-chave: Infarto agudo do miocárdio. Fatores de risco. Assistência de enfermagem. Eletrocardiograma.

ABSTRACT

According to the World Health Organization, 17 million people died in 2015 due to cardiovascular diseases. Acute myocardial infarction (AMI) is caused by partial or total necrosis of the cardiac muscle that results in hypoxia. One of the characteristic signs of AMI is angina, which is pain in the chest region, as well as vertigo (dizziness), dyspnoea (difficulty breathing), sweating and pallor. The risk factors associated with AMI include smoking, sedentary lifestyle, alcoholism, eating habits, heredity, age, gender and ethnicity. In this sense, this work brings the care we

¹ Acadêmico do curso de Enfermagem - UniAtenas

² Docente e Orientadora Científica - UniAtenas

must have with this disease and emphasizes the importance of nursing care in the care of a newly diagnosed patient, as well as measures to avoid a new episode of AMI.

Key words: *Acute myocardial infarction. Nursing care. Electrocardiogram. Risk factors.*

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 17 milhões de pessoas foram a óbito em 2015 devido a doenças cardiovasculares (OMS, 2017).

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é ocasionado por uma necrose parcial ou total do músculo cardíaco, resultante de hipóxia. Tal fenômeno pode ser decorrente da obstrução de alguma das artérias coronarianas – responsáveis pela irrigação do músculo cardíaco – por deposição de gordura, o que estimula a agregação plaquetária, fazendo com que haja a diminuição da luz dessas artérias. Como consequência, os principais sinais característicos de um IAM são angina (dor no peito), vertigem (tontura), dispneia (dificuldade respiratória), sudorese e palidez (BRANDL, 2017).

A assistência de enfermagem tem como objetivo oferecer ao paciente atenção à saúde, seja ela no nível primário, secundário ou terciário. Uma assistência sistematizada que possa contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do paciente, que é uma atividade privativa do enfermeiro (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

A atuação do enfermeiro nos cuidados ao paciente vítima de IAM se embasa na estrutura mental e emocional, diminuição da ansiedade e o estresse no ápice agudo dos sinais, atenção com a dor do paciente, suporte familiar, o que exige aptidão e qualificação técnica para oferecer uma conduta rápida neste quadro (RIBEIRO, SILVA e LIMA, 2016).

De acordo com o DATASUS, o infarto agudo do miocárdio (IAM) causa aproximadamente 100 mil óbitos anualmente, sendo a primeira causa de mortes no País (DATASUS, 2014a). Em 2014, houve 84.113 mortes devidas ao IAM, com maioria do sexo masculino: 49.511 homens e 34.602 mulheres (DATASUS, 2014b).

Considerando os padrões atuais, estima-se que, em 2030, haverá cerca de 23 milhões de óbitos, dos quais 12 milhões serão vítimas do IAM (OMS, 2017).

O enfermeiro tem um papel fundamental na assistência ao paciente infartado, pois os primeiros cuidados são prestados pela equipe de enfermagem no momento em que o paciente der entrada no Pronto Socorro (PS). Quanto mais capacitado, melhor será o atendimento, o que contribuirá para a redução do índice de óbitos decorrentes do IAM. Além disso, as orientações dadas pelo enfermeiro, após estabilização do quadro clínico do paciente, podem evitar um novo episódio de IAM.

METODOLOGIA

A pesquisa serve para a investigação de problemas teóricos ou práticos por meio do emprego de processos científicos. Neste sentido, o presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica. Foram utilizados como fonte artigos científicos, com publicação entre os anos de 2002 a 2017 depositados nas bases de dados Scielo, Birene, Google Acadêmico, bem como Organização Mundial da Saúde, DATASUS, Biblioteca Digital, Revistas Acadêmicas relacionados ao tema.

PERFIL DO PACIENTE INFARTADO

Conhecer o perfil do paciente infartado pode favorecer a assistência de enfermagem, pois saber a causa da doença facilita o atendimento, a melhora do paciente e a prevenção de um outro episódio de IAM (SORIANO et al, 2016).

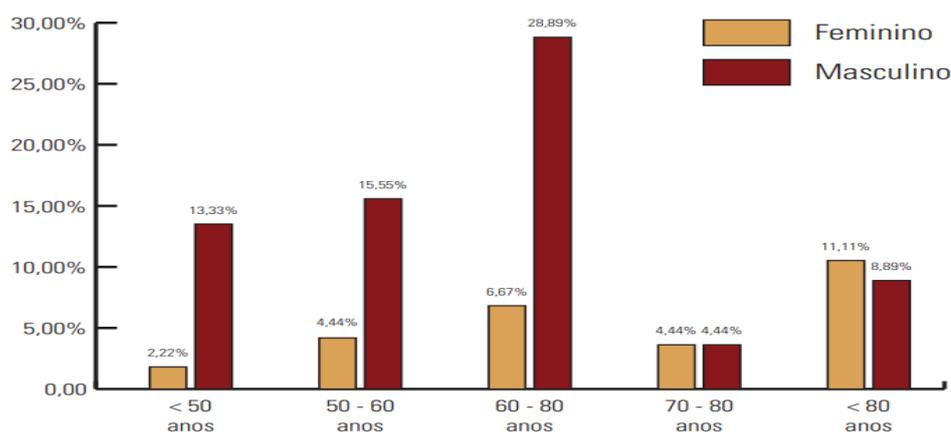
Investiga-se o perfil de um paciente infartado a partir da investigação e de análises a fundo dos fatores de risco (FR). Os FR são critérios que podem ser classificados com modificáveis e não modificáveis. Os fatores modificáveis são tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus e alcoolismo. Já os fatores não modificáveis são o sexo, idade, hereditariedade (AVEZUM; PIEGAS; PEREIRA, 2005).

Alguns fatores quando associados, tem um aumento significativo na chance de ter um IAM. Fatores como sedentarismo, tabagismo, alcoolismo,

alimentação, hereditariedade, idade, sexo e etnia, todos eles associados tem uma taxa de letalidade alta (ESCOSTEGUY et al, 2003).

Um estudo realizado por Coelho e Resende (2010) evidencia o perfil dos pacientes infartados: homens com a idade entre 60 e 80 anos, tabagistas, sedentários e com histórico familiar de IAM. Este estudo também mostrou que a idade e o sexo (fatores de risco não modificáveis) são fatores que podem levar a um IAM. O sexo masculino tem maior probabilidade de desenvolver um IAM. Na faixa etária 60 a 80 anos, os casos de infarto chegam aos 30% na cidade de Uberlândia, como demonstrado na Figura 1.

FIGURA 1 – Casos de IAM segundo os respectivos fatores de riscos.



Fonte: COELHO; RESENDE, 2010.

A maioria dos casos de IAM ilustrados na Figura 1, são do gênero masculino e na faixa etária de 80 anos. Já no sexo feminino, os índices são mais preocupantes na faixa abaixo dos 80 anos de idade.

Na Figura 2, foram apresentados os índices de casos de IAM entre homens e mulheres de acordo com os fatores de riscos e sua porcentagem que evidencia o grau de letalidade.

FIGURA 2 – Porcentagem de casos de IAM relacionados a fatores de risco.

Fator de risco	Gênero	
	Feminino	Masculino
Tabagismo	38,5%	84,4%
HAS	76,9%	65,6%
GJA/DM	38,5%	21,9%
Dislipidemia	53,9%	43,8%
Sobrepeso/obesidade	23,1%	53,1%
Sedentarismo	53,9%	62,5%
Estresse psicossocial	38,5%	68,8%
História familiar	79,9%	71,9%

Fonte: Adaptado de COELHO, RESENDE (2010).

De acordo com os dados relatados na Figura 2, 84,4% dos homens que enfartaram eram tabagistas e 38,5% eram mulheres. O tabagismo acelera o envelhecimento dos vasos e artérias que irrigam o coração, fazendo com que esse fator leve o paciente a sofrer um IAM. Fumar eleva a pressão arterial e aumenta as chances de ter um IAM. A grande absorção de nicotina no organismo predispõe o paciente a grandes chances de ter um IAM e até mesmo uma morte súbita (ARAÚJO et al, 2004).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia crônica, em que o indivíduo é acometido por um nível elevado tanto da pressão diastólica, quanto da pressão sistólica. Sabendo que a HAS é um fator de risco para se desenvolver um IAM, é imprescindível que haja acompanhamento médico precoce depois de diagnosticada, com o intuito de prevenir outras possíveis patologias, como por exemplo, uma insuficiência cardíaca (IC) (MOLINA, BISI ET AL, 2003). A Figura 2 mostra que dentre os pacientes infartados, 76,9% dos homens e 65,6% das mulheres eram hipertensos.

A alta ingestão de sódio pode ocasionar a hipertensão arterial sistêmica (HAS), pelo simples fato do sal ser um potente influenciador de problemas

cardiológicos e explica a súbita elevação da prevalência de HAS (MOLINA, BISI et al, 2003).

Segundo a Figura 2, 38,5% das mulheres e 21,9% dos homens que enfartaram eram portadores de Diabetes Mellitus. No que tange o histórico familiar, os números são maiores: aproximadamente 80% das mulheres e 72% dos homens que enfartaram apresentavam histórico familiar .

Um relevante fator modificável é a alimentação rica em carboidratos e lipídios, os quais podem acumular gordura no interior das artérias coronárias, obstruindo-as e levando a um infarto fulminante (LOTTENBERG, 2009). A dislipidemia se refere ao aumento das taxas de lipídios no sangue, ocasionando a elevação do colesterol. Esses níveis elevados de colesterol podem causar aterosclerose (obstrução do vaso sanguíneo), podendo levar o paciente a um IAM (POZZAN, ROSELEE et al, 2004). Os dados da Figura 2 revelam que 53,9% dos homens e 43,8% das mulheres dislipidemia como fator de risco (COELHO; RESENDE, 2010).

O sedentarismo é um FR modificável que pode causar IAM. Neste estudo, 62,5% dos homens e 53,9% das mulheres que enfartaram apresentaram sedentarismo como fator de risco (CARVALHO, LESSA, 2014).

A OMS reconhece que a obesidade é uma doença universal e está associada a um maior risco de IAM. A Figura 2 mostra que 53,1% dos homens e 23,1% das mulheres que enfartaram apresentaram obesidade como fator de risco (COELHO; RESENDE, 2010).

O estresse psicossocial aumenta o hormônio cortisol, o qual provoca alterações fisiológicas como desorganização psíquica, depressão e o aumento dos batimentos cardíacos, podendo ocasionar IAM. A figura 2 mostra que 68,8% dos homens e 38,5% das mulheres que enfartaram sofriam de estresse psicossocial (COELHO; RESENDE, 2010).

Os alimentos processados e ingeridos em excesso, o uso de álcool, cigarro e outras drogas, podem também elevar o risco de IAM (DATASUS, 2014a).

Outro FR para o IAM é o choque cardiogênico, que ocorre quando a pressão arterial sistólica está abaixo de 90 mmhg com indício a hipoperfusão tecidual, que é a incapacidade do miocárdio exercer suas funções simples de

distribuir sangue para organismo. Hipoperfusão tecidual é quando há uma baixa taxa de sangue oxigenado circulando nos tecidos levando a um choque cardiogênico e isso é um FR para IAM, mesmo não sendo um caso de hipertensão (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2016).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O ATENDIMENTO DO PACIENTE RECÉM-DIAGNOSTICADO COM IAM

A assistência de enfermagem ao paciente recém-diagnosticado com IAM, tem como principal objetivo sanar os problemas, visando cumprir a terceira etapa do processo de enfermagem que é o planejamento, permitindo diagnosticar as necessidades e prioridades de assistência individualizada, garantindo uma prescrição apropriada dos cuidados de enfermagem (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Nessas circunstâncias, é sempre bom ressaltar a necessidade e importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), voltada ao paciente que deu entrada ao hospital devido a um episódio de IAM, e do entendimento técnico-científico, bem como a competência da equipe de enfermagem diante as precauções para atender o paciente (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

É importante também reconhecer os sintomas de um IAM, pois a prestação de um atendimento de emergência depende dessa identificação. Segundo o UNASUS (2014), dores na região do peitoral, incômodo na região do estômago e dor no Membro Superior Esquerdo (MSE) são alguns dos sinais e sintomas de um IAM. A dor anginosa é o sintoma principal associado ao IAM. Essa dor ela precede o infarto e se mantém constate durante o episódio de infarto, podendo ou não se irradiar para outras partes do corpo como braço esquerdo, pescoço, mandíbula e costas, podendo até mesmo provocar falta de ar (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2016).

Essa dor deve-se à redução do fluxo sanguíneo ocasionada pelo bloqueio de alguma artéria do coração, que está dificultando a passagem apropriada de oxigênio para as células e tecidos cardíacos. A obstrução da artéria se deve ao acúmulo de gordura na luz do vaso, que pode ter sido causado por alimentos ricos

em gorduras, que em excesso pode causar a oclusão dessa artéria levando a um IAM (UNASUS, 2014).

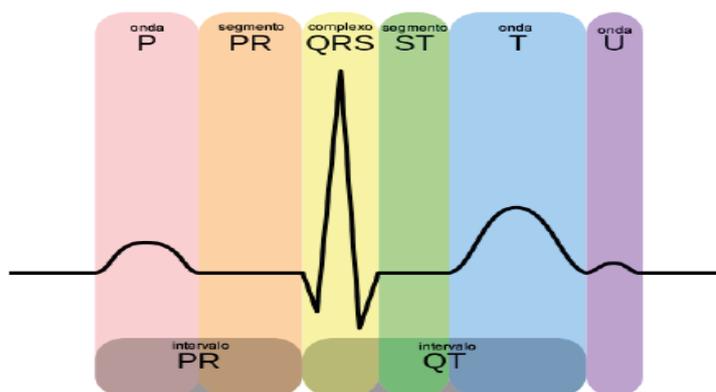
O método mais comumente utilizado no diagnóstico de IAM é o eletrocardiograma (ECG). O ECG é fundamental no diagnóstico do IAM, caracterizado como o principal elemento para informar as variações das ondas cardíacas diante da suspeita clínica, representada pelas queixas do paciente de dores precordiais, ou seja, dores na região do peitoral. A partir do ECG, é possível prover terapêuticas e levantar dados para melhorar o prognóstico do paciente (LUNA FILHO; VIANA, 2002).

O aparelho do eletrocardiograma serve para avaliar as alterações e diferença de potencial de dois pontos. E ele é muito útil no diagnósticos de outras cardiopatias e distúrbios hidroeletrólíticos (RAMOS; SOUSA, 2007).

O atendimento ao paciente infartado exige conhecimentos básicos de eletrocardiografia. O enfermeiro deve diferenciar as ondas com elevação do segmento ST associando à linha de base e o bloqueio de ramo esquerdo. Um enfermeiro que sabe interpretar um eletrocardiograma tem grandes chances de amenizar ou estabilizar qualquer manifestação do IAM para que assim seja, prestada a assistência correta em um episódio de IAM (SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DO PARANÁ, 2016).

A seguir, a (Figura 3) nos mostra ondas, segmento e complexo cardíaco, que representa uma fase da passagem dos impulsos elétricos que caracteriza a atividade cardíaca.

FIGURA 3 – Perfil das ondas cardíacas em atividade normal.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2016.

A onda P é primeira do ECG normal, ela aparece em todas as etapas do ciclo cardíaco. A onda P é arredondada e simétrica, tem uma dimensão menor que 2,5mm e uma duração de 110ms. Quando à ausência da onda P pode-se levar a crer que, o paciente pode ter arritmias ou bloqueios atrioventriculares (FELDMAN; GOLDWASSER, 2004).

O segmento PR é a ligação que conecta a onda P ao complexo QRS. Esta linha de ligação deve estar sempre similar à base do traçado. Quando o segmento PR está desnivelado pode ser que o paciente tenha uma pericardite aguda ou um infarto atrial (FELDMAN; GOLDWASSER, 2004).

O complexo QRS é a segunda onda do ECG normal, ela aparece nas etapas do ciclo cardíaco. Ela tem um formato de uma pirâmide e ela é mais fechada, tem uma duração de 60ms e 100ms e uma amplitude diferente. A onda Q é a primeira ela tem um declínio negativo; a onda R a primeira tem uma inclinação positiva, e a onda S tem um declínio negativo (FELDMAN; GOLDWASSER, 2004).

O segmento ST é a ligação que conecta a onda QRS à onda T que caracteriza o início da repolarização ventricular. O segmento ST não é em linha reta, mas sim em côncavo positivo e fica no nível da linha de ligação do traçado. Qualquer alteração pode sugerir algum dano no miocárdio (FELDMAN; GOLDWASSER, 2004).

A onda T é a terceira onda do ECG normal, que representa praticamente a sua repolarização ventricular total. A onda T tem um formato arredondado e simétrico e tem uma fase ascendente mais lenta e sua fase descendente é mais rápida, sua amplitude é variável, porém, inferior a onda QRS. Já em um indivíduo tabagista ou depois de ingerir álcool, a onda T fica mais ampla (FELDMAN; GOLDWASSER, 2004).

Em seguida temos a onda U, ela é a quarta onda do ECG e tem um formato arredondado com uma duração bem curta e tem uma amplitude pequena. A duração e amplitude da onda U tem sua fase aumentada quando temos algum caso de hipopotassemia ou isquemia miocárdica (FELDMAN; GOLDWASSER, 2004).

O aumento da amplitude do segmento ST no ECG demonstra um episódio de IAM. Uma de suas características principais é o desnivelamento do

segmento ST, o qual apresenta sua concavidade voltada para cima, como demonstrado na Figura 4 (MANSUR et al., 2006).

FIGURA 4 - Variações do segmento ST no ECG durante um IAM.



Fonte: Mansur, 2006.

É possível perceber que o ECG é um ótimo aliado para diagnosticar um IAM. Pois nele podemos visualizar o supradesnívelamento do segmento ST indicando que o paciente enfartou devido ao formato do desenho do segmento ST com concavidade voltada para cima (MANSUR et al, 2006).

A assistência de enfermagem na propedêutica de um ECG incluem a verificação da frequência cardíaca (FC), ritmo cardíaco (RIT) e as ondas cardíacas (FELDMAN; GOLDWASSER, 2004).

ESTRATÉGIAS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM CAPAZES DE EVITAR UM NOVO EPISÓDIO DE IAM

A enfermagem deve estabelecer uma linha de contato simples e eficiente com o paciente e a família, explicando todo o processo de atendimento, diagnóstico e todas as circunstâncias que possam prejudicar o tratamento, evolução e a melhora

do paciente (DE OLIVEIRA; SANTORO, 2004), orientando, por exemplo, que o paciente evite esforços físicos (MUSSI, 2004).

No que diz respeito ao tratamento, o enfermeiro deve orientar o paciente e seus familiares sobre os medicamentos utilizados, os quais incluem trombolíticos, ácido acetilsalicílico e betabloqueadores (ZORNOFF et al, 2002). Os trombolíticos são drogas que ajudam a diluir os coágulos e que auxiliam no tratamento de infarto causado por um trombo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O ácido acetilsalicílico é uma medicação adjuvante no tratamento de IAM, reduzindo o risco de um novo episódio de IAM (DE MATTOS et al, 2005). Os betabloqueadores ajudam a diminuir o risco de um novo IAM e atuam na manutenção da função cardiovascular assim melhorando a qualidade de vida do paciente (ESCOSTEGUY et al, 2003).

Outro modelo de tratamento que pode evitar um novo IAM é a angioplastia, uma intervenção cirúrgica feita para dilatar um vaso sanguíneo que esteja bloqueado por algum trombo (COELHO; THOFEHRN, 2007).

Para evitar um novo episódio de IAM, a equipe de enfermagem deve orientar os pacientes para evitar os FR modificáveis. No processo de instruir o paciente, a equipe de enfermagem tem a finalidade de desenvolver habilidades que visem à promoção de atividades que possam diminuir os riscos de um novo episódio de infarto e posteriormente a utilização de algum procedimento de emergência hospitalar (SAMPAIO et al, 2012).

Como o tabagismo que é um dos maiores vilões para o coração, a enfermagem deve alertar o paciente sobre os problemas que o tabagismo traz ao coração, tais como alterações morfológicas e também funcionais como os espasmos das artérias coronarianas, o que dificulta a circulação do sangue podendo levar a outro IAM (ZORNOFF et al, 2006).

A enfermagem também pode orientar o paciente quanto à obesidade e o sedentarismo, estimulando a adesão à prática de atividade física e consumo de alimentos de baixo teor calórico e de baixo teor de gordura. Procurar um nutricionista pode ajudar muito o paciente a ter uma vida mais saudável e sem riscos que possam agravar sua situação (CARLUCCHI, 2013).

Além disso, é fundamental reduzir o estresse do paciente tanto no hospital quanto em sua casa (DE OLIVEIRA; SANTORO, 2004). É fundamental

observar seu estado biopsicológico e caso necessário, sedá-lo conforme prescrição médica. Fatores biofisiológicos e psicológicos se apresentam quando o paciente fica exposto a algum FR para infarto, como o trabalho que pode elevar o seu estresse e trazendo o fator psicológico que pode gerar o medo da morte, prejudicando seu processo de reabilitação e afetando também seu equilíbrio mental durante a internação (DE OLIVEIRA; SANTORO, 2004).

De acordo com a SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (2016) a enfermagem também pode traçar planos de cuidados que incluem:

- a) reabilitação cardíaca cujo principal foco está nas atividades físicas, incentivando o paciente a realizar de 30 a 60 minutos de atividade aeróbica com uma intensidade moderada pelo menos cinco vezes por semana;
- b) reduzir o estresse na sua rotina de trabalho;
- c) retornar ao seu médico para que ele seja supervisionado;
- d) alertar caso ele sinta algum desconforto após o retorno às suas atividades diárias;
- e) retomar a sua atividade sexual e voltar a dirigir veículos após duas a três semanas de internação para que não haja esforço excessivo do coração.

É importante ressaltar que ter um atendimento de sucesso, rápido e eficiente, não depende somente dos serviços de saúde, mas também de um nível de conscientização do paciente sobre o assunto. A atuação da enfermagem pode englobar a assistência diretamente ao paciente ou a uma comunidade, contribuindo com ações educativas preventivas visando o bem estar e a conscientização sobre os sinais de eventos cardiovasculares, por meio de palestras em locais públicos ou até mesmo na emergência de um hospital (MUSSI, 2004).

Vale lembrar que o paciente não necessita somente do tratamento, mas também de um espaço humanizado que influencia positivamente na sua recuperação (DE OLIVEIRA, ALBUQUERQUE, ALENCAR; 2009). Os cuidados prestados a cada paciente devem ser individualizados, pois cada paciente tem um quadro e reage ao IAM de uma forma específica. Isso é importante para estabilizar

seu quadro clínico, evitando a ocorrência de outro IAM (GODEIRO et al, 2010). Com todos esses cuidados, a prevenção de um novo episódio de IAM será bem mais eficaz. Vale lembrar que o paciente não necessita somente do tratamento, mas também de um espaço humanizado que influencia positivamente na sua recuperação (DE OLIVEIRA, ALBUQUERQUE, ALENCAR; 2009).

A educação em saúde, também uma atribuição importante da Enfermagem, não tem o foco voltado somente para o paciente, mas também para os familiares, para reduzir os FR e prevenir novos casos de IAM através de campanhas preventivas e ações educativas, retardando manifestações clínicas de IAM (FRANCO et al, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos fatos mencionados, o IAM se sobressai entre todas as outras doenças cardiovasculares, já que essa patologia acontece aos poucos e de maneira silenciosa no organismo do indivíduo, só apresentando seus sinais e sintomas tardiamente, de maneira inesperada e muitas das vezes fatal.

Talvez seja difícil dizer o real motivo dessa patologia, já que existem inúmeros fatores de risco associados a ela. O que sabemos é que a incidência do número de óbitos no mundo só vem crescendo conforme o passar dos anos.

A diminuição acerca da procura das Unidades Básicas de Saúde se torna bastante explícita, fazendo com que a maioria dos indivíduos só procure os serviços de urgência/emergência quando realmente sentem uma dor extremamente forte no peito, seguido de sintoma característicos de um IAM. Contudo, podemos observar o déficit de conhecimento da população sobre os fatores de risco e formas de evitá-los.

Este trabalho mostra a importância da prestação da assistência de enfermagem de forma holística, com o foco principal na qualidade de vida dos pacientes recém-diagnosticados com IAM. Os primeiros cuidados prestados ao paciente devem ocorrer rapidamente após a admissão no ambiente hospitalar. É necessário que a equipe de enfermagem oriente não só o paciente sobre seu quadro clínico, como também a sua família. Quanto mais capacitada for a prestação de cuidados, melhor será a evolução do paciente.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Joseilze Santos de; VIEIRA, Maria Jésia. **Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, n. 3, 2005.

ARAÚJO, Alberto José de et al. **Diretrizes para cessação do tabagismo**. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 30, p. S1-S76, 2004.

AVEZUM, Álvaro et al. **III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 83, p. 1-86, 2004.

AVEZUM, Álvaro; PIEGAS, Leopoldo Soares; PEREIRA, Júlio César R. **Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento**. Arq Bras Cardiol, v. 84, n. 3, p. 206-13, 2005.

BRANDL, Djohn Lenon. **INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**. Revista UNIPLAC, v. 5, n. 1, 2017.

CARLUCCHI, Edilaine Monique de Souza et al. **Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular**. Comun. ciênc. saúde, v. 24, n. 4, p. 375-384, 2013.

CARVALHO, Thiara Nunes; LESSA, Melquíades Rebouças. **Sedentarismo no ambiente de trabalho: os prejuízos da postura sentada por longos períodos**. Revista Eletrônica Saber, v. 23, 2014.

COELHO, Letícia Maria; RESENDE, Elmiro Santos. **Perfil dos pacientes com infarto do miocárdio, em um hospital universitário**. 2010.

COELHO, Simone Coelho; THOFEHRN, Maira Buss. **A enfermagem contribuindo para o restabelecimento de pacientes submetidos a angioplastia**. VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde, v. 19, n. 2, p. 65-72, 2007.

COLOMBO, Roberta Cunha Rodrigues et al. **Caracterização da obesidade em pacientes com infarto do miocárdio**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, p. 461-467, 2003.

DA SILVA SORIANO, Kenya et al. **Perfil de pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio internados em uma unidade coronariana de Belo Horizonte**. Enfermagem Revista, v. 19, n. 1, p. 21-29, 2016.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. **Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico.** Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, v. 2, n. 3, p. 1-13, 2008.

DATASUS, (10 nov. 2014). **Infarto agudo do miocárdio é primeira causa de mortes no País, revela dados do DATASUS.** Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/559-infarto-agudo-do-miocardio-e-primeira-causa-de-mortes-no-pais-revela-dados-do-datasus> Acesso em 02 nov. 2018.

DATASUS. **Infarto agudo do miocárdio é primeira causa de mortes no País, revela dados do DATASUS.** 2014a. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/559-infarto-agudo-do-miocardio-e-primeira-causa-de-mortes-no-pais-revela-dados-do-datasus> Acesso em 03 dez. 2018

DATASUS. **Em seu último levantamento DATASUS registra 469 vítimas de infarto agudo do miocárdio no Tocantins.** 2014b. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/nucleos-regionais/tocantins/noticias-tocantins/499-em-seu-ultimo-levantamento-datasus-registra-469-vitimas-de-infarto-agudo-do-miocardio-no-tocantins> Acesso em 03 dez. 2018

DE OLIVEIRA, Claudia Medeiros; SANTORO, Deyse Conceição. **Conduta da equipe de enfermagem diante das alterações clínicas do cliente com síndrome isquêmica coronariana.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 8, n. 2, p. 267-274, 2004.

DE OLIVEIRA, Marcelo Alves; ALBUQUERQUE, Grayce Alencar; ALENCAR, Ana Maria Parente Garcia. **Satisfação do cliente portador de infarto agudo do miocárdio acerca dos cuidados de enfermagem.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 10, n. 1, p. 95-103, 2009.

DE MATTOS, Marco Antonio et al. **Tendência temporal de letalidade hospitalar por infarto agudo do miocárdio.** 1994-2003. Arq Brasil Cardiol, v. 84, p. 416-21, 2005.

ESCOSTEGUY, Claudia Caminha et al. **Infarto agudo do miocárdio: perfil clínico-epidemiológico e fatores associados ao óbito hospitalar no município do Rio de Janeiro.** Arq Bras Cardiol, v. 80, n. 6, p. 593-9, 2003.

FELDMAN, José; GOLDWASSER, Gerson P. **Eletrocardiograma: recomendações para a sua interpretação.** Revista da SOCERJ, v. 17, n. 4, p. 251-256, 2004.

FRANCO, Betina et al. **Pacientes com infarto agudo do miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviço de emergência: implicações para a educação em saúde.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 16, n. 3, 2008.

GODEIRO, Ana Luiza et al. **CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES VÍTIMAS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: REVISÃO DE LITERATURA.** Disponível em <http://sociedades.cardiol.br/rn/pdf/xvi-anais/62.pdf> Acesso em 26 mai.2019.

GRAVINA, Claudia F.; GRESPAN, Stela Maris; BORGES, Jairo L. **Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso.** Rev bras hipertens, v. 14, n. 1, p. 33-6, 2007.

IGLESIAS, Cristina Maria Fernandes et al. **A importância da sistematização da assistência de enfermagem no cuidado ao cliente portador de infarto agudo do miocárdio.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 2, p. 974-977, 2010.

LOTTENBERG, Ana Maria Pita. **Importância da gordura alimentar na prevenção e no controle de distúrbios metabólicos e da doença cardiovascular.** Arq Bras Endocrinol Metab, v. 53, n. 5, p. 595-607, 2009.

LUNA FILHO, Bráulio; VIANA, Roberto Márcio. **Infarto agudo do miocárdio: conduta baseada em evidências.** Diagn. tratamento, v. 5, n. 3, p. 16-22, 2000.

MANSUR, Paulo Henrique Garcia et al. **Análise de registros eletrocardiográficos associados ao infarto agudo do miocárdio.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 87, n. 2, p. 106-114, 2006.

MELO, Robesita Travassos de et al. **Importância da dosagem de enzimas cardíacas no diagnóstico de infarto agudo do miocárdio.** 2018. Ministério da Saúde. **Formulário Terapêutico Nacional.** 2010. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf Acesso em 25 mai.2019.

MOLINA, Bisi et al. **Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana.** Revista de Saúde Pública, v. 37, p. 743-750, 2003.

MUSSI, Fernanda Carneiro. **O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção.** Rev. latinoam. enferm, v. 12, n. 5, p. 751-759, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Doenças cardiovasculares (DCV). Fatos importantes.** Disponível em [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) Acesso em 12 set. 2018.

PARANÁ. **Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia de infarto do miocárdio.** – Curitiba: SESA, 2016. Disponível em http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaInfartoMiocardio_2017.pdf Acesso em 06 abr. 2019.

PESARO, Antonio Eduardo Pereira; SERRANO JR, CARLOS VICENTE; NICOLAU, José Carlos. **Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST**. Rev Assoc Med Bras, v. 50, n. 2, p. 214-20, 2004.

POZZAN, Roselee et al. **Dislipidemia, síndrome metabólica e risco cardiovascular**. Revista da SOCERJ, v. 17, n. 2, p. 97-104, 2004.

RAMOS, Ângela Patrícia; SOUSA, Bolivar Saldanha. **Eletrocardiograma: princípios, conceitos e aplicações**. Centro de Estudos de Fisiologia do Exercício, 2007.

RIBEIRO, Kaiomax Renato Assunção; SILVA, Ludmila Pinheiro da; LIMA, Maria Luzia Silva. **Conhecimento do infarto agudo do miocárdio: implicações para assistência de enfermagem**. Rev. enferm. UFPI, v. 5, n. 4, p. 63-68, 2016.

SAMPAIO, Elieusa Silva et al. **Percepção de clientes com infarto do miocárdio sobre os sintomas e a decisão de procurar atendimento**. Cienc Cuid Saúde, v. 11, n. 4, p. 687-96, 2012.

SAMPAIO, Elieusa Silva; MUSSI, Fernanda Carneiro. **Cuidado de enfermagem: evitando o retardo pré-hospitalar face ao infarto agudo do miocárdio**. Rev. enferm. UERJ, v. 17, n. 3, p. 442-446, 2009.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. In: **SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. 2011. p. 298-298.

ULHÔA, Melissa; MORENO, Claudia. **Fatores psicossociais no trabalho e cortisol: breve revisão**. INTERFACEHS-Revista de Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade, v. 4, n. 3, 2010.

UNASUS. **Os sintomas do infarto agudo do miocárdio**. 2014. Disponível em <https://www.unasus.gov.br/noticia/os-sintomas-do-infarto-agudo-do-miocardio>
Acesso em 11 jan. 2019.

ZORNOFF, Leonardo AM et al. **Perfil clínico, preditores de mortalidade e tratamento de pacientes após infarto agudo do miocárdio, em hospital terciário universitário**. Arq Bras Cardiol, v. 78, n. 4, p. 396-405, 2002.

ZORNOFF, Leonardo AM et al. **A exposição à fumaça do cigarro intensifica a remodelação ventricular após o infarto agudo do miocárdio**. Arq Bras Cardiol, v. 86, n. 4, p. 276-81, 2006.