

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA TERAPIA TROMBOLÍTICA EM PACIENTES PÓS-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO EN PACIENTES DESPUÉS DE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Célia Ines Theisen

Enfermeira Graduada - IPA. Especialista em Saúde Pública – IBPEX

Maria Éli da Machado

Mestre em Enfermagem – UFRGS; Doutoranda em Políticas Públicas e formação Humana – UERJ.

RESUMO

O presente artigo teve como objetivo analisar a assistência de enfermagem na terapia trombolítica em pacientes pós-Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). A coleta de dados foi realizada em um Hospital de Porto Alegre, RS. Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros e técnicos de enfermagem. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi utilizada uma entrevista com questões abertas na coleta de dados, os mesmos foram analisados segundo a técnica de análise temática. (MINAYO, 2004). As categorias prévias estabelecidas foram assistência de enfermagem e terapia trombolítica. Os resultados mostraram a importância da realização do primeiro eletrocardiograma na suspeita de IAM e a capacitação da equipe de enfermagem para o reconhecimento do IAM. Além disso, citam aspectos relacionados à humanização do cuidado, aspectos da infraestrutura hospitalar e da falta de organização do trabalho. A realização deste estudo poderá contribuir para a ampliação da produção do conhecimento da enfermagem nesta área.

Palavras chave: Infarto do Miocárdio. Cuidados de Enfermagem. Terapia Trombolítica.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo analizar la atención de enfermería en el tratamiento trombolítico en pacientes después de un infarto agudo de miocardio. La recolección de datos se llevó a cabo en un hospital de Porto Alegre, RS, Brasil. Los sujetos del estudio eran enfermeros y técnicos de enfermería. Todos los participantes firmaron un formulario de consentimiento. Se utilizó una entrevista con preguntas abiertas en la recolección de datos y los analizaron de acuerdo con el análisis temático. Las categorías establecidas fueron la atención de enfermería y terapia trombolítica. Los resultados mostraron la importancia de completar el primer electrocardiograma en sospecha de infarto agudo de miocardio, la capacitación de los profesionales de enfermería para el reconocimiento del infarto agudo de miocardio, refieren los aspectos relacionados con la humanización de la atención, los aspectos de la infraestructura hospitalaria y la falta de organización del trabajo. Este estudio podrá contribuir al aumento de la producción del conocimiento en enfermería en esta área.

Palabras-Clave: Infarto do Miocárdio. Cuidados de Enfermagem. Terapia Trombolítica.

INTRODUÇÃO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supra desnivelamento do segmento ST, caracterizado como situação de extrema gravidade e com risco de morte eminente, ocorre pela oclusão de uma artéria coronária. Estima-se de 300 a 400 mil casos de IAM por ano no Brasil, conferindo alta taxa de mortalidade apesar dos avanços terapêuticos. (PIEGAS et al, 2004).

O IAM é diagnosticado por meio da associação de três fatores: dor torácica, alteração do eletrocardiograma (ECG) e marcadores de necrose miocárdica, as troponinas T e T1, enzimas específicas encontradas no músculo cardíaco, a creatinofosfoquinase massa (CKMB) e a creatinofosfoquinase (CK). (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2008).

A terapêutica de reperfusão miocárdica, utilizada no IAM com supra desnivelamento do segmento ST, pode ser química, quando do uso de trombolíticos, ou mecânica, através de Angioplastia Transluminal Cutânea (ACT), que é a colocação de um stent na artéria obstruída. A ACT é recomendada nas primeiras horas após a avaliação das características da dor torácica, sintomas associados e realização do eletrocardiograma (ECG), diminuindo a área de necrose miocárdica e conseqüentemente a mortalidade. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2008).

A avaliação do enfermeiro nos pacientes com dor torácica deve ser realizada através da história clínica: início da dor, localização, intensidade, irradiação, duração e alívio. É fundamental a avaliação da respiração e circulação para visualizar os sinais de perfusão, junto ao nível de consciência e sinais vitais. (MORAES et al, 2009).

A enfermagem está envolvida em todas as etapas da assistência ao paciente com IAM, desde sua entrada no serviço até a reabilitação, porém, ainda são poucos os conhecimentos produzidos pelos enfermeiros na identificação e assistência ao IAM.

Além da reperfusão no IAM com Supra desnivelamento do segmento ST, é imprescindível que os enfermeiros tenham conhecimento a cerca dos trombolíticos utilizados, seu mecanismo de ação e seus efeitos adversos, a fim de desenvolver um plano de

cuidados, com base no conhecimento científico que possibilite assistir aos indivíduos em suas particularidades.

Existem vários tipos de medicações utilizadas no IAM como, por exemplo, a Estreptoquinase (SK), utilizada pela maioria dos Serviços de Urgência, devido ao custo inferior aos outros trombolíticos, e por ser paga pelo SUS. (TIMERMAN et al, 2004).

A alteplase, também usada, oferece um risco de Acidente Vascular Encefálico (AVE) maior que a estreptoquinase. Já a tenecteplase (TNK), ou metalise, considerada trombolítico de terceira geração, apesar do elevado custo (R\$ 3770,77) cada dose, foi escolhida como fibrinolítico no atendimento pré-hospitalar, por ser o único disponível no Brasil administrado em bolo, enquanto que a estreptoquinase tem o custo de (R\$ 250,00). (ARAÚJO et al, 2008).

Os trombolíticos possuem contra-indicações absolutas: sangramentos internos ativos, alergia ao trombolítico, neoplasia, neurocirurgia ou TCE (Traumatismo Crânio Encefálico) recente, dissecção de aorta, etc., e relativas como a gestação, doença hepática avançada, HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) não controlada, uso prévio de trombolíticos. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2008).

O MONAB (Morfina, Oxigênio, Nitratos, Ácido Acetil Salicílico (AAS) e Betabloqueador) é também considerado tratamento inicial.

A morfina tem efeito analgésico, reduz a ansiedade e diminui a resistência vascular sistêmica. O oxigênio é administrado em pacientes com $SO_2 < 90\%$ por máscara ou cateter nasal a 2-4l/min. Os nitratos, vasodilatadores, reduzem o desconforto torácico e o AAS é um antiagregante plaquetário que impede a reoclusão coronariana. Por fim, há os betabloqueadores que reduzem a incidência de reinfarto, pois atuam na frequência cardíaca e na contratilidade miocárdica. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2008).

O estudo teve uma abordagem qualitativa com finalidade descritiva. A pesquisa foi realizada no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS) em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) cardiológica. Os sujeitos da pesquisa foram quatro enfermeiros e sete técnicos de enfermagem. Foi utilizada uma entrevista com questões abertas para a coleta de dados que foram analisados segundo análise temática. (MINAYO, 2004). Foram

estabelecidas duas categorias de análise. Da primeira, emergiram cinco temas, e da segunda, três.

Esta pesquisa seguiu a Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996), que estabelece exigências legais, normas e diretrizes regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos. Os participantes tiveram preservada a sua identidade e privacidade. Todos foram orientados amplamente sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi submetido à avaliação dos Comitês de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Metodista do IPA e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, sendo aprovado, respectivamente, em 14/05/10 e 27/07/10.

RESULTADOS

No estudo, foram entrevistados 11 profissionais, com idades entre 38 e 50 anos e com tempo de serviço entre 8 e 23 anos.

Os resultados estão apresentados segundo as categorias estabelecidas, e os temas emergentes de cada uma conforme quadro abaixo.

QUADRO 1: Categorias e Temas

CATEGORIA 1 Assistência de enfermagem	Realização do eletrocardiograma Procedimentos de rotina no atendimento Tratamento imediato: MONAB Atenção ao paciente Orientação à família
CATEGORIA 2 Terapia trombolítica	Medicação não disponível Falta de leitos Tempo Porta-Agulha e eficácia da medicação

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM IAM

REALIZAÇÃO DO ELETROCARDIOGRAMA

Em geral, o primeiro atendimento ao paciente com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio é realizado pela equipe de enfermagem. No HPS, a enfermagem recebe o paciente com suspeita de IAM e somente após é solicitado o ECG pelo médico.

Os sujeitos desta pesquisa enfatizaram a importância da realização do ECG como um dos primeiros procedimentos na chegada do paciente, evidenciados nas falas a seguir:

[...] ele é submetido o quanto antes ao exame diagnóstico de eletrocardiograma (T.EN.3).

Ele chega na unidade, é realizado o eletrocardiograma (E.2).
Sobe imediatamente aqui pra sala, nosso ambulatório, pra que seja feito um eletrocardiograma (E.4)

Pesquisa realizada em um hospital do interior do Rio Grande do Sul concluiu que o tempo entre a chegada e realização do ECG é maior do que 10 minutos em mais de 75% dos pacientes. (SOARES et.al, 2009).

Segundo Bassan (2002), deve ser realizado outro ECG após o uso do trombolítico, em, no máximo, três horas para diagnosticar a reperfusão ou em caso de recorrência da dor. Já Piegas (2004), concluiu que o ECG deve ser repetido após a terapia inicial, 12 horas após a internação e, diariamente, até a alta do paciente da UTI cardiológica.

Somente um dos participantes falou sobre a realização do segundo ECG após uso do trombolítico.

Aí uma hora após essa medicação do trombolítico, a tenecteplase é realizado um novo eletrocardiograma, com esse novo eletrocardiograma o médico vai ver se reperfundiu a coronária, se teve um bom resultado ou não. (T.EN.1).

PROCEDIMENTOS DE ROTINA NO ATENDIMENTO

Após a realização do ECG, é realizada a punção venosa. Segundo Rocha, et al (2000), deve ser puncionado um acesso venoso de bom calibre para a administração da medicação de escolha para o tratamento.

Nas entrevistas houve controvérsia em relação à punção venosa: alguns sujeitos falaram apenas em acesso não especificando a quantidade, outros falaram em um acesso e a maioria se reportou aos dois acessos venosos. Os estudos e protocolos analisados não faziam menção ao número de acessos venosos.

Dois acessos venosos, um para o trombolítico e outro para um soro puro fisiológico, caso o paciente faça um choque, uma hipotensão. (E.3).

Se pega dois acessos venosos, um para o trombolítico e outro pra caso de emergência pra receber outras medicações (E.1).

Puncionado um acesso venoso (T.EN.5).

Outra questão estudada é a acomodação na chegada do paciente, o repouso no leito. Segundo Rocha, et al (2000), o repouso absoluto no leito é de 48 horas devido a ação da droga, já Bernardino, et al, (2002) diz que o paciente deve ficar em posição de semi Fowler em repouso no leito nas primeiras 12 horas.

A acomodação ou repouso no leito é fundamental para o paciente infartado, mas apenas um sujeito da pesquisa fala sobre isso.

Acomodação do paciente no leito, orientando repouso absoluto por pelo menos 24 ou 48 horas. (T.EN.6).

MONAB

Uma das principais queixas do paciente infartado é a dor. O enfermeiro deve interpretar e entender a dor do paciente, isso facilita a tomada de decisão e a eficácia do tratamento, tornando o atendimento mais humanizado. (BOTTEGA, FONTANA, 2010). O

paciente com IAM refere dor intensa. Por isso, há a necessidade de analgesia imediata após a identificação do infarto, evidenciada nas falas a seguir:

Os pacientes sentem muita dor, estão contritos por esta dor, então que é uma morfina diluída que é 3mg EV, que é administrado conforme a dor do paciente. (T.EN.1).

A gente já observa [...] pelas próprias queixas de dor, tu já nota sudorese [...] coloração do paciente [...] tu já vê que ele tá assim sofrimento mesmo. (T.EN.5).

Sem a medicação adequada a gente não minimiza a dor. (E.3).

Além da analgesia, segundo Timerman (2004), todo o paciente com dor torácica deve fazer uso de oxigênio quando dispneia ou saturação inferior a 90%. No protocolo de IAM com supra desnivelamento do segmento ST, o oxigênio deve ser administrado por máscara ou cateter nasal de 2-4 l/mim a todos os pacientes com SPO₂ > 90% por tempo indeterminado. (UFPR, 2008).

A maioria dos sujeitos cita a oxigenioterapia, mas apenas um cita a orientação do médico em relação a sua administração.

A gente costuma controlar a oximetria, geralmente essa estando em 96% de SPO₂ não é instalado o oxigênio, tem literaturas que dizem que sim, e outras que não é benéfico [...] daí a gente fica controlando assim, alguns médicos solicitam que coloque o O₂ que o paciente vai se sentir melhor. (T.EN.1).

Além da morfina e oxigênio, não foi comentado o uso da nitroglicerina que também faz parte do MONAB. Essa substância auxilia na redução ou reversão da isquemia miocárdica. Os anticoagulantes devem ser usados em todos os pacientes com desconforto torácico, pois reduzem a mortalidade e o re-infarto. (TIMERMAN,2004). Já os betabloqueadores, segundo Piegas (2004), reduzem a frequência cardíaca, pressão arterial e consumo de oxigênio pelo miocárdio.

Aí é usado no primeiro momento, se não é um trombolítico, se dá medicação via oral, que se usa no primeiro momento isordil, o AAS e o clopidogrel. (T.EN.5).

Geralmente antes a gente administra clopidogrel, que é, são antiplaquetários e AAS [...] também eles recebem outra medicação junto é o anticoagulante, né, que é usada aqui o enoxaparina. (T.EN.1).

Entretanto, nos casos de IAM, a monitorização cardíaca e a verificação dos sinais vitais são fundamentais no primeiro atendimento, juntamente com a oxigenioterapia. O paciente será monitorizado para verificação do ritmo e da frequência cardíaca e pressão arterial. Os sinais serão verificados a cada 15 minutos nas primeiras duas horas. (PENNA, BARROS, 2003).

Alguns cuidados relacionados à verificação de sinais relatados a seguir.

A monitorização cardíaca, o controle dos sinais vitais principalmente a pressão a gente verifica mais seguido, de 10 em 10 minutos. (T.EN.1).

Sequência de avaliação, frequência de sinais vitais, controle rigoroso da pressão. (E.2).

ATENÇÃO AO PACIENTE

A equipe de enfermagem deve estar sempre atenta a todas as queixas do paciente e uma delas é a ansiedade, o medo de morrer. Segundo Rosa, et. al, (2006), o enfermeiro tem a responsabilidade de estar atento a estes sentimentos do paciente, deve ser sensível e capaz de observar as alterações como, expressões faciais, alterações nos sinais vitais, agitação e procurar tranquilizá-lo para uma melhor recuperação.

A resposta a seguir ilustra esta interpretação.

A gente procura deixar o cliente bem tranquilo. (T.EN.3).

Orientar o paciente que está sendo atendido, acalmá-lo. (T.EN.7).

ORIENTAÇÃO À FAMÍLIA

Uma das funções da enfermagem é a humanização, essa promoção da saúde deve estar voltada também para a família. Geralmente, o paciente enfrenta seu problema na presença de algum familiar, que está preocupado, ansioso, e o enfermeiro pode ser o facilitador, orientando e esclarecendo as dúvidas. (FRANCO et al, 2008).

Entretanto, nenhum sujeito falou da importância de manter a família informada sobre o estado de saúde do paciente e de seu tratamento, e apenas uma das falas foi em relação à orientação ao paciente.

Todos os cuidados seguidos de orientação ao paciente informando o que está sendo feito, o que vai ser feito. (T.EN.3).

Segundo Rabelo et.al (2007), durante a internação hospitalar, deve ser iniciado o processo de educação para o auto-cuidado do paciente e da família. É importante sua adaptação à nova realidade e a orientação para possíveis sinais e sintomas de piora da doença e os cuidados da vida diária.

REALIZAÇÃO DA TERAPIA TROMBOLÍTICA

MEDICAÇÃO NÃO DISPONÍVEL

A dificuldade enfrentada pela não disponibilidade do trombolítico no setor foi comentada pela maioria dos entrevistados.

Quando se solicita o trombolítico, nós temos uma burocracia muito grande, então se não tem todos os papéis preenchidos, toda parte burocrática liberada, a farmácia não libera isso. (T.EN.4).

A dificuldade da terapia trombolítica é que não há em estoque no setor. (T.EN.6).

Nós não temos a metalise na unidade, uma coisa que a gente tá tentando mudar. (E.2).

Alguns sujeitos relatam que a falta da medicação no setor pode se dar devido ao custo muito alto.

É uma medicação um pouco mais controlada, porque o custo dela é alto, também entendo que tu não podes deixar em qualquer lugar, porque tem risco dessa medicação ser perdida, extraviada. (E.1).

Quanto as dificuldades, questões econômicas, vejo que é um produto muito bom, mas de um custo alto. (T.EN.2).

Segundo Araújo et.al (2008), o benefício da reperfusão precoce, pode significar um custo menor em longo prazo, pois reduz o índice de re-infarto e diminui a mortalidade por doenças coronarianas.

FALTA DE LEITOS

Um estudo realizado nos hospitais do Rio de Janeiro identificou que um dos problemas enfrentados são os atendimentos ambulatoriais, superlotando os hospitais e privando-os de atender as urgências, muitos pacientes aguardam por um leito de internação por mais de 72 horas. (DWYER; MATTA e PEPE, 2008).

Os comentários a seguir falam sobre isso.

Não podemos esquecer que este paciente precisa de um leito adequado, não apenas para ser atendido; em termos de ambulatório isto funciona muito bem aqui [...] mas ele tem que ser manejado pra um leito adequado que tenha monitor e uma assistência adequada de enfermagem e médica. (E.3).

Muitas vezes o paciente faz o trombolítico, tá, e quando não reverte com a medicação a gente tem que ficar com o paciente aqui até ele ser transferido. (T.EN.7).

TEMPO PORTA-AGULHA E EFICÁCIA DA MEDICAÇÃO

A demora por um atendimento médico, o transporte do paciente, a realização e a interpretação do eletrocardiograma e o preparo da medicação são alguns dos fatores que atrasam o início da administração do trombolítico, diminuindo as chances de uma reperfusão eficaz. (TIMERMANN, et.al, 2004).

Um sujeito da pesquisa relatou que o tempo porta-agulha é muito importante para a diminuição do dano cardíaco.

A passagem pela sala 6 onde a triagem cai numa vala comum, pacientes menos graves, muitas vezes paciente infartado que não refere dor intensa, passa despercebido e a gente pode perder um tempo precioso ali. (E.2).

Nota-se pelas falas dos sujeitos a importância da trombólise que, apesar dos custos, tem menos efeitos colaterais e sua administração é mais rápida.

Os trombolíticos de última geração, eles tem muito menos efeitos colaterais [...] a preparação é mais rápida, que a gente não tem tanta perda da substância, não fazer tanta espuma [...] facilita bastante o potencial de poder de dissolver o trombo. (E.1)

Só que hoje com a metalise tu faz em bolo, em 10 minutos. (T.EN.5).

Nós temos a disposição o trombolítico de última geração, temos um monitor, um oxímetro, eletrocardiograma e o principal têm agora a pressão não invasiva que a gente pode monitorar. (T.EN.7).

Quanto a terapia trombolítica houve um grande avanço, digamos de 10 anos pra cá na relação medicação- paciente, haa, tivemos assim progresso significativo dos trombolíticos. (T.EN.2).

Apesar de ter uma medicação de uso rápido e eficiente, ainda falta a conscientização da população para um atendimento precoce na suspeita de IAM, o tempo entre o início dos sintomas e a instituição da terapia de reperfusão está além do desejado. Na maioria das capitais brasileiras, o deslocamento dos pacientes ao serviço de saúde impede o acesso rápido a terapia trombolítica. (ARAÚJO et.al, 2008).

Os medicamentos, quando usados adequadamente e em tempo hábil, fornecem resultados importantes na melhora do paciente. Nisso, inclui-se a atenção farmacêutica e a agilidade da equipe de saúde que atende tal paciente. Esse processo é chamado de otimização terapêutica. (SOUZA et.al, 2009).

CONCLUSÕES

Os resultados mostraram a importância da realização do primeiro eletrocardiograma na suspeita de IAM. Os sujeitos deram ênfase à capacitação da equipe de enfermagem para o reconhecimento do IAM no ECG. Com relação aos procedimentos de enfermagem, a ênfase dada pelos sujeitos da pesquisa foi a importância da manutenção de dois acessos venosos, o que não encontrou subsídios na bibliografia estudada. Foi importante a constatação de que a equipe, além dos procedimentos técnicos, cita aspectos relacionados à humanização do cuidado, como se observou nos temas atenção ao paciente e orientação à família. Com relação à terapia trombolítica, os temas emergentes foram referentes a aspectos da infraestrutura hospitalar, como a falta de leitos, e também à organização do trabalho no caso dos temas: medicação não disponível e tempo porta-agulha. Apesar de vários estudos demonstrarem a importância do tempo porta agulha e da coleta de enzimas cardíacas, esses fatos apareceram em apenas duas respostas dos entrevistados. Chama a atenção que a rotina do serviço no atendimento do paciente com IAM é a punção de dois acessos venosos e que não foi encontrado embasamento teórico para o respectivo procedimento.

A realização deste estudo poderá contribuir para a ampliação da produção do conhecimento da enfermagem nesta área.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D.V., et al. Custo efetividade da trombólise pré-hospitalar vs intra-hospitalar no Infarto Agudo do Miocárdio. **Arq bras cardiol**, Rio de Janeiro, v.90, n.2, p. 100-07, 2008.

BASSAN, R. et al . Sociedade brasileira de cardiologia: I Diretriz de Dor torácica na Sala de Emergência. **Arq bras cardiol**. v.79, n.2, p. 1-22, 2002.

BERNARDINO, E. et al. Protocolo de atendimento em enfermagem na ocorrência de arritmias cardíacas, infarto agudo do miocárdio e parada cardio respiratória, baseados nas funções independentes da enfermagem. **Tuiuti: Ciência e Cultura**, Curitiba, n.36, p.23-34, nov, 2002.

BOTTEGA, F.H, FONTANA, R.T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enfem.**, Florianópolis, v.19, n.2, p.283-90, abr-jun, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saúde.gov.br>>. Acesso em 30 Mar 2010.

DWYER, G.O., MATTA, I.E.A., PEPE, V.L.E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.5, p.1637-1648, 2008.

FRANCO, B., et al. Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviço de enfermagem: implicações para a educação em saúde. **Rev Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v.16, n.3, mai/jun, 2008. Disponível em: www.eerp.usp.br Acesso em 07 Dez 09.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 8ed, 2004.

MORAES, M.A., et al. Síndrome Coronariana Aguda. In: LEITE, M.M. J, MARTINI, J.G, FELLI, V.E.A. **Proenf: Programas de Atualização em Enfermagem Saúde do Adulto**. Porto Alegre: Artmed, p.91-121, 2009.

PENNA,S.T, BARROS, A.G.V.M. Sistematização da Assistência de Enfermagem no Infarto Agudo do Miocárdio. **Rev. Bras. Cardiol.Invas**, v.11, n.4, p.67-69, 2003.

PIEGAS, L., et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia: III Diretriz do Infarto Agudo do Miocárdio. **Arq bras cardiol**, v.83, n.4, p.1-87, set, 2004.

RABELO, E.R., et al. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e porquê: O papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.15, n.1, jan/fev, 2007. Disponível em: www.eerp.usp.br Acesso em 07/12/09.

ROCHA, A.B.L., et al. Assistência de Enfermagem a pacientes Submetidos a Terapêutica Trombolítica na unidade de Terapia Intensiva. **Rev Nursing**, São Paulo, v.23, n.3, p.20-4, abr, 2000.

ROSA, A.F., et.al, Percepção dos enfermeiros frente aos sentimentos de quem vivencia o processo de morrer e morte, **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, n.2, p.204-211, mai/ago,2006.

SOARES, T., et al. Tempo Porta-Eletrocardiograma(ECG): um indicado de eficácia no tratamento do infarto agudo do miocárdio. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.30, n.1, p.120-6, mar. 2009.

SOUZA, T.R.C.L., et.al. Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico, Terceira Edição 2007: Um estudo piloto. **Rev.Ciênc.Farm. Básica Apl**, Pernambuco, v.30, n.1, p.90-94, 2009.

TIMERMAN, S., et al. Tratamento pré-hospitalar da Síndrome Isquêmica Aguda com Supradesnivelamento do Segmento ST: já temos suficiente evidência para implantar de Rotina? **Rev bras cardiol**, São Paulo, v.14, n.6, p.868-883, nov/dez, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Protocolo de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do Segmento ST** 2008. Disponível em.<http://www.hc.ufpr.br>. Acesso em 19 Out 2009.

Autora: Célia Thiesen

Curso de Pós Graduação em nível de especialização: Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família

*Enfermeira Graduada pelo Centro Universitário Metodista do IPA

Av. Fábio Araújo Santos, 1251, 331 Bl. Q, Nonoai Porto alegre, RS. CEP: 91720-390

Fone: 32414431/96393070. Email: celiatheisen@uol.com.br

Co-autora: Maria Éliida Machado

**Graduação em Enfermagem. UPF. RS

Mestre em Enfermagem- UFRGS

Cursando o Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana- PPFH-UERJ

Diretora geral da secretaria Municipal de Saúde de Cachoeira do Sul. RS

Membro da equipe de coordenação da implantação do PSF no Rio Grande do Sul

Preceptora da Residência Integrada em Saúde do CSEM/SES/RS

Professora do Curso de Saúde Pública da ESP/RS

Coordenadora da implantação da ETSUS no Rio Grande do Sul

Professora nas áreas de Saúde Coletiva e Pesquisa nos cursos de graduação e pós-graduação do Centro Universitário Metodista do IPA. Porto Alegre. RS.

Membro do CEPS da ESP/RS

Membro da equipe de pesquisa da ESP/RS

Endereço: Est. Eduardo Prado 695, casa 35. Cavallhada. Porto Alegre. RS. CEP: 91751-000

Fone: 84248209. Email: Maria.machado@metodistadosul.edu.br

Extraído do trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem apresentado em 2010 no Centro Universitário Metodista do IPA