



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ROSÁLIA AMERCÊS DE SOUZA OLIVEIRA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO INFARTO AGUDO
DO MIOCÁRDIO EM MULHERES**

ARIQUEMES-RO
2012

Rosália Amércês De Souza Oliveira

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO INFARTO AGUDO
DO MIOCÁRDIO EM MULHERES**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como requisito à obtenção do Grau de Bacharel em enfermagem.

Profª Orientadora: Ms. Damiana Guedes da Silva

ARIQUEMES-RO
2012

Rosália Amércês de Souza Oliveira

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM MULHERES

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA como requisito à obtenção do Grau de Bacharel em enfermagem.

Profª Orientadora: Ms. Damiana Guedes da Silva

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª. Orientadora: Ms. Damiana Guedes da Silva
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

Profª. Ms. Mônica Fernandes Freiberger
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

Profº. Esp. Leandro Jose Ramos
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

Ariquemes, 13 de novembro de 2012



Dedico

Esse trabalho ao meu esposo, Carlos Luiz, aos meus filhos, Nicolas e Karen e aos meus pais, Manoel e Francelina. Meu eterno amor e gratidão a vocês que me apoiaram, me incentivaram e deram-me forças em todos os momentos incondicionalmente.



AGRADECIMENTO

A DEUS por tudo que tem feito na minha vida, pela permissão de ingressar na graduação e concluir.

A minha família, em especial ao meu esposo, Carlos, que de forma carinhosa apoiou-me nos momentos de dificuldades, a meus filhos, Nicolas e Karen, que são uma benção na minha vida.

Aos meus pais, Manoel e Francelina, minha gratidão, pelas orações para que eu pudesse concluir esse curso.

A minha orientadora, Prof^a. Doutouranda Damiana Guedes da Silva, pela sua aprovação e ajuda em cada abordagem do assunto.

A todos que de alguma forma contribuíram para a minha jornada acadêmica, onde mais uma etapa se encerra.



*“Sobre tudo o que se deve guardar,
guarda o teu coração, porque dele
procedem às fontes da vida.”
(Provérbios cap.4, 23).*

RESUMO

A atuação do enfermeiro na prevenção é de fundamental importância para que a incidência do infarto agudo do miocárdio em mulheres seja minimizada e essa atuação não se restringe apenas a um único ambiente, nesse contexto é de grande importância à ampliação de ações e estratégias em saúde, pois os principais fatores de risco envolvidos são modificáveis. Trata-se de pesquisa de revisão de literatura descritiva, exploratória e quantitativa no período de fevereiro de 2012 a outubro de 2012, com o objetivo de enfatizar a importância da atuação do enfermeiro na prevenção do infarto agudo do miocárdio em mulheres. A coleta e análise das referências ocorreu nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e em livros da Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. No percurso metodológico foram encontradas 175 referências e sendo utilizadas 55 dentre as quais 47 (85,4%) em periódicos nacionais, 3 (5%) em inglês, 5 (9%) livros. Observou-se, nesta revisão, que a incidência do infarto na mulher está ocorrendo devido à mudança no estilo de vida, e que tanto a população com potencial de risco quanto os profissionais da saúde não distinguem os sinais e sintomas, o que demonstra a necessidade de capacitação desses profissionais e da população através de estratégias e ações em saúde.

Palavras-chave: Papel do enfermeiro; Promoção de saúde; Infarto do miocárdio.



ABSTRACT

Nurses have a key role in preventing acute myocardial infarction in women and this health practice is not restricted to a single environment, but it also involves increasing health measures and strategies to prevent it, because there are several variable major risk factors on it. This is a descriptive, exploratory, and quantitative secondary data research review conducted between February and October 2012, aiming to enhance the role of the nurse in prevention of women myocardial infarction. The data collection and analysis was performed by searching the Virtual Health Library (VHL) and a book by Julio Banz, Faculty of education and environment-FAEMA. In this methodological, I was able to find 175 references and effectively used 55 among of which 47 (85.4%) from national journals, 3 (5%) in English, and 5 (9%) books. Based on this research results, I observed that the incidence rate of heart attacks in women is mostly related to the their lifestyle and that both the risk population and health professionals do not distinguish the signs and symptoms, which indicates a need for training of those professionals and the population in general by supporting and enforcing health strategies and actions.

Keywords: Role of nurses; Health enhancement; Myocardial infarction.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Detalhamento metodológico.....	14
Tabela 2– Sinais e sintomas do infarto agudo do miocárdio	21
Tabela 3– Principais fatores não modificáveis e modificáveis.....	25
Tabela 4– Perfil de mulheres predisponentes para IAM.....	31
Tabela 5– Papel do enfermeiro na educação em saúde	33
Tabela 6– Classificação dos três níveis de competências do enfermeiro	35
Tabela 7– Os principais cuidados de enfermagem em pacientes com IAM	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANA	Associação Americana de Enfermagem
Art.	Artigo
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CK	Creatinofosfoquinase
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN -RO	Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia
DCV	Doenças Cardiovasculares
Decs	Descritores
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FR	Fator de Risco
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MB	Isoenzima
NAV	Nodo atrioventricular
NSA	Nodo sinoatrial
O ₂	Oxigênio
PA	Pressão Arterial
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 ANATOMIA E FISILOGIA DO CORAÇÃO.....	15
4.1.1 Anatomia do coração	15
4.1.2 Fisiologia do Coração	17
4.1.3 Diferenças estruturais entre os gêneros	19
4.2 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.....	20
4.2.1 Fisiopatologia do Infarto Agudo do Miocárdio	23
4.3 PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA IAM.....	24
4.3.1 Fator de Risco de IAM em Mulheres	27
4.4 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE IAM EM MULHERES	29
4.5 PAPEL DO ENFERMEIRO COMO ORIENTADOR DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	31
4.5.2 O papel do enfermeiro na assistência ao paciente com IAM no setor de urgência e emergência.	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS.....	39

INTRODUÇÃO

O índice de doenças cardiovasculares (DCV) constitui importante causa de mortalidade em todo o mundo, das quais o infarto agudo do miocárdio (IAM) destaca-se como a principal causa de morte entre a população feminina. (PESTANA et al., 2010).

O infarto é caracterizado por necrose no músculo cardíaco devido à diminuição ou ausência de oxigênio. Atualmente é considerada uma problemática, pois atinge a população independente do poder socioeconômico e está entre as principais causas de morte e invalidez, representando um grande desafio para a saúde pública, pelo impacto na economia do país e por suas repercussões na qualidade de vida da população. (CAMPOS, 2011).

Dados do DATASUS mostram que no Brasil, ano de 2008, o número de morte por infarto na população feminina foi de 30.848, em 2009, esse número foi de 31.340, o que certamente poderá determinar influências significativas no modelo assistencial de enfermagem a essa clientela. (BRASIL, 2009a).

Lopes, et al. (2012) enfatizam que através de estudos realizados durante anos chegaram a concluir que todos os pacientes que desenvolveram IAM, tinham algum fator de risco, no entanto os principais fatores encontrados consistem em grupos modificáveis, mostrando a importância de intervenções de saúde pública intensificada onde a atuação do enfermeiro na prevenção é indispensável na realização de estratégias que tornem os indivíduos cooparticipantes nesse processo de reeducação. Segundo Carvalho et al. (2006) o enfermeiro possui conhecimento que permite intervir, capacitar o público, com programas de educação comunitária, realizar orientações sobre a prevenção.

De acordo com Smeltzer et al., (2012), a ideia dessa prática é levar conhecimento sobre os fatores predisponentes para que complicações sejam minimizadas, a incidência diminuída, originando assim a intervenção de enfermagem para alcançar uma melhora na qualidade de vida tornando cidadãos autocrítico em geral, dando ênfase a prevenção primária, secundária que ainda é a melhor forma de tratamento. Justifica-se a elaboração deste trabalho pela percepção da falta de conhecimento da população, quanto aos fatores de risco predisponentes para o IAM

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Enfatizar a importância da atuação do enfermeiro na prevenção do infarto agudo do miocárdio em mulheres.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir o infarto agudo do miocárdio;
- Citar os principais fatores de risco para IAM em mulheres;
- Elencar dados epidemiológicos relacionados com IAM em mulheres;
- Contextualizar o papel do enfermeiro como orientador da educação em saúde.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, de caráter descritivo, exploratório e quantitativo.

A revisão sistemática da literatura consiste em uma revisão planejada, que responde a uma pergunta específica, utiliza métodos explícitos e sistemáticos, para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos, diminuindo, portanto, o viés na seleção destes, permitindo sintetizar estudos sobre problemas relevantes de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico. (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004).

Contribuindo para o apontamento de lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. (MENDES; SILVERIA; GALVÃO, 2008).

Neste estudo, utilizou-se a análise descritiva, onde foi calculada a frequência absoluta e relativa dos dados, fundamentada em autores e a questão norteadora elaborada para a seleção dos artigos do estudo foi: Qual a importância da atuação do enfermeiro no infarto agudo do miocárdio?

O levantamento das publicações foi realizado no mês de fevereiro a outubro de 2012, deu-se por consulta às bases de dados indexadas, a saber: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Os descritores utilizados foram: Papel do Enfermeiro; Promoção de saúde; Infarto Agudo do Miocárdio.

Não esgotando as buscas também foram utilizados Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e livros da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

O delineamento dos referenciais compreendeu entre 1992 a 2012, onde foram incluídos os estudos disponíveis na íntegra que evidenciam a atuação do enfermeiro na prevenção do infarto, publicadas na língua portuguesa e inglesa, em periódicos nacionais e internacionais, sem estabelecimento de intervalo temporal. Após a leitura dos artigos, foram excluídos os que não guardavam relação com a temática estudada e/ ou que não atendiam aos critérios de inclusão anteriormente descritos.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento para garantir a transcrição dos seguintes itens: base de dados pesquisados ou biblioteca, descritores (Decs), quantidade de artigos encontrados, quantidade de artigos utilizados, ano de

publicação dos artigos utilizados, idioma e percentual, com o objetivo de garantir o desenvolvimento da revisão com rigor metodológico, utilizando-se o critério para análise de comunicações científicas, com base nos conceitos para análise de conteúdo.

A Tabela 1 mostra o detalhamento metodológico de coleta de dados, onde foram encontradas 175 referências e sendo utilizadas 55 dentre as quais se dividem nas seguintes categorias: 47 (85,4%) em periódicos nacionais, 03 (5%) em inglês e 05 (9%) em livros.

Após o levantamento dos dados, foi realizada a análise descritiva, onde foi calculada a frequência absoluta e relativa dos dados, fundamentada em autores.

Tabela 1 – Detalhamento metodológico

BASE DE DADOS PESQUISADA OU BIBLIOTECA	DECS	QUANT. DE ARTIGOS ENCONTRADOS	QUANT. DE ARTIGOS UTILIZADOS	ANO DE PUBLICAÇÃO DOS ARTIGOS UTILIZADOS	IDIOMA	%
BVS	Papel do enfermeiro	42	4	1992-2012	PT	7,2%
	Promoção de saúde	13	4	1992-2012	PT* IN*	7,2%
	Infarto do miocárdio	120	6	1997-2009	PT*	11,5%
Google acadêmico		-	28	2003-2012	PT*	51%
Biblioteca Júlio Bordignon		-	5	1999-2011	PT*	9%
Acervo pessoal		-	8	2004-2012	PT*	14%
Total		175	55	-	-	100%

Fonte: Instrumento adaptado de GUEDES-SILVA, 2011. LEGENDA: Português (PT*); Inglês (IN*)

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO CORAÇÃO

Para que possamos ter uma compreensão sobre como ocorre o infarto agudo do miocárdio (IAM), o assunto será subdividido em: estrutura do coração e as funções desempenhadas por esse órgão.

4.1.1 Anatomia do coração

O Coração é um órgão muscular oco, localizado no centro da cavidade torácica e repousa sobre o diafragma. (SMELTZER et al., 2009, p. 656).

Segundo Dangelo & Fanttini (2011, p. 126) o coração é de forma cônica ou de pirâmide triangular, castanho-avermelhado, com cavidades, protegido e envolvido pelo pericárdio, seu peso varia de 280 a 300 gramas, porém pode ser influenciado pela idade, sexo, peso corporal, extensão de exercícios físicos e doenças cardíacas.

Para Dangelo e Fanttini (2011, p. 126) o coração é constituído por três camadas: endocárdio; miocárdio e o epicárdio, das quais o miocárdio representa sua maior parte. Para melhor inferência estão destacados a seguir quanto sua localização:

- Endocárdico: reveste o interior e as válvulas;
- Miocárdico: camada do meio constituída por fibras musculares, responsável pela ação de bombeamento;
- Epicárdico: camada externa do coração.

Guyton (2008, p. 77), nos leva a compreender que o coração internamente consiste em duas bombas direita e esquerda, constituídas por um átrio e um ventrículo, na parte direita, sangue dexogenado e na esquerda, sangue oxigenado, com cavidades que se comunicam por meio de válvulas que abrem e fecham, em resposta das derivações e alterações da pressão exercida através do movimento do sangue.

Segundo Silverthorn (2003, p. 415), o sangue flui no coração em um único sentido, processo garantido pelas válvulas cardíacas que se divide em dois conjuntos de válvulas:

- Válvulas Atrio-ventriculares são as que fazem separação entre os átrios e os ventrículos, apesar de pertencerem ao mesmo conjunto não são idênticas, pois a que separa o átrio direito do ventrículo direito é composta por três folhetos denominada valva atrioventricular tricúspide, já a valva localizada entre o átrio esquerdo e o ventrículo esquerdo apresenta-se apenas com dois folhetos, o qual recebe o nome de valva atrioventricular bicúspide ou valva mitral.
- Válvulas Semilunares situam-se na abertura dos ventrículos, comunicando-se com as artérias, aorta e o tronco pulmonar, evitam o refluxo do sangue bombeado pelo coração quando visualizadas em corte, apresentam-se em forma de lua crescente, compostas por três folhetos semelhantes às taças, referidas de acordo com sua localização como válvula aorta e a válvula pulmonar.

Conforme Smeltzer et al. (2009, p.658) as cordas tendíneas são estruturas adicionais, que possuem feixes finos e fibrosos, que se ligam dos folhetos até aos músculos papilares e mantêm o fechamento das válvulas. Conforme Figura 1.

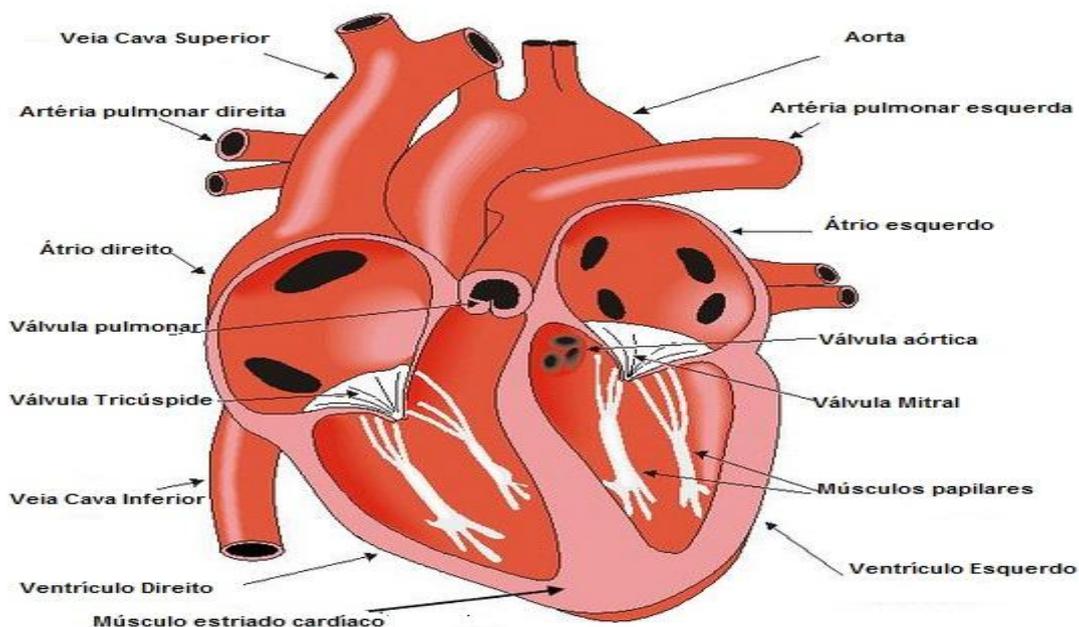


Figura 1 – Anatomia do coração

Fonte: Google Imagens, (2012)

É importante salientar que o sistema cardiovascular, do qual o coração participa ativamente é formado pelo: coração, vasos (artérias, veias e capilares), os vasos em sua estrutura possuem três camadas: túnica íntima, túnica média e túnica adventícia, classificados quanto ao seu calibre: grande, médio e pequeno, eles permitem o transporte do sangue, a distribuição de nutrientes, gases, oxigênio e hormônios para as células de vários órgãos. (DANGELO; FANTTINI, 2011, p. 134).

Segundo Aires et al. (1999, p. 326) e Dangelo & Fanttini (2011, p. 134), o sistema cardiovascular consiste na passagem do sangue através do coração e dos vasos, isso ocorre através de fluxos sanguíneos, dos quais inclui dois ciclos:

- Pulmonar inicia-se no ventrículo direito e impulsiona o sangue venoso, para artéria pulmonar, na direção dos pulmões, local onde ocorre a hematose, logo após o sangue arterial regressa ao coração pelas veias pulmonares, adentrando pelo átrio esquerdo e depois ao ventrículo esquerdo.
- Sistêmico começa no ventrículo esquerdo, impulsiona o sangue para a artéria aorta a qual transporta o sangue para todo o corpo, por possuir várias ramificações e bifurcações.

Silverthorn (2003, p. 406) acrescenta ainda, que da artéria aorta saem artérias coronárias, direita e esquerda, que circundam a parte externa do coração, ramificam e irrigam o próprio músculo cardíaco. Conforme Smeltzer et al. (2009, p. 658) o coração consome de 70 a 80% do oxigênio e os demais órgãos extraem em média 25%, caracterizando necessidade maior de oxigênio neste “nobre” órgão.

4.1.2 Fisiologia do Coração

O miocárdio é a camada muscular média das paredes atriais e ventriculares, composto por células especializadas, chamadas de miócitos, seu padrão sequencial e rítmico da contração, denominam-se sístole, seguido pelo período de relaxamento denominado diástole, o padrão cíclico de contração é controlado pelo sistema de condução cardíaco que gera e transmite impulsos elétricos e também proporcionam uma sincronização, por meio das células nodais e as células de purkinje, células que segundo Smeltzer et al. (2009, p. 659) possuem:

- Automaticidade: capaz de iniciar impulso elétrico;
- Excitabilidade: responde a impulso elétrico;

- Condutividade: transmite impulso elétrico de uma célula para outra; desse modo à primeira estimulação de contração ocorre nos átrios e logo em seguida nos ventrículos, essa sincronização permite o enchimento completo dos ventrículos antes da ejeção ventricular.

Segundo Aires (1999, p. 331), o nodo sinoatrial (NSA), localiza-se na junção da veia cava superior com o átrio direito, sendo considerado o principal marcapasso do coração, composto por células nodais tanto o NSA quanto o nodo atrioventricular (NAV).

O NAV coordena os impulsos elétricos que chega dos átrios, depois de um discreto retardo, retransmite o impulso para os ventrículos, impulsos que são conduzidos através de um feixe de tecido condutor denominado por Feixe de His, dividindo-se em ramos direito, transmitindo impulsos para o ventrículo direito, o ramo esquerdo conduz impulsos para ventrículo esquerdo. (GUYTON, 2006, p. 79).

Smeltzer et al. (2009, p. 659) descreve que a estimulação das células funcionais cardíacas acontece devido à troca de partículas, eletricamente chamadas de íons: sódio, potássio e cálcio. O sódio penetra rapidamente na célula através dos canais de sódio rápido, entretanto cálcio penetra na célula pelos canais de cálcio lentos. O sódio é o principal íon extracelular e o potássio é o íon primário intracelular o que significa nessa diferença no interior da célula carga negativa, no exterior da célula carga positiva, alterando durante a estimulação celular, quando o sódio ou cálcio cruza a membrana celular para dentro da célula e os íons potássio saem para o espaço extracelular, essa troca cria um espaço intracelular positivamente carregado e um espaço extracelular negativamente carregado que caracteriza o período conhecido, como despolarização.

Quando a despolarização está completa, ocorre à troca de íons retornando ao seu estado de repouso, denominado repolarização, esse ciclo de despolarização e repolarização, é chamado de potencial de ação cardíaco, o qual se divide em cinco fases:

- Fase 0: despolarização celular;
- Fase 1: repolarização celular precoce, quando o potássio sai para o espaço intracelular;
- Fase 2: platô, repolarização com velocidade lentífica, quando o íons cálcio entram no espaço intracelular;

- Fase 3: marca o término da repolarização e o retorno da célula para o seu estado de repouso;
- Fase 4: repouso antes da próxima despolarização.

Desse modo ocorre a contração do músculo miocárdio e permite a ejeção do sangue para a circulação sistêmica, permitindo nutrientes a outros órgãos.

4.1.3 Diferenças estruturais entre os gêneros

As diferenças estruturais existentes entre o coração do homem e da mulher apresentam implicações significativas. O coração de uma mulher é menor e com isso pesa menos, as artérias são mais finas e tortuosas, desse modo caracteriza maior facilidade para obstrução, torna-se mais difícil o procedimento com o cateterismo cardíaco e a angioplastia, e as complicações pós-procedimento acontecem mais em mulheres do que em homens. (SMELTZER et al., 2009, p.662).

Outra diferença seria na distribuição dos nervos no organismo, pois nas mulheres ramificam-se para as costas e para barriga, enquanto que nos homens irradiam para o peito. (SANTOS, Raul, 2012).

Em 2012, A revista Veja publicou um estudo realizado em 1600 hospitais dos Estados Unidos (EUA), baseado em quase 1.200.000 (um milhão e duzentos mil), prontuário de pacientes, mostrou que o gênero feminino sofre com o infarto silencioso, em quase metade das mulheres o infarto gera pouco desconforto, atingindo: costa, estômago e mandíbula, diferente dos sintomas clássicos em homens que são dor no peito, os sinais e sintomas disfarçados podem subestimar o problema adiando o diagnóstico e conseqüentemente o tratamento. (VEJA, 2012).

Talvez isso explique a ocorrência de morte por IAM, ocorrido entre as mulheres, com probabilidade de 50% enquanto que para os homens a chance é de 30%, esse valor aumenta assustadoramente quando a mulher perde a proteção natural do estrogênio. (SANTOS, Edmar, 2012).

As doenças cardiovasculares é a primeira causa de morte no Brasil responsável por 32% de todos os óbitos e a terceira causa de internações no país e mesmo com os avanços terapêuticos o IAM prevalece com altas taxas de mortalidade. (PESARO; SERRANO JR; NICOLAU, 2004).

Estatísticas oficiais de mortalidade no país mostram que as mulheres brasileiras apresentam elevado risco de morte, na faixa etária entre 45 a 65 anos, ou seja, em plena fase produtiva para o mercado de trabalho. (SILVA; MARQUES, 2007). Desse modo, a saúde cardiovascular da mulher é uma questão merecedora de atenção, pois ela enfrenta uma sobrecarga domiciliar e profissional o que acarreta um impacto na sua saúde, desencadeando adoecimento precoce. (ASSIS, 2009).

4.2 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

O IAM é considerado uma síndrome isquêmica miocárdica, caracterizada pela ocorrência de necrose ao miocárdio decorrente da diminuição de oxigenação, geralmente causado pelo fluxo sanguíneo, reduzido em uma das artérias coronarianas, por ruptura de uma placa aterosclerótica e a subsequente oclusão da artéria por um trombo. (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2005, p. 604).

Quanto aos sinais e sintomas do IAM, conforme descrevem alguns autores, os pacientes podem apresentar-se com diversas alterações. (PESARO; SERRANO JR; NICOLAU, 2004); (SMELTZER et al., 2009, p. 741) & (SILVA; MARQUES, 2007). Conforme Tabela 2.

Tabela 2: Sinais e sintomas do infarto agudo do miocárdio

Sistema	Sinais e sintomas
Neurológico	Ansiedade, inquietação, vertigem.
Tegumentar	Pele fria, pegajosa, sudorese e palidez.
Cardiovascular:	Desconforto torácico, palpitações, pressão arterial (PA) elevada ou diminuída, taquicardia, bradicardia e arritmias.
Respiratórios	Dispneia e taquipnéia.
Gastrointestinal	Náuseas, vômitos e epigastralgia.
Geniturinários	Oligúria.
Membros superiores e inferiores	Dor, que pode irradiar do peito para os ombros, pescoço ou braços e sensação de astenia.
Psicológicos:	Medo da morte ou nega que algo está errado.

Fonte: Smeltzer et al. (2009, p. 741), adaptado por OLIVEIRA; GUEDES-SILVA, 2012

As manifestações do IAM podem apresentar-se em muitas pessoas, contudo aparecem também como manifestações atípicas, casos com total ausência de dor “infarto silencioso” ou surgimento de dores em locais fora do tórax, ombros, dorso e pescoço. Casos que dificultam o diagnóstico. (BEZERRA Alaine; BEZERRA, Alanderson; BRASILEIRO, 2011).

De acordo com Damasceno e Mussi (2010), os diagnósticos consistem na tríade: manifestação clínica que gera desconforto torácico, eletrocardiograma (ECG), exame de creatinofosfoquinase isoenzima (CK-MB), enzimas específicas das células cardíacas encontradas no sangue.

O objetivo do tratamento consiste em minimizar o comprometimento miocárdico, preservar a função e diminuir riscos para complicações, metas que podem ser alcançadas com uso de medicamentos trombolíticos, administração de oxigênio (O₂) e repouso no leito. (SMELTZER, et al., 2009, p.743).

Wittzinski (2012) enfatiza que o surgimento de novas tecnologias como unidades coronarianas, que realizam implante de uma prótese autóloga safena

(ponte de safena), agentes fibrinolíticos, aspirina, betabloqueadores e angioplastia coronária primária vêm sendo utilizados como fonte de tratamento.

Para Lemos et al. (2008) o IAM é uma patologia que representa um problema de saúde pública, não apenas, por sua morbimortalidade, mas por seu impacto econômico e suas repercussões na qualidade de vida, pois desenvolve ruptura com a vida cotidiana.

A ocorrência do IAM pode desenvolver disfunções cardíacas que comprometem o dia a dia do indivíduo, conforme Kumar, Abbas e Fausto (2005), a isquemia intensa com durabilidade de 20 a 40 minutos causa lesão irreversível, relata ainda que quase três quartos dos pacientes após o infarto desenvolvem alguns tipos de disfunções cardíacas, que trazem complicações crônicas que segundo Mussi (2004), essas complicações pioram ainda mais o quadro clínico do paciente e torna o momento agravante, das quais podem variar em:

- Insuficiência cardíaca: incapacidade de bombear o sangue para atender a demanda de nutrientes;
- Disfunção contrátil: anormalidade na sua função (dispneia, edema pulmonar);
- Arritmias: distúrbios de contratilidade miocárdica (taquicardia, bradicardia);
- Ruptura do miocárdio: enfraquecimento mecânico;
- Pericardite: manifestação epicárdica da inflamação miocárdica subjacente;
- Infarto ventricular direito: acompanha a lesão do ventrículo esquerdo;
- Extensão da área de infarto: uma nova área de necrose pode se estender;
- Expansão da área do miocárdio: estiramento e dilatação da região do infarto;
- Trombo mural: estimula a trombose;
- Aneurisma ventricular: forma uma grande extensão de tecido cicatrizado;
- Disfunção dos músculos papilares: regurgitação mitral e dilatação ventricular.

Por esses motivos é que o atendimento a um infartado é sempre uma amostra de agilidade, os protocolos recentes preconizam que os exames e o tratamento devem ser iniciados na primeira hora, no jargão dos médicos “à hora de ouro”. O índice de pacientes recuperados sem sequelas nesse período chega a 75%, três horas depois esse índice cai para 25%, ressalta ainda, que a mulher leva em média três horas para procurar ajuda e quando procura recebe diagnóstico equivocado, como a falta de ar, epigastralgia e outros, pois muitas ao dizer o que está sentindo cita o mal estar como gastrite. (VEJA, 2012).

4.2.1 Fisiopatologia do Infarto Agudo do Miocárdio

De acordo com Gold et al. (2012), o acúmulo de lipídios ou gorduras na parede da artéria diminui o lúmen do vaso, desse modo reduzindo o fluxo sanguíneo para o miocárdio. Ele descreve em seu estudo que a aterosclerose é uma resposta inflamatória recorrente da lesão do endotélio vascular, imediatamente desencadeia alterações na propriedade estrutural e bioquímicas.

Smeltzer et al. (2009, p. 729) enfatiza que a lesão pode iniciar devido a vários fatores, essas lesões propiciam a atração das células inflamatórias, incluindo os macrófagos que infiltram no endotélio vascular lesionado.

Para Guyton (2006), ao ingerir lipídios os macrófagos liberam substâncias bioquímicas chamadas de células espumosas, seduzindo assim as plaquetas que originam processo de coagulação, ao ser encapsulado o lipídio e o infiltrado inflamatório proporcionam origem ao ateroma ou placas, levando ao estreitamento e subsequente oclusão do vaso, desencadeando o infarto agudo do miocárdio. conforme Figura 2.

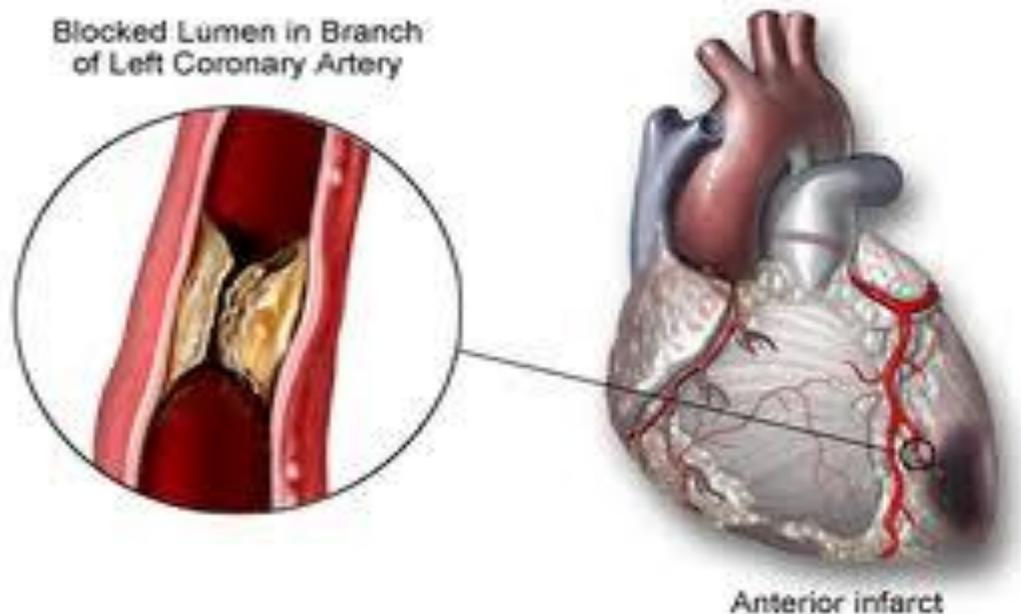


Figura 2 – Artéria coronária com bloqueio do lúmen

Fonte: Google Imagens, (2012)

Scherer et al. (2011), destacam a aterosclerose como principal causa subjacente do IAM, reforça ainda que existem alguns fatores que predispõe e influenciam no desenvolvimento acentuado da aterosclerose, tais como a idade, sexo, genética, hipertensão arterial, tabagismo, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, sedentarismo, obesidade e estresse.

De acordo com Kumar, Abbas e Fausto (2005), o IAM quanto a sua espessura pode ser classificado em dois tipos:

Transmural: a lesão estende-se por todas as camadas do músculo miocárdio, ou seja, a necrose envolve toda ou quase toda sua espessura afetando a função propulsora do coração;

Subendocárdio: constitui uma área limitada de necrose, atinge apenas camadas internas não comprometendo os movimentos cardíacos.

Mussi (2004) sugere que devemos considerar esse evento como uma situação que interfere no cotidiano do indivíduo, pois os sinais e sintomas que atingem a espontaneidade de suas ações geram um impacto na vida do sujeito, além de interferir no equilíbrio, provocando reações como medo da morte e reflexões sobre sua vida, o que fará desenvolver no indivíduo um processo depressivo, ameaçando a integridade do ego e a aparência física. Desse modo destaca-se a importância da atuação do enfermeiro como orientador na educação para prevenção do IAM.

4.3 PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA IAM

Estudos realizados através de trabalhos experimentais e inquéritos epidemiológicos forneceram resultados de que processos de aterosclerose podem ser prevenidos ou delongados em sua progressão, por meio de medidas profiláticas, possibilidade que ocorre em decorrência do combate aos denominados fatores de risco. (SILVA; MARQUES, 2007). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) resultados relatam que aproximadamente 75% das doenças cardiovascular podem ser atribuídas a fatores de risco (FR) conhecidos.

Esse termo “fator de risco” surgiu pela primeira vez quando divulgaram os achados de Framingham Heart Study, em 1961, estudo pioneiro realizado com a finalidade de identificar FR para doença artéria coronariana (DAC), desde então

passaram a valorizar os fatores de risco que cada vez mais compõem o cotidiano da população brasileira. (COLOMBO; AGUILLAR, 1997).

Campos (2011), também realça a ideia da progressão para IAM, como um caso que está relacionado com a presença de fatores de risco, onde mudanças no estilo de vida podem diminuir essa incidência, esses fatores ilustrados na tabela 2 podem ser classificados como não modificáveis e modificáveis, dos quais para melhor compreensão será esclarecido.

- Não modificáveis, consistem em circunstância a qual uma pessoa não tem influência;
- Modificáveis são aqueles sobre qual o paciente e a equipe de saúde podem atuar e influenciar, como alterar um estilo de vida, hábitos pessoais ou usar um medicamento. Conforme tabela

Tabela 3- Principais fatores não modificáveis e modificáveis

Não modificáveis	Modificáveis
História familiar	Hiperlipidemia
Idade	Tabagismo
Sexo	Hipertensão arterial
Vasoespasma	Diabetes mellitus
Raça	Obesidade
	Sedentarismo
	Depressão e stress

Fonte: Bortolotti et al. (2009), adaptado por OLIVEIRA; GUEDES-SILVA, 2012

Neste contexto, os fatores de risco mais acometidos encontrados, foram os modificáveis dos quais confirmado também através de um estudo realizado por Scherer et al. (2011), com onze pessoas com os seguintes itens para inclusão, participar voluntariamente, ter sofrido infarto, com idade > 18 anos e < 45 anos para homens, >18 anos e < 55 anos para mulheres e não apresentar déficit cognitivo. Obtiveram-se os seguintes resultados como fatores de risco modificáveis como pode observar através do Gráfico1 os mais referidos pelos entrevistados.

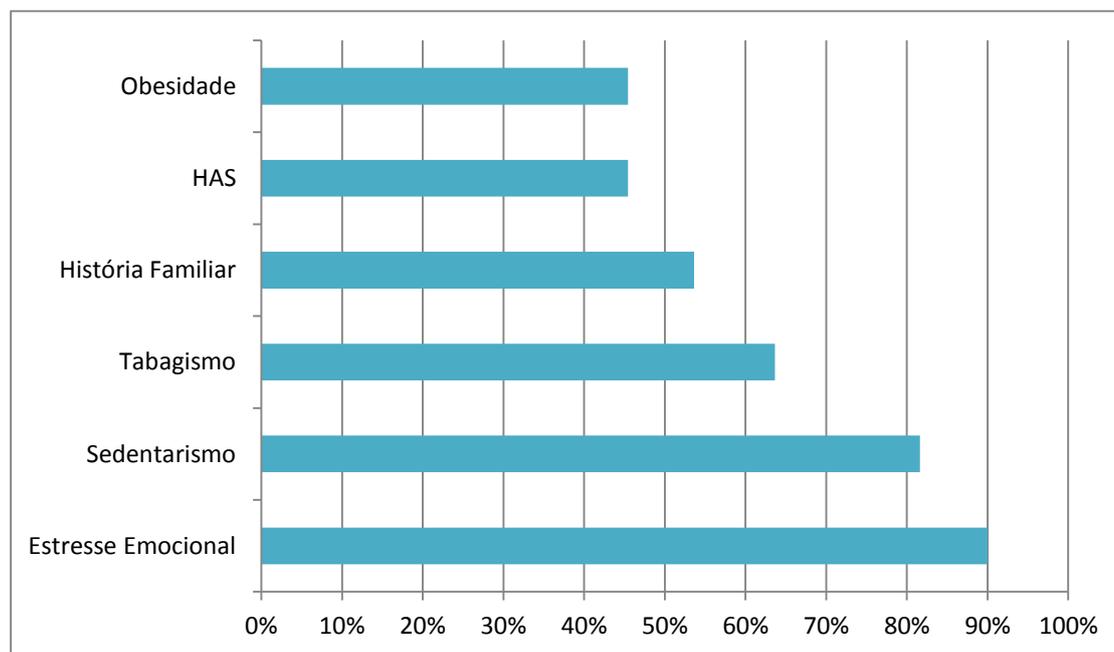


Gráfico 1. Fatores de risco referidos pelos entrevistados

Fonte: Sherer et al. (2009)

Neste gráfico, como podemos observar que dos onze entrevistados 90% relataram estresse emocional, 81,63% consideravam-se sedentários, 63,63% eram tabagista, 53,63% relataram história familiar de doenças cardiovascular, 45,45% relataram ser hipertensos, 45,45% consideravam-se obesos, ou seja, em sua maioria fatores passíveis de modificações, pois podem sofrer intervenções em sua trajetória, portanto com a atuação do enfermeiro na prevenção, a probabilidade de ocorrência de IAM pode ser reduzida e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida dos pacientes. (SHERER et al., 2009).

Campos (2011), também enfatiza que a diminuição desse evento da doença cardíaca, particularmente do infarto agudo do miocárdio depende da mudança no estilo de vida, pois os principais fatores de risco aqui relacionados são modificáveis.

Considerando o exposto, evidencia-se a necessidade de medidas de intervenções para prevenção e redução dos fatores de riscos. A precariedade de informações relacionadas à forma de controle dos fatores faz com que os portadores acreditem apenas no uso de medicamentos, sendo que em muitos casos as orientações poderiam contribuir para mudança do estilo de vida e controle dos seus agravos à saúde. (BORTOLOTTI et al., (2009).

4.3.1 Fator de Risco de IAM em Mulheres

De acordo com Scherr e Ribeiro (2009), as transformações econômicas, a urbanização e a industrialização trouxeram consigo grandes transformações no padrão de vida que podem provocar incidência para doenças cardíacas dos quais estão diretamente relacionadas aos fatores de risco como aumento do uso do tabaco entre as mulheres, alimentação pouco saudável, estresse e sedentarismo.

Para Varela, Salema e Bortilotti (2007), são possíveis que outros fatores colaborem para o aumento expressivo da mortalidade do sexo feminino, como: fatores biológicos, psicossociais e comportamentais, dentre essas variáveis poderiam ser abarcadas, o nível socioeconômico, comportamento do paciente na busca de cuidados especializados, frequência de detecção e tratamento de doenças associadas.

No entanto, dentre os fatores de riscos mais citados na literatura que potencializam a doença cardíaca IAM, destacam-se o estresse emocional, sedentarismo, tabagismo, hipertensão arterial e obesidade, visto que são fatores que propiciam e modificam a função metabólica capaz de desencadear outras patologias crônicas. (VARELA; SALEMA; BARTILOTTI, 2007).

Neste contexto, abordaremos os fatores de risco dos quais foram os mais citados na literatura estudada: obesidade, estresse, sedentarismo e tabagismo. (BORTOLOTTI et al., 2009); (LOPES et al., 2012); (ALVES; FRÁGUAS; WAJNGARTEN, 2008); (ASSIS et al., 2009); (WITZINSKI, 2012); (VARELA; SALEMA; BARTILOTTI, 2007); (WESCHENFELDER; GUE, 2012); (CAMPOS, 2011).

A obesidade vem aumentando em todo mundo, segundo Assis et al. (2009) isso ocorre devido à ingestão de alimentos calóricos, dietas pouco saudáveis e mudanças no padrão de vida.

A partir de 1970, houve um aumento considerável da obesidade e sobrepeso na população Brasileira, problema que atinge 40% da população das capitais, entretanto a obesidade tem maior prevalência no sexo feminino. A obesidade abdominal aumenta o risco de doenças cardiovascular na mulher. (DIAS; HEEREN; ANGELIS, 2008).

De acordo com Smeltzer et al. (2009), devemos considerar, que conforme o aumento do peso, ocorre também o acréscimo dos níveis de gordura no sangue

(colesterol e triglicérides), de glicemia e elevação da pressão sanguínea, que proporcionara a sequência de várias patologias crônicas, que acarreta uma predisposição ao IAM.

Outro fator perturbador analisado foi o estresse, que de acordo com Caetano et al., (2007), períodos extensos ao estresse aumentam a liberação de adrenalina, que acelera o ritmo cardíaco, desencadeando a contração das artérias e favorecendo a formação de coágulos, portanto o IAM acontece.

Já Alves, Fraguas e Wajngarten (2008), nos levam a compreender que o nível de estresse aumentado, pode ampliar o quadro clínico para depressão e que a mesma pode trazer de forma direta ou indiretamente um impacto negativo cardiovascular incluindo a ocorrência do infarto do miocárdio. Segundo Lemos et al. (2008), afirma que em 2020 as duas principais causas de morte serão a depressão e as DAC, de modo inclusivo o IAM.

De acordo com Vasconcelos (2007), a depressão é avaliada como uma variedade de distúrbios psíquicos que apresenta como diferentes sintomatologias, curso e gravidade variáveis, interferem no equilíbrio de todo o corpo, provocando mudança e reações fisiológicas o que facilita o aparecimento de doenças precoces, se não tratada, aumenta sensivelmente a morbidade e mortalidade.

Lemos et al. (2008) faz menção da depressão como sendo condição mais debilitante e dispendiosa no contexto da saúde, devido seu impacto na qualidade de vida.

O Sedentarismo também influencia para ocorrência do IAM, porque predispõe a diminuição do volume máximo de oxigênio favorecendo a hemoconcentração, aumentando a frequência cardíaca e os casos de trombose venosa profunda é maior em indivíduos sedentários. (SANTOS, Jacqueline et al., 2010).

Segundo Varela, Salema e Bartilotti (2007), a prática de atividades físicas promove bem estar, restringe os níveis de estresse e serve de fonte de prazer de intervenções terapêuticas, tanto na prevenção quanto na reabilitação de doenças cardiovascular e fisiológicas.

O Tabagismo: hábito que vem reduzindo entre os homens e aumentando entre as mulheres, se as tendências da atualidade permanecerem, o número de mulheres fumantes deverá exceder a de homens, realça ainda que entre as mulheres a preocupação de engordar causa maior dificuldade para abandonar o vício. (SILVA; MARQUES, 2007).

Segundo Parmet (2008), uma pessoa fumante tem maior incidência de doença cardiovascular, abrangendo um aumento de 10 vezes no risco de morte súbita, pois o produto químico do tabaco é uma substância tóxica, capaz de reduzir a lipoproteína (bom colesterol), processo que amplia a probabilidade de placas, risco de trombose, acrescentando o progresso para infarto agudo do miocárdio que na mulher fumante esse risco é o dobro do de um homem com mesmo vício.

O infarto exerce grande impacto na vida das pessoas, interrompe e fragmentam interações que proporcionam sentido a vida, relação com a família, atividade e ações são substituídas por um único pensamento o medo da morte, sem dúvida não há outro meio de evitar esse evento a não ser pela prevenção, que pode acontecer em diversos níveis, primário, secundário e terciário, nos quais a enfermagem tem importante papel a desempenhar. (MUSSI, 2004).

E o estudo acima relatado dos fatores de riscos e o perfil de mulheres predisponentes podem iluminar a ação possível e desejável de prevenção.

4.4 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE IAM EM MULHERES

O índice de Doenças Cardiovascular (DCV) constitui importante causa de mortalidade em todo mundo, o infarto agudo do miocárdio vem mantendo elevado índice entre a população feminina. (PESTANA et al., 2010).

Para Silva e Marques (2007), o ingresso da mulher no mercado de trabalho, embora tenha trazido muitas conquistas como novos espaços profissionais e melhores salários, mas adquiriram hábitos ruins da vida moderna, acrescentam que tais mudanças no comportamento feminino trouxeram também agravos à saúde que até então não eram encontrados entre as mulheres.

Varela, Salema e Bartilotti (2007) mostram que além da mulher exercer sua atividade profissional como provedora do lar, tem também uma jornada de trabalho como dona de casa o que estende por longas jornadas de afazeres, contribuindo assim para gerar situações de estresse emocional, enfatiza ainda que as mulheres têm sido acometidas pelo IAM antes mesmo de ingressar na menopausa, ou seja, atingindo uma população cada vez mais jovem.

Segundo Ortiz (2003), a população feminina ainda tem a ideia que a doença cardíaca é um problema de homem, o autor realça ainda que a proporção do infarto

antes era de nove homens para uma mulher, agora o infarto atinge seis homens para quatro mulheres, ressalta o presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). (ORTIZ, 2003).

Segundo Kumar, Abbas e Fausto (2005), nos Estados Unidos cerca de 1,5 milhões de pessoas sofrem com IAM e 250.000 dessas pessoas morrem a cada ano de ataque cardíaco antes de serem hospitalizadas. Já Smeltzer et al. (2009. p. 740), relata que nos Estados Unidos, quase 900.000 pessoas apresentam infarto agudo do miocárdio, um quarto dessas pessoas morrem antes mesmo de chegarem a um hospital.

No Brasil os dados de óbitos por mortalidade cardíaca é de 76.383 por ano, sendo 31.340 do sexo feminino, ocorreram 91.970 internações em 2009 um custo de R\$165.461.644,33 para os cofres públicos. (BRASIL, 2009a); (BRASIL, 2009b);

O número de mulheres vítimas fatais do IAM, chegam a 50% maior que os dados ocorridos nos homens, o autor acrescenta que todos os anos morrem 31000 brasileiras de infarto, destaca ser o triplo das mortes por câncer de mama. (KALIL, 2012).

Dados do DATASUS mostram que o infarto esta matando mais que o câncer de mama entre as mulheres e que em cada duas mulheres uma morre por IAM ou acidente vascular encefálico (AVE), ocorrências que ultrapassam todos os tipos de neoplasias combinados. (BRASIL, 2009b).

O aumento do índice de mulheres infartadas pode ser explicado pelo fato de que a menopausa é um fator causal, onde após a menopausa apresenta uma queda no estrógeno, hormônio feminino que entre tantas funções, mantém os teores de lipoproteínas de alta densidade (HDL), bom colesterol, responsável por manter as artérias livres de aterosclerose. (SILVA; MARQUES, 2007).

Embora o risco cardíaco aumente de duas a três vezes após a menopausa, o estilo de vida antes dessa fase pode, da mesma forma, levar ao infarto, onde analisando seus indicadores epidemiológicos das doenças cardiovasculares consideravelmente o IAM hoje é encarado como um problema de saúde pública. (ORTIZ, 2003).

De acordo com Assis et al. (2009) o perfil de mulheres predisponentes para IAM, através de um estudo realizado com 102 mulheres foram identificados. Conforme tabela 4:

Tabela 4- Perfil de mulheres predisponente para IAM

Perfil de mulheres	Porcentagem
Não praticavam exercícios físicos	68,18%
Consideraram-se estressadas	54,55%
Relataram história familiar DC	72,73%,
Circunferência abdominal; = ou > 88 cm	59,09%
Índice de massa corpórea (IMC), 25 a 29,9	39,39%,
Colesterol	59,09%
Menopausa	62,12%
Ingerir bebida alcoólica	19,70%
Diabetes mellitus	18,18%

Fonte: (ASSIS et al., 2009), adaptada por OLIVEIRA; GUEDES-SILVA, 2012

Portanto a diminuição da doença coronária, particularmente o infarto agudo do miocárdio, pode ser iniciada pela redução dos fatores de risco e mudança no estilo de vida. (CAMPOS, 2011). Kumar, Abbas e Fausto (2005) sugerem para quem nunca sofreu um infarto, o meio de prevenção é a primária, onde o indivíduo realiza o controle dos fatores de risco.

Diante dos resultados de uma pesquisa realizada por médicos ingleses, mostra que entre as mulheres que sofrem infarto agudo, as mortes ocorrem três vezes mais que nos homens nas mesmas condições. (SILVA; MARQUES, 2007).

Desse modo, demonstra à importância dos profissionais que prestam atendimento à saúde, além de orientar a comunidade, organizar treinamento ao público leigo e realizar educação em saúde, deve capacitar-se para atuar com competência técnica científica e ética sempre tendo uma visão holística na assistência. (BEZERRA, Elaine; BEZERRA, Alanderson; BRASILEIRO, 2011).

4.5 PAPEL DO ENFERMEIRO COMO ORIENTADOR DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A formação e prática do profissional de enfermagem tiveram início em 1860 na Inglaterra, através de Florence Nightingale¹, ao longo do tempo vem constituindo como ciência na área da saúde. (SANTOS, Tânia; HADDAD, 2011).

¹ Enfermeira britânica acreditava que Deus a havia chamado pra ser uma enfermeira.

Souza, Wegner e Gorini (2007), enfatizam que a enfermagem abrange atividades como o cuidar, o gerenciar e o educar em diferentes panoramas: hospitais, unidades de saúde, ambulatorios, escolas, creches, empresas e domicílios, ainda assim, não se restringem apenas a indivíduos em situação de doença.

Desse modo, a enfermagem é uma profissão que outorga competências e decisões deliberativas, possui diversas formas de atuação na sociedade moderna, tem a seu favor algumas resoluções que foram estabelecidas e firmadas para que o enfermeiro possa desenvolver estratégias de saúde, atuar com segurança e respaldo as quais serão brevemente citadas nos itens a seguir:

De acordo com a resolução COFEN-159/1993 no âmbito de sua atribuição considera que a consulta de enfermagem é um ato exclusivo do enfermeiro, que utiliza métodos científicos para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que venham contribuir de formas primárias, na prevenção de doenças incluindo reabilitação do indivíduo, família e comunidade. (COFEN, 1993).

Na resolução COFEN nº 358/09 art.1º estabelece ainda o método científico da enfermagem como positivo em que o processo de enfermagem deve ser realizado em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorra o cuidado profissional de enfermagem de modo deliberado e sistemático. (COFEN, 2009).

O autor intensifica que atuação do enfermeiro na Estratégia da Saúde da Família (ESF), outorga competências como parte do pressuposto a implementação de um novo modelo em saúde voltada para o indivíduo, família e comunidade e não para doença, afirma ainda que o enfermeiro possui um papel importante na universalização do acesso á saúde, onde através do processo de enfermagem, pode praticar atos objetivando a democratização aos meios promotores de saúde. (BORGES, 2010).

De acordo com Weschenfelder e Gue (2012) é necessário valorizar os novos conceitos em relação ao processo saúde/doença, modificando os padrões biomédicos², onde os usuários sejam participantes ativos no processo educativo, garantindo com isso uma diminuição dos agravos e contribuindo para uma melhora na qualidade de vida. Portanto o profissional enfermeiro tem um papel fundamental

² não leva em conta o papel dos fatores e a prevenção é omitida.

no sistema de saúde (Tabela 5), destacando-se pela sua prática integrativa de uma educação moderna, ao sujeito ter o poder e autonomia de escolher alternativas.

Tabela 5– Papel do enfermeiro como orientador de saúde

CATEGORIA	AÇÕES
ENFERMEIRO	<p>Realizar e Participar de campanhas de sensibilização dos indivíduos, quanto aos fatores de risco e também aos sinais e sintomas;</p> <p>Divulgar as práticas de saúde diária que previne o IAM;</p> <p>Sensibilizar a coletividade quanto à prevenção do infarto agudo do miocárdio;</p> <p>Aconselhar, informar e esclarecer dúvidas;</p> <p>Incentivar o controle da doença e bons hábitos diários.</p>

Fonte: Campos, (2011) adaptada por OLIVEIRA; GUEDES-SILVA, 2012

Silva e Marques (2007) ressaltam que a prevenção amplia-se a indivíduos de todas as faixas etárias, inclusive na infância, realça ainda que nessa fase é mais fácil criar hábitos saudáveis do que corrigir maus hábitos na fase adulta.

Para Mertins (2012), o conhecimento e o controle dos FR para o IAM são fundamentais para diminuir a sua ocorrência, em que a atuação do enfermeiro nesse contexto tem uma importância irrefutável no desenvolvimento de ações em saúde, na detecção precoce, visto que o enfermeiro e sua equipe estão mais próximos da população, o que contribui na elaboração de estratégias de saúde de acordo com a necessidade da comunidade. (MERTINS, 2012).

4.5.2 O papel do enfermeiro na assistência ao paciente com IAM no setor de urgência e emergência.

Em 2002 o Ministério da Saúde estabelece através da portaria 2048/GM que o pronto socorro é um local de saúde destinado a prestar assistência à doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato, e

que funcione durante às 24 horas do dia e dispõe de leitos apenas de observação. (BRASIL, 2002).

Nesta portaria estabelece ainda no parágrafo 1º como diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência a criação de núcleos de educação e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos nessa área. (BRASIL, 2002).

Lopes (2011) enfatiza a importância de um profissional bem capacitado para atuar no setor de urgência e emergência, sendo esta unidade a porta de entrada de um hospital, onde os enfermeiros têm autonomia de resolver várias situações.

Com isso torna-se imprescindível que o enfermeiro possua um conhecimento científico, prático e técnico para que decisões pertinentes ao diagnóstico sejam tomadas de forma rápida e concreta, visando diminuir os riscos que ameaçam a vida do paciente e transmitindo dessa forma segurança para a equipe. (Wehbe; Galvão, 2001).

No passado, o pessoal do departamento de emergência não tinha qualificações específicas para atuar nas intervenções pré-hospitalares de emergência, viam-se a frente de situações nas quais vidas eram colocadas em risco, levando a complicações pelo tempo prolongado pela deficiência dos primeiros socorros. Desse modo houve a necessidade de aperfeiçoamento das equipes de saúde que atuavam nessa área. (Wehbe; Galvão, 2001).

Segundo Thompson (1992), em 1983 foi estabelecido os Padrões da Prática de Enfermagem em Emergência através da Associação Americana de Enfermagem (ANA), classificando os enfermeiros de emergência em três níveis de competência, a qual será demonstrada na Tabela 6 para melhor compreensão.

Tabela 6 - classificação dos três níveis de competência dos enfermeiros

Nível	Competência
Primeiro nível	Competência mínima: atendimento ao paciente traumatizado
Segundo nível	Formação específica em urgência e emergência
Terceiro nível	Especialista no âmbito pré e intra-hospitalar

Fonte: Wehbe e Galvão (2001), adaptado por: OLIVEIRA; GUEDES-SILVA, 2012

Sendo o enfermeiro o profissional responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e integrante da equipe de emergência, torna-se necessário a atualização destes profissionais, para que suas habilidades sejam desenvolvidas de forma sincrônica e objetivas, para possam atuarem em situações de emergência. (ROCHA et al., 2012)

Para que seja estabelecida, a mudança deste agravo de saúde do IAM, é necessário reivindicar capacitação específica, para que o enfermeiro possa atuar em situações de emergência e integrar-se as equipes hospitalares. (WIEBBELLING; SANTOS, 2009).

Ao analisar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em seu capítulo I, dos quais estão inseridos os artigos a seguir que realça que a enfermagem tem o direito de:

Art. 1º - Exercer a Enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos. Como dever:

Art. 2º – Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional.

Art. 5º - Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade. (COFEN, 2007).

Portanto é necessário refletir sobre esse processo descrever as condutas atuais padronizadas e propor possibilidades de capacitação com vistas ao cuidado de qualidade. (ROCHA et al., 2012). Na assistência hospitalar o enfermeiro destaca-se como cuidador principal, pois é responsável por diversas atribuições e ações que

visem uma assistência planejada que atenda as necessidades do paciente. (WIEBBELLING; SANTOS, 2009). Desse modo a Tabela 7 apresenta a atuação e as ações das quais o enfermeiro deve ser responsáveis.

Tabela 7 - Os principais cuidados de enfermagem em pacientes com IAM

Atuação do Enfermeiro	Ações Desenvolvidas
Prontidão para as emergências	Testar e supervisionar os equipamentos e matérias de emergência, (desfibrilador, carinho de emergência).
Avaliação clínica, quanto à dor precordial	Detectar sinais, sintomas, verificar sinais vitais a cada 2 horas durante às primeiras 8 horas após a admissão ou até que se estabilize o paciente e depois a cada 4 horas.
Monitorização cardíaca	Identificar os distúrbios arrítmicos, avaliar o perigo relativo e decidir que medida tomar quando uma arritmia manifestar-se.
Repouso no leito	Posicionar o paciente de maneira confortável, sendo a posição semi-fowler mais ideal, na tentativa de reduzir gastos de energia cardíaca.
Balanço hídrico	Avaliar os parâmetros hidratação ou a desidratação é necessário que anote o volume líquido ingerido e eliminado com precisão.
Manter um ambiente tranquilo	Deve se manter silêncio absoluto, escolher um local tranquilo, cuidados eficiente, sem pressa, promover descanso físico e mental.
Satisfação das necessidades fisiológicas	Deve permitir usar toaletes ao lado do leito para necessidades fisiológicas, também deve ser usados laxativos para evitar esforços.
Prevenção do tromboembolismo	Orientar o paciente não ficar com pernas cruzadas, pois a pressão extrema na área pode comprimir as veias.
Medicamentos	Observar cuidadosamente a resposta clínica do paciente a todos os medicamentos administrados.

Fonte: Silva e Marques (2007) adaptado por OLIVEIRA; GUEDES, (2012)

O autor acima citado realça que essas ações do enfermeiro influenciam de maneira positiva na recuperação e bem estar do paciente, visando minimizar as possíveis complicações do IAM. (SILVA; MARQUES, 2007) & (BEZERRA, Alaine; BEZERRA, Alanderson; BRASILEIRO, 2011).

Segundo Wittzinski (2012), a evento do IAM, muitas vezes é marcado, por medo, ansiedade e incertezas com relação ao retorno às atividades diárias, e torna-se ainda mais difícil, quando o indivíduo se sente isolado ou rejeitado socialmente.

Varela, Salema e Bartilotti (2007) confirma que a queda da autoestima, leva a diminuição da produtividade, problemas psicossomáticos e absenteísmo, pois o trabalho transforma-se num grande obstáculo, o uso dos medicamentos contínuos, causa desconforto e muitas mulheres preferem aposentar-se.

Assim, estudos apontam que o apoio do profissional enfermeiro nesse momento pode ajudar os pacientes a enfrentar sua condição de saúde e as consequências adversas da mesma, ao promover condutas relevantes para o seu manejo e controle. (SILVA; MARQUES, 2007).

Portanto o enfermeiro tem um papel de grande relevância no cuidado aos pacientes com problemas cardiovasculares, podendo ajudar concomitantemente o médico no diagnóstico e cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma grande incidência de doenças cardíacas, atingindo diretamente a mulher, onde o infarto destaca-se como principal ocorrência, pois está associado a vários fatores de riscos, porém os mais encontrados foram os passíveis de modificações, ou seja, podem sofrer intervenções em sua trajetória tanto por profissionais da saúde como pelo próprio indivíduo, com isso a ocorrência pode ser reduzida e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida do cliente.

Pois o infarto desenvolve complicações na saúde do indivíduo, exercer grande impacto na vida das pessoas, interrompe, fragmentam pensamentos e ações, causando repercussões no cotidiano do indivíduo, o medo da morte desencadeia aparência abatida que automaticamente promove um estado depressivo o que complica ainda mais a recuperação do paciente.

Neste contexto, a enfermagem tem um papel importante, pois sua história é marcada pela dedicação, cuidado e prática permeada por um forte componente educativo e essa prática não se restringe apenas as unidades de saúde, porém abrange vários ambientes e o enfermeiro pode contribuir ao realizar orientações em empresas, creches, escolas entre outros, sobre os fatores de risco, os sinais e sintomas do IAM, a importância de mudança no estilo de vida, potencializando adesão a uma dieta saudável, a prática de exercícios físico, visto que o conhecimento dos fatores de risco é a melhor forma de tornar uma população consciente e responsável por sua própria saúde.

Desse modo faz-se necessário propor ações de cuidado e autocuidado, reeducação através de orientações e divulgações em pequenos grupos ou em sua coletividade, só assim teremos uma população cooparticipativa, para tanto é primordial que o enfermeiro e sua equipe, conheçam sua clientela e sejam capazes de traçar estratégias de prevenção, que contemple a realidade local.

REFERÊNCIAS

Ágape o milagre da leitura. São Paulo: Ed. Abril, ano 45, v. 2258 n. 9, fev. 29 de fev. 2012.

AIRES, Margarida de Mello et al. **Fisiologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ALVES, Tânia Correa de Toledo Ferraz; FRÁGUAS, Renério; WAJNGARTEN, Mauricio. Depressão e infarto agudo do miocárdio. **Rev Psiq Clín**. São Paulo, 2009; 36(3): 88-92. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol36/s3/pdfs/88.pdf>>. Acesso em: 20 de set. 2012.

ASSIS, L. S. de; LEITE, J. L; STIPP, M. A. C; CUNHA, N. M. D. Atenção da Enfermeira à Saúde Cardiovascular de mulheres hipertensas. **Esc Anna Nery Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a05.pdf> >. Acesso em: 05 abr. 2012.

BEZERRA, Alaine Alves; BEZERRA, Alanderson Alves; BRASILEIRO, Marislei Espindula. A conduta de enfermagem frente ao paciente infartado. **Revista eletrônica de enfermagem do centro de estudos de enfermagem e nutrição**. Goiás v.1, n.1, 2011. Disponível em: <<http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>>. Acesso em: 26 de set. 2012.

BORGES, I. A. L. Consulta De Enfermagem, Prescrição de Medicamentos e Solicitação de Exames Por Enfermeiros na Atenção Básica A Saúde. **Enfermagem em foco**, Tamboré - Barueri, 2010, v.1, n.1, p. 5-8, 20 mar. 2012.

BORTOLOTTI, Carina, Et al. Ações educativas de enfermagem: as revelações da interatividade grupal na prevenção de ateromas e controle lipêmico Saúde Coletiva. **Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal**. Brasil, v. 33, n. 6, 2009. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?> >. Acesso em: 19 de Abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. **DATASUS**. 2009b. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0203>>. Acesso em 22 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelecimento de saúde /urgência e emergência. 2002. Disponíveis em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-de_saude/urgencia-e-emergencia/portaria_2048_B.pdf>. Acesso em: 23 set. 2012.

BRASIL. Painel de Indicadores do Atlas de Saúde. **DATASUS**. 2009 a. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/atlas>. Show. mtwww.datasus.gov.br> . Acesso em: 23 out. 2012.

CAETANO, J. A; SOARES, E. Qualidade de Vida de Clientes Pós-Infarto Agudo do Miocárdio. **Esc Anna Nery Ver Enferm**. Rio de Janeiro, v.11, n.1, 2007. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=>>>. Acesso em: 13 maio 2012.

CAMPOS, J. B. F. A Percepção Dos Jovens Adultos Sobre o Enfarte Agudo do Miocárdio. **B-Digital Repositório Institucional Da Universidade De João Pessoa**. João pessoa, [...], 2011. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10284/2707>>. Acesso dia: 25 abr. 2012.

CARVALHO, A. R.S, et al. Complicações no pós-operatório de revascularização miocardia. **Cienc Cuid Saude**. Maringá, V.5, n.1, 2006. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/>>. Acesso em: 10 abril 2012.

COLOMBO, Roberta Cunha; AGUILLA, Olga Maimoni. Estilo De Vida E Fatores De Risco De Pacientes Com Primeiro Episódio De Infarto Agudo Do Miocárdio. **Rev.latino-am-enfermagem**, Ribeirão Preto, V.5, n.2, 1997. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>>. Acesso em: 10 de jun.2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/07 de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do código de ética do profissional de saúde. Rio de Janeiro, fev. 2007. Disponível em: <http://www.novo.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem_4158.html>. Acesso em: 08 ago. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - RO, Consulta de Enfermagem. **Coren**, 1993. Disponível em: <<http://www.corenro.org.br/site/index.php?article&id=149:resolucao-cofen-35809-dispoe-sobre-a-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-e-a-implementacao:>>> Acesso dia: 16 maio 2012.

DAMASCENO, C. A; MUSSI, F. C. Fatores de Retardo Pré-Hospitalar no Infarto do Miocárdio: Uma Revisão de Literatura. **Cienc cuid Saúde**. Bahia, 2010. Disponível

em: < <http://eduemojs.uem.br/ojs/index.Php/CiencCuidSaude/article/view/>>. Acesso em: 10 de maio 2012.

DANGELO, José Geraldo; FANTTINI, Carlo Américo. **Anatomia humana: sistêmica e segmentar**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

DIAS, Danielle Da Silva. HEEREN, Marcelo Velloso. ANGELIS, Kátia de. Doença Cardiovascular Na Mulher: Importância No Estilo De Vida. **Revista eletrônica. USJT**. São Paulo. 2008. Disponível em: <ftp://ftp.usjt.br/pub/revistaic/pag17_edi02.pdf>. Acesso em set. 2012.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v. 12, n. 3, p. 549-556. Mai./jun. 2004.

GOLD, ES. Et. al. ATF3 protects against atherosclerosis by suppressing 25-hydroxycholesterol-induced lipid body formation. **Medline**. United States. 209(4):807-17, 2012. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/Medline>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

GOOGLE IMAGENS, Esquema do coração humano. 1 fotografia, color., 500 x 485 – tipo 127k - jpg. **Blogspot**. Disponível em: <<http://www.diversae.blogspot.com.br/2010/01/tecido-muscular-estriado-car...html>> Acesso em: 18 ago.2012.

GOOGLE IMAGENS, arteria coronaria obstruida. 2 fotografia, color., 391 x 288 – tipo 67KB - jpg. **aurorahealthcare.org**. Disponível em: < <http://www.google.com.br/search?hl=pthtml>>. Acesso em: 18 ago.2012.

GUEDES-SILVA, Damiana. **Levantamento das plantas medicinais utilizadas na Pastoral da Saúde no município de Ji-Paraná/RO**. Dissertação (Mestre em Genética e Toxicologia Aplicada) – Porto Alegre, Universidade Luterana do Brasil, p. 32-35, jul.2011.

GUYTON, Arthur C. **Tratado de fisiologia médica**. 11.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006

KALIL, Roberto. O perigo do infarto silencioso. **Ágape o milagre da leitura**. São Paulo, ano 45, n. 9, p. 84-85, fev. 2012.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K; FAUSTO, Nelson. **Bases patológicas das doenças Robins & Cotran patologia**.7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

LEMOS C; GOTTSCHALL, C. A.M; PELLANDA L.C; MULLER, M. Associação Entre Depressão, Ansiedade E Qualidade De Vida Após Infarto Do Miocárdio. **Psic. Teor. e Pesq.** Brasília, v. 24, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n4/10.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2012.

LOPES, Brito Jennifer. Enfermeiro na classificação de risco em serviço de emergência: revisão integrativa. **Universidade federal do rio grande do sul Porto Alegre, UFRGS**. Porto Alegre, 2011. <Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37529/000822594.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 de set.2012.

LOPES, G. F. Et al. Fatores de Risco Associados A Morte Por Infarto Agudo Do Miocárdio Na Unidade De Terapia Intensiva De Um Hospital Do Sul De Minas. **Revista Ciências em Saúde**. Minas gerais, v.2, n.1, 2012. Disponível em: <<http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9574>>. Acesso 21 maio 2012.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 4, Dez. 2008.

MERTINS, Simone Mathioni. Prevalência de fatores de risco em pacientes com IAM. Universidade regional do noroeste do estado do rio grande do sul **Unijui**. Rio grande do sul, 2012. Disponível em: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/994/Artigo.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2012.

MUSSI, Fernanda carneiro. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. **Rev Latino-am Enfermagem**. Bahia, 12(5): 2004. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. acesso em: 12 de ago.2012.

ORTIZ, Juarez. Pesquisa Revela Que Mulheres Jovens Têm Alto Risco De Infarto. **Diário de são Paulo**, São Paulo, [a], [v], 2003. Disponível em: <<http://www.cardiol.br/imprensa/jornais/impreso/02122003.htm>>. Acesso em: 25 de ago.2012.

PARMET, S. Smoking And The Heart. **O Journal of the American Medical Association Jama**. United States, v. 299, n. 17. 2008. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/>>. Acesso em: 27 maio 2012.

PESARO, Antonio Eduardo pereira; JR, Carlos Vicente Serrano; NICOLAU, José Carlos. Infarto agudo do miocárdio - síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. **Rev. Assoc. Med. Bras**. São Paulo, v. 50, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resources/lil-362471.htm.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2012.

PESTANA, A. L; BATISTA, R. F. L; CUNHA, S. F; SILVA, E. L. D; LIMA, A. L. P. D. SANTOS, E. Infarto é Maior em Mulheres do que em Homens. **Site Médico**. São Paulo. 2010. Disponível em: <<http://www.sitemedico.com.br/site/saude/saudedamulher/>>. Acesso em: 22 jun.2012.

ROCHA, Flávia Aline Santos. et al. Atuação da Equipe de Enfermagem Frente A Parada Cardiorrespiratória Intra-Hospitalar. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**. Minas Gerais, v. 2, n.1, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/100/265>>. Acesso em: 20 de Ago. 2012.

SANTOS, Edmar. Infarto é Maior em Mulheres do que em Homens. **Site Médico**. São Paulo. 2012. Disponível em: <<http://www.sitemedico.com.br/site/saude/saudedamulher/6112-infarto-e-maior-em-mulheres-do-que-em-homens>>. Acesso em: 22 jun. 2012.

SANTOS, Jacqueline. S. et al. Insuficiência coronariana: perfil e fatores de risco relacionados às ocorrências. **Rev. Ciênc. Ext**. São Paulo, v.6, n.2, p.69, 2010. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/viewArticle/290>. Acesso em: 22 jun. 2012

SANTOS, Raul Dias dos. O perigo do infarto silencioso. **Ágape o milagre da leitura**. São Paulo, ano 45, n. 9, p. 84-85, fev. 2012.

SANTOS, Tânia Cristina Franco; HADDAD, Verônica Cristin do Nascimento. A Teoria Ambientalista De Florence Nightingale No Ensino Da Escola De Enfermagem Anna Nery (1962 - 1968). **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a14v15n4.pdf>>. Acesso em: 22 Ago. 2012

SCHERER, Cristiane; et al. O que mudou em minha vida? Considerações de indivíduos que sofreram infarto agudo do miocárdio. **Rev. Eletr. Enf.** Unijuí Rio grande do sul, v. 13, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a16.htm.pdf>>. Acesso em: 12.ago. 2012.

SCHERR, Carlos; RIBEIRO, Jorge Pinto. Colesterol e gorduras em Alimentos Brasileiros: implicações para a Prevenção da Aterosclerose. **Arq Bras Cardiol.** Rio de Janeiro, 2009;92(3): 190-195. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v28n6/07.pdf>>. Acesso em: 22 de set. 2012.

SILVA, Roberto Carlos Lira Da; MARQUES, Michelle. Mulheres Com Diagnostico De Infarto Agudo Do Miocárdio, Implicações Para A Pratica Do Cuidar Em Enfermagem Nas Unidades Coronarianas. **Rev. Meio Amb. Saúde.** Rio de Janeiro. V. 2, n.1, 2007. Disponível em: <http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMApdf>. >Acesso em: 20 de set. de 2012.

SILVERTHORN, Dee Unglaub. **Fisiologia humana: uma abordagem integrada.** 2. ed. Barueri São Paulo: Manole, 2003.

SMELTZER, Suzanne C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 11ª. ed. Rio de janeiro: Guanabara koogan, 2009.

SOUZA, luccas Melo; WEGNER, Wiliam; GORINI, Maria Isabel Pinto. Educação em Saúde: Uma Estratégia de Cuidado ao Cuidador Leigo. *Rev.Latino-am Enfermagem.* Rio Grande do Sul, v.15, n.2, 2007. Disponível em:<<http://www.eerp.usp.br/rlae>>>. Acesso em 12 de ago. 2012.

THOMPSON JD. The Speciality Of Emergency Nursing. In: Moward L, Ruhle D. Handbook of emergency nursing: the process approach. **Norwalk: Appleton & Lange;** 1992. Disponível em :<<http://www.scielo.br/scielo.php?>>>. Acesso em: 22 de out. de 2012.

VARELA, R; SALEMA, E. B; BARTILOTTI, C. B. Infarto Agudo do Miocárdio em Mulheres. **Rev. Digital.** Buenos Aires, [...] n. 110, 2007. Disponível em: <<http://www.efedeportes.com/>>. Acesso em: dia 10 Abr. 2012.

VASCONCELOS, C. B. Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão Após Infarto do Miocárdio. **Google Acadêmico.** Uberlândia, 2007. Disponível em: <http://www.bdtu.ufu.br/tde_arquivos/7/TDE-2007-VasconcelosDISPRT.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2012.

WEHBE, Graziela; GALVÃO, Cristina Maria. O Enfermeiro De Unidade De Emergência De Hospital Privado: Algumas Considerações. **Rev. Latino-Am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n.2, 2001. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>> Acesso em: 20. Ago.2012.

WESCHENFELDER, MAGRINI D; GUE, MARTINI J. Hipertensão Arterial Fatores de Risco Modificáveis na Estrategia Saúde da Família. **Enfermeira global**. universidad Murcia,2012Disponível em; <<http://revistas.um.es/eglobal/article/download/133641/13363>>. Acesso em: 12 maio 2012.

WIEBBELLING, Ewerton Douglas; SANTOS, Marieta Fernandes. Enfermagem em urgência e emergência no município de foz do Iguaçu Paraná Brasil. **Rev. Enferm UFPE**. Foz do Iguaçu Paraná. v. 3, n. 3, 2009.<Disponível em: <<http://www.corenpr.org.br/artigos/artigo.pdf>> Acesso em: 28 de set. 2012.

WITZINSKI, M. L. Qualidade de Vida em Paciente com Doença Artéria Coronária. **Biblioteca Digital**. Ijuí, 2012. Disponível em: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/>>. Acesso em: 10 abr. 2012.