

ABORDAGEM DE PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Karla Scalfoni Bassetti¹

Graduanda em Medicina UniRedentor

Nayara Dias Cezario²

Graduanda em Medicina UniRedentor

Salete de Oliveira Pereira³

Graduanda em Medicina UniRedentor

Profº Drº Júlio Cesar dos Santos Boechat⁴

Professor de medicina UniRedentor

Profº M.S.c Cláudio dos Santos Dias Cola⁵

Professor de medicina UniRedentor

Profª M.S.c Shirley Rangel Gomes⁶

Professora de medicina UniRedentor

Profª M.S.c Aline Cunha Gama Carvalho⁷

Professora de medicina UniRedentor

Profª Esp. Renata Monteiro Teixeira Pontes⁸

Professora de medicina UniRedentor

Profª Esp. Luciana Pereira Moulin⁹

Professora de medicina UniRedentor

¹ Graduanda em Medicina UniRedentor. E-mail: kakabassetti@hotmail.com

² Graduanda em Medicina UniRedentor. E-mail: nayara.d.cezario@gmail.com

³ Graduanda em Medicina UniRedentor. E-mail: dasalete@gmail.com

⁴ Professor de medicina UniRedentor, E-mail: julioboechat@yahoo.com.br

⁵ Professor de medicina UniRedentor, E-mail: claudiodiascola@yahoo.com.br

⁶ Professora de medicina UniRedentor, E-mail: gomeshira@gmail.com

⁷ Professora de medicina UniRedentor, E-mail: alinecgcarvalho@yahoo.com.br

⁸ Professora de medicina UniRedentor, E-mail: renattaamonteiro@hotmail.com

⁹ Professora de medicina UniRedentor, E-mail: lucianamoulin@gmail.com

Resumo: O infarto se caracteriza por ser uma situação clínica grave, com risco eminente de óbito, que é determinada por oclusão de uma artéria coronária epicárdica. O **objetivo** desse artigo é analisar as principais condutas de abordagem em emergências frente a pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Metodologia:** Realizou-se a revisão bibliográfica sistemática de 17 artigos anexados a plataforma BVS, trazendo as principais condutas usadas nas emergências que envolvem o Infarto Agudo do Miocárdio. **Resultados:** a abordagem inicial no atendimento deve ser rápida e objetiva, começando pela avaliação das características da dor torácica e dos sintomas associados, história pregressa relevante, pelo exame físico direcionado e realização do eletrocardiograma (ECG). **Considerações:** a demora no atendimento de casos de IAM, pode agravar a situação do paciente e dificultar a abordagem por parte da equipe de emergência que os recebe. Observou-se ainda a precariedade por parte dos serviços de saúde pública no atendimento dessa patologia, e a falta aplicação de protocolos, implicando, dessa forma, no agravamento dos casos de Infarto nas emergências.

Palavras-chave: Emergência; Infarto; Protocolos clínicos.

Abstract: The infarction is characterized by a serious clinical situation with imminent risk of death, which is determined by occlusion of an epicardial coronary artery. The objective of this article is to analyze the main approaches to emergency management in patients with acute myocardial infarction. Methodology: A systematic literature review was carried out on 17 articles attached to the VHL platform, bringing the main behaviors used in emergencies involving acute myocardial infarction. Results: the initial approach in the care should be rapid and objective, starting with the assessment of the characteristics of chest pain and associated symptoms, relevant past history, guided physical examination and electrocardiogram (ECG). Considerations: Delayed care of cases of AMI can aggravate the patient's situation and make it difficult for the emergency team to receive them. It was also observed the precariousness of the public health services in the care of this pathology, and the lack of application of protocols, implying, in this way, the worsening of Infarct cases in emergencies.

Keywords: Emergence; Infarction; Clinical protocols.

INTRODUÇÃO

Apesar dos esforços da assistência preventiva às doenças cardiovasculares nas últimas décadas, foram responsáveis por 340.284 mortes no país em 2014; dentre elas, o infarto agudo do miocárdio (IAM) que ainda configura um impacto na saúde pública.

De acordo com Parana (2016, p.10) “cerca de 45 a 60% das mortes por IAM ocorrem na primeira hora do evento e 80% da mortalidade nas primeiras 24 horas. Portanto, a maior parte dos óbitos ocorre fora do ambiente hospitalar, geralmente sem assistência médica.”

Diante de tais fatos, foi criada a V Diretriz sobre o tratamento do infarto agudo do miocárdio em 2015, um documento que tem como objetivo contribuir para o progresso da Cardiologia brasileira, servindo de consulta e orientação para o médico e para o cardiologista, para que assim possa reduzir, por intermédio de sua correta aplicação, a morbidade e a mortalidade decorrentes do infarto agudo do miocárdio em nosso meio. Mas será que através dessa diretriz, esses conhecimentos são o suficiente para que seja feito um atendimento de qualidade? E será que todos os médicos estão preparados para esse tipo de abordagem de IAM?

A motivação para o desenvolvimento do trabalho, foi a observação que parte significativa dos médicos atuantes nas unidades de emergências são de médicos generalistas e apresentam elevada rotatividade profissional. Dessa forma nem todos estão preparados para o atendimento de casos de IAM. Alguns autores citam a importância de elaborar programa de treinamento, com aulas teóricas e práticas, focando no reconhecimento do paciente com suspeita de IAM através da tríade: rápida triagem, diagnóstico precoce, identificação do grau de gravidade, e assim dar início ao tratamento correto. Visto que muitos profissionais apresentavam insegurança e não possuíam as noções básicas de eletrocardiograma e dessa forma temiam receber esses pacientes e iniciar o tratamento correto. Autores afirmam que a avaliação correta, o rápido diagnóstico e o início do tratamento adequado previnem as lesões decorrentes desse quadro clínico.

Portanto, o objetivo desse artigo é analisar as principais condutas em emergências frente a pacientes com infarto agudo do miocárdio, afim de evitar os casos de óbitos decorrentes do infarto.

Para a realizar o artigo foi realizada uma revisão bibliográfica com as seguintes etapas: determinar hipóteses e objetivos; determinar critérios de inclusão e exclusão de artigos; definir as informações escolhidas dos artigos selecionados; analisar os resultados e discussão e apresentar os resultados. Para a seleção dos artigos foi utilizada a base de dados: BVS (Biblioteca virtual em saúde), SCIELO e Revista de enfermagem de UFSM. Os critérios de inclusão dos artigos definidos no site da BVS, inicialmente, para a presente revisão integrativa foram utilizados três filtros de seleção: texto completo, idioma português e assunto principal, artigos esses compreendidos no período entre 2013–2018.

As palavras-chaves utilizadas no filtro assunto principal foram: cardiopatia, emergência, pacientes e infarto. A busca foi realizada pelo acesso on-line e, utilizando os três filtros de inclusão, mais outros sites, o resultado final desta revisão literária foi constituído de 17 artigos. Os resultados e discussão dos dados obtidos foram apresentados de forma descritiva, afim de que o leitor compreenda o objetivo desse método, ou seja, impactar positivamente na qualidade da abordagem de pacientes com infarto agudo do

miocárdio na emergência. Os resultados foram analisados a luz da V Diretriz sobre o tratamento do infarto agudo do miocárdio de 2015.

Segue abaixo na tabela que mostra as palavras chaves dos artigos pesquisados no site da BVS, os filtros, quantidade de artigo em cada filtro e quantos artigos por palavras chave foram selecionados para serem usados na confecção desse artigo.

Quadro 1 – Resumo dos achados por palavras chave

Palavra Chave	Cardiopatia	Emergência	Paciente	Infarto
Site	BVS	BVS	BVS	BVS
Data da pesquisa	23/08/2018	25/08/2018	26/08/2018	27/08/2018
Sem filtro	103.035 artigos	244.851 artigos	670.678 artigos	204.385 artigos
Filtro texto completo	30.143 artigos	84.027 artigos	250.973 artigos	59.200 artigos
Filtro Idioma Português	1.190 artigos	6.994 artigos	48.069 artigos	1.947 artigos
Assunto Principal IAM*	55 artigos	80 artigos	353 artigos	65 artigos
Artigos selecionados	5 artigos	5 artigos	3 artigos	4 artigos

Fonte: Os autores (2018)

1. Desenvolvimento

Analisando os dezessete artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão previamente estabelecidos, apresentamos uma visão geral dos artigos avaliados. O Infarto Agudo do Miocárdio – IAM - é a principal causa de mortalidade e de morbidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento, inclusive no Brasil. Identificar o IAM nas primeiras horas após início dos sintomas reduz a mortalidade dessa doença.

Infarto Agudo do Miocárdio

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de mortalidade das doenças cardiovasculares manteve-se nos últimos anos entre 28 a 34 milhões de óbitos no mundo, com previsão de que até 2030 seja maior que 35 milhões (YUGAR, 2014).

Segundo Dionizio (2017, p.16)

“O IAM significa basicamente a morte de cardiomiócitos devido exposição prolongada à isquemia, causada por trombose ou vasoespasmo sobre uma placa aterosclerótica, tendo como consequência falência contrátil, arritmias, estimulações do sistema nervoso simpático, dor entre outras.”

Além disso, o infarto se caracteriza por ser uma situação clínica grave, com risco eminente de óbito, que é determinada por oclusão de uma artéria coronária epicárdica. A abordagem inicial no atendimento deve ser rápida e objetiva, começando pela avaliação das características da dor torácica e dos sintomas associados, história progressiva relevante, pelo exame físico direcionado e realização do eletrocardiograma (ECG).

Segundo Yugar (2014, p.140-147),

“Emergências cardiovasculares são as mais comuns e os tipos de lesões predominantes são: Síndrome coronariana aguda, Infarto agudo do miocárdio, angina pectoris, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão, dissecção aguda de aorta”.

A fim de determinar uma avaliação e atendimento de até 10 minutos à chegada do paciente na emergência, recomenda-se a aplicação do Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR) que foi criado para permitir ao profissional médico e enfermeiro, habilidade para a atribuição rápida de uma prioridade clínica do paciente em situação aguda baseado em categorias de sinais e sintomas. A classificação de risco não propõe estabelecer diagnóstico clínico. Este sistema pretende assegurar que a atenção médica ocorra de acordo com o tempo resposta determinado pela gravidade clínica do paciente (GBRC, 2018).

O diagnóstico correto e precoce da síndrome coronariana aguda, juntamente do gerenciamento do protocolo de dor torácica, pode diminuir a mortalidade por IAM. (PETERSEN, 2018)

De acordo ainda com o GBRC (2018) a realização de eletrocardiograma deve ser realizada após o estabelecimento, pela classificação de risco, como Dor Torácica ou quando o discriminador escolhido for “dor precordial ou cardíaca” ou “dor epigástrica”. Assim, o médico terá um maior poder de decisão durante o primeiro atendimento, otimizando e aumentando a qualidade do atendimento e diminuindo o tempo de permanência no serviço.

É importante fazer as primeiras pesquisas em relação os principais sintomas, como a dor torácica, identificar sinais e sintomas de insuficiência ventricular esquerda, palpitações, ritmo cardíaco, ritmo de galope, dispneia, estase jugular, sopro carotídeo, pulsos periféricos e aferição da PA (três medidas). Exploração abdominal básica: detecção de massas pulsáteis, sopros abdominais e de pulsos femorais e exames complementares como eletrocardiograma, e os menos essenciais na emergência, a radiografia de tórax, ecocardiograma, enzimas cardíacas (YUGAR, 2014).

Além dessas orientações, seguir uma rotina de investigação para tomada de decisão rápida, reduz a morbimortalidade do paciente, e permite melhor conduta da equipe médica na emergência, associada às ações descritas da equipe interdisciplinar atuante em prol do infartado, outras são sugeridas no quadro 2.

Quadro 2: Condutas de avaliação e intervenção na emergência ao paciente com suspeita de IAM.

Conduta	Investigação / intervenção
Anamnese (breve na classificação de risco)	<ul style="list-style-type: none"> • aparência de doença grave, agitação, ansiedade; • hipotensão ou hipertensão; • taquicardia ou bradicardia; • sudorese (frequente); • Sudorese, náusea ou vômitos podem estar presentes nos pacientes com ou sem dor torácica. • evidências de má perfusão periférica podem ocorrer; B4 (evidencia disfunção diastólica), B3 (evidencia disfunção sistólica), sopro sistólico apical é comum, hipofonese de bulhas pode ocorrer; estertores pulmonares (secos e úmidos) em caso de congestão; • turgência jugular quando complicado com insuficiência cardíaca; • oligúria no baixo débito.
Exame físico	<ul style="list-style-type: none"> • aferição dos dados vitais, palpação de pulsos, identificação de sinais clínicos de gravidade; • A frequência cardíaca pode variar de uma bradicardia profunda, resultado de reflexo vagal, até a taquicardia sinusal irregular por extrassistolia. Os pacientes normotensos podem se apresentar levemente hipertensos devido à resposta adrenérgica; • Analisar o tipo de dor: A dor “torácica” pode se manifestar da mandíbula até o epigástrio, incluindo os membros superiores. A dor é contínua, geralmente intensa, sem relação com esforço físico. Investigar se o paciente apresentou sintomas de dor anginosa nas últimas quatro semanas. O infarto sem dor é mais frequente em indivíduos idosos e manifesta-se usualmente por dispneia súbita ou sinais de insuficiência cardíaca.
Condutas na suspeita de IAM	<ul style="list-style-type: none"> • Instalar a monitorização cardíaca contínua e saturação de oxigênio. • Deve-se fazer um ECG de 12 derivações, complementado com derivações direitas (V3R E V4R) e dorsais (V7 e V8) se infarto inferior. O eletrocardiograma durante o infarto agudo do miocárdio apresenta alterações progressivas à medida que aumenta a duração do Infarto. Em pacientes com sintomas sugestivos, a elevação do segmento ST tem especificidade de 91% e sensibilidade de 46% para diagnóstico de IAM. O índice de óbito aumenta com o número de derivações no eletrocardiograma com supradesnível de ST. A avaliação de traçados seriados deve ser feita, já que nas primeiras horas ele não é tão específico. • Puncionar acesso venoso periférico, com dispositivo de grosso calibre. • Solicitar exames laboratoriais: marcadores cardíacos, eletrólitos e coagulação. • Iniciar o tratamento conforme resultados de exames

Fonte: (YUGAR, 2014; ISAA, 2015; BRASIL, 2016; PARANA, 2016)

As condutas descritas no quadro 2 sugerem intervenções de identificação precoce do IAM, desde a avaliação pelo médico ou enfermeiro na sala de Classificação de Risco (conforme o protocolo de Manchester) até a intervenção diagnóstica e medicamentosa pelo clínico, emergencista e cardiologista.

Segundo Ribeiro (2018), estudos mostram que a alta mortalidade hospitalar do paciente com IAM no sistema público brasileiro está associada a dificuldades de acesso e baixa utilização do tratamento preconizado para o IAM, como terapia de reperfusão, medicamentos e cuidado em CTI.

O tratamento deve ser pautado na avaliação clínica e exames realizados. Contudo, a avaliação do ECG pode ter interferência pela pouca experiência do clínico; nesta situação, Paraná (2016, p.22) sugere o uso da Telemedicina, descrita como

“prestação de serviços de saúde por meio do uso de informação e tecnologias de comunicação à distância. No caso da Linha de Cuidado do IAM, essa comunicação pode se dar entre dois profissionais de saúde ou por meio da transmissão de um eletrocardiograma para avaliação e indicação de conduta. Também no contexto desta Linha Guia, somente são admitidas as teleconsultorias síncronas, isto é, comunicação em tempo real, haja vista o caráter de emergência do IAM.”

O tratamento medicamentoso sugerido, encontra-se descrito no quadro 3.

Quadro 3: Atendimento Na Unidade De Emergência

Prescrição	Indicação
Alívio da Hipoxemia	É indicada sua administração rotineira em pacientes com saturação de oxigênio < 94%, por cateter nasal ou máscara facial de 2 a 4 l/min, congestão pulmonar ou na presença de desconforto respiratório. Quando utilizada de forma desnecessária, a administração de oxigênio por tempo prolongado pode causar vasoconstrição sistêmica, e aumento da resistência vascular sistêmica e da pressão arterial, reduzindo o débito cardíaco, sendo, portanto, prejudicial.
Analgesia	Apesar de muitas vezes menosprezado, o controle da dor nos pacientes em vigência de IAM é essencial. Diminui o consumo de oxigênio pelo miocárdio isquêmico, provocado pela ativação do sistema nervoso simpático. A analgesia deve ser feita de preferência com sulfato de morfina endovenosa, exceto para pacientes alérgicos a esse fármaco, na dose inicial de 2 a 8 mg (geralmente suficiente para aliviar a dor e a ansiedade).
Ácido acetilsalicílico	O AAS deve ser administrado a todos os pacientes com IAM o mais rápido possível. As contraindicações para seu uso são hipersensibilidade conhecida, úlcera péptica ativa, hepatopatia grave ou discrasia sanguínea. A dose de ataque é de 160 a 325 mg mastigados, quando do primeiro atendimento, ainda antes da realização do ECG. e a de manutenção, de 100 mg ao dia.

Clopidogrel e Ticagrelor	Deve ser administrado em associação ao AAS precocemente no IAM, na dose de ataque de 300 mg (4 comprimidos de 75 mg) e mantidos 75 mg via oral ao dia. Seu benefício é observado tanto na utilização da terapia fibrinolítica quanto na angioplastia coronariana da fase aguda do IAM. Não utilizar dose de ataque em pacientes acima de 75 anos. O ticagrelor foi efetivo na redução de eventos em pacientes tratados na sala de emergência na dose de ataque de 180 mg seguida de 90 mg, duas vezes ao dia.
Heparina não fracionada:	É obrigatório o uso de heparina nos pacientes submetidos à terapia fibrinolítica com tenecteplase (TNK). Utilizar a dose de ataque de 60 U/kg de peso <i>in bolus</i> até o máximo de 4000 U. A dose de manutenção é de 12 U/kg/hora durante 48 horas, não ultrapassando 1000 U/hora. A dose deve ser ajustada a fim de manter o KPTT entre 50 a 70 segundos. A enoxaparina deve ser administrada quando do diagnóstico do IAM nas seguintes doses: Em pacientes com idade < 75 anos: 30 mg por via Intravenosa (IV) em bólus seguidas de 1 mg/kg de peso Subcutâneo (SC) a cada 12 horas até alta hospitalar. Em pacientes com idade ≥ 75 anos: não administrar o bólus e iniciar com 0,75 mg/kg SC a cada 12 horas.
Nitratos	Podem ser utilizados na formulação sublingual (nitroglicerina, mononitrato de isossorbida ou dinitrato de isossorbida), para reversão de eventual espasmo e/ou para alívio da dor anginosa. Também estão recomendados para controle da hipertensão arterial ou alívio da congestão pulmonar, se presentes. Estão contraindicados na presença de hipotensão arterial (Pressão Arterial Sistólica - PAS < 90 mmHg), uso prévio de sildenafil ou similares nas últimas 24 horas e quando houver suspeita de comprometimento do Ventrículo Direito (VD). A dose sublingual preconizada é de nitroglicerina (0,4 mg), mononitrato de isossorbida (5 mg) ou dinitrato de isossorbida (5 mg). Devem ser administradas no máximo três doses, separadas por intervalos de 5 minutos.
Betabloqueadores	Na ausência de contraindicações, essa classe deve ser iniciada nas primeiras 24 horas do IAM. A recomendação atual é de se utilizar o betabloqueador por via oral nas primeiras 24 horas, reservando-se a via endovenosa para casos selecionados, como em pacientes hipertensos e taquicárdicos. Recomenda-se iniciar o betabloqueador e titular sua dose para um alvo de 60 batimentos por minutos. Pacientes com contraindicação para o uso precoce dos betabloqueadores devem ser reavaliados para candidatos a essa terapia na prevenção secundária.
Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA)	É indicado para todos os pacientes com insuficiência cardíaca, fração de ejeção ≤ 40%, diabetes ou IAM anterior. Pode ser usado de rotina a partir das primeiras 24 horas do início do quadro de IAM. Recomenda-se o uso de captopril ou enalapril em doses iniciais baixas, conforme os níveis de pressão arterial do paciente e elevando a dosagem gradativamente. IECA NO IAM: IECA Dose inicial Dose alvo Captopril 12,5 mg 2x ao dia 50 mg 2-3x ao dia. Enalapril 2,5 mg 2x ao dia 10 mg 2x ao dia
Estatinas	A sinvastatina deve ser iniciada nas primeiras 24 horas do IAM na dose mínima de 20 mg sempre à noite e adequada a sua dose após a alta para atingimento da meta de colesterol LDL <70 mg/dl.
Tenecteplase	Os fibrinolíticos são indicados para os pacientes com

	sintomas sugestivos de síndrome coronariana aguda associada a supradesnivelamento do segmento ST em ao menos duas derivações contíguas ou de um BRE novo, ou presumivelmente novo, no ECG, desde que não haja contraindicações. Deve ser utilizado o mais rápido possível no IAMCST, pelo fato de sua efetividade ser maior.
--	--

Fonte: (YUGAR, 2014; ISAA, 2015; BRASIL, 2016; PARANA, 2016)

Neste estudo não foi descrito ou instituído protocolo de atendimento ao IAM, no âmbito pré-hospitalar ou demais procedimentos a serem instituídos por especialistas. A reflexão sobre a intervenção dos protocolos sugeridos contribui com a equipe para intervenção precoce e minimização de danos.

2- Considerações finais

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise de como a demora no atendimento de casos de IAM, pode agravar a situação do paciente e dificultar a abordagem por parte da equipe de emergência que os recebe.

O estabelecimento de protocolos e fluxogramas é de impacto na resolução dos casos de infarto, mas não substituem o conhecimento profissional e os dispositivos necessários para a assistência, como o acolhimento por Classificação de Risco, equipamentos para eletrocardiograma, exames laboratoriais e medicamentos específicos e suas condições técnicas de administração.

Dada à importância do assunto, torna-se necessário o desenvolvimento de treinamentos, programas que prepare os profissionais da área de saúde, principalmente da emergência, para que saibam abordar da melhor forma esses pacientes de IAM independente do tempo decorrido após os primeiros sintomas do infarto, para agilizar o melhor tratamento e evitar sequelas.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Amaury Zatorre; SILVA, Regina Maria Pinter; MORENO, Antonio Celio Camargo. **Treinamento focado nas emergências hospitalares para profissionais médicos não cardiologistas e enfermeiros para redução da mortalidade devido infarto agudo do miocárdio.** São Paulo; SMS; abr. 2016. [2] p.

BRASIL. Ministério da Saúde. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Revista Da Sociedade Brasileira De Cardiologia.** ISSN-0066-782X • Volume 105, Nº 2, Supl. 1, Agosto 2015.

DIONIZIO, Denilson. **Aplicativo multimídia "Safe Bathing" em plataforma móvel como tecnologia para o cuidado à beira leito de pacientes infartados: construção e validação.** Niterói; s.n; 2017. 87 f p.

FIGUEIREDO, Ana Elizabeth et al. Determinação do tempo de apresentação a emergência de pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 1, p. 93-101, 2013.

GANASSIN, Fabio Peixoto et al. Desfechos hospitalares em pacientes submetidos a intervenção coronária percutânea primária *versus* de resgate. **Rev. Bras. Cardiol. Invasiva** [online]. 2013, vol.21, n.2, pp.133-139. ISSN 2179-8397. <http://dx.doi.org/10.1590/S2179-83972013000200009>.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. GBCR. **Associação entre Protocolo Manchester de Classificação de Risco e Protocolo de Dor Torácica.** NOTA TÉCNICA 001/2018. Janeiro/2018. Acesso 04 de setembro de 2018. Disponível em <http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/Nota%20T%C3%A9cnica%20Dor%20to%C3%A1tica.pdf>

ISAA, Aurora Felice Castro et al. MAC: **Manual de Atualização e Conduta: Síndrome Coronariana Aguda (SCA)** São Paulo: PlanMark, 2015. ISBN: 978-85-60566-75-4. <https://socerj.org.br/wp-content/uploads/2015/11/manual-de-conduta.pdf>

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de infarto do miocárdio.** – Curitiba: SESA, 2016. 38 p.

PERTSEW, Paulo Eduardo; PEROZIN, Melissa; CHAVES, Patrícia Laura Lopez. Gerenciamento do protocolo de dor torácica no setor de emergência. **Rev Soc Bras Clin Med.** 2018 abr-jun;16(2):77-9. Acesso: 27 de agosto de 2018. Disponível em <http://www.sbcm.org.br/revistas/RBCM/RBCM-2018-02.pdf>

REGGI, Silvio; STEFANINI, Edson. Diagnóstico das síndromes coronarianas agudas e modelo sistematizado de atendimento em unidades de dor torácica. **Rev. Soc. Cardiol.** Estado de São Paulo; 26(2): 78-85, abr.-jun.2016. ilus, tab, graf. Acesso: 27 de agosto de 2018. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-796510>

RIBEIRO, Antonio Luiz P. et al. Cardiovascular health in Brazil: trends and perspectives. **Arq Bras Cardiol.** 2017; 109(3):231-240 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2013005000008&script=sci_arttext. Acesso: 11 de setembro de 2018.

SILVA, Filipe Melo. et al. Análise da incidência de internações e óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio entre idosos. **Rev. enferm. UFPI**; 7(1): 33-37, Jan.-Mar. 2018.

SOLLA, Davi Jorge Fontoura; FILGUEIRAS-FILHO, Nivaldo Menezes; PAIVA-GILHO, Ivan de Mattos. Desenvolvimento de redes regionalizadas de atenção ao IAM com supra de ST no Brasil. **Arq Bras Cardiol**; 100(5): 485-487, maio 2013.

VARGAS, Rodrigo Abreu de. *et al.* Qualidade de vida de pacientes pós-infarto do miocárdio: revisão integrativa da literatura. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(7):2803-9, jul., 2017 Acesso: 11 de setembro de 2018. Disponível em:

YILDIRIM, Erkan. *et al.* Relação entre o Escore de Gensini e Mortalidade Intra-Hospitalar em Pacientes com Infarto do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST. **Int. j. cardiovasc. sci.** (Impr.); 30(1): f:32-l:41, jan.-fev. 2017.

YUGAR-TOLEDO, Juan Carlos; COSENSO-MARTIN, Luciana Neves; VILELA-MARTIN, José Fernando. Aspectos fisiopatológicos e clínicos das emergências hipertensivas. **Rev. bras. hipertens**; 21(3): 140-147, jul.-set.2014.

Sobre os Autores

¹ Graduada em Educação Física, UnC – Caçador/ SC. Graduanda em Medicina, Centro Universitário Redentor. E-mail: kakabassetti@hotmail.com

² Graduanda em Medicina, Centro Universitário Redentor. E-mail: nayara.d.cezario@gmail.com

³ Graduada em Farmácia, UNIG – Itaperuna. Pós-graduada em Programa da Saúde da Família, UNIG – Itaperuna. Graduanda em Medicina, Centro Universitário Redentor. E-mail: dasalete@gmail.com

⁴ Doutor em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF (2017). Mestre em Cognição e Linguagem também pela UENF (2013). Especialista em Traumatologia-ortopedia - Universidade Castelo Branco UCB (2001); Coordenador Administrativo do Curso de Medicina UniREDENTOR. Docente: UniREDENTOR (2016/2) MEDICINA e FISIOTERAPIA. E-mail: julioboecat@yahoo.com.br

⁵ Graduado em Medicina pela Fundação Técnico Educacional Souza Marques (1987) e MESTRADO em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2004). Professor da UniREDENTOR, no curso de Medicina. E-mail: claudiodiascola@yahoo.com.br

⁶ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (1989) e Mestrado em Enfermagem Profissional e Assistencial pela Universidade Federal Fluminense (2008). MBA em Gestão Estratégica de Hospitais pela Fundação Getúlio Vargas (2006). MBA em Gestão Acadêmica e Universitária. Faculdade Arnaldo (2016). Coordenadora do Curso de Bacharel em Enfermagem UniREDENTOR (*campus* Campos). Professora da UniREDENTOR, no curso de Medicina. gomeshira@gmail.com

⁷ Mestre em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (concluído em 2011), especialização em Terapia Intensiva UFF (concluído em 2004), MBA em gestão acadêmica e universitária - Carta Consulta (concluído em 2015), pós graduação em Gestão Educacional em IES, área de conhecimento educação (concluído em 2015), pós graduação em Saúde da Família, área de conhecimento e bem estar social (concluído em 2016), curso de capacitação em serviço para

portadores de Diploma do nível superior (concluído em 2007). Professora da UniREDENTOR, no curso de Medicina. alinecgcarvalho@yahoo.com.br

⁸ Possui graduação em FISIOTERAPIA pela Universidade Iguazu (2002). Atualmente é professor titular da faculdade Redentor. Tem experiência na área de Saúde, com ênfase em Fisioterapia Dermato-Funcional e uroginicológica. Especialista em fisioterapia Traumato-Ortopédica e desportiva pela Universidade Estácio de Sá e Especialista em Fisioterapia Dermato-Funcional pela Faculdade Redentor. Professora da UniREDENTOR, no curso de Medicina. renattaamonteiro@hotmail.com

⁹ Graduada em administração com ênfase em administração Hospitalar - Centro Universitário São Camilo na Cidade de São Paulo (1997). Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão Estratégica de Hospitais (2004) pela Fundação Getúlio Vargas. Pós Graduação em auditoria de Serviços Públicos e Privados no Centro Universitário São Camilo Campus Vitória (2009). Professora Substituta da Universidade Federal do Rio de Janeiro - Campus Macaé na cadeira de Medicina Coletiva ministrando aulas no Curso de Medicina. Professora da UniREDENTOR, no curso de Medicina. lucianamoulin@gmail.com