

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS DOENTES COM DOR TORÁCICA E/OU COM SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA

Data de aceite: 01/04/2024

Pedro Alexandre dos Santos Ribeiro

Professor Assistente Convidado (na Esenfc); Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica (no Bloco Operatório do Hospital Distrital da Figueira da Foz); Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (na Esenfc)
<https://orcid.org/0000-0002-8564-6358>

Paulo Alexandre Carvalho Ferreira

Professor adjunto da ESEnfC (há 25 anos), Investigador na UICISA: E, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (na ESEnfC), Mestre em Sociopsicologia da Saúde (Instituto Miguel Torga) e Doutorado em “Novos contextos de intervenção psicológica em saúde, educação e qualidade de vida” na Universidade da Extremadura – Espanha., Portugal.
<http://orcid.org/0000-0003-1984-1750>

Maria Helena Rodrigues Magalhães

Professor Assistente Convidado (na Esenfc); Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica (na Urgência Geral do Hospital Distrital da Figueira da Foz); Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (na Esenfc)
<https://orcid.org/0009-0003-4845-110X>

Luciana Santos Ribeiro

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (no Serviço de Reabilitação Geral de Adultos do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais)
<https://orcid.org/0000-0002-8564-6358>

Stefany Arromba Pereira

Enfermeira no Serviço Bloco Operatório do Centro Cirúrgico de Coimbra
<https://orcid.org/0000-0002-8564-6358>

INTRODUÇÃO

A Síndrome Coronária Aguda (SCA) caracteriza-se por um desequilíbrio entre a oferta e o aporte de oxigénio ao miocárdio e abrange duas formas de apresentação da lesão isquémica deste tecido (Macedo & Rosa, 2010). A primeira diz respeito à síndrome sem elevação do segmento ST (SCAssST) que compreende a Angina Instável e o Enfarte Agudo do Miocárdio sem elevação do segmento ST (EAMssST). Estes pertencem à mesma categoria, uma vez que a fisiopatologia e a apresentação clínica são consideradas idênticas, todavia

com diferente gravidade. Distinguem-se principalmente na gravidade da isquemia e na sua capacidade de causar lesão com libertação de marcadores de necrose miocárdica. A outra forma de apresentação refere-se ao SCA com elevação do segmento ST (SCAcsST), também denominado Enfarte Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (EAMcsST) – nesta forma de apresentação mais grave de isquemia, existe oclusão completa da artéria coronária com a correspondente manifestação eletrocardiográfica de supradesnivelamento do segmento ST (Macedo & Rosa, 2010).

Neste sentido, a doença coronária consiste na insuficiência das artérias coronárias, na qual os vasos sanguíneos, encarregues de irrigar o coração e de proporcionarem ao músculo cardíaco, o miocárdio, os nutrientes e o oxigénio necessários para manter a sua atividade, se encontram insuficientes. A causa mais frequente de doença coronária é a aterosclerótica – na qual, o depósito de gordura e outras substâncias na parede das artérias coronárias resulta na formação de placas que estreitam os vasos (arteriosclerose), impedindo a normal circulação sanguínea no seu interior e a correta irrigação do coração.

A doença coronária pode manifestar-se por uma dor torácica passageira, denominada de angina de peito, que resulta de um défice transitório na irrigação do miocárdio, ou por uma situação mais grave, o EAM, em que o défice de irrigação é mais prologando, resultando daí a necrose ou morte de células musculares cardíacas da região afetada. Por vezes, as lesões provocadas são de tal maneira graves, que o desfecho final pode ser a morte súbita cardíaca (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2017).

Deste modo, a SCA consiste no evento final de uma patologia cujo processo fisiopatológico de base compromete progressivamente o coração, com evolução lenta e imprevisível (Zanchet & Marin, 2014). Resulta, na maioria dos casos, da oclusão ou do estreitamento das artérias coronárias por arteriosclerose, acarretando diferentes sintomas clínicos.

De acordo com Sanches e Moffa (2010), a SCA divide-se em: síndrome coronária aguda, síndrome coronária crónica e morte súbita cardíaca. Engloba diferentes manifestações da doença arterial coronária, na qual se incluem a angina instável, o EAMssST e o EAMcsST. A sintomatologia clínica, achados eletrocardiográficos e biomarcadores assumem-se como fatores fundamentais para a diferenciação dos diagnósticos (Cannon, Battler, Brindis, Cox, Ellis, Every et al., 2011).

Como já referido supra, uma forma de apresentação da SCA é o EAMcsST, resultante da interrupção prolongada do fluxo sanguíneo numa parte do músculo cardíaco, originando défice de aporte e utilização de oxigénio, com subsequente morte celular. A região miocárdica afetada varia de acordo com a (s) artéria (s) coronária (s) ocluída (s).

Se o fornecimento de sangue ao miocárdio for restituído dentre de 20 minutos não ocorrerão danos permanentes, mas se após esse tempo não houver reperfusão haverá morte celular. Todavia, 30 a 60 segundos depois do bloqueio de um vaso coronário são óbvias as alterações funcionais – as propriedades elétricas do miocárdio são alteradas

e a sua capacidade para funcionar corretamente perde-se (Seeley, Stephens & Tate, 2011). Na figura seguinte (Figura 1) é apresentado um traçado eletrocardiográfico (ECG) representativo de um EAMcsST.

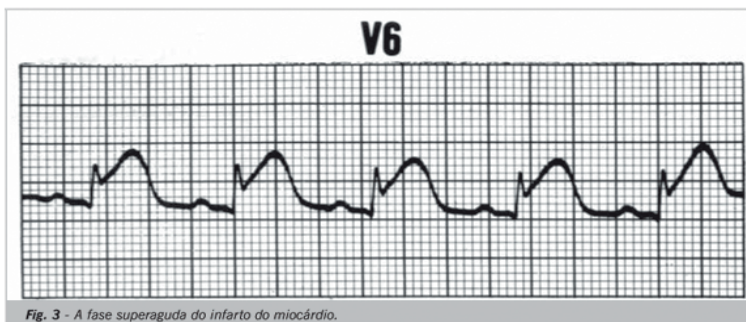


Figura 1 - ECG com supradesnivelamento do segmento ST (adaptado de Mansur et al., 2006)

De acordo com Urden, Kathleen e Lough (2008), a lesão isquêmica evolui durante várias horas, até uma completa necrose e enfarte. Uma isquemia prolongada, que dure mais de 35 a 45 minutos, resulta em lesões celulares irreversíveis e na necrose do músculo cardíaco. A função contráctil da área com necrose perde-se para sempre. A área necrosada ou de enfarte encontra-se cercada por uma zona de isquemia, formada por tecidos que podem ser potencialmente viáveis/recuperáveis se for instituída uma terapêutica de reperfusão precoce.

Como refere Warnica (2016), a Angina Instável (insuficiência coronária aguda, angina pré-enfarte ou síndrome intermediária) é definida por um ou mais dos seguintes itens, em doentes cujos biomarcadores cardíacos não atingem os critérios para enfarte do miocárdio:

- Angina em repouso que é prolongada (em geral superior a 20 minutos);
- Angina de início recente, pelo menos de gravidade classe 3, segundo a classificação da *Canadian Cardiovascular Society* (CCS) – sistema de classificação cardiovascular canadense da angina de peito;
- Angina progressiva, isto é, angina previamente diagnosticada que se tornou nitidamente mais frequente, mais grave, com duração mais prolongada ou com limiar mais baixo (por exemplo, aumento ≥ 1 na classe da CCS ou pelo menos para a classe 3 da CCS).

Dentro do espectro da SCA, não cabe a angina estável, que na realidade corresponde a um estado evolucionar de doença coronária menos grave ou mais precoce – os sintomas resultam do desenvolvimento de placas ateroscleróticas, que causam a redução do lúmen das artérias, condicionando a redução transitória do fluxo de sangue nas situações de esforço físico ou stresse emocional, aliviando com o repouso ou com nitrato.

Nas SCA, o mecanismo fisiopatológico resulta habitualmente da rutura da placa aterosclerótica, que expõe o seu conteúdo ao sangue circulante e que pode conduzir à

formação de trombo intraluminal (Krumholz, et al., 2008). Por vezes, a placa ateromatosa torna-se instável ou inflamada, e a ocorrência de rutura/fissura expõe a placa a material trombogénico, que ativa plaquetas e a cascata de coagulação, produzindo um trombo agudo.

A ativação das plaquetas compreende a alteração da conformação dos recetores de GPIIb/IIIa da membrana, permitindo uma reação cruzada, e, por consequência, a agregação das plaquetas. Mesmo os ateromas que causam obstrução mínima podem romper e desencadear trombose, uma vez que, em mais de 50% dos casos, a estenose pré-evento é inferior a 40%.

Embora a gravidade da estenose ajude a prever os sintomas, nem sempre prevê o desfecho nos eventos trombóticos agudos. A trombólise espontânea ocorre em cerca de dois terços dos doentes e, após 24 h, encontra-se a obstrução trombótica apenas em cerca de 30%. Em praticamente todos os casos, a obstrução dura o suficiente para acarretar necrose tecidual (Warnica, 2016).

As causas mais raras de SCA são a embolia arterial coronária e o espasmo coronário. A embolia arterial coronária pode ocorrer na estenose mitral ou aórtica, endocardite infecciosa ou endocardite marântica. O *stress* emocional, hiperventilação, exercício ou exposição ao frio podem desencadear crises de vasospasmo coronário na Angina de *Prinzmetal*. O consumo de cocaína é outra causa de espasmo coronário e pode, por vezes, cursar com enfarte do miocárdio. Assim, o EAM induzido por espasmo pode ocorrer em artérias coronárias normais ou ateroscleróticas (Warnica, 2016).

Em suma, o conceito de SCA abrange diversas apresentações clínicas e eletrocardiográficas decorrentes de isquemia miocárdica – a Angina Instável, o EAMssST e o EAMcsST. Entre as SCAssST estão incluídos a Angina Instável e o EAMssST. Estes não cursam com supradesnivelamento do segmento ST, podendo estar associados a alterações dinâmicas do traçado em ECG's seriados. A diferenciação faz-se pela elevação das troponinas no EAMssST ou ausência de elevação desses marcadores de necrose miocárdica na Angina Instável – a isquemia nesta última é mais indolente e transitória, não causando necrose e libertação subsequente de marcadores. No entanto, o advento das troponinas ultrasensíveis reduziu consideravelmente a incidência da Angina Instável e elevou consideravelmente a do EAMssST.

A SCAssST apresenta-se de forma heterogênea com diferentes níveis de risco em termos de morte, enfarte e recorrência do enfarte. Para cada doente, é necessário: estratificar corretamente o risco de morte/re-enfarte; implementar precocemente o tratamento antiplaquetar/antitrombínico, com dois antiplaquetários (aspirina e ticagrelor) e um agente anticoagulante; definir o método de estratificação funcional/anatómica coronária, de forma invasiva ou não invasiva; executar a terapêutica de reperfusão mais apropriada a cada caso (Silva, Pesaro, Franken & Wajngarten, 2015).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A dor torácica consiste numa queixa comum nos serviços de saúde e os enfermeiros têm de estar preparados para o primeiro atendimento. O elemento-chave na avaliação da pessoa com dor no peito prevê o uso de protocolos e de diretrizes que podem facultar uma avaliação rápida, para que os procedimentos de reperfusão possam ser implementados o mais rapidamente possível (Gallagher & Driscoll, 2012).

Os sintomas relacionados com a dor torácica podem ser indicativos de diferentes alterações físicas, inclusive psicológicas, dado que se pode relacionar com quadros de ansiedade até quadros clínicos mais graves, como a SCA. Neste sentido, o enfermeiro que atua em contexto de emergência pré-hospitalar tem de estar capacitado, com objetivo de dominar as várias etiologias que podem implicar a dor torácica, além de ser apto a identificar sinais de gravidade. Por conseguinte, há a necessidade de protocolos de atuação em dor torácica no atendimento pré-hospitalar, o que auxilia os enfermeiros na realização de um atendimento de qualidade, evitando-se, desta feita, erros no diagnóstico e as dificuldades na atuação em situações de emergência (Gissi, 2015).

No âmbito dos sintomas, a SCA pode causar desconforto na região torácica de forte intensidade e pode ser descrito pelos doentes como aperto, opressão, sufoco, dor ou pressão superior a 30 minutos; esse desconforto pode ainda irradiar para os membros superiores, pescoço, mandíbula ou estômago. Além do desconforto torácico, o doente pode também apresentar dificuldade de respiração, náuseas, vômitos, vertigem, desmaio, suor frio e palidez. Contudo, alguns EAM são denominados de silenciosos por produzirem sintomatologia branda (Aehlert, 2007).

O tempo que decorre entre o início da dor torácica e a admissão intra-hospitalar é primordial para se definir o diagnóstico e o tratamento da SCA. O atraso desse atendimento pode diminuir a eficácia do tratamento adequado, aumentando o risco de mortalidade (Marques, Rúbio, Oliveira, Leite & Machado, 2010). Esse atraso no atendimento pode ocorrer em contexto pré-hospitalar devido à dificuldade por parte dos doentes e familiares em identificar a gravidade da dor torácica, bem como em ambiente intra-hospitalar na abordagem e priorização de sinais e sintomas de alerta. Uma vez estabelecido o grau de gravidade da dor torácica deve ser realizado um exame físico criterioso. Porém, para confirmar o diagnóstico de SCA, o ECG é considerado o imperativo inicial, pois identifica aqueles que necessitam de ICP emergente - EAMcsST (Marques et al., 2010).

Na Suécia, de acordo com Magnusson, Källenius, Knutsson, Herlitz e Axelsson (2015), existe um sistema de triagem com a designação de *Rapid Emergency Triage and Treatment System* que possibilita a classificação em cinco níveis de prioridade, sendo os doentes classificados com as cores azul, verde, amarelo, laranja e vermelho. A priorização dos doentes é feita em duas etapas: avaliação dos sinais vitais e aplicação do algoritmo Sinais e Sintomas de Emergência tendo em conta a doença atual.

Neste sistema de triagem, a atribuição da cor vermelha exige a transferência para o Serviço de Urgência (SU), com acompanhamento de enfermagem permanente à cabeceira, devendo o enfermeiro contactar o hospital para avisar da chegada. Caso a triagem defina a atribuição da prioridade correspondente à cor Laranja, indica a possibilidade de deterioração do estado de saúde da pessoa, sendo necessária a transferência para o SU com acompanhamento de enfermagem, mas não de forma constante. No caso das prioridades de cor amarela ou verde, está definido que não se trata de uma situação de risco de vida, pelo que a pessoa não necessita de cuidados de emergência imediatos (Magnusson et al., 2015). Quanto à prioridade representada pela cor azul, esta não é usada no meio pré-hospitalar, dado que não corresponde à necessidade de cuidados de emergência. A criação de vias alternativas (*fast-tracks*) ao SU possibilita ao enfermeiro dar a resposta adequada e individualizada a cada pessoa, promovendo a acessibilidade aos cuidados adequados mais rapidamente e evitando a sobrelocação do próprio serviço (Magnusson et al., 2015). O conceito subjacente é idêntico às Vias Verdes em Portugal, todavia é alargado a mais situações.

Enfermagem e emergência pré-hospitalar em Portugal

Em Portugal, o exercício da enfermagem pré-hospitalar especializada é atualmente contextualizado no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018, no que diz respeito às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. No entanto, a primeira referência à atividade dos enfermeiros no pré-hospitalar foi feita em 2007 pela Ordem dos Enfermeiros (OE) com as “Orientações Reativas às Atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar”. Em 2009, com o Decreto-Lei N.º 184, de 22 de setembro foi publicada a nova carreira de Enfermagem, tendo havido o reconhecimento da atividade pré-hospitalar como uma área do exercício profissional dos enfermeiros.

O Regulamento n.º 429/2018 (p. 19362) refere que “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Por conseguinte, a Ordem dos Enfermeiros (OE), através do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (2018, p. 19359), no artigo 3.º, define três competências específicas que podem ser aplicadas em contexto pré-hospitalar, nomeadamente:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.

Santos, Pinheiro, Araújo et al. (2013), com base na sua revisão integrada da literatura, concluíram que o enfermeiro no pré-hospitalar tem de ter diversas competências, entre as quais: técnicas/assistenciais, cognitivas, relacionais, educativas e de gestão. Referem que as habilidades correspondentes a cada competência se assumem como relevantes uma vez que contribuem para criar estratégias que permitem responder de forma otimizada e adequada às necessidades inerentes a cada situação no atendimento pré-hospitalar.

Compreende-se, então, que o exercício de enfermagem em emergência pré-hospitalar é determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa em situação de doença súbita, desde o local da emergência até ao hospital, assegurando a continuidade de cuidados. Fica clara a importância da atuação do enfermeiro neste contexto, devendo os enfermeiros procurar o seu desenvolvimento e valorização profissional. De facto, a OE afirma que:

“Só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar (p.1).”

Nos últimos anos é notório o desenvolvimento do papel que o enfermeiro desempenha no pré-hospitalar, tendo havido bastante trabalho na sua definição e afirmação. Desta forma, o Regulamento n.º 226/2018 (Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar), dá as diretrizes aos enfermeiros que pretendam a atribuição de competência acrescida neste âmbito. Neste documento fica clara a importância da atuação do enfermeiro no contexto extra-hospitalar (no qual se engloba o pré-hospitalar). O enfermeiro de emergência extra-hospitalar é, então:

“Detentor de um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, nos domínios da disciplina, da profissão e da emergência extra-hospitalar, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área que, num contexto de atuação multiprofissional, é responsável pelo processo de cuidados de enfermagem, à pessoa, grupo ou comunidade, no momento e no local em que se encontram a experienciar uma situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe, até ao momento da sua transição para a unidade de saúde destinatária, de forma a promover e garantir um atendimento integral e oportuno de qualidade; assegurando uma prática profissional baseada na evidência e na investigação; e desenvolvendo uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional (p.10759).”

A investigação desenvolvida na última década tem vindo a demonstrar que os enfermeiros são uma peça essencial no seio da assistência pré-hospitalar (Malta, 2016).

O papel do enfermeiro

Atualmente, o transporte da pessoa de um contexto extra-hospitalar para o SU implica um processo organizado. Este deve ser o mais eficaz possível, num período de tempo útil e deverá decorrer sem dificuldades, sendo que neste deverão participar diversos profissionais (Howard & Steinmann, 2010).

Em Portugal, o enfermeiro está presente nas equipas de atendimento pré-hospitalar, pelo que o envolvimento do mesmo, neste contexto, influencia direta e consideravelmente a capacidade de monitorização e de atuação perante a pessoa em situação crítica (Gonçalves, 2017). Ainda segundo o mesmo autor, “o enfermeiro é o único profissional de saúde que integra a equipa de todos os meios medicalizados do INEM (...), possuindo formação avançada fornecida pelo INEM, em função do meio para o qual está adstrito” (Gonçalves, 2017, p. 37).

O enfermeiro deve ser capaz de auxiliar no diagnóstico de SCA da forma mais célere possível, conseguindo relacionar os fatores de risco associados, potenciais complicações e encaminhar a pessoa para uma implementação atempada da terapêutica adequada.

Obviamente que toda a mobilização de conhecimentos que o enfermeiro tem de fazer neste contexto deve reger-se por uma conduta ética e legal exemplar, pois este é responsável pelo acompanhamento da pessoa em situação crítica durante o transporte até ao serviço de urgência, passando pela sua monitorização e implementação de intervenções apropriadas (Malta, 2016).

De facto, sendo detentor de conhecimentos teóricos e de evidência científica recente, o enfermeiro no pré-hospitalar consegue mobilizar esse conhecimento para implementar intervenções concretas e adequadas (Regulamento n.º 429/2018).

É essencial uma abordagem holística da pessoa, valorizando os sinais e sintomas que esta apresenta, tendo sempre em conta quer os aspetos médicos mais técnicos, como os aspetos relativos aos cuidados (de enfermagem) da pessoa. Quando uma pessoa se depara com uma situação de doença súbita e é atendido em contexto pré-hospitalar, este pode sentir-se desamparado, com a sua autonomia limitada ou comprometida e sentir perda de controlo relativamente à sua situação de saúde/doença, naquele momento.

Os enfermeiros que prestam o primeiro socorro devem ser capazes de compreender e refletir acerca do desconforto percebido e sentido pela pessoa, assim como ter a capacidade de ajudar a lidar com a situação, independentemente do quão claro são os cuidados médicos a prestar. Quer isto dizer que o enfermeiro deve ser capaz de se adaptar e trabalhar quer com as necessidades de cuidados do doente, quer com os recursos disponíveis para dar resposta a essas mesmas necessidades. Além disso, é importante que os enfermeiros no pré-hospitalar detenham a capacidade de envolver a pessoa no processo de colheita de dados e na tomada de decisão relativamente ao seu estado de saúde atual e aos cuidados que são prestados.

Relativamente aos cuidados de enfermagem prestados às pessoas no pré-hospitalar com suspeita de SCA, é possível enquadrá-los nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tal como tem sido referido ao longo deste documento. Estes cuidados derivam de uma situação de emergência, que colocam a pessoa em risco de vida.

No Regulamento acima mencionado está explícito que os “cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados” (p. 19363), sendo que o

enfermeiro especialista deve ser capaz de reconhecer prontamente os focos de instabilidade da pessoa, providenciar respostas, cuidados técnicos e de conforto ao doente. Desta forma, cabe também ao enfermeiro ver a pessoa de forma holística e realizar a triagem primária do doente na assistência pré-hospitalar, orientando o seu plano de cuidados. Ainda nesta linha de pensamento, o enfermeiro especialista deve conseguir relacionar as evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, neste caso da pessoa com suspeita de SCA, monitorizando e avaliando a adequação das suas intervenções aos problemas identificados.

Também como competência do enfermeiro especialista, este tem de conseguir reconhecer o impacto da doença junto da pessoa e/ou família/cuidador em situação crítica, adaptando as suas capacidades relacionais de ajuda (Regulamento n.º 429/2018). Assim, o enfermeiro especialista, integrando o mais recente conhecimento científico e adaptando-o à sua realidade de prestação de cuidados, deverá ser capaz de o transmitir à pessoa e família em situação crítica através da sua intervenção, capacitando-o de forma adaptada às suas necessidades para melhor lidar e ultrapassar com a sua situação.

Finalmente, identificar e avaliar os sinais e sintomas experienciados e relatados pelas pessoas, assim como ser um observador crítico do seu estado de saúde geral, são a base da priorização em contexto de urgência/emergência. O trabalho em equipa, a articulação interdisciplinar e entre instituições hospitalares são a chave para os melhores cuidados à pessoa e obtenção de mais ganhos em saúde. A existência de uma equipa multidisciplinar desempenha um papel essencial na abordagem e no tratamento da pessoa com SCA (Peterman & Bisgaard, 2010), sendo os enfermeiros, os profissionais na primeira linha de contacto com essas pessoas e, deste modo, os profissionais que podem influenciar decisivamente o tempo que decorre até à terapêutica de reperfusão (Martin et al., 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças cardiovasculares são responsáveis por milhões de mortes todos os anos em todo o mundo. A SCA caracteriza-se por lesão isquémica do miocárdio, sendo que esta pode apresentar-se num traçado eletrocardiográfico com ou sem elevação do segmento ST. A literatura apresentada alerta para a necessidade de uma resposta rápida em situações de suspeita de SCA, pois uma isquemia prolongada, com duração superior a 45 minutos, pode resultar em lesões celulares irreversíveis e na necrose do músculo cardíaco, com perda irreversível da sua contractilidade.

Torna-se fundamental que os meios de socorro pré-hospitalares estejam preparados para o diagnóstico precoce e correto de doenças cardiovasculares, nomeadamente a SCA.

O enfermeiro é o profissional que está presente em todos os meios de socorro medicalizados no pré-hospitalar, sendo por isso determinante que este tenha uma formação adequada, baseada na melhor e mais recente evidência científica, tornando-o capaz de prestar cuidados à pessoa em situação crítica, estabilizando-a, monitorizando-a

e auxiliando na definição de um diagnóstico precocemente. Por outro lado, também detém um papel fundamental na comunicação com a família/acompanhante do doente, a quem deve efetuar uma abordagem holística.

REFERÊNCIAS

- Aehlert, B. (2007). Emergência em cardiologia: Suporte avançado de vida em cardiologia. Recuperado de <https://docero.com.br/doc/n0n81s0>
- Cannon, C.P., Battler, A., Brindis, R.G., Cox, J.L., Ellis, S.G., Every, N.R. et al. (2011). American College of Cardiology key data elements and definitions for measuring the clinical management and outcomes of patients with acute coronary syndromes. A report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Data Standards (Acute Coronary Syndromes Writing Committee) *J Am Coll Cardiol.* ; 38: 2114-2130.
- Fundação Portuguesa de Cardiologia (2017). *Os 10 Mandamentos para a prevenção do AVC*. Acedido em <http://www.fpcardiologia.pt/wp-content/uploads/2013/08/avc.pdf>
- Gallagher, R., & Driscoll, A. (2012). Cardiovascular Alterations and Management. In Elsevier-Mosby (Ed.), *Critical Care Nursing* (2nd ed., pp. 215–250). Sydney: Australian College of Critical Care Nurses (ACCCN).
- Krumholz, H., Bradley, E., Nallamothu, B., Ting, H., Batchelor, W., Kline-Rogers, E., . . . Bush Jr, J. (2008). A Campaign to Improve the Timeliness of Primary Percutaneous Coronary Intervention: Door-to-Balloon: An Alliance for Quality. *JACC Cardiovasc Interv*, 1(1), pp. 97-104. doi:10.1016/j.jcin.2007.10.006
- Gissi, D. (2015). Educação na triagem de risco em unidades de dor torácica. *Revista Terapia Intensiva*. Rio de Janeiro, v. 5, 3, 67-69.
- Gonçalves, R. (2017). *Perfil do Enfermeiro para o Exercício Profissional na VMER*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Viana do Castelo.
- Howard, P., & Steinmann, R. (2010). *Sheehy: Enfermagem de Urgência, da teoria à prática* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Macedo, A. & Rosa, F. (2010). A síndrome coronária aguda nos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 213-222.
- Magnusson, C., Källenius, C., Knutsson, S., Herlitz, J., & Axelsson, C. (2015). Pre-hospital assessment by a single responder: The Swedish ambulance nurse in a new role: A pilot study. *International Emergency Nursing*, 1–6. <http://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.09.001>.
- Malta, H. (2016). *Enfermeiros da Viatura Médica de Emergência e Reanimação: Que competências?* Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Coimbra.
- Marques, C.P., Rubio, L.F., Oliveira, M.S., Leite, F.M.N., & Machado, R.C. (2010). Dor torácica: atuação do enfermeiro na unidade de pronto atendimento. XIV Encontro latino Americano.

Martin, L., Murphy, M., Scanlon, A., Naismith, C., Clark, D., & Farouque, O. (2014). Timely treatment for acute myocardial infarction and health outcomes: An integrative review of the literature. *Australian Critical Care*, 27(3), 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2013.11.005>

Peterman, J., & Bisgaard, S. (2010). Door-to-balloon time: performance improvement in the multidisciplinary treatment of myocardial infarction. *Journal for Healthcare Quality*, 32(4), 14–23.

Regulamento n.º 226/2018, de 16 de abril. *Diário da República* n.º 74/2018 - II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. *Diário da República* n.º 135/2018 - II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Sanches, P., & Moffa, P. (2010). *Eletrocardiograma - Uma Abordagem Didática* (1ª ed.). Roca.

Santos, S., Pinheiro, A., Araújo, T., et al. (2013). Competências De Enfermeiros Em Urgências E Emergências Pré-Hospitalares: Revisão Integrativa. *Rev. Enferm. UFPEonline*, Recife, Vol. 7(11), 6515-6523. Acedido em http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8352/1/2013_art_vrholanda.pdf

Seeley, R., Stephens, Trent, D., & Tate, P. (2011). *Anatomia e Fisiologia*. Loures: Lusociência.

Silva, F.M.F., Pesaro, A.E.P., Franken, M., & Wajngarten, M. (2015). Tratamento atual da síndrome coronária aguda sem supradesnivelamento do segmento ST. *Einstein*, 13(3), 454-461. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n3/pt_1679-4508-eins-13-3-0454.pdf.

Urden, L.D., Kathleen, M.S. & Lough, M.E. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos*. Diagnóstico e Intervenção. Camarate: Lusodidacta.

Warnica, J. (2016). *Visão geral das síndromes coronarianas agudas (SCA)*. Manual MDS. Acedido em <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%BArbios-cardiovasculares/doen%C3%A7a-arterial-coronariana/vis%C3%A3o-geral-das-s%C3%ADndromes-coronarianas-agudas-sca>

Zanchet, A., & Marin, A. (2014). Perfil Psicossocial de Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 15(3), pp. 656-770. doi:10.15309/14psd150308