

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: A IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM UM SISTEMA DE TRIAGEM ESTRUTURADO

Edna Aparecida Alves¹, Diana Braz dos Santos¹, Wilson Moraes¹, Luis Roque Guidi Junior²

Resumo: Caracterizado por uma lesão isquêmica no tecido muscular cardíaco, posterior a trombose ou vasoespasmos sobre uma placa aterosclerótica, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é responsável por 12 milhões de óbitos em todo o mundo. Não obstante, no Brasil, contando com números extremamente expressivos de indivíduos acometidos, as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte que ocorre no país, sendo que só em 2014, contabilizou-se cerca de 340.000 mortes por tais patologias, dentre elas o Infarto Agudo do Miocárdio. O presente trabalho tem como **objetivo** principal identificar o papel do enfermeiro no controle da morbidade e mortalidade em uma das principais causas de óbitos no Brasil, o Infarto Agudo do Miocárdio, através da adoção do sistema de triagem de pacientes, caracterizado no país como o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. A **metodologia** para o desenvolvimento deste trabalho está pautada em uma pesquisa bibliográfica exploratória que consiste na busca a partir de meios escritos e eletrônicos buscados na biblioteca da UNIFIA, bem como nos bancos de dados: *Scientific Electronic Library* (SCIELO), Google Acadêmico e LILACS. **Considerações finais:** A maioria dos óbitos ocorre nas primeiras horas após os sintomas que, com o passar do tempo, se agravam pela negligência dos mesmos, e mesmo quando este indivíduo acometido pelo infarto chega ao serviço de urgência, muitas vezes tem que aguardar o atendimento por muito tempo. Para tanto e a fim de minimizar a morbidade e mortalidade do IAM e diversas outras patologias que necessitam de atendimento imediato, hospitais de todo o mundo tem colocado em ação um sistema de triagem estruturado para diminuir as superlotações, bem como identificar aqueles que não podem aguardar por muito tempo o atendimento médico. Neste sistema, chamado no Brasil de Acolhimento com Classificação de Risco, o enfermeiro é aquele que irá receber, examinar, analisar e classificar o paciente quanto ao seu risco.

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio; Sistema de Triagem em urgência e emergência; Profissional de Enfermagem.

1. Acadêmicos do Curso de Enfermagem, Centro Universitário Amparense
2. Docente do curso de graduação em enfermagem-Centro Universitário Amparense

Desenvolvimento

No Brasil, contando com números extremamente expressivos de indivíduos acometidos, as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte que ocorre no país (MANSUR; FAVARATO, 2016). Em 2014, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) contabilizou cerca de

340.000 mortes por tais patologias, sendo as doenças isquêmicas do coração, as responsáveis pela maioria dos óbitos, como por exemplo, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Caracterizado por uma lesão isquêmica no tecido muscular cardíaco, posterior a trombose ou vasoespasmos sobre uma placa aterosclerótica, o Infarto Agudo do Miocárdio ocorre por fatores intrínsecos, como sexo, idade, raça e genética e fatores extrínsecos, como o estilo de vida que inclui sedentarismo, má alimentação, tabagismo e etilismo e comorbidades como hipertensão arterial, obesidade, dislipidemias e diabetes mellitus (PAZ; PERES, 2016).

Na década de 50, a mortalidade hospitalar por IAM era cerca de 30%, já na década seguinte, com a evolução da medicina e o advento das Unidades de Tratamento Intensivo e, em seguida, das Unidades Coronarianas, essa mortalidade caiu quase que pela metade. Atualmente, mesmo que entre 5 e 7 casos de IAM, um acabe em morte, esta doença ainda apresenta alta taxa de mortalidade (SBC, 2004).

Ressalta-se também que em relação a mortalidade do IAM, sabe-se que, desde o final dos anos 60, a maioria dos óbitos ocorrem nas primeiras horas de manifestação da doença (SBC, 2004), contudo, estudos apontam que, no Brasil, devido ao não reconhecimento dos sintomas ou por não haver serviços especializados de pronto socorro, os pacientes com sintomas de IAM não procuram imediatamente os serviços de saúde (BASTOS et al., 2012).

Neste sentido, além de promover a prevenção da doença e o retardo do atendimento pré-hospitalar; ao chegar no serviço hospitalar, é necessário um atendimento e diagnóstico rápido do IAM, para dar início ao tratamento da patologia e evitar complicações advindas do IAM, ou até mesmo, o óbito.

Para tanto, a fim de otimizar o tempo de espera do paciente, propõem-se um serviço hospitalar de qualidade, onde haja um sistema de triagem que se caracterize por classificar os pacientes que chegam ao serviço de urgência quanto a sua gravidade, identificando os que necessitam de atendimento imediato e aqueles que podem aguardar em segurança o atendimento (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

O sistema de triagem, em todo o mundo, é realizado por enfermeiros devidamente treinados (ALBINO; GROSSEMAN, RIGGENBACH, 2007), o que significa, que seu papel na detecção dos sintomas de IAM é imprescindível.

Dentro deste contexto, e considerando que as doenças cardiovasculares, as quais incluem as síndromes coronarianas agudas, como o Infarto Agudo do Miocárdio, representam umas das principais causas de mortalidade e incapacidade no Brasil e no mundo, o presente trabalho buscou, a partir de um estudo de revisão bibliográfica sobre o papel do enfermeiro no sistema de triagem estruturado para o rápido diagnóstico e tratamento de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, identificando o papel deste profissional no controle da morbimortalidade hospitalar desta patologia.

Objetivo geral

O presente trabalho tem como objetivo principal identificar o papel do enfermeiro no controle da morbidade e mortalidade em uma das principais causas de óbitos no Brasil, o Infarto Agudo do Miocárdio, através da adoção do sistema de triagem de pacientes, caracterizado no país como o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.

Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar o Infarto Agudo do Miocárdio quanto sua epidemiologia, etiologia, fatores de risco e diagnóstico;
- ✓ Descrever o Sistema de Triagem em unidades hospitalares de acordo com a Política Nacional de Humanização, bem como discorrer sobre o Protocolo de Manchester;
- ✓ Evidenciar e discutir o papel do enfermeiro no Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco e, por consequência, na redução da morbidade e mortalidade do Infarto Agudo do Miocárdio.

Metodologia

A metodologia para o desenvolvimento deste trabalho está pautada em uma pesquisa bibliográfica exploratória que consiste na busca a partir de meios escrito e eletrônico buscados na biblioteca da UNIFIA, bem como nos bancos de dados: *Scientific Eletronic Library* (SCIELO), Google Acadêmico e LILACS.

Para a pesquisa dos artigos em banco de dados, foram utilizados os seguintes descritores: Infarto Agudo do Miocárdio; enfermagem; Sistema de Triagem; Acolhimento com Classificação de Risco. Os artigos, datados nos últimos 20 anos em português e inglês, foram selecionados de acordo com sua adequação ao tema a partir de uma leitura prévia de seu resumo. Selecionou-se artigos de anais, revistas científicas, legislações e dissertações.

Tal método permite conhecer o que já foi escrito outrora sobre o objeto de pesquisa e a partir da compilação de dados e compreensão sobre o assunto, responder sobre a importância do profissional de enfermagem diante do Acolhimento com Classificação de Risco e seu consequente impacto positivo na diminuição da morbidade e mortalidade do Infarto Agudo do Miocárdio.

O infarto agudo do miocárdio - Um breve quadro epidemiológico

Com os avanços da tecnologia, medicina e farmacologia, bem como as mudanças no estilo de vida das pessoas, o quadro epidemiológico mundial vem se transformando, a partir da década de 60, observou-se uma queda das doenças infecto-parasitárias e um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, ganhando destaque as doenças do aparelho circulatório (ARAÚJO et al., 2016). Esta nova realidade se deve a diversos fatores, tendo como principal, o estilo de vida, que, atualmente, está cada vez mais associada ao sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e maus hábitos alimentares.

Tais hábitos da vida contemporânea, juntamente com o aumento da expectativa de vida da população, fez com que o número de casos das Doenças Cardiovasculares (DCV), que estão entre as doenças crônicas não transmissíveis, aumentasse exponencialmente. E além de sua alta taxa de mortalidade, estas patologias produzem um profundo impacto socioeconômico, uma vez que são responsáveis por deixar milhares de indivíduos incapacitados para o trabalho, reduzindo, portanto, a produtividade e a renda familiar (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017).

O impacto nas contas públicas também é relevante, uma vez que as internações para as DCV são as mais custosas dentre as causas de internações hospitalares no Brasil (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017).

Dentro das DCV, está o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), uma das doenças isquêmicas do coração responsável pela maioria dos óbitos ocorridos tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento (ARAÚJO et al., 2016).

Sobre os fatores de risco que envolvem o IAM, segundo Cunningham (1992), podem ser classificados em não modificáveis como idade, sexo, raça e histórico familiar de doenças ateroscleróticas, ou seja, estes o indivíduo não consegue reverter; ou como modificáveis, aqueles em que o indivíduo, através da mudança de estilo de vida, consegue reverter, dentre eles estão as dislipidemias, obesidade, tabagismo, diabetes, sedentarismo e estresse.

Os fatores de risco modificáveis, principalmente a alimentação inadequada, o sedentarismo e obesidade, são responsáveis por colocar o Estado de São Paulo, com uma taxa de 7,33 óbitos a cada 100 mil habitantes, em segundo lugar dentre os estados que mais registraram óbitos devido ao IAM (PREVIDELLI, 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2011¹apud ARAÚJO et al., 2016), por ano 17,1 milhões de óbitos ocorrem no mundo todo devido a doenças cardiovasculares, sendo que destes 12 milhões são vítimas do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). E ainda sobre o relatório da OMS, diante dos padrões atuais, estima-se que, em 2030, haverá cerca de 23 milhões de óbitos por doenças cardiovasculares no mundo.

No Brasil, o IAM é uma das principais causas de morte. Somente em 2010, houve cerca de 100 mil óbitos por doenças do aparelho circulatório (DATASUS, 2017), sendo que 79 mil pessoas morreram por conta de um IAM. Ainda deve se considerar que estes números não levam em consideração quadros que foram revertidos com sucesso e as subnotificações em que pacientes morreram antes mesmo de chegarem ao atendimento hospitalar (PREVIDELLI, 2013).

Entre 1996 e 2011, de acordo com o DATASUS (2015²apud SCHIMIDT et al., 2015), houve um aumento de 48% nos casos de óbitos registrados no país por IAM. Somado à isto, as estimativas só preocupam, uma vez que se houver uma persistência desta tendência, estima-se que em 2020, o IAM será a primeira causa isolada de morte no Brasil.

Diante desta realidade, reverter este impacto significativo que o IAM possui sobre a população brasileira se faz urgente. Para tanto, deve-se, primeiramente, compreender a etiologia e fatores de risco desta doença como ver-se-á a seguir.

Caracterização do IAM

O Infarto Agudo do Miocárdio se caracteriza por uma obstrução da artéria coronária, a qual promove a insuficiência do fluxo sanguíneo para o miocárdio, acarretando no desequilíbrio entre oferta e consumo de oxigênio e morte dos cardiomiócitos devido a isquemia prolongada (PESARO; SERRAO JÚNIOR; NICOLAU, 2004).

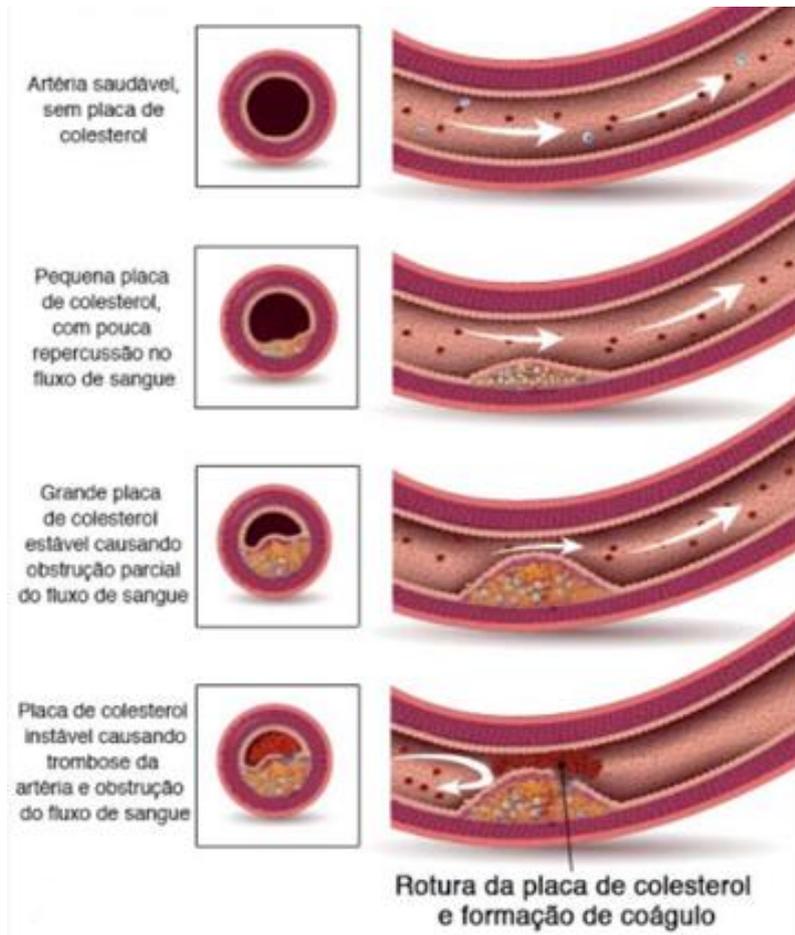
Segundo diversas associações internacionais de cardiologia, como aponta Schmidt et al. (2015), existem 5 tipos de IAM. O IAM tipo 1 é o mais comum e ocorre pelo rompimento, fratura ou erosão da placa aterosclerótica, que ao contrário do se pensa comumente, a obstrução da artéria que origina o IAM, não é somente devido ao aumento progressivo da placa aterosclerótica que lentamente vão fechando a luz dos vasos, mas, na maioria dos casos, ocorre subitamente com uma rápida obstrução da

¹ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/m ediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>>.

²DEPARTAMENTO DE INFORMATICA DO SISTEMA UNICO DE SAUDE (DATASUS). **Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Óbitos por residência por ano do óbito Segundo capítulo CID-10. 2 nov. 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>>.

artéria coronária causada por uma rotura súbita e formação de coágulo sobre placas de gordura vulneráveis, inflamadas e com capa fibrosa delgada, assim como mostra a **Figura 1** (PINHEIRO, 2017; PESARO; SERRAO JÚNIOR; NICOLAU, 2004).

Figura 1. Processo de origem do Infarto Agudo do Miocárdio



Fonte: PINHEIRO, 2017.

A placa aterosclerótica provém do acúmulo de lipoproteínas de baixa densidade (LDL) na parede arterial, cuja deposição ocorre de maneira proporcional à concentração destas substâncias no plasma (XAVIER et al., 2013).

Já o tipo 2 caracteriza-se pelo desequilíbrio entre a demanda e a oferta de oxigênio que ocorrem devido a diversas condições que não se associam ao que ocorre no tipo 1, ou seja, não ocorre acidentes da placa aterosclerótica. Entre os fatores desencadeantes do tipo 2 estão “a disfunção endotelial, vasoespasm coronariano, embolia coronariana, taqui e bradiarritmias, anemia, insuficiência

respiratória, hipotensão e hipertensão, com ou sem hipertrofia do ventrículo esquerdo” (SCHIMIDT et al., 2015, p.120).

Os demais tipos fazem parte do tipo 3, neste tipo o IAM resulta em óbito, “na vigência de sintomas sugestivos de isquemia miocárdica e alterações eletrocardiográficas isquêmicas, ou de novo bloqueio de ramo esquerdo, antes da coleta laboratorial ou da elevação dos biomarcadores” (SCHIMIDT et al., 2015, p.120).

Ainda existem os tipos 4A que ocorre pela intervenção coronariana percutânea e o 4B, pela trombose do stent (SCHIMIDT et al., 2015).

Por fim, tem-se o tipo 5, o qual relaciona o IAM à cirurgia de revascularização miocárdica (SCHIMIDT et al., 2015).

E ainda que, como já mencionado, o tipo 1 ocorra mais comumente, os tipos 1 e 2, na prática clínica, não são claramente distinguidos, uma vez que eles se mostram semelhantes no diagnóstico.

Fatores de Risco

Definem-se por fatores de risco, o conjunto de condições, problemas e hábitos que predis põem o indivíduo a desenvolver determinada doença. E como já mencionado existem dois grupos de fatores de risco que envolvem o IAM: não modificáveis e modificáveis (CUNNINGHAM, 1992).

Entre os não modificáveis tem-se a idade, uma vez que a medida que aumenta-se a longevidade, maior é o tempo de exposição a outros fatores de risco e, portanto, maior a probabilidade de acontecer um evento cardiovascular adverso (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998).

Quanto o sexo, que também configura um fator de risco não modificável, o primeiro estudo epidemiológico das Doenças Cardiovasculares (DAMBER; MOORE; MANM³, 1957 *apud* SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998), realizado em na cidade de Framingham, nos Estados Unidos, apontou que tais doenças possuem maior prevalência em indivíduos do sexo masculino, confirmados com os diversos outros estudos, como o de Mertins et al. (2016) e Pretto et al. (2008). Este fato pode ser explicado pela função protetora do estradiol que está presente nas mulheres, no entanto, com a diminuição abrupta dos níveis de estrogênio após a menopausa, há um aumento na pré-disposição ao IAM (MERTINS et al., 2016).

Outro importante fator não modificável é o histórico familiar de doenças ateroscleróticas. Histórico de parentes diretos que tiveram IAM, angina ou se submeteram a procedimento cirúrgico

³DAMBER, T.R.; MOORE, F.E.; MANM, G.V. Coronary heart disease in the Framingham Study. **Am J Public Health**, v.47, p.4-24, 1957.

coronariano antes dos 60 anos, podem indicar uma pré-disposição ao IAM, uma vez que características genéticas também são relevantes para o IAM (POLANCZYK, 2005).

Os fatores modificáveis, ainda que extremamente relevantes em estudos epidemiológicos do IAM, são aqueles que fazem parte de um estilo de vida, ou seja, podem ser reversíveis com algumas mudanças de hábitos.

Entre os mais importantes fatores modificáveis, estão: alimentação, sedentarismo e tabagismo. A alimentação e o sedentarismo estão intimamente ligados a hipercolesteremia e obesidade, fatores que aumentam a probabilidade do indivíduo desenvolver IAM. A alimentação baseada em grandes quantidades calóricas aliada ao sedentarismo fazem subir o nível do colesterol do LDL, lipoproteína que depõe nas paredes arteriais.

O tabagismo, por sua vez, é considerado um dos mais importantes fatores de risco, uma vez que a nicotina eleva a frequência cardíaca e a probabilidade de espasmo dos vasos sanguíneos, aumentando, portanto, a predisposição da formação de coágulos na placa aterosclerótica. Neste sentido, o risco do tabagista à desenvolver infartos e anginas é altíssimo (STEFANINI, 2011).

Diagnóstico

O diagnóstico do IAM é relativamente simples, uma vez que apoia-se no tripé: história clínica, evolução eletrocardiográfica e curva enzimática (ESCOSTEGUY et al., 2002). O quadro clínico, cujo sintoma principal e característico é a dor precordial em aperto à esquerda com irradiação para outras partes do corpo. Outros sinais e sintomas também são associados, tais como: náuseas, sudorese, dispneia e vômitos (PESARO; SERRAO JÚNIOR; NICOLAU, 2004).

Exames complementares também auxiliam na detecção do IAM, e são eles: o eletrocardiograma e os marcadores biológicos de necrose, que, após a avaliação da dor precordial a verificação de alterações eletrocardiográficas é o exame diagnóstico mais utilizado, uma vez que, além de relacionar o sintoma clínico com o diagnóstico das síndromes coronarianas agudas, também dá informações relevantes para a melhor opção terapêutica e a estratificação prognóstica do paciente. O outro exame complementar são os marcadores bioquímicos de necrose como o CPK, CK-MB e troponina, cujas elevações diagnosticam o IAM (LUNA FILHO; VIANA, 2002).

Sabendo, portanto, que o diagnóstico do IAM é realizado através da anamnese em conjunto com os exames complementares, e que é sabido que a maioria dos óbitos ocorrem nas primeiras horas de manifestação da doença, o atendimento hospitalar deste paciente deve ser rápido e eficaz (SAMPAIO; MUSSI, 2009).

Para tanto, em 2003, a fim de preconizar uma política transversal de humanização na atenção à saúde, lançou-se a Política Nacional de Humanização (PNH), que dentre tantas medidas, adotou um sistema de triagem estruturado para os serviços de atendimento de urgência e emergência (BRASIL, 2013).

E, como já dito, ainda que 50% dos óbitos por IAM ocorram antes mesmo do paciente chegar ao serviço hospitalar, aqueles que assim conseguem devem ter um atendimento imediato, portanto, aderir à Classificação de Risco, possibilita um rápido diagnóstico e por consequência, o tratamento precoce.

O Sistema de triagem e o impacto sobre o IAM

Proposto pela Política Nacional de Humanização (PNH), o Sistema de triagem propõe, associado ao acolhimento do paciente, uma avaliação e posterior classificação de Risco, este último entendida como a identificação do risco/vulnerabilidade do paciente, a partir dos aspectos subjetivos, biológicos e sociais do adoecer, para assim, orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do indivíduo (SOUZA, BASTOS, 2008).

Existem diversos protocolos de classificação de risco, porém o que eles tem em comum, dentre outros aspectos, é que quem o faz é o enfermeiro, tendo ele a responsabilidade de acolher, avaliar, classificar e encaminhar ao atendimento imediato em casos de alto risco à vida.

Portanto, o enfermeiro é fundamental na identificação de pacientes com risco iminente à vida, como são aqueles com IAM. E uma vez garantindo o atendimento imediato, além de diminuir o sofrimento, também pode salvar vidas, diminuindo desta maneira a mortalidade desta patologia.

O sistema de triagem

Em todo o mundo, verifica-se uma grande demanda nos Serviços Hospitalares de Emergência (SHE) e um dos desafios mais enfrentado pela gestão de saúde é acabar com as superlotações nestes locais.

Para tanto e a fim de melhorar a qualidade e resolutividade destes serviços, originado nas guerras napoleônicas, quando o cirurgião chefe Baron Dominique Jean Larrey classificou e priorizou os atendimentos conforme sua gravidade, processos de triagem e classificação de risco foram introduzidas nos serviço de emergência (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007).

O termo triagem, do francês *triage*, significa ato ou efeito de escolher, classificar selecionar (MICHAELIS, 2017). Portanto, estabelecer uma triagem em SHE significa organizar o atendimento a

partir de protocolos que classificam os pacientes conforme seu potencial de risco, ou seja, dar atendimento prioritário aqueles que precisam de atendimento imediato e reconhecendo aqueles que podem aguardar em segurança (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

Atualmente, os quatro sistemas de triagem estruturada mais utilizados são: *National Triage Scale* (NTS) da Austrália, *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale* (CTAS) do Canadá, *Manchester Triage System* (MTS) do Reino Unido e *Emergency Severity Index* (ESI) dos Estados Unidos (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012, p.182).

No Brasil, esta realidade não é diferente, um dos maiores problemas enfrentados em um Serviço Hospitalar de Emergência (SHE) é, com toda a certeza, a superlotação. Este fato é, principalmente, explicado pela cultura arraigada na sociedade em geral, onde a atenção à saúde está focada na doença e cura, e não na prevenção, desta forma, há uma falha do atendimento básico de saúde e uma busca indiscriminada por serviços de urgência que oferecem atendimento rápido e resolutivo, na maioria das vezes (SOUZA; BASTOS, 2008).

Diante disto, verifica-se a inoperância do SHE ao se trabalhar por meio da ordem de chegada do paciente, uma vez que encontram-se, neste local, tanto pacientes com real risco iminente à vida, quanto pacientes com necessidade de atendimento básico de baixa complexidade. Estabelecer, portanto, um sistema de classificação, a fim de priorizar o atendimento daqueles que realmente necessitam se faz urgente e se tornou alvo de grandes discussões.

Para tanto, em 2003, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência à saúde, foi criada, no Brasil, a Política Nacional de Humanização, a qual, dentre diversas diretrizes, propõe uma reestruturação do SHE no âmbito da gestão e cuidado com a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR).

Política Nacional de Humanização: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco

É sabido que o Sistema Único de Saúde (SUS) atua em três níveis: a atenção primária através das Unidades Básicas de Saúde que oferecem a promoção e proteção da saúde; no segundo nível estão as Unidades de Pronto Atendimento que incluem unidades hospitalares e ambulatórios especializados, cuja função está em prestar ao usuário atendimento precoce no tratamento de situações crônicas e de doenças agudas; por último e o mais complexo de todos, está o nível terciário, o qual oferece atendimento de alta complexidade e de reabilitação em hospitais especializados (OLIVEIRA et al., 2013).

Contudo, ainda que bem estabelecidas as funções de cada nível, como já mencionado, a sociedade brasileira temem sua cultura o tratamento da doença, ou seja, não há uma cultura de promoção e prevenção da saúde. Desta forma, o nível secundário desta hierarquia se sobrecarrega, uma vez que os usuários tendem a procurar atendimento hospitalar pelos mais diversos motivos.

Neste sentido, em 2003, com o objetivo de atender a alta demanda sem que haver sobrecarga dos níveis de atenção a partir da mudança dos modelos de gestão e cuidado na saúde, criou-se a Política Nacional de Humanização (PNH), o qual tem como princípios: a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, a corresponsabilidade, protagonismo e autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2013).

As mudanças que propõe a PNH estão pautadas na humanização, ou seja, a partir da corresponsabilidade e participação ativa de todos os atores do sistema (usuários, gestores e profissionais de saúde) busca-se mudar o modo de fazer saúde.

Casate e Corrêa ainda ressaltam que o atendimento humanizado na saúde é aquele

(...) calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário (CASATE; CORRÊA, 2005, p.106).

Atuando de forma transversal, o PNH, portanto, reconhece a singularidade e a capacidade criadora de cada sujeito envolvido e prima pelo avanço e qualificação do SUS (BRASIL, 2013).

Dentre as diretrizes do PNH, está o Acolhimento que estabelece que, a partir de uma equipe multidisciplinar e um serviço de qualidade, todo usuário deve ser acolhido conforme suas necessidades de saúde de acordo com a vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2013).

E ainda que o acolhimento abranja todos os níveis de atenção do SUS, a fim de atender com prioridade aqueles que possuem risco iminente à vida, e solucionando problemas como baixa qualidade no atendimento, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos dos usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços e superlotação em unidades hospitalares, a partir do PNH, implantou-se o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR).

O AACR, além de estabelecer uma avaliação e classificação dos usuários quanto à necessidade de atendimento humanizado imediato, também se preocupa em aumentar a resolutividade e satisfação de quem chega até o serviço hospitalar, como por exemplo, dando informações aos pacientes e seus familiares.

Portanto, mais que uma triagem quanto ao risco de cada paciente, o AACR pressupõe um acolhimento nas mais diversas esferas, desde a preocupação com o ambiente que acolhe até a postura de cada profissional.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão (BRASIL, 2009, p.19)

Para tanto, definiu-se um protocolo de atendimento para AACR de maneira que garantisse aos pacientes de maior gravidade a prioridade no atendimento, bem como melhorasse o fluxo deste atendimento, reduzindo as superlotações, e por consequência, aumentando a resolutividade do serviço de urgência. Este protocolo foi baseado no Protocolo de Manchester, já utilizado em diversos países (SOUZA, 2009).

Protocolo de Manchester

Criado na Inglaterra em 1994, o Protocolo de Manchester surgiu através da necessidade de classificação para hierarquizar o atendimento de acordo com a sua urgência. Através de medições clínicas, das queixas do paciente e seu histórico, cada paciente recebe uma classificação em cinco categorias representadas por uma cor (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho), a qual estabelecerá o tempo de atendimento que este paciente poderá aguardar (COREN/SP, 2012), conforme mostra a **Figura 2** abaixo:

Figura 2. Protocolo de Manchester



Fonte: ROCHA, 2016. Disponível em: <<http://www.ocnews.com.br/noticia/1336/pronto-socorro-de-adamantina-adota-atendimento-com-classificacao-de-risco.html>>. Acesso em 25 set. 2017.

O tempo estimado para o atendimento de cada categoria é (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012):

NÍVEL 1: emergente - atendimento imediato;

NÍVEL 2: muito urgente – atendimento em 10 minutos;

NÍVEL 3: urgente - atendimento em 60 minutos;

NÍVEL 4: pouco urgente – atendimento em 120 minutos;

NÍVEL 5: nao urgente – atendimento em 240 minutos.

Utilizado em sistemas de saúde de diversos países como Holanda, Irlanda, Portugal, Espanha e Suécia, este protocolo traz diversas vantagens, como coloca Cronin (2003⁴) *apud* Coutinho, Cecílio e Mota (2012). Dentre os benefícios trazidos com a implantação do protocolo, estão: o reconhecimento internacional, a confiabilidade, a avaliação profissional, a possibilidade de adequação e expansão para

⁴ CRONIN, J.G. The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. **Accid Emerg Nurs**.v.11, p.121-5, 2003.

outros serviços de emergência com características diferentes e oferece roteiro sistemático e lógico para a tomada de decisão.

Sobre o roteiro sistemático, o protocolo possui 52 fluxogramas, sendo sete específicos paracrianças e dois para catástrofes, que irão determinar, por meio de diversas avaliações e questionamentos, a cor de cada paciente.

Dentro dos fluxogramas, chamados de alguns discriminadores gerais, estes fatores são encontrados repetidamente, ou seja, são sinais ou sintomas que comumente são encontrados em todos os fluxos e que, portanto, se mostram determinantes na triagem, tais como: risco de morte, dor, hemorragia, consciência, temperatura e agravamento (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Qualquer ameaça às funções vitais, classifica o paciente como prioridade de atendimento (vermelho) devido ao seu risco iminente à vida. Quanto à avaliação da dor, o paciente é questionado sobre sua dor conforme uma escala de 0 (sem dor) à 10 (dor extrema), e caso esta dor seja severa e/ou intolerável este deve ser classificado, diante de outros fatores, como grave (laranja). Contudo, a inexistência ou queixa de dor suportável, não excluem o paciente de ser urgente, portanto, os outros fatores devem ser avaliados conjuntamente. A hemorragia por sua vez, comumente vista em traumatismos, independentemente de seu volume e controle, deve ser encarado como urgência (GAVIOLI, s.d.).

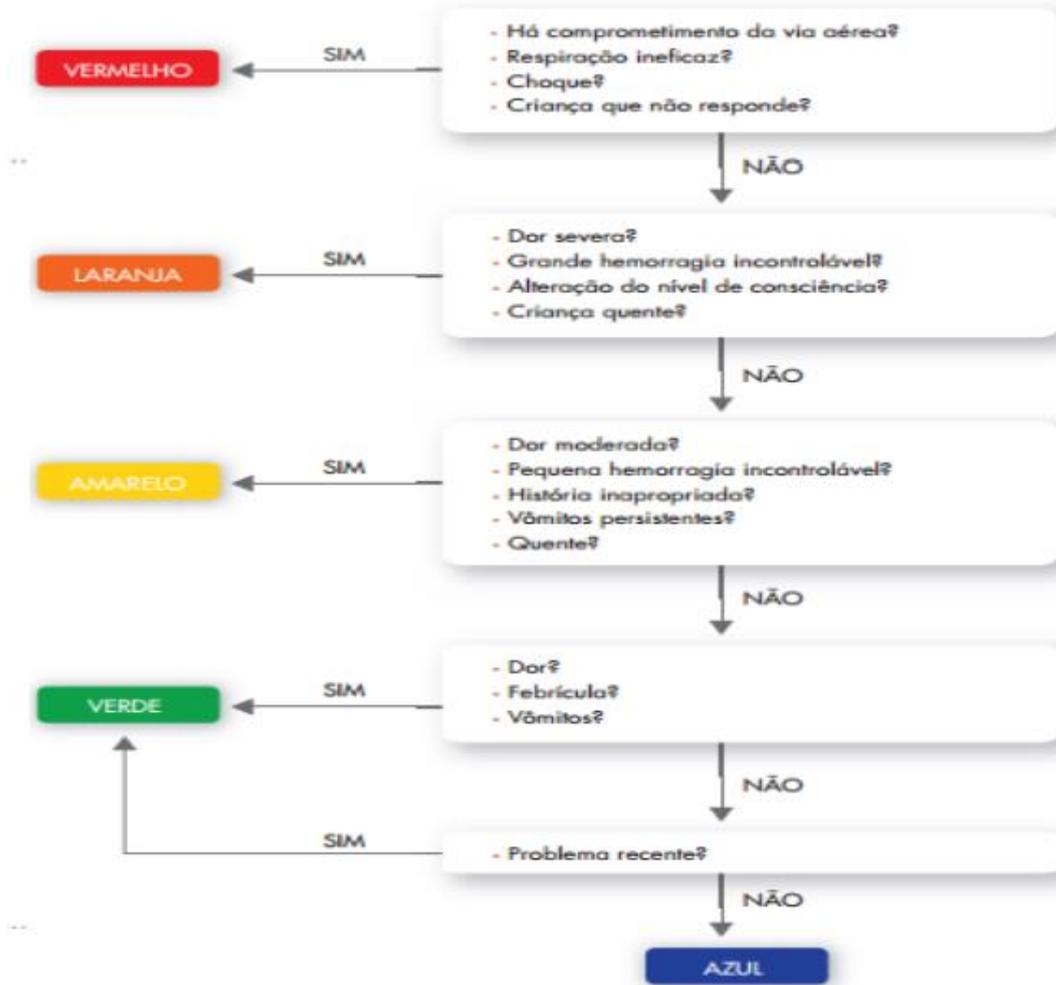
A perda de consciência é apenas caracterizada como emergência (vermelho) em casos de mal epilético, já a classificação laranja é atribuída a adultos que apresentem nível de consciência alterado que apenas respondem a voz ou estímulo doloroso pelo ECG ou ainda, aqueles que não respondem (GAVIOLI, s.d.).

Temperaturas acima de 41°C são colocadas como prioridade de atendimento (laranja), entre 38,5°C – 40,9°C são classificados como amarelos e por fim, entre 37,5°C - 38,4°C, o paciente é classificado como verde (GAVIOLI, s.d.).

O agravamento se caracteriza pelo tempo de instalação do problema, doença ou queixa, cujo prolongamento pode ser incluído como azul, encaminhando-o ao atendimento ambulatorial (GAVIOLI, s.d.).

Em sumo, todos os fatores apresentados anteriormente devem ser analisados em conjunto para uma adequada classificação do paciente quanto à sua gravidade e risco, assim como mostra a **Figura 3**.

Figura 3. Fluxograma a partir da avaliação dos discriminantes gerais e específicos mais comuns.



Fonte: GAVIOLI, s.d., p.27

Na AACR, as categorias são modificadas, ao invés de serem cinco, de acordo com a Cartilha do PNH sobre o AACR, são 4 classificações, são elas (BRASIL, 2004):

VERMELHO: Prioridade 0 – emergência com necessidade de atendimento imediato.

AMARELO: Prioridade 1 – urgência com atendimento o mais rápido possível.

VERDE: Prioridade 2 – prioridade não urgente.

AZUL: Prioridade 3 – consultas de baixa complexidade com atendimento de acordo com o horário de chegada.

No entanto, independentemente no número de classes de urgência, para que esta avaliação seja eficaz e corretamente aplicada, os profissionais envolvidos devem ter um treinamento adequado, e em todo o mundo, assim como a **Figura 2** também mostra, o enfermeiro é o profissional responsável pela classificação dada a cada paciente que chega ao serviço de urgência e emergência, como veremos a seguir (COREN/SP, 2012).

O papel do enfermeiro no Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco

Como já visto, o AACR é baseado no Protocolo de Manchester e, portanto, a classificação em ambos é baseada em cores e realizada por enfermeiros (BRASIL, 2009). De acordo com a cartilha do PNH sobre o AACR, ainda que todos os profissionais envolvidos no atendimento dos serviços de urgência tenham que apropriar-se de tal protocolo, cabe ao enfermeiro a liderança do fluxo de pacientes, bem como a determinação do seu grau de risco e gravidade. A cartilha ainda determina que para que este profissional atue dentro deste processo, o mesmo deve ter ensino superior em enfermagem, “preferencialmente com experiência em serviço de urgência, e após capacitação específica para a atividade proposta” (BRASIL, 2009, p.44).

O processo de triagem inicia-se com a chegada do paciente no serviço de urgência, o qual deve ser prontamente identificado e encaminhado ao profissional de enfermagem, que através da apresentação da queixa, é direcionado para o fluxograma específico. A partir disto, sucessivas questões são realizadas com base nos discriminantes gerais, até que se obtenha resposta positiva. De acordo com as respostas do paciente e avaliação dos sinais vitais do paciente, chega-se, então, a classificação quanto à prioridade clínica, definindo, portanto a cor que representa o nível de urgência, e por consequência, o tempo-alvo de atendimento (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

A partir da implantação do sistema de triagem é possível, portanto, que o profissional de enfermagem tome a decisão quanto a prioridade de atendimento com base em critérios bem estabelecidos, deixando, desta forma, de ser aleatória, subjetiva ou por ordem de chegada.

Cabe ao enfermeiro, portanto, a resolutividade do AACR, uma vez que feita a aferição dos sinais vitais e a interpretação das queixas do paciente de maneira adequada, não haverá compreensões errôneas que podem causar um agravo maior.

Considerações finais

Ao considerar o IAM como umas das principais causas de morte no Brasil e no mundo, verifica-se a necessidade de estudo acerca de tal patologia, a fim a melhorar esta realidade. Devido sua complexidade, fatores de risco e sintomas, várias ações podem ser tomadas para reduzir tais números.

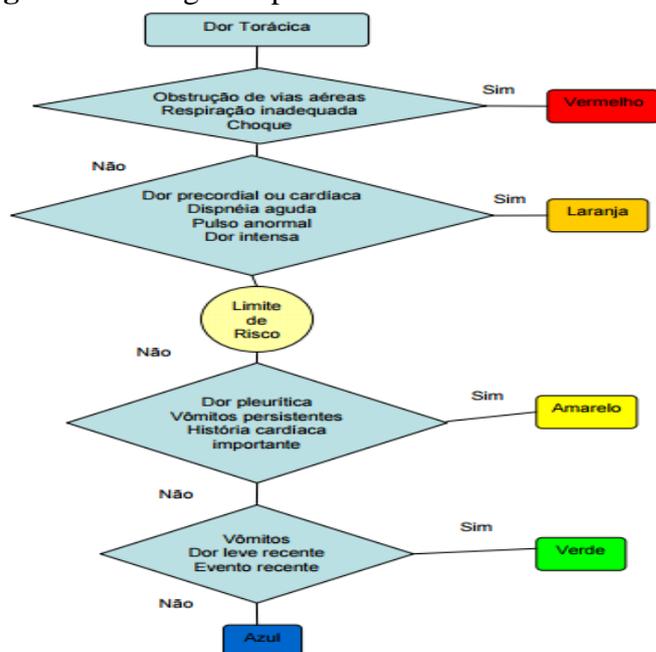
E ainda que o maior número de óbitos ocorra antes mesmo do paciente chegar aos serviços de urgência por negligência de seus sintomas e sinais, aqueles que conseguem chegar ao serviço hospitalar necessitam de um atendimento imediato para o tratamento da doença.

Contudo, diante de uma realidade com serviços de urgência superlotados e tendo como prioridade de atendimento somente seu horário de chegada, o indivíduo com IAM pode ter complicações por um simples erro de administração e gerenciamento.

Para tanto, este trabalho buscou discutir a importância do Acolhimento com Classificação de Risco (AACR), implantado a partir da Política Nacional de Humanização, destacando-o como ferramenta útil na triagem de pacientes que necessitam de atendimento imediato como aqueles que apresentam o IAM.

Com a aplicação deste sistema de triagem, o paciente que chega ao serviço de urgência com dores no peito, suspeitando ser um IAM tem mais chances de ser tratado a tempo sem que haja complicações, conforme mostra a **Figura 4**.

Figura 4. Fluxograma para dor torácica



Fonte: BOHN, 2013, p.58

O AACR é uma ferramenta recente e como toda mudança em um sistema gerencial, encontram-se obstáculos e dificuldades de implantação, contudo, a aplicação do AACR em serviços de saúde, de acordo com Bellucci Jr. e Matsuda (2012), já apresenta significativa melhora no atendimento hospitalar ao minimizar os efeitos da superlotação e baixa qualidade de atendimento, uma vez que essa diretriz tem produzido melhorias no fluxo de atendimento.

A sistematização da classificação de pacientes quanto sua gravidade e risco, realizada por profissionais de enfermagem essencialmente, ainda que direcione e organize o atendimento, por si só não basta, pois apenas seguir um fluxograma não dá uma visão geral do paciente, sendo portanto, difícil de avaliar a vulnerabilidade daquele indivíduo.

Para tanto, quando o enfermeiro apenas aplica o protocolo e o fluxograma, estes não substituem a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento.

Portanto, compreender o significado de humanização, apropriar-se dos protocolos e fluxogramas e estar devidamente capacitado é essencial para o enfermeiro que irá atuar nesta área, cujo papel é fundamental na melhoria da qualidade do atendimento hospitalar, no acolhimento e classificação dos pacientes e, por consequência, na diminuição da mortalidade de doenças tratáveis, mas que necessitam de atendimento imediato, como, por exemplo o Infarto Agudo do Miocárdio.

Referências bibliográficas

ACOSTA, A.M.; DURO, C.L.M.; LIMA, M.A.D.S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.** v.33, n.4, p.181-190, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400023>. Acesso em: 01 mai. 2017 às 23:15hs.

ALBINO, R.M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.36, n.4, p.70-75, 2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>>. Acesso em: 02 mai. 2017 às 22:46hs

ARAÚJO, I.F.M.; SANTOS, I.S.C.; LONGUINIÈRE, A.C.F.L.; VALENÇA-NETO, P.F.; FRANKLIN, T.A. Perfil da população acometida por infarto agudo do miocárdio. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.10, n.7, p.2302-09, jul., 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11284/12934>>. Acesso em: 25 ago. 2017 às 22:13hs.

BASTOS, A.S.; BECCARIA, L.M.; CONTRIN, L.M.; CESARINO, C.B. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. **Rev Bras Cir Cardiovasc.**, v.27, n.3, p.411-8, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382012000300012>. Acesso em: 03 mai. 2017 às 23:01hs.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BOHN, M.L.S. **Classificação de Risco Manchester**: opinião dos enfermeiros do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2013. 62f.Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69756/000872993.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 25 set. 2017 às 22:26hs.

CASATE, J.C.; CORRÊA, ADRIANA K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.1, p.105-111, jan./fev., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100017>. Acesso em: 11 set. 2017 às 19:37hs.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN/SP). Emergências saem do preto e branco. **Enfermagem Revista**, p.16-31, nov., 2012. Disponível em: <<http://www.coren-sp.gov.br/enfermagem-revista>>. Acesso em: 23 set. 2017 às 21:14hs.

COUTINHO, A.A.P.; CECÍLIO, L.C.O.; MOTA, J.A.C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev Med Minas Gerais**, v.22, n.2, p.188-198, 2012. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/101>>. Acesso em: 23 set. 2017 às 21:14hs.

CUNNINGHAM, S. The epidemiologic basis of coronary disease prevention. **Nurs. Clin. North. Am.**, v.27, n.1, p. 153-65, 1992. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/med/1545987>>. Acesso em: 27 jun. 2017 às 23:12hs.

DATASUS. **Indicadores de Mortalidade**: Taxa de Mortalidade por Doenças do aparelho Circulatório Ficha de qualificação. Ministério da Saúde [online]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc11.htm>>. Acesso em: 23 jul. 2017 às 23:40hs.

ESCOSTEGUY, C.C.; PORTELA, M.C.; MEDRONHO, R.A.; VASCONCELLOS, M.T.L. de. O Sistema de Informações Hospitalares e a assistência ao infarto agudo do miocárdio. **Rev Saúde Pública**. v.36, n.4, p.491-9, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400016>. Acesso em: 03 mai. 2017 às 23:10hs

GAVIOLI, A. Método de Classificação de Risco: Protocolo de Manchester. **Curso Avante**. (s.d.). Disponível em: <<http://cursosavante.com.br/wp->

content/uploads/2017/04/mtododeclassificaoderiscopeloprocolodemanchester-150416151951-conversion-gate01.pdf>. Acesso em: 23 set. 2017 às 23:35hs.

LUNA FILHO, B.; VIANA, R.M. Infarto Agudo do Miocárdio. **RBM**. v.59, n.12, dez., 2002. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2179&fase=imprime>. Acesso em: 28 jun. 2017 às 00:01hs.

MANSUR, A.P.; FAVARATO, D. Tendências da Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. **Arq Bras Cardiol.** (online), 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt_0066-782X-abc-20160077.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2017 às 23:32hs.

MERTINS, S.M.; KOLANKIEWICZ, A.C.B.; Rosanelli, C.L.S.P.; LORO, M.M.; POLI, G.; WINKELMANN, E.R.; PANNEBECKER, J.M. Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Av Enferm.** v.34, n.1, p.30-38, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002016000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 ago. 2017 às 22:13hs.

OLIVEIRA, G.N.; VANCINI-CAMPANHARO, C.R.; OKUNO, M.F.P.; BATISTA, R.E.A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n.2, mar./abr., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000200500&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 13 set. 2017 às 21:31hs.

PAZ, M.P.; PERES, M.B. **Prevalência do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no Município de Xanxere – SC: Benefícios da Reabilitação Cardiovascular na Fase 1 – Hospitalar.** 19 setembro de 2016. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/trabalhos/prevalencia-do-infarto-agudo-do-miocardio-iam-no-municipio-de-xanxere-sc-beneficios-da-reabilitacao-cardiovascular-na-fase-1-hospitalar/>>. Acesso em: 02 mai. 2017 às 22:45hs.

PESARO, A.E.P.; SERRANO JÚNIOR, C.V.; NICOLAU, J.C. Infarto Agudo do Miocárdio - síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. **Rev Assoc Med Bras.** v.50, n.2, p.214-20, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20786>>. Acesso em: 27 jun. 2017 às 22:45hs.

PINHEIRO, P. Infarto do miocárdio – causas e prevenção. **MD Saúde.** 6 de maio de 2017. Disponível em: <<http://www.mdsaude.com/2010/11/infarto-miocardio-causas-tratamento.htm> l>. Acesso em: 27 jun. 2017 às 22:35hs.

POLANCZYK, C.A. Fatores de Risco Cardiovascular no Brasil: os Próximos 50 Anos! **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v.84, n.3, p.199-201, mar., 2005. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v84n3/a01v84n3.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2017 às 20:45hs.

PRETTO, P.; BISCARO, A.; MORETTI, M.; MORETTI, M.P.; MORETTI, G.R.F.; SAKAE, T.M. Fator prognóstico do infarto agudo do miocárdio com supradesnível de ST. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** v.37, n.2, p.67-70, 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=gogle&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=499743&indexSearch=ID>>. Acesso em: 01 mai. 2017 às 23:32hs.

PREVIDELLI, A. Os estados brasileiros onde mais se morre por infarto. **EXAME – Brasil**. 13 de setembro de 2016. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/brasil/os-estados-onde-mais-se-morre-por-infarto/>>. Acesso em: 14 ago. 2017 às 21:38hs.

ROCHA, 2016. Pronto Socorro de Adamantina adota atendimento com classificação de risco . **Cnews – Saúde**. Disponível em: <<http://www.ocnews.com.br/noticia/1336/pronto-socorro-de-adamantina-adota-atendimento-com-classificacao-de-risco.html>>. Acesso em 25 set. 2017.

SAMPAIO, E.S.; MUSSI, F.C. Cuidado de enfermagem: evitando o retardo pré-hospitalar face ao infarto agudo do miocárdio. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p442-6, jul./set., 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a25.pdf>>. Acesso em 23 set. 2017 às 21:34hs.

SCHIMIDT, M.M.; QUADROS, A.S. de; MARTINELLI, E.S.; GOTTSCHALL, C.A.M. Prevalência, etiologia e características dos pacientes com infarto agudo do miocárdio tipo 2. **Rev Bras Cardiol Invasiva**. v.23, n.2, 119-123, 2015. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104184315000429>>. Acesso em: 24 ago. 2017 às 22h:50hs.

SILVA, M.A.D. da; SOUSA, A.G.M.R.; SCHARGODSKY, H. Fatores de Risco para Infarto do Miocárdio no Brasil: Estudo FRICAS. **Arq Bras Cardiol**, v.71, n.5, p.667-675, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X1998001100005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 ago. 2017 às 22:50hs.

SIQUEIRA, A.S.E.; SIQUEIRA-FILHO, A.G.; LAND, M.G.P. Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos Últimos Cinco Anos no Brasil. **Arq Bras Cardiol**. v.109, n.1 p.39-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2017000700039&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 ago. de 2017 às 23:05hs.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Arquivos Brasileiros de Cardiologia - **Volume 83, Suplemento IV, Setembro 2004 Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.83, Supl.IV, set., 2004. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2004/DirIII_Trat aIAM.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2017 às 23:00hs.

STEFANINI, E. **Infarto do miocárdio**: fatores de risco. 14 setembro de 2011. Drauzio. Entrevista concedida ao Drauzio Varella. Disponível em: <<https://drauziovarella.com.br/hipertensao/infarto-do-miocardio-fatores-de-risco/>>. Acesso em: 13 set. 2017 às 23:37hs.

SOUZA, C.C. de. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, 2009. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/647M.PDF>>. Acesso em: 03 ago. 2017 às 22:50hs.

SOUZA, R.S.; BASTOS, M.A.R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Rev. Min. Enferm.** v.12, n.4, p.581-586, out./dez., 2008. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/304>>. Acesso em: 14 set. 2017 às 22:20hs.

XAVIER H.T.; IZAR M.C.; FARIA NETO J.R.; ASSAD M.H.; ROCHA V.Z.; SPOSITO A.C.; FONSECA F.A.; DOS SANTOS J.E.; SANTOS R.D.; BERTOLAMI M.C.; FALUDI A.A.; MARTINEZ T.L R.; DIAMENT J.; GUIMARÃES A.; FORTI N.A.; MORIGUCHI E.; CHAGAS A.C.P.; COELHO O.R.; RAMIRES J.A.F. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.101, n.4, Supl.1, out., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n4s1/v101n4s1.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2017 às 22:51hs.