

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO - NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO "LATO SENSU"
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM CARDIOLÓGICA**

ARYELLA DE MEDEIROS CHAVES ROCHA

MARIA APARECIDA FONSÊCA DE MORAES BÔTO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO HOSPITAL DO
CORAÇÃO**

**ARACAJU – SE
2007**

ARYELLA DE MEDEIROS CHAVES ROCHA
MARIA APARECIDA FONSÊCA DE MORAES BÔTO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO HOSPITAL DO
CORAÇÃO**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Núcleo de pós-graduação e Extensão da
Faculdade de Administração e Negócios de
Sergipe como exigência para obtenção do título
de Especialista em Enfermagem Cardiológica.**

**Orientadora: Profª MSc. Joseilze Santos de
Andrade.**

**ARACAJU – SERGIPE
2007**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Rocha, Aryella de Medeiros Chaves

R672a Assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio no Hospital do Coração / Aryella de Medeiros Chaves Rocha, Maria Aparecida Fonsêca de Moraes Bôto. - - Aracaju, 2007.
56 f.

Monografia (Especialização em Enfermagem Cardiológica) - Núcleo de Pós-Graduação e Extensão, Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe.

Orientador: Prof^ª MSc. Jozeilze Santos de Andrade

1. Assistência de enfermagem – Hospital do Coração - Sergipe. 2. Infarto agudo do miocárdio. 3. Pacientes infartados - Cuidados de enfermagem. I. Bôto, Maria Aparecida Fonsêca de Moraes. II. Título.

CDU 616-083:616.127(813.7)

**ARYELLA DE MEDEIROS CHAVES ROCHA
MARIA APARECIDA FONSÊCA DE MORAES BÔTO**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO HOSPITAL DO
CORAÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de pós-graduação e Extensão da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe como exigência para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Cardiológica.

BANCA EXAMINADORA

1ª Examinadora

2ª Examinador

3ª Examinador

Aracaju, _____ de _____ de 2007

RESUMO

O presente estudo tratou de estudar a Assistência de Enfermagem aos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio no Hospital do Coração. Abrangeu o conhecimento dos enfermeiros sobre os principais problemas de saúde que acometem o paciente com IAM no referido hospital, além de identificar as intervenções prestadas pelos mesmos diante do paciente infartado. O ambiente de pesquisa foi o Hospital do Coração. O método utilizado para o estudo foi descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa 8 enfermeiros, os quais foram entrevistados através de roteiro de entrevista. Após a coleta de dados da entrevista, os mesmos foram submetidos à análise de conteúdo. Verificou-se que os problemas mais citados pelos enfermeiros foram: dor, sudorese, ansiedade e dispnéia. Quanto às intervenções prestadas no 1º atendimento foram relatadas as realizações dos seguintes procedimentos: punção venosa, instalação de oxigênio, solicitar coleta de exames laboratoriais, realização do ECG, monitorização e oximetria de pulso, avaliar sinais vitais, administrar os medicamentos prescritos, proporcionar repouso absoluto, manter paciente em posição de Fowler e oferecer apoio psicológico. Além desses procedimentos, durante o atendimento na hospitalização foi citada a análise das queixas como intervenção de enfermagem. Foi constatada inexistência de um plano de cuidados de enfermagem padronizado a pacientes infartados no hospital em questão.

Palavras-chaves: IAM; plano de cuidados; enfermeiros.

ABSTRACT

The present study it treated to study the Assistance of Nursing to the patients with Acute Infarto of the Myocardium in the Hospital of the Heart. It enclosed the knowledge of the nurses on the main problems of health that acometem the patient with WENT in the cited hospital, beyond ahead identifying the interventions given for the same ones of the infartado patient. The research environment was the Hospital of the Heart. The method used for the study was description-exploratório with qualitative boarding. 8 nurses had participated of the research, which had been interviewed through interview script. After the collection of data of the interview, the same ones had been submitted to the content analysis. It was verified that the problems more cited by the nurses had been: pain, sudorese, anxiety and dispnéia. How much to the interventions given in 1° attendance had been told the accomplishments of the following procedures: venosa punção, installation of oxygen, to request collection of laboratoriais examinations, accomplishment of the ECG, monitorização and oximetria of pulse, to evaluate vital signals, to manage medicines prescribed, to provide absolute rest, to keep patient in position of Fowler and to offer psychological support. Beyond these procedures, during the attendance in hospitalization the analysis of the complaints was cited as intervention of nursing. Inexistence of a plan of cares of standardized nursing was evidenced the patients infartados in the hospital in question.

Word-keys: AIM; plan of cares; nurses.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVOS	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 Infarto Agudo do Miocárdio	12
3.1.1 Fatores de risco	12
3.1.2 Fisiopatologia	14
3.1.3 Apresentação Clínica	15
3.1.4 Achados Laboratoriais	16
3.1.5 Tratamento	19
3.1.6 Complicações	21
3.2 Assistência de Enfermagem ao Paciente com IAM	22
3.2.1 Processo de enfermagem	22
3.2.2. Planos de Cuidados de Enfermagem	24
4 CAMINHO METODOLÓGICO	26
4.1 Método	26
4.2 Ambiente de pesquisa	27
4.3 População	27
4.4 Técnica de coleta de dados	27
4.5 Técnica de análise de dados	28
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	
APÊNDICE A - Roteiro para entrevista	55
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	56

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) é definido por Horta (1979) como ações sistematizadas e inter-relacionadas praticadas de forma dinâmica, visando a assistência ao ser humano, sendo constituído por seis etapas denominadas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

Seja qual for a patologia apresentada pelo paciente, este deve ser atendido integralmente em suas necessidades para que o seu bem estar geral seja restabelecido ao ponto mais próximo apresentado antes do evento ocorrido. Dessa maneira, o processo de enfermagem é vital no atendimento ao paciente com síndrome coronariana, em especial o infartado, desde o momento da admissão até a alta para que ações sejam fundamentadas e eficazes.

De acordo com Porto (2005), síndrome coronariana se refere aos pacientes que apresentam Angina Instável ou Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Este representa uma síndrome isquêmica aguda do coração com necrose celular miocárdica e liberação de enzimas no plasma. No Brasil, cerca de 400.000 mortes anuais são conseqüências de doenças cardiovasculares e o Infarto do Miocárdio é uma das causas de morte mais freqüente.

O interesse por este tema surgiu a partir do aprimoramento das informações a respeito do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e suas complicações durante as aulas do curso de pós-graduação ministradas no Hospital do Coração.

Por se tratar do tipo mais grave de síndrome coronariana aguda e devido ao aumento de ocorrências de IAM no Brasil, observou-se a necessidade de se abordar o tema proposto. Diante de tal evento coronariano é de fundamental importância que o enfermeiro conheça sua fisiopatologia, fatores determinantes, manifestações clínicas e principalmente, quais os

cuidados a serem prestados desde a abordagem do paciente vítima de IAM, pela equipe de saúde, até o seu restabelecimento hospitalar.

A partir dessas considerações surgiram questionamentos, tais como: quais os principais problemas de saúde, na visão dos enfermeiros, que acometem o paciente com IAM no Hospital do Coração? Quais as intervenções prestadas pelos enfermeiros diante do paciente infartado?

Espera-se com essa pesquisa intensificar os conhecimentos dos enfermeiros quanto ao IAM como também quanto à implementação das intervenções de enfermagem ao paciente infartado.

Objetivos

2 OBJETIVOS

- Conhecer, na visão dos enfermeiros, os principais problemas de saúde que acometem o paciente com IAM no Hospital do Coração;
- Identificar as intervenções prestadas pelos enfermeiros diante do paciente infartado;
- Propor um plano de cuidados de enfermagem para ser implementado durante a hospitalização do paciente com IAM.

Revisão da Literatura

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

3.1.1 FATORES DE RISCO

O infarto agudo do miocárdio é um evento coronariano agudo que evolui para a necrose miocárdica. De acordo com Smeltzer; Bare (2002) estudos epidemiológicos apontam para diversos fatores que aumentam a probabilidade de a doença vir a se desenvolver. Dentre os fatores de risco encontram-se os modificáveis e os não modificáveis. Os modificáveis incluem nível sanguíneo elevado de colesterol, fumo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, falta de estrogênio em mulheres, sedentarismo, obesidade e estresse sendo aqueles sobre os quais os indivíduos podem exercer controle, seja aderindo ao tratamento adequado ou por mudança no estilo de vida. Os fatores de risco não-modificáveis atuam independentemente das ações do paciente porque englobam circunstâncias como histórico familiar (hereditariedade), idade, sexo e raça.

Os fatores de risco podem atuar sem associação, porém quanto maior forem os fatores de risco apresentados pelo paciente, maior será a probabilidade de se desenvolver uma coronariopatia. Aliada à predisposição genética, fatores ambientais podem contribuir para uma agregação de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável. Dessa maneira, serão enfocados os fatores de risco conhecidos como as primeiras causas de doença coronariana (ENGEL, 2005).

O nível de colesterol elevado no sangue está associado a cardiopatias. O colesterol total, a lipoproteína de baixa densidade (LDL) e a lipoproteína de alta densidade (HDL) são elementos do metabolismo lipídico que desencadeiam o desenvolvimento da doença cardíaca. O LDL atua na parede arterial e acelera a aterosclerose, enquanto o HDL promove o uso do colesterol total através do transporte do LDL até o fígado onde é biodegradado e excretado. Por isso se objetiva possuir valores baixos de LDL e valores elevados de HDL. Os níveis aceitáveis são considerados de acordo com o paciente e suas condições clínicas. As metas propostas de acordo com as I Diretrizes Brasileiras de Síndrome Metabólica são:

Tabela 1. Metas lipídicas para a prevenção de doença aterosclerótica

	Baixo risco < 10% em 10 anos	Médio risco 10-20% em 10 anos	Alto risco ≥20% em 10 anos, ou diabetes ou aterosclerose clínica	Risco muito alto Aterosclerose clínica associada a: diabetes melito, tabagismo persistente, HDL baixo, triglicérides elevados, colesterol não-HDL alto, síndromes coronarianas agudas.
LDL (mg/dl)	< 160*	< 130	< 100	< 70
HDL (mg/dl)	> 40	> 40	> 40	> 40
Triglicérides (mg/dl)	< 150	< 150	<150	< 150

* Valor tolerado (recomenda-se LDL < 130 no grupo de baixo)

Com relação ao fumo, este atua para o desenvolvimento e gravidade da doença da seguinte maneira: a fumaça aumenta o nível sanguíneo de monóxido de carbono levando a hemoglobina a se combinar mais com o monóxido de carbono que com o oxigênio, resultando em uma quantidade diminuída de oxigênio disponível que pode diminuir a capacidade de bombeamento do coração. O ácido nicotínico do cigarro pode gerar constrição das artérias como também deflagrar a liberação de catecolaminas que elevam a frequência cardíaca e a pressão arterial. O fumo também provoca uma resposta vascular deletéria e aumenta a adesão plaquetária, aumentando a possibilidade de formação de trombo (SMELTZER; BARE, 2002).

A cardiopatia relacionada aos diabetes melito está na hiperglicemia que favorece a agregação plaquetária aumentada e alteração na função do eritrócito, que podem levar à formação de trombos.

Para Smelter;Bare (2002) além dos fatores de risco que estão relacionados ao IAM, a incidência de doenças coronarianas e IAM aumenta com a idade. Mais de 50% das pessoas com doença coronariana tem, no mínimo, 65 anos de idade.

3.1.2 FISIOPATOLOGIA

De acordo com Smeltzer; Bare (2005), o Infarto do miocárdio possui dois sinônimos: oclusão coronariana ou ataque cardíaco. Definem o IM como sendo um processo pelo qual células miocárdicas no coração são destruídas de forma permanente.

As autoras supracitadas relatam várias descrições do IM como: localização da lesão na parede ventricular esquerda (na parede anterior, infero-posterior ou lateral) ou no ventrículo direito, ou ainda no momento do processo do IM (agudo, em evolução ou antigo). Sendo que a localização e o momento são usualmente identificados na leitura do ECG (eletrocardiograma).

A etiologia do IAM inclui, segundo Hargrove-Huttl et al (1998), o estreitamento da artéria coronária devido aterosclerose, espasmos da artéria coronária ou completa oclusão arterial por trombo ou embolismo; a diminuição do fluxo coronário devido hemorragia ou choque, com isso provocando um desequilíbrio entre o suprimento de oxigênio para o miocárdio e a demanda.

Para Engel (2005), o IAM é o tipo mais grave dentre as síndromes coronarianas agudas, sendo o IAM classificado em: IAM sem supra de ST (no qual a necrose miocárdica não há extensão por toda a espessura da parede do miocárdio, afetando freqüentemente a

região subendocárdica ou pequenas áreas descontínuas da parede) e IAM com supra de ST (ocorre a necrose transmural, no qual estende-se por toda ou quase toda a espessura da parede miocárdica). Tendo como os principais fatores determinantes da necrose miocárdica: a capacidade de rede de colaterais, demanda metabólica miocárdica em sofrimento isquêmico e reperfusão precoce.

3.1.3 APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A sintomatologia do IAM assemelha-se com a da angina, porém a dor inicia de maneira espontânea e não após esforço ou estresse (FIQUEREIDO, 2003).

Harrison (2002) refere a respeito da dor caracterizando-a como profunda e visceral (perfurante ou queimação); envolvendo a porção central do tórax e / ou epigástrico e às vezes irradia para o braço e sendo menos comum de irradiação incluem o abdome, as costas, o maxilar inferior e o pescoço; a dor se acompanha de fraqueza, sudorese, náuseas, vômitos, ansiedade e sensações de morte iminente. É enfatizado que a combinação da dor torácica subesternal persistindo por > de 30 min com a sudorese sugere fortemente um IAM.

Schoen (2000) complementa quanto à sintomatologia supracitada: o pulso rápido e fraco, diaforese e dispnéia. Esta é provocada devido ao comprometimento da contratilidade do miocárdio isquêmico.

O IAM pode manifestar-se de outras maneiras, particularmente nos idosos e nos diabéticos, como: dor torácica “em fígada”, “em facada”, déficit neurológico focal, choques cardiogênicos sem dor, equivalente anginoso (epigastralgia, dispepsia, lipotímia). Insuficiência ventricular esquerda aguda, sem dor e morte súbita. (ENGEL, 2005)

Engel (2005) comprova afirmando que em cerca de 10 a 15% dos pacientes com IAM, o início é totalmente assintomática, sendo a doença detectada mais tarde através das

alterações do ECG. Esses IAM silenciosos são particularmente comuns em pacientes com diabetes mellitus subjacentes, bem como em pacientes idosos.

Para Pires; Starling (2002), a dor surge geralmente em repouso (30%), durante o sono (12%) ou exercício leve (30%). O quadro do IAM pode apresentar-se sem dor (20 a 60% dos infartos não fatais), de modo assintomático, ou como edema agudo de pulmão, AVC isquêmico, arritmia cardíaca ou morte súbita. Esses casos ocorrem com mais frequência em pacientes com mais de 70 anos de idade, negros, diabéticos, mulheres, hipertensos e portadores de fibrilação atrial.

3.1.4 ACHADOS LABORATORIAIS

Harrison (2002) destaca que o IM progride através dos seguintes estágios: (1) Agudo: primeiras horas até 7 dias, (2) cicatrização (7 a 28 dias) e (3) cicatrizado (29 dias em diante). Para se chegar ao diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio, além de se basear na história clínica são utilizados também a análise dos resultados dos exames laboratoriais, eletrocardiograma e o imageamento cardíaco.

Eletrocardiograma. Este exame fornece informações que auxiliam no diagnóstico do IAM como também orienta a terapêutica inicial, devendo ser realizado dentro dos 10 minutos depois que o paciente relata dor ou que é atendido no serviço de emergência. De acordo com o Engel (2005), na apresentação clínica somente 50% dos pacientes apresenta alterações eletrocardiográficas típicas.

Os primeiros sinais eletrocardiográficos que notificam o infarto são os que representam a isquemia e a lesão miocárdicas. A primeira faz com que a onda T se torne aumentada e simétrica e posteriormente, que ela se inverta por causa da repolarização tardia alterada. Já a lesão miocárdica provoca alterações no segmento ST, ou seja, quando a lesão é

epicárdica o segmento ST situa-se acima da linha isoeletrica porque as células lesionadas despolarizam-se normalmente, mas se repolarizam mais rápido que as células normais. Quando a lesão miocárdica está sobre a superfície endocárdica há depressão do segmento ST (1mm ou mais visualmente na horizontal ou com inclinação para baixo) com pelo menos 0,08s de duração (SMELTZER; BARE, 2002).

O supradesnivelamento de ST não é patognomônico de IAM e pode ocorrer na angina de Prinzmetal (aguda) como também cronicamente na discinesia, aneurisma ventricular ou tipos de cardiomiopatia como a chagásica (ENGEL, 2005).

A maioria dos pacientes que apresentam inicialmente supradesnivelamento de ST evolui para ondas Q no ECG e são diagnosticados como tendo infarto do miocárdio (IM) com Q mantida. Uma pequena proporção pode manter apenas um IM sem onda Q, quando o trombo obstrutivo não é totalmente oclusivo, ou se a obstrução é transitória ou se uma rede colateral rica estiver presente, não se observando supradesnivelamento de ST. Se entre estes pacientes um marcador sérico for detectado, o diagnóstico de IM sem onda Q é feito (HARRISON, 2002).

O segmento ST freqüentemente é o primeiro a retornar à normalidade (1 a 6 semanas) na recuperação do IM, afirmou Smeltzer; Bare (2002). Geralmente as alterações da onda Q são permanentes, e a onda T torna-se grande e simétrica por 24h, sofrendo inversão dentro de 01 a 03 dias, durante 1 a 2 semanas.

Marcadores séricos. A liberação do conteúdo celular para o interstício e corrente sanguínea, devido a lesão de membrana plasmática quando as células miocárdicas morrem permite a utilização de sua dosagem para o diagnóstico de IAM.

A Creatinofosfocinase (CK) possui 03 isoformas: CK-MM (músculo esquelético); CK-MB (músculo cardíaco) e CK-BB (tecido cerebral). Segundo Harrison (2002) a CK eleva-se dentro de 4 a 8h voltando ao seu normal em 48 a 72h. A CPK total é uma enzima

inespecífica para IAM porque pode estar elevado na doença do músculo esquelético (como injeção IM, convulsões, trauma, cirurgia, cardioversão elétrica). A CPK-MB consiste no índice mais específico para diagnóstico de IAM por não estar presente em concentrações significativas no tecido extracardíaco e é um importante marcador para o diagnóstico de reinfarto (novo pico enzimático).

Ainda segundo o autor, as troponinas, proteínas que participam do processo bioquímico de contração muscular na fibra cardíaca são os marcadores (bioquímicos) preferidos para o diagnóstico do IAM porque podem aumentar a níveis 20 vezes maiores após o IAM. Essas proteínas existem em todos os tecidos musculares, mas a troponina I (cTnI) e a troponina T (cTnT) são específicas do miocárdio, começando a se elevar de 3 a 6h (junto com a CPK-MB), com pico em torno de 24h e se mantendo elevadas por 7 a 10 dias (troponina I) e por 10 a 14 dias para a troponina T. Por isso servem para diagnóstico de IAM tardio substituindo totalmente a enzima desidrogenase láctica (LDH).

A mioglobina, proteína encontrada nos músculos esquelético e cardíaco, tem uma grande vantagem sobre a CPK-MB devido à sua rápida cinética, apresentando aumento após 1h do início do evento coronariano, pico entre 2-4h e desaparecimento antes de completar 24h. Resultados negativos de aumento de mioglobina são um excelente parâmetro para exclusão de IM agudo porque se após 3h o exame repetido for novamente negativo, este confirma que o paciente não sofreu infarto (ENGEL, 2005).

Imageamento Cardíaco. Para Harrison (2002) a ecocardiografia bidimensional é a modalidade de imagem mais utilizada nos pacientes com IAM porque serve para localizar a parede do infarto e quantificar sua extensão. Este é localizado onde se apresenta déficit contrátil, geralmente uma acinesia ou discinesia. Outras informações importantes avaliadas por esse exame são o diagnóstico da função ventricular sistólica e diastólica, e o diagnóstico de complicações do IAM.

3.1.5 TRATAMENTO

Visando minimizar a lesão miocárdica e, dessa maneira, preservar a função miocárdica e evitar complicações do IAM é primordial que o paciente aos primeiros sintomas procure uma unidade de emergência e que a equipe médica esteja preparada para detectar tal evento e iniciar a terapêutica adequada.

O tratamento atualmente é feito por meio da reperfusão da área, seja mecânica ou farmacologicamente, a todos os pacientes diagnosticados com IAM através do supradesnivelamento de ST em duas ou mais derivações do eletrocardiograma, até 24h do início dos sintomas. A opção vai depender da duração dos sintomas, localização, tipo, extensão e contra-indicações (BARRETO; VIEIRA; PINHEIRO, 2001).

De acordo com Engel (2005) durante o ECG o paciente é tratado com a sigla MONA (Morfina, oxigênio, nitratos e AAS) ou MONAB (+ betabloqueador), sendo fundamentais além destes, na fase aguda, os Inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona e revascularização química (trombolíticos) ou mecânica (angioplastia).

Ainda conforme o autor supracitado, devido à dor ser um fator estimulante da atividade adrenérgica, o que leva ao aumento da demanda metabólica miocárdica, o analgésico de escolha é a morfina EV. Além de reduzir a dor e ansiedade reduz a pré-carga, diminuindo a carga de trabalho do coração e relaxa os brônquios para estimular a oxigenação. Com relação ao oxigênio, este só deve ser administrado em pacientes com saturação de oxigênio menor que 90%.

Para Harrison (2002) a nitroglicerina sublingual, Isordil no Brasil, pode ser administrada antes da morfina para diminuir ou abolir o desconforto torácico. Não deve ser administrada aos pacientes que fizeram uso de sildenafil para disfunção erétil nas últimas 24h, se pressão sistólica estiver menor que 90mmHg, a FC for menor que 50bpm ou houver IAM

de ventrículo direito. Atualmente o ácido acetilsalicílico é essencial no tratamento do IAM por reduzir a taxa de mortalidade hospitalar do IAM, as complicações e o reinfarto. Para pacientes alérgicos aos salicilatos é indicado o Clopidogrel (Plavix) que deve ser mantido para pacientes que serão submetidos à angioplastia primária.

Os betabloqueadores devem ser considerados nas primeiras horas do IAM, inclusive aos pacientes da revascularização, sendo os mais utilizados o propranolol e o metropolol (ENGEL, 2005).

O uso dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) é baseado na evidencia que essas drogas reduzem a mortalidade na fase aguda ou em longo prazo quando administrados nas primeiras horas de evolução do IAM. O efeito é acentuado em pacientes com insuficiência cardíaca, fração de ejeção menor que 40%, infarto anterior e nos que não receberam trombolítico (BARRETO; VIEIRA; PINHEIRO, 2001).

Com o objetivo de recanalizar a artéria coronária recém-ocluída para evitar ou reduzir extensão da área de necrose é realizada a terapia de reperfusão, seja química ou mecânica. Dessa maneira, Barreto; Vieira; Pinheiro (2001) afirmam que a angioplastia primária é o procedimento de escolha se puder ser feito em menos de 1h. Caso não seja, é utilizado trombolítico.

O trombolítico tem a finalidade de dissolver e lisar o trombo em uma artéria coronária permitindo, deste modo, que o sangue flua novamente por essa artéria o que vai minimizar o tamanho do infarto e preservar a função ventricular. Porém está contra-indicado o uso de trombolítico em: hemorragia ativa, suspeita de dissecação de aorta, neurocirurgia ou acidente vascular cerebral isquêmico recente, trauma ou cirurgia há menos de duas semanas, diátese hemorrágica, uso de anticoagulantes ou hipertensão acentuada ($>180 \times 110$ mmHg). Dentre os trombolíticos mais usados estão a Estreptoquinase, o ativador de Plasminogênio do tecido (t-PA) e a reteplase (SMELTZER; BARE, 2002).

Os agentes trombolíticos supracitados atuam promovendo a conversão do plasminogênio em plasmina que lisa o trombo de fibrina. O tratamento com os trombolíticos parece reduzir o tamanho do infarto, limitar a disfunção de ventrículo esquerdo e diminuir a incidência de complicações como ruptura septal, choque cardiogênico e arritmias ventriculares malignas, podendo diminuir em até 50 % o risco de morte hospitalar quando administrados nas primeiras horas do início dos sintomas. O efeito adverso mais comum desses agentes é o sangramento geralmente no local da punção venosa. Pode haver sangramento com HDA e AVE hemorrágico. O principal efeito adverso da estreptoquinase é a hipotensão arterial por vasodilatação periférica (ENGEL, 2005).

Outra modalidade de reperfusão miocárdica é a angioplastia primária e a cirurgia de “bypass”. A primeira tem vantagem sobre a terapia trombolítica por reduzir complicações hemorrágicas e é indicada porque promove a reperfusão da área privada de oxigênio (SMELTZER; BARE, 2002). A cirurgia de bypass é indicada quando há lesão grave de tronco nos pacientes que vão direto à cineangiocoronariografia.

Barreto; Vieira; Pinheiro (2001) afirmam que a abordagem intervencionista atual do paciente com síndrome coronária aguda inclui os inibidores da glicoproteína IIb/IIIa que inibem mais eficazmente a formação do trombo rico em plaquetas. Para Engel (2005) o abciximab associado ao t-PA facilitou a taxa e a extensão da trombólise. As heparinas de baixo peso molecular também são utilizadas com ação anticoagulante mais estável.

3.1.6 COMPLICAÇÕES

As complicações do IAM podem ser arrítmicas (extrassístoles ventriculares; fibrilação ventricular primária, secundária e tardia; taquicardia ventricular sustentada e não sustentada; taquicardia sinusal; fibrilação atrial; bradicardia sinusal; bloqueio atrio-ventricular), disfunção

ventricular e insuficiência cardíaca (disfunção ventricular esquerda; insuficiência ventricular direita; choque cardiogênico), isquêmicas (angina pós-IAM e reinfarto), pericárdicas e mecânicas - insuficiência mitral, CIV, ruptura da parede livre, aneurisma ventricular (ENGEL, 2005).

O autor supracitado enfatiza que há uma enorme frequência de extrassístoles ventriculares nas primeiras horas do IAM (80-90%) devido à alteração das propriedades eletrofisiológicas do miocárdio ventricular, tornando-o instável do ponto vista elétrico, causada pela isquemia transmural de instalação súbita.

Barreto; Vieira; Pinheiro 2001 consideram o choque cardiogênico como sendo uma situação dramática de alta mortalidade (50 a 90%), caracterizada por pressão diastólica < 90 mmHg, manifestações de hipoperfusão periférica, índice cardíaco abaixo de 2,2 l/min.m² e pressão capilar pulmonar acima de 18 mmHg. Essa situação deve ser remanejada rapidamente com balão intra-aórtico e cateterismo cardíaco/revascularização de urgência ou na impossibilidade desta, o uso de trombolítico.

De acordo com Stefanini et al. (2004), a hipotensão pode ser oriunda dos efeitos dos medicamentos utilizados no tratamento das Síndromes Coronarianas Agudas, como vasos dilatores (nitratos, inibidores da ECA e antagonistas dos canais de cálcio, B-bloqueador ou trombolíticos. Relata outras causas para hipotensão como: hipovolemia, tromboembolismo pulmonar, infecção, arritmias e comprometimento do ventrículo direito por isquemia ou infarto.

3.2 ASSITÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM IAM

3.2.1 PROCESSO DE ENFERMAGEM

O histórico de enfermagem, que correspondente à primeira fase, consiste na coleta sistemática de dados para determinar o estado de saúde do paciente e identificar problemas de saúde reais ou potenciais. Os dados do histórico são reunidos através da história de saúde que é realizada por uma entrevista planejada e a avaliação da saúde que tem como propósito identificar os aspectos do estado físico, psicológico e emocional que indicam a existência de uma necessidade de enfermagem (SMELTZER; BARE, 2005).

O diagnóstico de enfermagem, segundo Horta (1979), é a identificação de problemas dos clientes que estão relacionados com as necessidades humanas básicas que precisam de atendimento e o enfermeiro determina o grau de dependência deste atendimento em natureza de extensão.

Firmado o diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro determinará a terceira fase do processo, que é o plano assistencial. Este é definido por Potter; Perry (2002, p.113) como sendo *uma categoria dos comportamentos de enfermagem na qual os objetivos da assistência são determinados, prioridades são estabelecidas, resultados da assistência são projetados e um plano de assistência é escrito.*

A quarta fase, plano de cuidado ou prescrição de enfermagem, é sua implementação e servirá de instrumento coordenador da equipe de enfermagem na execução dos cuidados para o atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano (HORTA, 1979).

A evolução de enfermagem compreende o relato das alterações apresentadas pelo paciente como resultado do planejamento da assistência de enfermagem prescrita permitindo dessa forma, a visualização global do paciente, além disso, deve conter dados que permitam avaliar como o paciente responde ao tratamento (SALES; PEDREIRA, 2003).

A última fase do PE é o prognóstico de enfermagem, que na realidade, é uma avaliação do processo implementado, pois através dele, é feita uma estimativa da capacidade

do paciente para atender as suas necessidades básicas, após a realização de toda a assistência (THOMAZ; GUIGARDELLO, 2002).

3.2.2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Após a identificação do diagnóstico de enfermagem Smeltzer; Bare, (2005) relatam que o processo de enfermagem segue com o planejamento das ações. Esta fase desencadeia:

- ✓ Atribuição de prioridades aos diagnósticos de enfermagem;
- ✓ Determinar as metas imediatas, intermediárias e em longo prazo das ações;
- ✓ Identificar intervenções de enfermagem específicas e independentes para atingir as metas;
- ✓ Especificar os resultados esperados;
- ✓ Registrar os diagnósticos de enfermagem, metas, intervenções de enfermagem e os resultados esperados sobre o plano de cuidados de enfermagem.

O produto final do planejamento é plano de assistência de enfermagem que se baseia nos dados obtidos durante a avaliação e diagnóstico, prioridades e objetivos desenvolvidos durante a análise. O plano de assistência de enfermagem é um guia escrito que descreve as ações a serem tomadas para os cuidados individuais dos pacientes para que as especificidades da assistência possam ser compreendidas. Como também coordena a assistência de enfermagem e enumeram critérios de resultados que serão usados na avaliação dos cuidados de enfermagem prestados (POTTER; PERRY, 2002)

Ainda de acordo com as autoras supracitadas, o plano escrito organiza as informações trocadas pelos profissionais de enfermagem na troca de turno, intensificando a continuidade da assistência, bem como identifica as ações específicas de enfermagem dirigidas a cada paciente para atingir os objetivos.

Caminho Metodológico

4 CAMINHO METODOLÓGICO

É destinado à descrição do percurso metodológico, abordando a maneira que foi realizada a pesquisa, ou seja, o local, participantes do estudo, a coleta e análise dados.

4.1 MÉTODO

Com o objetivo de investigar como é realizada a assistência de enfermagem aos pacientes com IAM no Hospital do Coração foram apropriados nessa pesquisa o método qualitativo sendo o estudo descritivo e exploratório.

A pesquisa qualitativa, conforme Minayo apud Merighi; Praça (2004) promove ao pesquisador a possibilidade de captar como os indivíduos pensam e reagem frente às questões focalizadas e, assim, conhecer a dinâmica da situação sob estudo sob a ótica de quem a vivencia.

O estudo descritivo permite ao pesquisador obter a compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciaram determinado fenômeno. Além disso, esse estudo dá margem à explicação das relações de causa e efeito dos fenômenos (OLIVEIRA, 2002).

De acordo com Gil (1999), o estudo exploratório possui como objetivo oferecer maior familiaridade com o problema, no intuito de torná-lo mais claro ou a construir hipóteses e aprimorar idéias ou a descobertas de intuições. Os estudos descritivos juntamente com os exploratórios são freqüentemente utilizados pelos pesquisadores preocupados com a atuação prática.

4.2 AMBIENTE DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital do Coração no município de Aracaju. Os ambientes de pesquisa foram as enfermarias, UTI, pronto socorro formados de leitos individualizados por divisórias que dispõem de modernos recursos tecnológicos de suporte à vida de clientes críticos e não críticos.

4.3 POPULAÇÃO

Segundo Barros; Lehfeld (2000), população significa o conjunto de elementos que possuem determinadas características que são definidas para o estudo.

A população alvo que foi investigada, nesta pesquisa, era composta pelos enfermeiros do Hospital do Coração.

Por questões éticas, a fim de garantir o anonimato e o sigilo das informações foram utilizados os sinais e sintomas para a identificação dos entrevistados.

4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada. De acordo com Martins (2002) a entrevista corresponde a um diálogo orientado que busca informações e dados para a realização da pesquisa através do interrogatório. Andrade (2003) complementa que a entrevista recolhe os dados fidedignos para a elaboração da pesquisa.

A entrevista semi-estruturada pode ser feita verbalmente ou por escrito, mas tradicionalmente incluem a presença ou interação direta entre o pesquisador e os atores sociais (MINAYO, 2004).

O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista composto por duas partes, a primeira contendo os dados de identificação e a segunda o roteiro de entrevista, as quais procuraram responder os objetivos propostos. Como recurso foi utilizado o gravador, com consentimento do entrevistado, pois permitiu a captação imediata das informações desejadas auxiliando na organização dos dados de maneira mais realista e fidedigna.

Para realizar a entrevista, os enfermeiros que concordaram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) regulamentado pela Resolução nº 196, Conselho Nacional de Saúde, onde foram informados dos objetivos da pesquisa e de seus direitos: de que estavam livres para responder ou não, de interromper a qualquer momento, vetar qualquer informação e de que teriam garantia de sigilo de seus dados. Foi utilizado como recurso um gravador, com a autorização prévia dos entrevistados.

O período da realização das entrevistas foi de abril a maio de 2007. Ao chegar ao hospital foram feitas as apresentações necessárias e em seguida foram realizadas as entrevistas com os participantes.

4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

A análise foi realizada a partir das transcrições das falas e da leitura flutuante das informações contidas em todas as entrevistas, em seguida foi procedida uma nova leitura, desta vez mais dirigida, e a análise propriamente dita com identificação e articulação das categorias. Posteriormente, foram organizados os dados de acordo com os objetivos propostos pela pesquisa.

De acordo com Richardson (1999), a análise dos resultados no caso de análise quantitativa, deve especificar o tratamento dos dados através de tabelas, gráficos e testes

estatísticos e no caso de análise qualitativa, deve especificar as técnicas utilizadas através do tipo de análise (documentária, de conteúdo ou histórico).

Nesta pesquisa foi utilizada a análise de conteúdo que é definida por Richardson (1999) como sendo uma técnica de pesquisa que possui características metodológicas como: sistematização, objetividade e inferência. É usada para estudar material do tipo qualitativo, no entanto deve-se realizar uma leitura para organizar as idéias inclusas, em seguida, analisar os elementos e as regras que as determinam.

No tratamento dos resultados, através das interpretações, foi feito um confronto entre os resultados que foram encontrados e o que a literatura preconiza, evidenciando os aspectos importantes do estudo.

Apresentação e Discussão dos Resultados

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA:

A amostra foi composta por 8 enfermeiros que trabalham no Hospital do Coração, sendo que 50%(N=4) trabalham no turno da matutino, 25%(N=2) no turno vespertino e 37% (N= 3) no noturno, com uma enfermeira que trabalha nos turnos matutino e vespertino.

Em relação à instituição formadora consta que 75% (N=6) destes são oriundos da Universidade Federal de Sergipe e 25% (N= 2) de outras Instituições de Ensino Superior.

Em relação ao tempo de formação acadêmica, 23% (N=2) dos enfermeiros possuem de dois a três anos de formados, 75% (N=5) entre quatro a cinco anos e 12% (N=1) tinha mais de seis anos de graduação.

Quanto ao tempo em que atuam na área de cardiologia, 50%(N=4) tinha entre um a dois anos e 50% (N=4) tinha entre três a quatro anos de experiência na área.

O número de pacientes sob responsabilidade das enfermeiras variou de acordo com a escala diária de trabalho, sendo relatado que 37% (N= 3) tinha 6 pacientes sob supervisão e 62% (N= 4) tinha em média de 22 a 25 pacientes.

Em relação à realização de pós-graduação foi constatado que 100% (N=8) possuem na área de Cardiologia, 37% (N= 3) em Unidade de Terapia Intensiva e 24% (N= 2) em outras áreas.

Além das atividades no Hospital do Coração, 87% (N= 7) exercem outras atividades laborativas e 12%(N=1) não exerce nenhuma outra atividade.

5.2 PROBLEMAS DE SAÚDE

Os problemas de saúde relatados pelos enfermeiros entrevistados foram: dor (50%), náuseas (12%), vômitos(12%), sudorese(37%), epigastralgia (12%), hipotensão(12%), desconforto torácico (12%), sufocamento (12%), ansiedade (25%), agitação (12%), dispnéia (25%), medo da morte (12%), pele fria e pegajosa (12%), aumento da frequência cardíaca.

Esses dados foram obtidos através das entrevistas que buscavam investigar quais os principais problemas de saúde percebidos pelos enfermeiros nos pacientes com infarto, procurar saber as intervenções de enfermagem prestadas aos pacientes com IAM no primeiro atendimento de urgência e durante a hospitalização e se existe um plano de cuidados padronizado.

De acordo com Hargrove-Huttel (1999), os sinais e sintomas apresentados no paciente com IAM são os seguintes: dor torácica; pele pálida, úmida e fria; diaforese; náusea e vômito; dispnéia com ou sem crepitação; palpitações ou síncope; inquietação e ansiedade; sentimento de morte iminente; taquicardia ou bradicardia; diminuição da pressão sanguínea; sons cardíacos: S4, possivelmente um murmúrio sistólico.

Os enfermeiros relataram sobre a dor caracterizando-a como sendo dor típica com pontada no peito irradiando-se para membro, mandíbula e dorso; dor precordial com sensação de aperto no peito.

Essas informações condizem com a literatura, sendo afirmado por Porto (2005) que a dor típica com dor torácica (retroesternal) e/ou epigástrica intensa sendo que 50% dos pacientes a dor é típica e a dor atípica que é localizada em outras regiões do tórax, epigástrico ou ombro, com sensação de peso ou aperto.

De acordo com Medcurso (2005), que o IAM é detectado clinicamente, na maioria dos casos, pelo rápido início da dor torácica em repouso que costuma ser muito intensa sendo que a intensidade pode progredir na primeira ou primeiras horas. São comuns os sintomas associados: diaforese profusa, náuseas e vômitos e, às vezes, sensação de iminência de morte.

Os pacientes podem apresentar agitação e ansiedade; pele fria, pálida e úmida; as frequências cardíaca e respiratória podem ser mais rápidas que o normal. Essas manifestações, que se devem à estimulação do sistema nervoso simpático, podem não estar presentes ou podem durar um curto intervalo de tempo (SMELTZER; BARE, 2002).

Foram relatados pelos entrevistados como sendo problemas de saúde os seguintes fatores de risco: hipertensão (26,6%), dislipidemia (13,3%), dieta inadequada (6,6%), diabetes mellitus (20%), falta de adesão ao tratamento farmacológico (6,6%), tabagismo (6,6%), histórico familiar de doença coronariana (6,6%), obesidade e sedentarismo (6,6%).

Dentre esses, a falta de adesão ao tratamento farmacológico e a dieta inadequada não são enfatizados pela literatura sobre infarto agudo do miocárdio. Porém são fatores de grande importância que devem ser abordados durante a avaliação clínica do paciente.

De acordo com Engel (2005) o fenômeno de isquemia miocárdica é mais freqüente em adultos mais velhos (homens acima de 45 anos e mulheres com mais de 45 anos ou após a menopausa). Este risco para doença coronariana não foi citado pelos entrevistados.

Para Smeltzer; Bare (2005) quanto mais fatores de risco o indivíduo apresentar, maior será a probabilidade de desenvolver doenças da artéria coronariana. Por isso a importância da atenção nos programas de promoção à saúde, aconselhando os pacientes em risco a manterem um comportamento saudável para o coração e acompanhamento médico periódico.

Ao serem questionados quanto aos problemas de saúde apresentados pelos pacientes com IAM, alguns entrevistados citaram complicações do infarto como sendo os problemas identificados.

De acordo com Engel (2005) o índice de complicações do IAM e sua mortalidade caíram significativamente na atual época. Dentre as complicações podem ser destacadas arritmias, disfunção ventricular e insuficiência cardíaca, isquêmicas, pericárdicas e mecânicas.

Os entrevistados citaram como complicações a parada cardíaca, edema agudo de pulmão, choque cardiogênico, fibrilação ventricular, arritmia, novos infartos e insuficiência cardíaca.

As complicações dos quadros isquêmicos agudos constituem o grupo da instabilidade hemodinâmica e arritmias cardíacas (STEFANINI; KASINSKI; CARVALHO, 2004). A parada cardíaca, apesar de poder ser uma evolução das arritmias, não foi citada na literatura abordada. Dentre as arritmias, as ventriculares (taquicardia ventricular e fibrilação ventricular) e os bloqueios atrioventriculares são os de pior prognóstico.

Ainda segundo o autor o edema agudo de pulmão e a insuficiência são manifestações da disfunção do ventrículo esquerdo por isquemia ou infarto. Já o choque cardiogênico é a complicação de pior prognóstico desencadeada por disfunção ventricular esquerda conseqüente às grandes extensões de necrose miocárdica ou às complicações mecânicas.

O choque cardiogênico é definido pela presença de débito cardíaco inferior 1,8 L/min/m² e surge quando as áreas de necrose no miocárdio excedem 40% da área total do ventrículo esquerdo. Esse tipo de choque ocorre em aproximadamente em um quinto dos infartos do miocárdio e leva à morte 80% a 100% dos pacientes. (PIRES; STARLING, 2002)

A incidência de reinfarto é de 5-10% nas primeiras 06 semanas conforme Engel (2004). A reoclusão da artéria canalizada pode aumentar a área de necrose do miocárdio em risco piorando o prognóstico, aumentando a mortalidade hospitalar e a chance de novas complicações.

Por isso a importância da equipe de saúde multiprofissional em trabalhar em conjunto e com o paciente infartado a fim de evitar os fatores de risco para reinfarto como: diabetes, infarto prévio, obesidade, sexo feminino, ou de apenas minimizar, apesar da consciência dos riscos para a saúde.

5.3 ASSISTÊNCIA NO PRIMEIRO ATENDIMENTO

Ao serem questionados sobre a assistência de enfermagem ao paciente com IAM durante o primeiro atendimento, os enfermeiros citaram os seguintes procedimentos realizados:

- ✓ Punção venosa
- ✓ Instalação de oxigênio
- ✓ Solicitar coleta de exames laboratoriais
- ✓ Realização do ECG
- ✓ Monitorização e oximetria de pulso
- ✓ Avaliar sinais vitais
- ✓ Administrar os medicamentos prescritos
- ✓ Proporcionar repouso absoluto
- ✓ Manter paciente em posição de Fowler
- ✓ Proporcionar fácil acessibilidade ao carro de parada
- ✓ Oferecer apoio psicológico.

De acordo com Porto (2005), o repouso absoluto no leito nas primeiras 24 horas e a administração de oxigênio nas primeiras 24 a 48h do evento são cuidados indispensáveis ao paciente com IAM. O oxigênio administrado com a medicação serve para alívio da dor, e mesmo em doses baixas, eleva o nível de oxigênio circulante e reduz a dor associada aos baixos níveis de oxigênio circulante (SMELTZER; BARE, 2002).

É explicado o uso do oxigênio suplementar, por Harrison (2002), devido os pacientes com IAM poderem desenvolver hipoxemia secundária a anormalidades da ventilação-perfusão por insuficiência de ventrículo esquerdo e doença pulmonar intrínseca, e

quando houver hipoxemia, deve-se administrar oxigênio por prongas nasais ou máscara faciais (2 a 4 l/min) nas primeiras 6 a 12 horas após o IAM.

De acordo com as autoras supracitadas, o repouso físico no leito com a cabeceira elevada ajudará a diminuir o desconforto torácico e a dispnéia devido à melhora do volume corrente, diminuição do retorno venoso para o coração e melhora da drenagem lobos superiores do pulmão.

Com relação à solicitação de exames laboratoriais e realização do ECG, Huttel (1998) afirma que os exames podem revelar alterações do ECG como mudanças nos seguimentos ST e onda T e onda Q, bem como elevação das enzimas séricas (CPK e CPK – MB, LDH) e aumento da contagem dos leucócitos.

Manter o acesso endovenoso conforme indicado é importante para a administração dos medicamentos de emergência, seja na presença de arritmias letais persistentes ou dor torácica. (DOENGES; MOORHOUSE, GEISSLER., 2003).

A avaliação dos sinais vitais, monitorização do paciente e oximetria de pulso são métodos para identificação de perto do paciente quanto a alteração na frequência e ritmos cardíacos, batimentos cardíacos, pressão arterial, dor torácica, frequência respiratória débito urinário, temperatura e coloração (SMELTZER; BARE, 2002).

As autoras supracitadas afirmam ainda que a enfermeira administra os medicamentos prescritos para alívio da dor e correlatados. O tratamento clínico para um paciente com IAM é a terapia trombolítica ou a angioplastia percutânea de emergência que servem para aliviar a dor e minimizar ou prevenir lesões permanentes para o miocárdio.

Toda a vivência dos problemas do paciente com disfunção cardiovascular geralmente provoca implicações para o mesmo lidar com o processo de doença, como a perda do sentido do controle, prognóstico incerto, medo de rejeição e isolamento e medo de morrer

(HARGROVE-HUTTEL, 1998). Dessa maneira, é necessário que se desenvolva uma relação mútua de confiança equipe – paciente para redução da ansiedade.

É relevante destacar que apenas um entrevistado relatou a importância da agilidade na realização dos procedimentos e na utilização de recursos humanos e materiais do hospital.

Foi constatado que não houve relato no primeiro atendimento quanto ao alívio da dor ao paciente infartado. Sendo que a dor é a queixa mais comum apresentada pelos pacientes infartados, podendo ser grave o suficiente para ser descrita como a pior dor que o paciente já sentiu. (HARRISON, 2002)

Percebeu-se que a assistência de enfermagem está sendo realizada de maneira prática de acordo com as necessidades apresentadas pelo paciente sem a existência de um plano de cuidado padronizado para assistir melhor o paciente.

5.3.1 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Além dos procedimentos supracitados pelos enfermeiros no primeiro atendimento, também foram relatados outros durante a hospitalização, como:

- ✓ Analisar queixas (como dor torácica e desconforto torácico)
- ✓ Manter estabilidade hemodinâmica
- ✓ Investigação de sintomas para detecção de possíveis complicações após o IAM
- ✓ Educação em serviço (principalmente quanto à dieta correta)

De acordo com Porto (2002), o profissional da saúde deve sempre acreditar na queixa de dor do paciente; avaliar as características semiológicas da dor: localização, irradiação, qualidade ou caráter, intensidade, duração, frequência, periodicidade, evolução, fatores que

agravam ou aliviam, sintomas associados, interferência com as atividades diárias e resposta a tratamentos anteriores e atuais e reavaliar constantemente a resposta do paciente ao tratamento contra a dor.

Quanto às complicações que podem ocorrer após o IAM agudo são geradas por comprometimento para o miocárdio em consequência a redução do fluxo sanguíneo coronariano, como podem ser letais é crítica a identificação precoce dos sinais e sintomas, por isso a enfermeira deve monitorizar as alterações na frequência e ritmo cardíacos, batimentos cardíacos, pressão arterial, dor torácica, estado respiratório, débito urinário, coloração e temperatura cutâneas, sensório e valores laboratoriais. (SMELTZER; BARE, 2002)

Ainda de acordo com as autoras supracitadas, o enfermeiro deve ensinar o paciente a aderir à dieta prescrita explicando a dieta hipossódica (pode reduzir o volume extracelular e, dessa forma, diminuir a pré-carga, a pós-carga e o consumo miocárdico de oxigênio) e hipocalórica (no paciente obeso, redução de peso pode diminuir o trabalho cardíaco e melhorar o volume corrente).

Hargrove-Huttel(1998) afirma que o enfermeiro deve iniciar a educação do cliente e da família, quanto:

- ✓ Fisiopatologia básica do infarto, seus efeitos e tratamento
- ✓ Modificação quanto ao estilo de vida para reduzir os fatores de risco quanto a outro enfarto
- ✓ Iniciar programa de exercício durante a hospitalização e continuar após a alta
- ✓ Sinais e sintomas de posterior dano cardíaco a serem observados e relatados
- ✓ Reassumir atividade sexual

- ✓ Orientar ao uso adequado da medicação: o nome, propósito, efeitos, dosagem e efeitos colaterais, sendo os medicamentos mais comuns para o IAM incluem os bloqueadores de canal de cálcio, os nitratos, os bloqueadores beta-adrenérgicos

5.4 PROPOSTA DE UM PLANO DE CUIDADO

Foi relatado pelos entrevistados que a assistência de enfermagem não segue um plano de cuidados padronizado. Todavia, os entrevistados citaram que a rotina do serviço promoveu aos funcionários habilidade no atendimento aos pacientes fazendo com que a equipe já realize os procedimentos de forma unificada.

O plano de cuidado ou prescrição de enfermagem é sua implementação e servirá de instrumento coordenador da equipe de enfermagem na execução dos cuidados para o atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano (HORTA, 1979).

É importante ressaltar que a maioria dos entrevistados referiu a importância da implementação da SAE na unidade hospitalar porque com a padronização da assistência às ações acontecem em sincronia, tornando-as mais precisa, sendo observado na seguinte fala:

“Fica tudo mais fácil quando se cria um protocolo,... as ações fluem mais facilmente e o resultado é muito mais eficaz.” (enfermeiro).

Além disso, a SAE direciona a assistência de enfermagem organizando as ações da equipe para que o atendimento aconteça de forma rápida e qualificada, possibilitando que as atividades sejam bem desempenhadas sem a presença da enfermeira, com acesso dos membros da equipe ao protocolo.

O plano de cuidados a seguir foi elaborado baseando-se nos autores Doenges, et al (2003); Smeltzer; Bare (2005);

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM IAM
<p>✓ Monitorar os sinais e sintomas de disritmias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - frequência, ritmo anormal - palpitações, síncope - comprometimento hemodinâmico (hipotensão) - emergência cardíaca (parada, fibrilação ventricular)
<p>✓ Manter a terapia de oxigênio por meio de cânula nasal ou máscara facial, conforme prescrição;</p>
<p>✓ Monitorar os sinais e sintomas de choque cardiogênico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - taquicardia; - diurese < 30ml/h; - inquietação, agitação, mudança no raciocínio - taquipnéia - diminuição de pulsos periféricos - pele fria, pálida ou cianótica - PAM < 60mmHg - índice cardíaco < 2,0 L - aumento da resistência vascular sistêmica
<p>✓ Monitorar os sinais e sintomas de falência cardíaca congestiva e de débito cardíaco diminuído:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aumento gradual da frequência cardíaca - aumento da falta de ar - ruídos respiratórios adventícios - pressão sanguínea diastólica diminuída - presença ou aumento no galope de S3 e S4 - edema periférico - veias do pescoço distendidas

<p>✓ Monitorar os sinais e os sintomas de pericardite:</p> <ul style="list-style-type: none">- dor torácica influenciada pela mudança na respiração ou na posição- presença de atrito pericárdico- elevação da temperatura > 37,8°C- mudanças difusas no segmento ST do ECG
<p>✓ Monitorar os sinais e os sintomas de tamponamento/ruptura do pericárdio:</p> <ul style="list-style-type: none">- hipotensão veias do pescoço distendidas- taquicardia- pulsação paradoxal- equalização das pressões cardíacas pressão do pulso estreitada sons cardíacos abafados- alternância elétrica
<p>✓ Monitorar os sinais e sintomas de defeitos estruturais:</p> <ul style="list-style-type: none">- dor torácica severa- síncope- hipotensão- murmúrio holossistólico alto- falência congestiva- desvio da esquerda para a direita
<p>✓ Monitorar os sinais e sintomas de IAM recorrente:</p> <ul style="list-style-type: none">- dor torácica repentina e severa com náusea/vômitos- dispnéia crescente- aumento da elevação ST e ondas Q anormais no ECG
<p>✓ Aplicar as meias antiembolia</p>
<p>✓ Encorajar o cliente a realizar exercícios com as pernas, mas evitar os exercícios isométricos</p>
<p>✓ Instruir o paciente a comunicar imediatamente qualquer episódio de dor</p>
<p>✓ Administrar analgésicos conforme prescrição médica. Documentar a</p>

administração e o grau de alívio que o cliente apresenta.
✓ Instruir o paciente a repousar durante o episódio de dor
✓ Explicar a causa e os possíveis fatores precipitantes da dor (físicos e emocionais) após a fase aguda
✓ Obter e avaliar 12 linhas do ECG ou ritmo do traçado durante os episódios de dor, se possível. Notificar o médico.
✓ Explicar e auxiliar com medidas alternativas de alívio da dor, tais como: <ul style="list-style-type: none"> - posicionamento - distração (atividades, exercícios respiratórios) - massagens - exercícios de relaxamento
✓ Aumentar a atividade do cliente em cada turno, como indicado: <ul style="list-style-type: none"> - permitir que as pernas do paciente fiquem pendentes da cama em primeiro lugar: apoiar o cliente pelo lado. - aumentar o tempo do paciente fora da cama em 15 minutos em cada turno - permitir que o paciente estabeleça o seu ritmo de deambulação. Proporcionar períodos adequados de repouso - estabelecer uma meta de distância maior em cada turno, de acordo com o paciente - aumentar a atividade quando a dor estiver no mínimo ou após as medidas de alívio fazerem efeito - aumentar as atividades de autocuidado do paciente de parciais até completas.
✓ Monitorar os sinais vitais do cliente: <ul style="list-style-type: none"> - antes da atividade (deambulação, atividade pela manhã) - imediatamente após a atividade - após o paciente ter repousado 3 minutos
✓ Investigar as respostas anormais ao aumento da atividade, como: <ul style="list-style-type: none"> - taquicardia > 120 bpm - diminuição ou falta de alteração na pressão sanguínea sistólica

<ul style="list-style-type: none"> - aumento excessivo ou diminuição da frequência respiratória - fracasso do pulso em retornar à frequência de repouso após 3 minutos da atividade - confusão, vertigem, movimentos descordenados - dor no peito - modificação no ritmo/padrão do ECG - tontura/síncope
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planejar os períodos de repouso adequados de acordo com o horário diário do paciente
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar e reconhecer os progressos do paciente
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tomar medidas para aumentar a qualidade e a quantidade de sono e de períodos de repouso de repouso co cliente. Providenciar 2 horas de sono ininterrupto à noite, no mínimo
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruir o paciente sobre como monitorar a sua resposta fisiológica às atividades pós-alta
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensinar o paciente como conservar energia durante as atividades da vida diária, no trabalho, e durante as atividades recreacionais: <ul style="list-style-type: none"> - explicar a necessidade de períodos de repouso tanto antes quanto após determinadas atividades - instruir o paciente a interromper a atividade se ocorrerem a fadiga ou outros sinais de hipóxia cardíaca - instruir o paciente a consultar o médico ou enfermeira antes de aumentar a atividade após a alta
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar a fisiopatologia do IAM, usando os recursos educativos ao nível do paciente.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensinar o paciente sobre a importância do controle do estresse através de técnicas de relaxamento e do exercício regular e apropriado, como, respiração profunda/lente, comportamento de distração, visualização, imaginação orientada;

<p>✓ Ensinar o paciente como investigar o pulso radial e instruí-lo a comunicar qualquer dos seguintes sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dispnéia - ganho de peso ou edema inexplicado - fraqueza ou fadiga incomuns - pulso irregular ou qualquer modificação incomum.
<p>✓ Instruir o paciente a comunicar os efeitos colaterais dos medicamentos prescritos (diuréticos, digitálicos, beta-bloqueadores beta-adrenérgicos, inibidores da ECA ou bloqueadores do canal de cálcio).</p>
<p>✓ Explicar a necessidade de restrição de atividade e como a atividade deve progredir gradualmente. Instruir o paciente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aumentar a atividade gradualmente - evitar os exercícios isométricos e o levantamento de objetos com peso > 15 Kg - evitar corridas, o exercício pesado e os esportes até recomendação médica contrária - consultar o médico sobre retorno ao trabalho, direção de carro, atividade sexual e viagens - manter períodos freqüentes de repouso durante 15 a 20 minutos, 4 a 6 vezes por dia, durante um a dois meses - realizar atividades em ritmo moderado e confortável; na ocorrência de fadiga, parar e descansar 15 minutos, prosseguindo depois.
<p>✓ Orientar sobre a atividade sexual quando esta for liberada pelo médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evitar atividade sexual após as refeições (esperar 2 h), se embriagado ou fadigado - repousar antes e depois de se envolver em atividade sexual (as manhãs são o melhor período) - interromper a atividade se ocorrer fadiga ou dispnéia - tomar nitroglicerina antes da atividade sexual, se prescrita.
<p>✓ Reforçar a necessidade de atendimento de acompanhamento.</p>
<p>✓ Proporcionar informações sobre os recursos comunitários, os grupos de auto-ajuda, o aconselhamento e os grupos de reabilitação cardíaca.</p>

✓	Investigar o nível de ansiedade do paciente. Planejar a instrução para quando o nível estiver baixo ou moderado.
✓	Proporcionar ao paciente e à família a tranquilização válida e reforçar o comportamento de enfrentamento positivo.
✓	Contatar o médico imediatamente se a ansiedade do cliente estiver em nível severo ou de pânico. Sedar apenas quando necessário.
✓	Monitorizar e documentar as características da dor, observando os relatos verbais e as dicas não verbais (por exemplo: choro, inquietação, diaforese, compressão do tórax, taquipnéia, queixas) e resposta hemodinâmica (alterações na PA/frequência cardíaca);
✓	Obter informações detalhadas sobre a dor, incluindo intensidade (0-10), localização, duração, características (maciça/punhalada) e radiação. Ajudar o paciente a quantificar a dor e relatá-la imediatamente;
✓	Proporcionar ambiente silencioso, atividades relaxantes e medidas de conforto (por exemplo: lençóis secos e sem rugas, massagens nas costas). Abordar o paciente calma e confiantemente;
✓	Verificar sinais vitais antes e após a medicação narcótica;
✓	Registrar e documentar alterações na frequência cardíaca, ritmo e PA antes, durante e após atividade, conforme indicado e correlacionar com os relatos de dor torácica/dispnéia;
✓	Encorajar o paciente ao repouso, leito/poltrona, inicialmente. Posteriormente, limitar a atividade com base na dor ou resposta cardíaca direta;
✓	Orientar o paciente a evitar o aumento da pressão abdominal, como: esforço durante a defecação;
✓	Observar a presença de hostilidade, isolamento e /ou negação como sentimento inadequado ou recusa de aderir ao regime medicamentoso;
✓	Orientar o paciente quanto aos procedimentos de rotina e atividade esperadas e promover a participação sempre que possível;
✓	Proporcionar privacidade para o paciente;
✓	Proporcionar períodos de repouso/sono ininterruptos, ambiente silencioso, com o

paciente controlando o tipo e quantidade de estímulos externos;
✓ Encorajar o paciente quanto ao autocuidado e a tomada de decisão dentro do plano de tratamento aceito;
✓ Verificar pressão arterial. Comparar em ambos braços e obter as pressões em posições deitada, sentada e de pé, quando possível;
✓ Evoluir a qualidade e igualdade dos pulsos, conforme indicado;
✓ Auscultar os sons cardíacos, observando o desenvolvimento de S3 e S4 e presença de murmúrios;
✓ Auscultar sons respiratórios quanto à presença de estertores;
✓ Proporcionar refeições pequenas e de fácil ingestão. Limitar a ingestão de cafeína, como: café, chocolate e refrigerante à base de cola;
✓ Administrar oxigênio suplementar por meio da cânula nasal ou máscara facial, conforme indicado;
✓ Revisar ECG seriado e os raios X de tórax;
✓ Monitorizar os dados laboratoriais: por exemplo, enzimas cardíacas, gasometria arterial, eletrólitos;
✓ Investigar alterações súbitas ou continuadas no estado mental, por exemplo, ansiedade, confusão, letargia, estupor;
✓ Inspeccionar quanto a palidez, cianose, manchas, umidade da pele e observar à força do pulso;
✓ Examinar quanto a sinal de Homans, eritema e edema;
✓ Instruir o paciente na aplicação e remoção periódica de meias antiembólicas, quando utilizadas;
✓ Avaliar a função gastro-intestinais, observando anorexia, sons intestinais diminuídos ou ausentes, náusea/vômito, distensão abdominal e constipação;
✓ Monitorizar a ingestão, observando as mudanças no débito urinário;
✓ Manter ingestão líquida total em 2000 ml/24h dentro da tolerância cardíaca;
✓ Reforçar as explicações dos fatores de risco, restrições dietéticas/atividades e, medicamentos e sintomas que exigem imediata atenção clínica;
✓ Alertar contra atividades isométricas, manobra de valsalva, e atividades que exigem o posicionamento dos braços acima da cabeça;
✓ Revisar os aumentos programados nos níveis de atividade. Educar o paciente a respeito da retomada gradual das atividades, como: caminhada, trabalho,

atividade sexual e recreativa;
✓ Enfatizar a importância de contatar o médico se a dor torácica, a mudança no padrão da angina ou outros sintomas recorrem;
✓ Enfatizar a importância de relatar o desenvolvimento de febre associada a dor torácica difusa/atípica (pleural, pericárdica) e dor articular;
<p>✓ Proporcionar privacidade durante a evacuação e instruir o paciente a fazer o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - utilizar a campainha se ocorrer dor no peito - evitar esforçar-se, exalando durante a defecação - assumir a posição normal de semicócoras no vaso sanitário, se não houver contra-indicação
✓ Explicar as possíveis causas da constipação e os seus efeitos sobre o ritmo cardíaco (estimulação vagal). Explicar que a imobilidade, a mudança na dieta habitual e o embaraço podem contribuir para a constipação, e que os narcóticos reduzem a inervação neural que controla o peristaltismo.
✓ Administrar um laxante suave, como ordenado
<p>✓ Promover os fatores que contribuem para a eliminação ideal.</p> <p>a. dieta equilibrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - revisar a lista de alimentos ricos em fibras - discutir com o paciente as preferências dietéticas <p>b. ingesta adequada de líquidos</p> <p>c. horário regular para a eliminação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificar o padrão normal de defecação do cliente antes do surgimento da constipação - revisar a rotina eliminatória diária do cliente <p>d. simulação do ambiente doméstico do paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - usar o vaso sanitário em lugar da comadre ou urinol, se possível. - auxiliar o paciente a se posicionar no vaso sanitário, urinol ou comadre, se necessário - proporcionar privacidade e reforçar o conforto com segurança - salientar a importância de evitar o esforço durante a defecação <p>e. atividade regular:</p> <ul style="list-style-type: none"> - explicar os efeitos benéficos da atividade diária sobre a eliminação intestinal - auxiliar a deambulação, se necessário.

Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo pode-se afirmar que os objetivos propostos foram alcançados através das entrevistas realizadas com os enfermeiros do Hospital do Coração.

Após as análises dos resultados, constatou-se que os enfermeiros reconhecem a importância da existência de um plano cuidado na prática profissional na assistência ao paciente com IAM. Os entrevistados atribuíram tal relevância ao fato do plano de cuidado servir como diretriz para os cuidados ao paciente para proporcionar uma assistência individualizada e de qualidade.

Foi constatado que os entrevistados citaram os problemas de saúde apresentados pelo paciente infartado tendo sido a dor e a sudorese os mais comentados. Na visão dos enfermeiros foram expostos fatores de risco e complicações como sendo problemas de saúde do infarto agudo do miocárdio.

Quanto à assistência no primeiro atendimento os enfermeiros relataram realizar os seguintes procedimentos: punção venosa, instalação de oxigênio, solicitar coleta de exames laboratoriais, realização do ECG, monitorização e oximetria de pulso, avaliar sinais vitais, administrar os medicamentos prescritos, proporcionar repouso absoluto, manter paciente em posição de Fowler, proporcionar fácil acessibilidade ao carro de parada e oferecer apoio psicológico.

Além destes, na assistência de enfermagem durante a hospitalização foram citados analisar queixas (como dor torácica e desconforto torácico), manter estabilidade hemodinâmica, investigação de sintomas para detecção de possíveis complicações após o IAM e educação em serviço (principalmente quanto à dieta correta) como procedimentos realizados na prestação da assistência de enfermagem.

Verificou-se que os entrevistados reconhecem a importância da existência de um plano de cuidados de enfermagem ao paciente infartado, porém no hospital de pesquisa não há um protocolo de enfermagem padronizado na assistência ao paciente com IAM.

Referências

REFERÊNCIAS

- BARRETO, S. S. M.; et al. **Rotinas em Terapia Intensiva**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- BARROS, A. J. da S.; LEHFELD, N. A. de S. **Fundamentos da metodologia Científica: um guia para a iniciação científica** 2ª edição ampliada . São Paulo ; Makron Book, 2000.
- DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; GEISLER, A. C. **Planos de Cuidados de Enfermagem: Orientações para o cuidado individualizado do paciente**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- ENGEL, C. L.; et al. **Cardiologia : Do internato à residência**. Vol. IV. Medcurso, 2005.
- FIGUEIREDO; N. M. A. **Práticas de enfermagem: Ensinando a cuidar de Clientes em situações clínicas e cirúrgicas**. 6 ed. São Paulo: Difusão , 2003.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social** . 5 ed. São Paulo : Atlas, 1999.
- HARGROVE-HUTTEL, R. A. **Enfermagem Médica Cirúrgica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- HARRISON; et al. **Medicina Interna**. 15 ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill. 2002.
- HORTA, V. de A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- MARTINS, G. de A. **Manual para elaboração de monografias, Dissertações**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. **Abordagens teórico – metodológicas qualitativas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. Ed. Hucitec. São Paulo, 2004.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses.** São Paulo. Editora Pioneira, 2002.

PIRES, M. T. B.; STARLING, S. V. **Manual de Urgências em Pronto – Socorro.** 7º ed. Belo Horizonte: MEDSI, 2002.

PORTO, C. C. **Doenças do Coração: Prevenção e Tratamento.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática: clínica e prática hospitalar.** 3 ed. São Paulo: Santos, 2002.

SALES, N. D.; PEDREIRA, K. A. **Manual de Orientação:** sistematização da assistência de enfermagem. 2003.

SCHOEN, F. J. O coração. In: COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. Robbins. **Patologia Estrutural e funcional.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, p: 486 – 539.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** 10º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, **V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial,** 2006. Disponível em <<http://www.google.com.br/> acesso: 04/03/2007.

STEFANINI, E.; KASINSKI, N; CARVALHO, A. C. **Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar de Cardiologia.** Barueri, SP: Manole, 2004.

THOMAZ, V.A.; GUIGARDELLO, E. De B. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Problemas Identificados pelos Enfermeiros. **Revista Técnica de Enfermagem: Nursing.** São Paulo, nº 54, ano 5, p.28 e 29. nov./2002.

Apêndices

APENDICE A**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE****NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO - NPGE****CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO "LATO SENSU"****ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM CARDIOLÓGICA****ORIENTADORA:** Profª MSc. Joseilze Santos de Andrade**PROJETO:** Assistência de Enfermagem ao paciente com IAM no Hospital do Coração**AUTORAS:** Aryella de Medeiros Chaves Rocha

Maria Aparecida Fonsêca de Moraes Bôto

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, _____,

RG _____, Enfermeiro(a), COREN nº _____ declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa sob o título: **"Assistência de enfermagem aos pacientes com IAM no Hospital do coração"**, que tem como objetivos: conhecer, na visão dos enfermeiros, os principais problemas de saúde que acometem o paciente com IAM no Hospital do Coração; identificar as intervenções prestadas pelos enfermeiros diante do paciente infartado. Estou esclarecido quanto ao direito de retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa e como também o direito de ser esclarecido quando necessitar e que será garantido o segredo sem prejuízo da minha imagem, de acordo com a resolução nº 196, item IV, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Declaro aceitar livremente participar da pesquisa permitindo que a pesquisadora utilize os resultados da análise de entrevista, inclusive para a publicação.

Aracaju, _____ de _____ de _____.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Aryella de Medeiros Chaves Rocha (Pesquisadora) Fone: 3213-7360
Maria Aparecida Fonsêca de Moraes Bôto (Pesquisadora) Fone: 3217-7166

APENDICE B

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE

NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO -NPGE

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM CARDIOLÓGICA

ORIENTADORA: Profª MSc. Joseilze Santos de Andrade

PROJETO: Assistência de Enfermagem ao paciente com IAM no Hospital do Coração

AUTORAS: Aryella de Medeiros Chaves Rocha

Maria Aparecida Fonsêca de Moraes Bôto

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data:...../...../.....

Horário: Início:.....h Término:.....h

Turno de trabalho:

Instituição formadora:

Tempo de formação acadêmica:

Tempo que trabalha em cardiologia:

Número de pacientes sob sua responsabilidade:

Tem pós-graduação? Caso afirmativo, em qual área?

Exerce outras atividades?

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1- Pela sua experiência profissional na área de cardiologia, quais são os principais problemas de saúde percebidos por você nos pacientes com infarto?
- 2- Quais as intervenções de enfermagem prestadas ao paciente infartado no primeiro atendimento na urgência? E durante a hospitalização?
- 3- A assistência de enfermagem pela sua equipe segue um plano de cuidados padronizado? () SIM () NÃO

Em caso afirmativo, há necessidade de reformulação?

Em caso negativo, acredita ser necessária a elaboração e utilização de um plano assistencial para o paciente com IAM? Justifique.