



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

LUIZ AUGUSTO OLIVEIRA DE ANDRADE

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTES ADMITIDOS NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

CAJAZEIRAS - PB

2011

09/26/2011

**INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTES ADMITIDOS NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

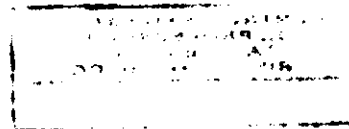
LUIZ AUGUSTO OLIVEIRA DE ANDRADE

**INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTES ADMITIDOS NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem, Unidade Acadêmica de Ciências da
Vida - UACV, da Universidade Federal de
Campina Grande- UFCG, como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Esp. Maria Berenice Gomes
Nascimento Pinheiro

**CAJAZEIRAS - PB
2011**



1. Ênfase cardíaca
3. Perfil Epidemiológico - Pacientes Intubados



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

A553i Andrade, Luiz Augusto Oliveira
Infarto agudo do miocárdio em pacientes admitidos na Unidade de terapia Intensiva: um estudo epidemiológico./Luiz Augusto Oliveira de Andrade. Cajazeiras, 2011.
84f. : il.

Orientadora: Maria Berenice Gomes N. Pinheiro.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCC

1. Infarto Agudo do Miocárdio. 2. UTI. II. Pinheiro, Maria Berenice Gomes Nascimento Título.

UFCC/CFP/BS

CDU- 616.127-005.8

LUIZ AUGUSTO OLIVEIRA DE ANDRADE

**INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTES ADMITIDOS NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

APROVADA EM ___/___/2011

BANCA EXAMINADORA

Prof.^ª. Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro
Orientadora
(UACV/CFP/UFCG)

Prof. Esp. Lavoisier Morais de Medeiros
Examinador
(UACV/CFP/UFCG)

Prof.^ª. Esp. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
Examinadora
(UACV/CFP/UFCG)

A Deus:

Por me conceder o dom da vida, da inteligência e por iluminar meus caminhos a cada amanhecer, pois sem ele nada seria possível ao longo desta trajetória;

Ao meu pai Francinaldo:

Que tanto contribuiu para minha formação acadêmica, principalmente, durante estes últimos anos, além de acreditar nos meus esforços para alcançar meus objetivos;

A minha mãe Silvia:

A qual considero uma guerreira, e me serve de exemplo de vida, sempre me incentivando a seguir de cabeça erguida e me dando forças para vencer todos os obstáculos;

Aos meus avós paternos:

Que tiveram paciência, dedicação e se fizeram presentes em minha vida, contribuindo tanto para minha formação profissional quanto pessoal, além de me dar forças e incentivo;

Dedico

AGRADECIMENTOS

Ao divino pai eterno: Deus

“Agradeço-lhe por me conceder fé, coragem e perseverança para acreditar em um futuro brilhante e próspero. Obrigado por mais uma conquista!”

Aos meus pais: Francinaldo e Silvia

“Agradeço por me oferecerem todos os recursos morais e materiais possíveis para que eu me tornasse o que sou.”

Aos meus avós: José e Antonia

“Os quais tiveram tanto cuidado e preocupação, que sonharam por várias vezes com este momento, e me ajudaram nos momentos que mais precisei.”

Aos meus irmãos: José Neto e Júnior

“Que sempre me incentivaram e se orgulharam da escolha de minha profissão.”

A minha namorada: Camila Tavares:

“Pelo incentivo e apoio durante todos estes anos juntos.”

Aos meus familiares:

“Obrigado por toda a força e incentivo. Por torcerem tanto pelo meu sucesso e por acreditarem na minha realização pessoal e futuro profissional.”

Ao grande amigo Demétrius Barbosa:

“Que partiu tão jovem para a vida eterna, mas contribuiu e me incentivou a cada dia de aula e a cada trabalho em grupo, servindo sempre de exemplo de estudo e de vida para minha pessoa. A saudade é imensa!”

Aos meus amigos de curso:

“Os quais sentirei saudades, pelos momentos de aprendizagem constante e pela amizade solidificada ao longo deste trabalho, que, certamente será inesquecível.”

Aos professores de curso:

“Por toda a dedicação, compreensão, e incentivo em todas as aulas e estágios; Vocês foram uma importante parcela de nossa formação acadêmica.”

A professora Berenice Pinheiro:

“Pela contribuição, simpatia e perseverança no auxílio as atividades e discussões sobre o andamento e normalização deste trabalho de conclusão de curso.”

A banca examinadora deste estudo: Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro, Lavoisier Morais de Medeiros e Rosimery Cruz de Oliveira Dantas:

“A todos os professores convidados, pelo carinho, dedicação e entusiasmo demonstrado neste dia e ao longo do curso.”

Meus sinceros agradecimentos!

“Sonda-me, ó Deus, e conhece o meu coração,
prova-me e conhece os meus pensamentos; vê
se há em mim algum caminho mau e guia-me
pelo caminho eterno.”

Salmo 139. 23-24

RESUMO

ANDRADE, Luiz Augusto Oliveira de. **INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTES ADMITIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**, 2011. 84 f. Monografia – Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2011.

As doenças cardiovasculares têm um papel preponderante nos indicadores de morbimortalidade no Brasil, e a doença isquêmica do coração, incluindo o infarto agudo do miocárdio (IAM), é o componente principal dessa mortalidade. O IAM refere-se ao aparecimento de necrose de uma área miocárdica, em consequência da redução persistente e completa de fluxo sanguíneo por obstrução de uma artéria coronária, causada principalmente por trombose formada em uma placa aterosclerótica. O objetivo do estudo é traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com IAM admitidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Regional de Cajazeiras (HRC). Para isso, optou-se por um estudo documental, do tipo transversal, de caráter exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido na UTI do HRC. Foram utilizados para a coleta dos dados, inicialmente o livro de registro (admissão e alta), seguido dos prontuários de todos os pacientes acometidos com IAM no período de Janeiro a Dezembro de 2010, devidamente preenchidos e assinados pela equipe de enfermagem. Os dados foram coletados por meio da técnica de pesquisa documental indireta, em formulário específico, por um único pesquisador. Os resultados revelaram que o sexo mais atingido foi o masculino, com 74% e 26% o sexo feminino, sendo a faixa etária mais acometida de 61 a 70 anos. Quanto aos fatores de risco, 33% dos pacientes tinham como doença de base a Hipertensão Arterial Sistêmica. A dor foi relatada por 87% dos pacientes, com incidência maior na dor precordial 67%, seguida de 20% torácica. O tempo de internação maior foi de 2 a 4 dias com 46%. A evolução destes pacientes demonstrou que 69% tiveram alta da UTI, 10% foram transferidos e 21% ao óbito. Contudo, é necessário que os profissionais de enfermagem deste setor organizem melhor as informações obtidas dos pacientes, ou seja, preencham todos os espaços no histórico de enfermagem destinados as condições clínicas deste cliente, já que em alguns prontuários não foram encontrados os dados por completo. Diante do exposto, conclui-se que a pesquisa forneceu dados para o diagnóstico situacional do IAM atendidos na UTI e para realização de estudos posteriores sobre estratégias que minimizem os impactos que esse agravo gera na morbimortalidade da população, assim como nos gastos financeiros dos governos com a saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. UTI. Infarto Agudo do Miocárdio.

ABSTRACT

ANDRADE, Luiz Augusto Oliveira de. **MYOCARDIAL ACUTE HEART ATTACK IN PATIENTS ADMITTED AT THE INTENSIVE UNIT THERAPY: AN EPIDEMIOLOGIC STUDY**. 2011. 84 f. Monograph - Academic Unit of Life Sciences, B.Sc. in Nursing, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras of Nursing, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2011.

The cardiovascular diseases have a preponderant function in the morbimortality indicators in Brazil, and the ischemic heart disease, including the myocardial acute heart attack (AHA) which is the principal component of this mortality. The AHA refers to the appearing of a necrosis in the myocardial area, in consequence of a persistent and complete reduction of blood flow for an obstruction of a coronary artery, caused principally for thrombosis formed in an atherosclerotic board. The purpose of this study is to construct an epidemiologic profile of the patients with Myocardial Acute Heart Attack admitted at the Intensive Unit of the Regional Hospital of Cajazeiras (HRC). For all these, it was opted an study documental, a cross sectional, of charater exploratory, descriptive with a quantitative, developed at the IUT of the HRC. It was for data collection, initially the register (admission and discharge), followed by charts of all patients affected with AHA in the period from January to December of 2010, well filled and signed for the nursery team. The data were collected by the research indirect documental technic, with specific form, by only one researcher. The results revealed that the male sex was the most reached, with 74% and 26% of female sex, and the age most affected was from 61 to 70 years old. The risk factors, 33% of the patients had as a base disease the Arterial Systemic Hypertension. The pain was reported by 87% of the patients, with a bigger incidence in the precordial pain in 67%, followed by 20% thoracic. The bigger period of hospitalization was from 2 to 4 days with 46%. The evolution of these patients showed that 69% were discharged from IUT, 10% were transferred and 21% died. However, it is necessary for nursing professionals of this sector to better organize information obtained from the patients, in other words, fill all the spaces in the history of nursing clinical conditions for this client, since some records were not found data in full. According to the exposed information, we can conclude that the research gave data to the situational diagnosis of the AHA met at the IUT also to the next researches about strategy that minimizes the impacts that this problem cause in the morbi-mortality of the population, financial and government spending on public health.

KEY WORDS: Nursery. IUT. Myocardial Acute Hear Attack.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição da amostra segundo o sexo.....	37
GRÁFICO 2: Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....	39
GRÁFICO 3: Distribuição da amostra segundo os fatores de risco.....	40
GRÁFICO 4: Distribuição da amostra segundo o registro da dor.....	42
GRÁFICO 5: Distribuição da amostra segundo o local da dor.....	43
GRÁFICO 6: Distribuição da amostra segundo as condições de pele.....	44
GRÁFICO 7: Distribuição da amostra segundo a frequência respiratória.....	46
GRÁFICO 8: Distribuição da amostra segundo o ritmo cardíaco.....	47
GRÁFICO 9: Distribuição da amostra segundo os batimentos cardíacos por minuto.....	49
GRÁFICO 10: Distribuição da amostra segundo o tempo de internação.....	52
GRÁFICO 11: Distribuição da amostra segundo a evolução da doença.....	53

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição da amostra dos pacientes vítimas de IAM de acordo com a pressão arterial sistólica.....	50
TABELA 2: Distribuição da amostra de pacientes vítimas de IAM de acordo com os valores da Pressão arterial diastólica.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS – Ácido acetil-salicílico
AD – Átrio direito
AE – Átrio esquerdo
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
B.P.M. – Batimentos por minuto
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CK – Creatina-cinase
CK – MB - Creatina-cinase fração MB
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DAC – Doença Arterial Coronariana
DM – Diabetes Mellitus
ECA – Enzima conversora de angiotensina
ECG – Eletrocardiograma
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HRC – Hospital Regional de Cajazeiras
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IV – Intravenoso
l/m – Litros por minuto
mmHg – Milímetros de mercúrio
MS – Ministério da Saúde
NAV – Nodo atrioventricular
NSA – Nodo sinuatrial
O₂ – Oxigênio
PA – Pressão arterial
PAS – Pressão arterial sistólica
PAD – Pressão arterial diastólica
PTCA – Angioplastia transluminal percutânea
R.P.M. – Respirações por minuto
SNC – Sistema Nervoso Central
SSVV – Sinais vitais
TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UEPB – Universidade Estadual da Paraíba
UACV – Unidade Acadêmica de Ciências da Vida
UFCG – Universidade Federal de Campina Grande
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
UI – Unidades Internacionais
U/h – Unidades por hora
VD – Ventrículo direito
VE – Ventrículo esquerdo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 ANATOMOFISIOLOGIA DO CORAÇÃO.....	18
2.2 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.....	20
2.3 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	25
2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO IAM.....	30
3 METODOLOGIA.....	33
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	33
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	34
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	34
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	35
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	35
3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	35
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	35
3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO.....	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	37
5 CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICES.....	63
APÊNDICE A: TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	64
APÊNDICE B: TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE.....	66
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	68
APÊNDICE D: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	71
ANEXOS.....	73
ANEXO A: DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA.....	74
ANEXO B: TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS EM ARQUIVO.....	76
ANEXO C: INSTITUIÇÃO ONDE FORÃO COLETADOS OS DADOS.....	78
ANEXO D: HISTÓRICO DE ENFERMAGEM.....	80
ANEXO E: FORMULÁRIO DE PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	82

1 INTRODUÇÃO

Segundo Porto e Porto (2010), o infarto agudo do miocárdio (IAM) refere-se ao aparecimento de necrose de uma área miocárdica, em consequência da redução persistente e completa de fluxo sanguíneo por obstrução de uma artéria coronária, causada principalmente por trombose formada em uma placa aterosclerótica. Para que esta área isquêmica sobreviva, o fluxo sanguíneo para essa região deva permanecer acima de 40% dos níveis existentes antes da oclusão.

O IAM é uma das doenças mais frequentes nos países ocidentais e, a despeito do grande conhecimento acumulado sobre sua etiologia, fisiopatologia, epidemiologia e sobre seus diagnóstico e tratamento, o infarto continua sendo uma importante causa de morbidade e de mortalidade populacional, em especial a partir da quarta década de vida (ROCHA e SILVA, 2000).

As doenças cardiovasculares têm um papel preponderante nos indicadores de morbimortalidade no Brasil, sendo a primeira causa de mortalidade proporcional no país desde a década de 60 do século XX. A doença isquêmica do coração, incluindo o IAM, é o componente principal dessa mortalidade nas cidades da Região Nordeste (BRASIL, 2010).

O controle de certas condições que aumentam o risco para doença coronariana é fundamental para diminuir a ocorrência de infarto. Essas condições podem ser divididas em não modificáveis, como idade, hereditariedade e gênero, e em modificáveis, ou seja, aquelas em que as medidas preventivas podem atuar, como tabagismo, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, sedentarismo e obesidade. (ZORNOFF et al, 2003).

Esse evento agudo sempre requer internação hospitalar, sendo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) o principal setor para admissão e acompanhamento dos pacientes infartados, estabelecendo desde um diagnóstico clínico inicial e evolução eletrocardiográfica, até o tratamento e alta dos mesmos. Tornando a assistência prestada a esses pacientes mais efetiva por se tratar de um ambiente que dispõe de recursos necessários para sua progressiva recuperação. Assim, a UTI envolve um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, a

fim de atender pacientes graves ou de risco que precisam de cuidados médicos e de enfermagem ininterruptos, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

Segundo Cheregatti e Amorim (2010), a UTI caracteriza-se por uma unidade complexa e reservada, composta de monitorização contínua, suporte e tratamento intensivo, com vigilância 24 horas, equipamentos específicos e outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e ao terapêutico.

O trabalho em UTI é complexo e intenso, devendo a equipe multiprofissional, e principalmente o enfermeiro, por ser o líder da equipe de enfermagem, estar preparado para a qualquer momento atender pacientes com alterações hemodinâmicas importantes, as quais requerem conhecimento específico e grande habilidade para tomar decisões e implementá-las em tempo hábil.

A partir desse entendimento surgiram alguns questionamentos: Qual o perfil epidemiológico dos pacientes admitidos, e diagnosticados com Infarto Agudo do Miocárdio, na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Cajazeiras? É possível identificar os fatores de risco relacionados a estes usuários? Qual foi o tempo de internação e a evolução destes pacientes?

Neste sentido, a escolha do tema se justifica pela observação, enquanto estudante da graduação em enfermagem, sobre o elevado número de pessoas portadoras de doenças primárias: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), entre outras, as quais são responsáveis direta ou indiretamente na ocorrência do episódio de IAM, assim como a existência de outros fatores de risco, tais como sedentarismo, tabagismo, história familiar e idade. Bem como, a escassez de estudos epidemiológicos no setor de cuidados intensivos do Hospital Regional de Cajazeiras (HRC).

Torna-se relevante tal estudo, pois vêm a contribuir com novos conhecimentos, não somente para os pesquisadores, mas também para a grande “massa” de profissionais da área, a cerca do real perfil epidemiológico dos usuários com IAM desta unidade de saúde, a qual abrange uma vasta região do alto sertão paraibano, sendo de suma importância a realização deste estudo, já que serão avaliados também os fatores de risco e evolução dos pacientes em questão, servindo como dados importantes para o setor social, econômico e de saúde. Além disso, quando pretendemos caracterizar os usuários infartados buscamos melhorar a compreensão da epidemiologia desse evento, para assim permitir melhor atuação no seu

diagnóstico e no seu tratamento, possibilitando uma evolução mais rápida do paciente e menor morbi-mortalidade decorrentes do IAM.

Esse estudo teve como objetivo principal: Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio admitidos na unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Cajazeiras e como objetivos específicos: Identificar o perfil sócio-demográfico dos pacientes infartados; Verificar fatores de risco, como: sexo, idade, estilo de vida (história de saúde), bem com local e intensidade da dor, condições da pele, frequência respiratória, ritmo cardíaco, frequência cardíaca e pressão arterial e Averiguar o tempo de internação e evolução dos pacientes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANATOMOFISIOLOGIA DO CORAÇÃO

O coração é uma víscera muscular ôca, que segundo Smeltzer e Bare (2005) está localizado no meio do tórax (mediastino) e repousa sobre o diafragma, onde o bombeamento do sangue acontece pela contração e relaxamento rítmicos de sua parede muscular: contração do músculo (sístole), relaxamento do músculo (diástole). Segundo os autores supracitados, o coração pesa 300 gramas e que, durante a contração seus compartimentos tornam-se menores à medida que o sangue é ejetado, visto que no relaxamento as câmaras cardíacas enchem-se com sangue na preparação para ejeção subsequente.

Este órgão é dividido em 4 câmaras, dois átrios e dois ventrículos, e os septos interatrial e interventricular separam átrios e ventrículos uns dos outros, os impulsos para contrações são iniciados pelas células nodais, também conhecida por ser o marcapasso do coração, e este órgão é revestido por uma bolsa chamada de pericárdio (GUYTON; HALL, 2006).

As câmaras ocas do coração são chamadas de átrios e ventrículos, sendo subdividido em: átrio direito (AD), ventrículo direito (VD), átrio esquerdo (AE) e ventrículo esquerdo (VE). O AD recebe o sangue que vem dos tecidos através das veias cavas, superior e inferior e segue para o VD, o VD manda o sangue para os pulmões pela artéria pulmonar, e os pulmões empurram o sangue oxigenado de volta para o coração através das veias pulmonares direto para o AE, o AE envia o sangue para o VE passando por uma valva muito importante (valva mitral), e o VD distribui o sangue para o corpo passando pela valva aórtica entrando na artéria aorta e passando para os capilares e tecido para recomeçar o ciclo (WOODS, 2005).

Cada vez que o coração do adulto bate, bombeia cerca de 70 mililitros de sangue. Em condições de repouso, o coração bombeia aproximadamente 4,7 litros de sangue por minuto. Durante a prática de exercícios físicos, o coração pode bombear até aproximadamente 35 litros por minuto. O volume de sangue no corpo humano está em torno de 70 ml/kg, em uma pessoa de 68 kg terá um volume sanguíneo de aproximadamente 4,7 litros (AHA, 2005).

Tortora e Grabowski (2002) afirmam que, o miocárdio é estriado, composto por três

músculos cardíacos: atrial, ventricular e as fibras musculares especializadas, excitatórias e condutórias, onde o coração direito bombeia sangue para os pulmões, e o coração esquerdo bombeia sangue para os órgãos periféricos. O átrio funciona como uma fraca bomba, ajudando a movimentar o sangue para o ventrículo. Os ventrículos, direito e esquerdo, fornecem a força principal que impulsionam o sangue para a circulação pulmonar e para a circulação periférica.

O coração bate na ausência de quaisquer conexões nervosas, por que a atividade elétrica (marcapasso) que gera os batimentos reside no próprio músculo cardíaco. Após seu início, a atividade elétrica se dissemina pelo coração, atingindo, rapidamente todas as células cardíacas, com sincronização correta. Isso enseja a contração coordenada das células individuais (RHOADES; TANNER, 2005).

Três características fisiológicas das células de condução cardíaca contribuem para essa coordenação: automaticidade, que é a capacidade de iniciar um impulso elétrico; excitabilidade, que é a capacidade de responder a um impulso elétrico; e condutividade, que é a capacidade de transmitir um impulso elétrico de uma célula para outra (SMELTZER; BARE, 2005).

Segundo Rhoades e Tanner (2005), a atividade elétrica cardíaca, é iniciada e disseminada de maneira ordenada. O coração é considerado um sincício funcional, por que a excitação de uma célula cardíaca, eventualmente, leva a excitação de todas as outras.

Este sincronismo elétrico descrito acima é uma consequência do movimento de íons (partículas carregadas com sódio, potássio e cálcio) através da membrana celular. Quando em repouso as células musculares cardíacas estão polarizadas, o que significa que existe uma diferença elétrica entre o interior da membrana celular negativamente carregado e exterior positivamente carregado. Logo que um impulso é gerado, a permeabilidade da membrana se modifica e o sódio desloca-se para dentro da célula, enquanto o potássio se exterioriza. Essa troca iônica começa a despolarização, que é a ativação elétrica da célula. A contração do miocárdio sucede esta despolarização. A repolarização é o retorno da célula ao seu estado de repouso, ocorrendo à medida que esta volta ao seu estado basal; isso corresponde ao relaxamento do músculo miocárdico (SMELTZER; BARE, 2005).

A excitação cardíaca, normalmente, tem início no nodo sinuatrial (NSA), que está localizado na junção da veia cava superior com o átrio direito, assim o potencial do marcapasso desse tecido atinge o limiar antes do potencial do nodo atrioventricular (NAV), o

qual está localizado na parede atrial direita próximo a válvula tricúspide. A frequência dos batimentos do nodo SA, normalmente, é de 60 a 100 batimentos por minuto, contra 40 a 55 batimentos por minuto de nodo AV (RHOADES; TANNER, 2005).

O nodo AV coordena os impulsos elétricos que chegam dos átrios e, depois de um pequeno retardo retransmite o impulso para os ventrículos. Em seguida, esse impulso é conduzido através de um feixe de condução de células especializadas (feixe de His) fazendo trajeto nos septo que separa os ventrículos esquerdo e direito. O feixe de His divide-se no ramo direito (que conduz os impulsos para o ventrículo direito) e no ramo esquerdo (que conduz os impulsos para o ventrículo esquerdo). Os impulsos percorrem os ramos até alcançar o ponto terminal no sistema de condução, chamado de fibras de Purkinje. Esse é o ponto em que as células miocárdicas são estimuladas, provocando a contração ventricular (SMELTZER; BARE, 2005).

Aires et. al (2008), descreve que o débito cardíaco representa a quantidade de sangue que cada ventrículo lança na circulação (pulmonar ou sistêmica) em determinada unidade de tempo, ou seja, este débito é computado ao se multiplicar o volume sistólico pela frequência cardíaca. Em geral, é expresso em litros de sangue por minuto. Em um adulto em repouso é de aproximadamente 5 l/m, porém varia muito dependendo das necessidades metabólicas do indivíduo. Sendo assim, este é uma variável que deve ajustar-se de modo muito eficiente ao consumo de O₂ pelo organismo.

2.2 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

As doenças cardiovasculares prevalecem como a principal causa de mortalidade no Brasil e no mundo. Além de conhecer o panorama mundial do IAM, é fundamental conhecer o perfil da doença de forma regional e nacional. No Brasil, a exemplo do mundo, o infarto agudo do miocárdio possui relevante impacto em termos de mortalidade e número de hospitalizações. Os indivíduos com maior risco devem ser precocemente identificados para intervenções de estilo de vida e, quando apropriado, para intervenções farmacológicas (GUIMARÃES; AVEZUM; PIEGAS, 2005).

Segundo Pesaro et al. (2004), o IAM significa basicamente a morte de cardiomiócitos causada por isquemia prolongada, onde uma porção menor dos infartos miocárdicos está

associada à erosão da placa aterosclerótica, e a maior parte dos eventos é causada por ruptura súbita e formação de trombo sobre placas vulneráveis, inflamadas, ricas em lipídios e com capa fibrosa delgada.

A concepção tradicional é de que a imensa maioria dos casos de IAM resulta de doença aterosclerótica coronariana (DAC). Outros exemplos de possíveis mecanismos são: doença arterial coronária não-aterosclerótica (arterite, trauma, espasmo, dissecção, espessamento intimal), êmbolos para a artéria coronária (endocardite), anormalidades congênitas (origem anômala das coronárias), alterações hematológicas (hipercoagulabilidade), drogas (cocaína) e aumento no consumo de oxigênio (estenose aórtica, insuficiência aórtica e hipertireoidismo) (ZORNOFF et al., 2003).

De acordo com Brasil (2009), a dor do paciente com IAM é localizada geralmente na região precordial, tem duração superior a 20 minutos, geralmente do tipo aperto, às vezes do tipo peso ou queimor e, dificilmente relatada do tipo pontada. Em geral, é irradiada para o membro superior esquerdo e, às vezes, para o dorso ou mandíbula. A presença de sudorese fria, palidez, náuseas ou vômitos como sinais e sintomas concomitantes é comum. Em presença da suspeita clínica, o paciente deverá ter um ECG realizado nos primeiros 10 minutos do atendimento.

Goldman e Ausielo (2005), afirmam que as manifestações clínicas do IAM consistem na tríade: desconforto torácico, anormalidades do eletrocardiograma (ECG) e marcadores cardíacos séricos elevados; sendo que os dois últimos desses sintomas apresentados consideram-se sugestivo de lesão cardíaca. O desconforto torácico é considerado o sintoma mais comum entre os pacientes acometidos, caracterizado por: qualidade, localização (retroesternal), duração, irradiação (na parte anterior do pescoço, na mandíbula, nos braços e /ou epigástrico), fatores precipitantes e de alívio.

Corroborando com isso, Smeltzer e Bare (2005) compreendem que outros sintomas podem ser apresentados como: falta de ar, ansiedade, pele fria, pálida e úmida além de frequências cardíaca e respiratória mais rápida do que o normal podendo estar presente em um curto intervalo de tempo ou ainda ocorrer apenas um deles podendo ser confundida com angina instável.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o diagnóstico de IAM é feito com base no encontro de pelo menos dois dos seguintes critérios: presença de dor precordial, alterações do

eletrocardiograma (ECG) e elevação e queda de marcadores cardíacos séricos de injúria celular (BRASIL, 2010).

Para diagnóstico do IAM alguns exames são essenciais. No eletrocardiograma (ECG) são geralmente identificadas as derivações que figuram a superfície comprometida do coração como a inversão da onda T, elevação do segmento ST e desenvolvimento de uma onda Q anormal que se altera à medida que o infarto evolui. Adicionalmente, tem a vantagem de ser um recurso de rápida obtenção e de baixo custo (SMELTZER; BARE, 2005).

Outro exame utilizado no diagnóstico do IAM são os marcadores séricos creatina-cinase (CK total), creatina-cinase fração MB (CK-MB) e a troponina, enzimas liberadas pelos miócitos que estão presentes no soro. A CK é liberada pelos músculos esqueléticos, sendo assim não específica para o IAM, já que até um trauma mínimo como uma injeção intramuscular pode elevar seus níveis. A presença da CK-MB é específica para o diagnóstico do IAM por ser liberada pelo músculo cardíaco. As troponinas são indicativas do prognóstico do paciente com síndrome isquêmica aguda sendo solicitada na admissão entre 3 a 4 horas do início da sintomatologia do cliente e após 8 a 12 horas de evolução por não ser detectável em pessoas saudáveis (BRANDÃO; SANTANA; CASTRO, 2009).

Uma das mais importantes considerações do cuidado no paciente com IAM é o histórico. Ele estabelece a linha de base para o paciente, de modo que quaisquer desvios possam ser identificados, fornece sistematicamente as necessidades do paciente e ajuda a determinar a prioridade dessas necessidades. A colaboração entre o paciente, a equipe de enfermagem e o médico é primordial na avaliação da resposta do paciente à terapia e na modificação adequada das prescrições (BRANDÃO; SANTANA; CASTRO, 2009.)

Via de regra, são solicitados outros exames complementares tais como: glicemia, hemograma, ionograma, ecocardiograma, gasometria arterial e radiografia do tórax. Visto que, a confirmação clínica da necrose miocárdica pode ser feita pelo eletrocardiograma, e dosagens das enzimas séricas ou por técnicas de imagens, como as isotópicas ecocardiográficas, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética ou cinecoronariangiografia. Apesar da multiplicidade dos métodos existentes, o ECG e a dosagem das enzimas séricas são os exames mais utilizados, pela conveniência do custo, sensibilidade, especificidade e possibilidade de serem repetidos com facilidade (WANDERLEY, et. al. 2009).

Nesse sentido Smeltzer e Bare (2005), afirmam que a meta do tratamento médico

consiste em diminuir a lesão miocárdica, e evitar as complicações. Essas metas são alcançadas através da reperfusão da área com o uso emergencial de medicamentos trombolíticos ou através da técnica de angioplastia transluminal percutânea (PTCA). Minimizar a lesão miocárdica também se alcança ao reduzir a demanda miocárdica de oxigênio e aumentar o suprimento deste gás no organismo com a oxigenoterapia, associado ao repouso no leito. A resolução da dor e das alterações do ECG são principais indicadores clínicos de que a demanda e o suprimento estão em equilíbrio; eles também podem indicar a reperfusão. A visualização do fluxo sanguíneo através de um vaso aberto no laboratório hemodinâmico de cateterismo é a evidência de reperfusão.

Conforme o autor supracitado, a terapia farmacológica deve ser utilizada durante toda a hospitalização, e mantido seu uso após a alta hospitalar, tendo como base os trombolíticos, cuja a finalidade é dissolver e romper o trombo em uma artéria coronária, ação denominada de trombólise, permitindo que o sangue flua novamente através desta artéria coronária (reperfusão), minimizando o tamanho do infarto e preservando a função ventricular. Ainda que os trombolíticos possam dissolver o trombo, eles não afetam a lesão aterosclerótica subjacente. O paciente pode ser referido para um cateterismo cardíaco e para outras intervenções invasivas.

De acordo com Wanderley et al. (2009), um agente trombolítico utilizado com grande frequência é a estreptoquinase, pois aumenta a quantidade de ativador de plasminogênio, que, por sua vez, aumenta a quantidade de plasmina circulante ligada ao coágulo. Este agente é uma proteína sintetizada por estreptococos, que se combina com pró-ativador plasminogênio. O mesmo catalisa a conversão do plasminogênio inativo em plasmina ativa. Quando infundida por via intravenosa (IV), reduz a taxa de mortalidade no IAM.

O efeito anticoagulante da heparina é considerado de ampla evolução no quadro clínico do IAM associado ao uso do ácido acetil-salicílico (AAS). Apresenta efeito de 1 a 2 horas a partir da administração, com dose de 5.000 unidades internacionais (UI) subcutâneo e efeito imediato na administração IV em bolus na dose de 5.000 UI seguida de 1.000 U/hora em infusão contínua em 48 horas (BRANDÃO; SANTANA; CASTRO, 2009).

Outros fármacos utilizados são os inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA) que evitam a conversão de angiotensina I para II. Na ausência de angiotensina II, a pressão arterial diminui e os rins excretam pouco sódio e líquido. O uso de inibidores da ECA

nos pacientes depois de um infarto diminui a taxa de mortalidade e evita o início da insuficiência cardíaca. É importante garantir que o paciente não fique hipotenso, hiponatrêmico, hipovolêmico ou hipercalêmico antes da administração da ECA-I. A pressão arterial, débito urinário e níveis de sódio, potássio e creatinina séricos precisam ser monitorados com rigor (SMELTZER; BARE, 2005).

Outra modalidade de tratamento é a angioplastia transluminal percutânea (PTCA), a qual foi citada anteriormente, podendo ser utilizada para abrir a artéria coronária ocluída e assim promover a reperfusão para a área que ficou privada de O₂. A PTCA trata a lesão aterosclerótica subjacente. Como a duração da privação de oxigênio está diretamente relacionada ao número de células que morrem, o intervalo de tempo entre a chegada do paciente no setor de emergência até o momento em que a angioplastia é realizada deve ser inferior a 60 minutos, devendo haver disponibilidade de um laboratório de cateterismo e equipe especializada (SMELTZER; BARE, 2005).

Em virtude do IAM resultar da obstrução trombótica das coronarianas, na maioria das vezes a cirurgia de revascularização aparece como alternativa terapêutica mais lógica, entretanto, deve ocorrer em uma fase em que a lesão miocárdica ainda pode ser revertida, quando feita precocemente se torna responsável por limitar a necrose miocárdica, reduzindo assim a mortalidade nesses pacientes (WANDERLEY, et al. 2009).

Fazendo referência ao tratamento da dor, o analgésico de escolha para o paciente infartado é o sulfato de morfina, um opióide administrado em bolus intravenosos (IV). Definida por Brandão, Santana e Castro (2009), e pelo formulário terapêutico nacional como um analgésico narcótico de escolha para dor intensa, aguda e crônica, dor relacionada ao câncer, adjuvante anestésico ou analgésico pós-operatório, age no SNC e na musculatura lisa em administração IV em 5 a 10 min. Ela diminui a pré-carga, o que reduz a carga de trabalho do coração, também relaxa os bronquíolos para aumentar a oxigenação. A resposta cardiovascular relacionada à morfina é monitorada com rigor, principalmente a pressão arterial, que pode estar diminuída, e a frequência respiratória, que pode estar deprimida.

Contudo podem surgir complicações deste evento necrótico, as quais são citadas por Cintra, Nishide e Nunes (2008), como sendo o aumento da área infartada (extensão), pode ocorrer também o adelgaçamento da área do infarto, acompanhado de uma dilatação cavitária regional significativa, sem nova necrose, observadas já nas primeiras 24 horas, onde pode

determinar conseqüências imediatas na função e estrutura cardíacas, levando a eventos adversos eletrofisiológicos e hemodinâmicos tardios (expansão), como, por exemplo, o reinfarto ou instabilidade elétrica, ocasionando arritmias, ou ainda anormalidades mecânicas, como a ruptura do septo interventricular, insuficiência valvular por ruptura dos músculos papilares e ruptura miocárdica e tamponamento cardíaco.

Outra alternativa menos nociva ao organismo do paciente são os nitratos e o O₂, sendo utilizados para alívio dos sintomas, embora não diminua a mortalidade por IAM. O dinitrato de isossorbida pode ser usado sublingual para alívio imediato da dor e para afastar espasmo coronariano, a nitroglicerina endovenosa deve ser usada, especialmente em casos de sintomas congestivos associados ou hipertensão. O oxigênio deve ser administrado em pacientes com dispnéia, hipóxia, choque ou edema pulmonar. Eventualmente deverá ser associado às máscaras de ventilação não invasiva (CPAP), ou intubação orotraqueal, dependendo do grau de congestão pulmonar (PESARO, et al. 2004).

Ribeiro (2009) afirma que o estabelecimento de tratamento eficaz para o IAM foi uma das conquistas médicas mais importantes da segunda metade do século XX. A mortalidade hospitalar caiu de alarmantes 30% a 40% nas décadas de 1950 e 1960 para menos de 5% em 2006, em decorrência da introdução de várias estratégias terapêuticas, entre as quais se destacam a instalação das unidades de tratamento intensivo (UTI) cardiovascular, as unidades coronarianas, e a introdução da terapia de reperfusão (química ou percutânea).

Estas unidades de cuidados intensivos possuem como objetivo geral proporcionar uma terapêutica mais complexa e específica para o quadro clínico do paciente, buscando um melhor prognóstico através das condutas (procedimentos) realizadas e ações desenvolvidas direta ou indiretamente para este cliente.

2.3 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) teve sua origem paralela à evolução dos avanços tecnológicos, alcançados pela medicina moderna e que de acordo com Silva (2009), foi através da italiana Florence Nightingale que surgiu o propósito e a filosofia da UTI, onde apesar de não possuir conhecimentos científicos extensos, já se preocupava em prestar maiores cuidados aos pacientes gravemente enfermos e também em subdividi-los em enfermarias conforme sua

gravidade, assim como o risco de infecção e contaminação, para então submeter-se aos cuidados intensivos.

Para autoras como Nishide, Malta e Aquino (2005), o avanço dos procedimentos cirúrgicos e a necessidade de maiores cuidados no pós-operatório imediato impulsionaram o desenvolvimento das unidades especiais de terapia. Inicialmente, o tratamento ocorria em salas especiais próximas as de cirurgias e o acompanhamento era conduzido pelo cirurgião e, posteriormente, pelo anestesista. Depois de algum tempo, o enfermeiro e sua equipe passaram a se responsabilizar diretamente pela observação e tratamento clínico dos pacientes de risco.

Atualmente a UTI encontra-se presente no contexto hospitalar e destina-se ao atendimento de pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, fornecendo suporte ventilatório e tratamento intensivo, monitorização contínua, vigilância por 24 horas, equipamentos específicos e outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e ao terapêutico (ABRAHAO,2010).

Baseado em Knobel (2006), a UTI deve ser usada para prestar cuidados freqüentes ao paciente gravemente enfermo, impedindo que evolua para uma situação crítica, desta forma deve ser usado os recursos técnicos combinados, como conhecimento científico dos profissionais de saúde, de forma a proporcionar um suporte avançado para que haja o pronto restabelecimento do paciente em questão.

O cuidado intensivo está baseado na proposição de que, enquanto há centenas de doenças, o mecanismo de morte encontra-se limitado a pequeno número de eventos que podem ser manipulados, controlados e revertidos. Este cuidado se fundamenta em três questões básicas que são o paciente grave, equipamentos de alta tecnologia e equipe multiprofissional especializada, com conhecimento e experiência para operacionalizar a aparelhagem, de forma a proporcionar uma terapêutica qualificada e eficiente ao paciente (RATTON; SERUFO, 2005).

Com propriedade, Inoue et al. (2009) retrata a assistência desenvolvida em terapia intensiva como umas das mais complexas do sistema de saúde, isto porque os pacientes mais graves das unidades hospitalares são alocados nas UTI's, demandando o uso inevitável dos diversos recursos disponíveis neste setor.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é responsável pelo estabelecimento das normas para estrutura básica e instalação das UTI's e exige que este setor

disponha de materiais, aparelhagem, equipamentos e equipe multiprofissional (GIMENEZ; REINERS, 2007).

Knobel (2006) menciona a participação de uma equipe interdisciplinar na elaboração do projeto de estruturação e organização da UTI; esta equipe compõe-se por médicos, enfermeiros, arquitetos, engenheiros e administradores que deverão analisar todas as características que são peculiares deste setor. Os serviços que serão oferecidos, os critérios de admissão e alta, a demanda e a taxa esperada de ocupação. Faz-se necessária também a avaliação dos recursos humanos, das equipes médica, de enfermagem, fisioterapia, farmácia, nutrição e psicologia, entre outras, análise essa dependente de características da unidade e da disponibilidade de serviços de apoio.

Em relação ao número de leitos, Knobel (2006) afirma que, para fornecer uma cobertura segura e adequada para pacientes gravemente doentes, o hospital depende da população atendida neste hospital, do número de cirurgias, número de médicos e enfermeiros, e dos recursos institucionais. Porém existe um método empírico, frequentemente relatado, onde o hospital deve destinar 10% da sua capacidade de leitos para a UTI. Na prática, o número mínimo de leitos para o funcionamento é cinco, instalações menores tornam-se impraticáveis e muito onerosas, com rendimento insatisfatório.

O grupo multiprofissional deve avaliar critérios como: avaliação dos pontos de origem de seus pacientes, nos critérios de admissão e alta e na taxa esperada de ocupação, do fluxo de visitantes e funcionários. São necessários análise dos recursos médicos, pessoal de suporte (enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social), disponibilidade dos serviços de apoio (laboratório, radiografia e farmácia), como também instalações de apoio (posto de enfermagem, armazenamento, parte burocrática, exigência administrativas e educacionais) e serviços que são peculiares à instalação (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

Os ambientes de apoio podem ou não estar dentro da área da unidade, as salas de utensílios limpos, onde ficam materiais esterilizados e roupas limpas, e a sala de materiais sujos (expurgo) devem ser separadas; esta fica localizada fora da área de circulação da unidade, pode ter uma pia e um tanque, ambos com torneiras misturadoras de água fria e quente para desinfecção e preparo de materiais. Deve ser projetada para abrigar roupa suja antes de encaminhar ao destino e dispor de mecanismos para descartar itens contaminados com substâncias e fluidos corporais. Recipientes especiais devem ser providenciados para

descartar agulhas e outros objetos perfuro-cortantes. Os pisos devem ser cobertos com materiais sem emendas ou junções, para facilitar a limpeza (MALTA; NISHIDE, 1997).

Para Cintra, Nishide e Nunes, (2008) o sucesso de uma UTI depende de fatores tais como espaço físico, tecnologia e números de profissionais qualificados para atender as necessidades dos pacientes. Torna-se fundamental que o trabalho seja realizado em equipe, desde o planejamento e execução até a avaliação dos resultados. Direcionando todos os esforços para a assistência ao paciente, e também a administração, pesquisa e educação.

De acordo com o autor supracitado a unidade deve possuir banheiro para pacientes, localizado na unidade de internação e conter duchas higiênicas e chuveiros, assim como uma copa destinada aos serviços de nutrição e dietética, sendo receptor e distribuidor de dietas dos pacientes da unidade; a sala de serviços gerais é destinada a guarda de materiais e soluções utilizadas na limpeza e desinfecção da unidade. Deve ser provida de tanque e prateleiras suspensas. Uma sala de procedimentos especiais é útil, devendo estar localizada dentro ou adjacente a UTI. Deve ser de fácil acesso, com área suficiente para acomodar os equipamentos e as pessoas; uma área de descanso dos funcionários é fundamental, constituindo um local privado, confortável e com um ambiente descontraído. A unidade também deve possuir uma recepção destinada a informações e controle do acesso de visitantes.

No projeto da UTI um ambiente que minimize o estresse do paciente e dos funcionários deve ser planejado, incluindo iluminação natural e vista externa. As janelas são aspectos importantes de orientação sensorial, e o maior número possível das salas deve ter janelas para indicação de dia/noite, podendo ser utilizadas cortinas, toldos externos, vidros pintados ou reflexivos, com o objetivo de controlar o nível de iluminação, no entanto, outros recursos para melhorar a orientação sensorial dos pacientes podem ser estabelecidos, como, incluir a provisão de calendário, relógio, rádio e televisão. As considerações de conforto devem incluir métodos para estabelecer a privacidade destes usuários, como o uso de persianas, cortinas, biombos e portas para controlar o contato do paciente com a área ao redor. Uma poltrona deve estar disponível a beira do leito para visita de familiares. A escolha das cores das paredes proporciona descanso e propicia ambiente tranquilo (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

Em relação aos materiais e equipamentos, Machado (2004) afirma que é preconizado: aspirador a vácuo com dreno; aparelho móvel de raio X; bomba de infusão, uma por leito; leitos com grades de proteção laterais; carro de ressuscitação contendo, desfibrilador, material

para intubação endotraqueal (Ambú com máscara e reservatório de O₂, cânulas de traqueostomia, cânulas de Guedel, fixador de tubo, laringoscópios, máscara de O₂ e fio guia), fios de sutura, torneirinhas de três vias, cateter para acesso vascular, seringas, equipamentos, agulhas, fitas adesivas e sondas de aspiração; cilindro de O₂/ar comprimido; eletrocardiógrafo; glicosímetro; estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro; inaladores com máscara; máscara de nebulização; materiais disponíveis 24 horas para: acesso venoso, curativo, diálise peritoneal, drenagem torácica, flebotomia, implante de marcapasso temporário, punção líquórica, sondagem vesical, nasoenteral e nasogástrica, traqueostomia, monitor cardíaco a beira do leito, negatoscópio, oxímetro de pulso, aparelho para ventilação artificial, medicações de urgência e/ou de estoque mínimo.

A literatura preconiza o papel do enfermeiro, não somente na UTI, mas também em outros setores, como de provisão, promoção, manutenção e restauração do conforto. A centralidade deste conceito, para muitos pesquisadores nacionais e estrangeiros, pode ser estabelecida desde os primórdios da profissão. Além disso, na prática hospitalar, pode-se perceber que o conforto é algo esperado pelo paciente no processo de tratamento e, ao mesmo tempo, preocupação e meta da enfermagem. Parecem coincidir, assim, a busca do enfermeiro e a expectativa do paciente: conforto faz parte tanto dos referenciais teóricos quanto práticos da profissão (MUSSI, 2004).

No entanto, baseado em Nascimento e Trantini (2004), o cuidado de enfermagem é oferecido nesse conturbado ambiente de aparelhagens múltiplas, desconforto, impessoalidade, falta de privacidade, dependência da tecnologia, isolamento social, dentre outros. A UTI é totalmente diferente de outras unidades de internação e, sobretudo, do ambiente residencial do sujeito doente e seus familiares.

Sabe-se que a internação na UTI rompe bruscamente com o modo de viver do sujeito, incluindo suas relações e seus papéis. A sua identidade fica fortemente afetada e devido ao grau de gravidade de seu estado, geralmente não é considerado como sujeito capaz de escolher, decidir, opinar, dividir, com direito à expressão e à informação. Muito pouco ou nunca exerce sua autonomia, nem mesmo em relação às atitudes próprias de cada um, como higiene pessoal, alimentação, eliminações, entre outras. Trata-se de uma sujeição total ou quase total àqueles que dele cuidam (NASCIMENTO; TRANTINI, 2004).

Ao assistir o cliente acometido por infarto, é fundamental que os profissionais de saúde

tenham uma visão abrangente, valorizando os aspectos biopsicossociais que integram a vida do ser humano. O enfermeiro está inserido na equipe multiprofissional e cabe ao mesmo compreender que cada paciente é singular, necessitando uma abordagem de uma forma individualizada. Outro aspecto que confere qualidade às práticas da equipe de enfermagem junto a este cliente é a sistematização da assistência. Realizando o processo de enfermagem é possível identificar as necessidades do paciente e, a partir disso, estabelecer prioridades nas intervenções, assim como realizar avaliação periódica da evolução do paciente (LEITE, et al. 2006).

2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO IAM

Guimarães (2010) afirma que o enfermeiro de terapia intensiva, deve ter um compromisso contínuo com seu próprio desenvolvimento profissional, sendo capaz de atuar nos processos educativos dos profissionais da equipe de saúde, em situações de trabalho, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os profissionais, responsabilizando-se ainda pelo processo de educação em saúde dos indivíduos e familiares sob seu cuidado, reconhecendo o contexto de vida e os hábitos socioeconômico e cultural destes, contribuindo com a qualificação da prática profissional, construindo novos hábitos e desmistificando os conceitos inadequados atribuídos a UTI.

Ao assistir o cliente acometido por infarto, é fundamental que o enfermeiro tenha uma visão abrangente, valorizando os aspectos biopsicossociais que integram a vida do ser humano. Outro aspecto que confere qualidade às práticas da equipe de enfermagem junto a este cliente é a sistematização da assistência. Realizando o processo de enfermagem é possível identificar as necessidades do paciente e, a partir disso, estabelecer prioridades nas intervenções, assim como realizar avaliação periódica da evolução do paciente (LEITE, et al. 2006).

A avaliação sistemática da dor torácica, da dispnéia, das palpitações, entre outros sinais e sintomas, possibilita o estabelecimento de parâmetros para acompanhamento, que facilitam a detecção precoce de complicações. Por isso, é fundamental o registro dos achados tanto no histórico de enfermagem quanto nas evoluções diárias (DANTAS, et al. 2006).

O enfermeiro deve zelar para que sua equipe esteja em condições para o atendimento desta enfermidade cardiológica, buscando a reciclagem e treinamento destes profissionais através da educação continuada. Tão importante quanto saber e aplicar os conhecimentos sobre IAM é orientar o cliente que possui pré-disposição para este acontecimento ou os que já sofreram, a fim de evitar novos episódios. Cada sintoma deve ser avaliado em relação ao tempo, duração, localização, intensidade e fatores que o precipitam ou aliviam (LEITE, et al. 2006).

Bernardino, et. al. (2002), definem que em suas atribuições independentes, a equipe de enfermagem pode realizar cuidados padronizados aos pacientes, baseando-se em protocolos de forma a sistematizar a assistência e obter maior eficiência e eficácia por meio da racionalização do tempo e da uniformização das ações. Nos estudos que envolvem a implementação de um tratamento são elaborados protocolos formais, ou especificações para as intervenções. Estas são planejadas para especificar a ação da equipe de enfermagem, promovendo, assim, a conquista da estabilidade fisiológica do paciente.

Como medidas gerais o enfermeiro na UTI deve obter a história do paciente (anamnese), fazer exame físico, geral e específico, executar tratamento voltado para este cliente, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando para uma continuidade do tratamento e medidas, devendo cuidar do indivíduo nas diferentes situações críticas, de forma integrada e contínua com os membros da equipe de saúde (GUIMARÃES, 2010).

Guimarães (2010), ainda complementa afirmando que compete ainda a este profissional avaliar, sistematizar e decidir sobre o uso apropriado de recursos humanos, físicos, materiais e de informação no cuidado ao paciente de terapia intensiva, visando o trabalho em equipe, a eficácia e custo-efetividade.

Segundo Bernadino, et. al. (2002), são intervenções específicas de enfermagem para um paciente acometido com IAM, e usuário desta unidade: acomodá-lo no leito em posição semi-Fowler mantendo em repouso absoluto nas primeiras 12 horas; conversar calmamente com o paciente, identificando-se, enquanto dá início aos procedimentos básicos; sempre observar o local, tipo e frequência da dor; retirar os pertences do paciente e entregar para a família; na ausência desta, entregar para a supervisão de enfermagem, ou ao serviço social; substituir roupas pessoais pelo vestuário da unidade.

É importante manter constante monitorização cardíaca para detectar possíveis arritmias, assim como verificar sinais vitais (SSVV), instalar o oxímetro, verificando saturação de O₂; frequentemente realizar o ECG; atentar para dispnéia, caso apareça, instalar imediatamente oxigenoterapia com catéter nasal a 3 l/min apenas nas três primeiras horas, persistir com O₂ apenas em pacientes com saturação abaixo de 90%; puncionar acesso venoso periférico em membro superior esquerdo, de preferência com catéter calibre n.º 20, instalando soro fisiológico a 0,9% 1000 ml. 12gts/min.; coletar sangue para exames laboratoriais de rotina; caso o paciente tenha sintomas de sudorese, vômitos, ou esteja fazendo uso de diuréticos, averiguar sinais de hipovolemia (BERNADINO, et al. 2002).

Ainda segundo o mesmo autor, é dever do enfermeiro manter-se ao lado do paciente, avaliando seu estado mental, observando o nível de consciência através da escala de Glasgow; manter dieta zero nas primeiras horas; aferir pressão arterial (P.A.) antes de administrar qualquer medicamento prescrito com ação hipotensora, comunicando ao médico se P.A. sistólica estiver abaixo de 100 mmHg; deixar sempre no mesmo local o carrinho de emergência, a fim de evitar transtornos durante os procedimentos; e realizar tricotomia em região inguinal bilateral.

Sendo assim, de acordo com Silva, Pires e Rodrigues (2008), o indivíduo internado num leito de UTI, mesmo de forma provisória ou à espera da morte, sob a responsabilidade dos profissionais de saúde, mais especificamente dos cuidados de enfermagem, deve ser percebido não de forma fragmentada, reconhecido, muitas vezes, como um leito, uma patologia ou um agravo, a exemplo do IAM. Estes profissionais, especificamente a equipe de enfermagem, deve entender que o ser humano internado em um leito de UTI precisa de atenção não só embasada em procedimentos técnico-científicos, mas também no reconhecimento da sua valorização como indivíduo que teve um “rasgo na sua trajetória de vida” e precisa de conforto, acolhimento e respeito de toda a equipe para, então, reconstruí-la.

É preciso ser capaz de identificar o que representa o cuidar/cuidado para a prática dos profissionais de saúde, especialmente os de enfermagem, pois é o foco da profissão, sendo assim, acreditamos que, deste modo, será possível contribuir para a qualidade e a valorização do cuidado, trazendo repercussões positivas para o doente e para a satisfação do profissional de enfermagem na terapia intensiva.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa é um processo de construção que tem como objetivo principal gerar conhecimentos novos corroborando ou não com outros saberes. Vista como atividade regular, esta pode ser definida de outra forma, sendo um conjunto de ações orientadas e planejadas em busca do conhecimento (SOUZA, 2007).

Sendo assim, os objetivos desta pesquisa foram alcançados com base em uma metodologia de caráter exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, sendo o estudo transversal do tipo documental, no qual foi identificado o perfil epidemiológico de pacientes acometidos com IAM e internados na UTI do HRC. Conforme Salomon (2004), pesquisa exploratória e descritiva são as que têm por objetivo definir melhor o problema, proporcionar as chamadas intuições de soluções, descreverem comportamentos de fenômenos, definir e classificar fatos e variáveis.

Uma pesquisa é exploratória quando seu objetivo inicial é caracterizar o problema, assim como sua classificação e definição, ou seja, constitui-se o primeiro estágio de toda a pesquisa científica, proporcionando assim uma maior familiaridade com o problema, através de um levantamento bibliográfico, entrevistas ou estudo de caso (RODRIGUES, 2007).

Baseado no autor supracitado, ela é descritiva quando os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador através do uso de técnicas padronizadas de coleta de dados (questionário e observação sistemática).

A Pesquisa é quantitativa quando parte do princípio de que tudo pode ser quantificável, ou seja, que opiniões, problemas, informações, serão bem entendidas se traduzidas em forma de números. Sua melhor aplicação é quando se pretende garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise de interpretação e possibilitando, em consequência, uma margem maior de segurança. Os resultados foram obtidos e comprovados pelo número de vezes em que o fenômeno ocorreu com a exatidão em que ocorre. A resposta que se busca na investigação deve ser obtida de forma numérica e exata. Na pesquisa quantitativa, o pesquisador descreve, explica e prediz (MICHEL, 2009).

De acordo com Lakatos e Marconi (2008), a pesquisa é chamada de documental porque procura os documentos de fonte primária, provenientes de órgãos públicos ou particulares que realizaram as ações, e é importante porque analisa e interpreta fatos já existentes tentando solucionar um problema presente.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Regional de Cajazeiras - PB, o qual está localizado no extremo oeste do estado da Paraíba, alto Sertão. Essa unidade é parte integrante do hospital, que oferece 143 leitos, onde 7 leitos são destinados a UTI. Oferece um atendimento generalista, é financiado pelo Estado e apresenta gestão tripartite (Estado, Município e Universidade Federal). Servindo de referência para 15 cidades circunvizinhas e conveniadas ao Sistema Único de Saúde.

A assistência é realizada por uma equipe multidisciplinar composta pelos profissionais de Enfermagem, Médica, Fisioterapia sendo complementada por Psicologia, Nutricionista e Assistência Social. A equipe de Enfermagem é composta por Enfermeiros e técnicos de Enfermagem.

A escolha por este local de estudo se deu devido ao interesse em que os pesquisadores têm em adquirir conhecimentos sobre o perfil epidemiológico de pacientes admitidos no referido setor hospitalar assim como os fatores de risco, tempo de internação e evolução destes usuários.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Gil (2002), população é um conjunto de todos os elementos que possuem determinadas características em comum. A amostra constitui um subconjunto da população e através dela se permite estabelecer ou estimar as características da mesma.

A população do referido estudo foram todos os pacientes admitidos na UTI no período de Janeiro a Dezembro do ano de 2010. Dentro deste universo a amostra foi composta por todos os pacientes diagnosticados com IAM e internados naquela unidade de cuidados, totalizando 58 pacientes.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na referida pesquisa todos aqueles usuários da UTI que foram diagnosticados com IAM no período dos meses de Janeiro a Dezembro do ano de 2010. Sendo excluídos aqueles pacientes que sofreram o episódio de infarto no período anterior ou posterior a época citada acima.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado um instrumento de coleta (apêndice D), para agrupamento dos dados levantados a partir do livro de registro (admissão, transferência, óbito e alta) da UTI, seguido do histórico de enfermagem (anexo) do referido setor, o qual integra o prontuário do usuário, sendo as informações colhidas modificadas a partir dos objetivos propostos.

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada conforme aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), número de protocolo: 0168.0.133.000-11, e autorização da diretora do hospital em estudo. O presente trabalho realizou-se mediante o acesso aos livros de registro da unidade e aos prontuários dos pacientes admitidos na UTI no período de Janeiro a Dezembro de 2010, mas especificamente baseada na ficha padronizada do histórico de enfermagem. Os dados foram coletados pelo pesquisador participante, nos turnos da manhã e da tarde.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados quantitativamente através da determinação de percentual, e para uma melhor visualização foram transformados em gráficos e tabelas através do programa *Microsoft Excel 2010*, e posteriormente confrontados com a literatura pertinente.

3.8 POSICIONAMENTO ÉTICO

O referido estudo foi realizado com base nos pressupostos estabelecidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Ministério da Saúde (MS), que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2000). Assim, a diretora do referido hospital recebeu as informações sobre o projeto de forma verbal e escrita, garantindo os esclarecimentos em qualquer aspecto que desejar. Vale ressaltar que a mesma assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEPB para autorização da coleta dos dados, sendo informada que foi livre para recusar-se a participar do estudo, retirar seu consentimento ou interromper a participação em qualquer momento, e que a sua contribuição não acarretou custos e não foi disponível nenhuma compensação financeira; foi informado ainda que a participação é voluntária e sua recusa não acarretou qualquer penalidade, que a identidade dos participantes foi tratada com padrões profissionais de sigilo, ética, anonimato, beneficência e não maleficência, assim pertinentes às pesquisas que envolvem seres humanos de acordo com a resolução supracitada.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo será feita uma abordagem acerca da análise dos dados referentes ao perfil epidemiológico dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva com diagnóstico médico de Infarto Agudo do Miocárdio.

De acordo com a coleta de dados realizada mediante os prontuários e livro de registro de admissão e alta da UTI, pode-se afirmar que foram estudados os dados de 58 pacientes, sendo estes analisados quantitativamente, organizados em gráficos e tabelas e confrontados a luz da literatura pertinente, conforme os objetivos supracitados.



Conforme o gráfico acima, que representa a distribuição da amostra de pacientes vítimas de IAM, observou-se que 74% (43) eram do sexo masculino e 26% (15) são do sexo feminino, resultados que se assemelham aos dados evidenciados pelo DATASUS, BRASIL (2007) no estado da Paraíba, onde revelou também que as doenças isquêmicas do aparelho circulatório, tiveram uma maior prevalência no sexo masculino 60,3% (254), em relação ao feminino 39,7% (167), sendo nesta unidade da federação, documentados 421 óbitos, na qual a taxa de mortalidade foi de 61,6% no referido ano, onde 79,2% foram do sexo masculino e 46% feminino.

Na maioria dos países a doença isquêmica do coração representa uma das principais causas de óbito em homens e mulheres acima de trinta anos de idade. Apesar da tendência de declínio observada a partir da década de 80 em vários países, devido ao aumento de unidades coronarianas e intensivas, a mortalidade por doença isquêmica permanece elevada no Brasil. Cabe destaque a elevada proporção de óbitos precoces por doença isquêmica do coração no Brasil, muito superior a de países também subdesenvolvidos como Cuba, Argentina e Portugal, assim como, de países desenvolvidos a exemplo de Estados Unidos, Inglaterra, Espanha, França e Dinamarca (MELO; CARVALHO; TRAVASSOS, 2006).

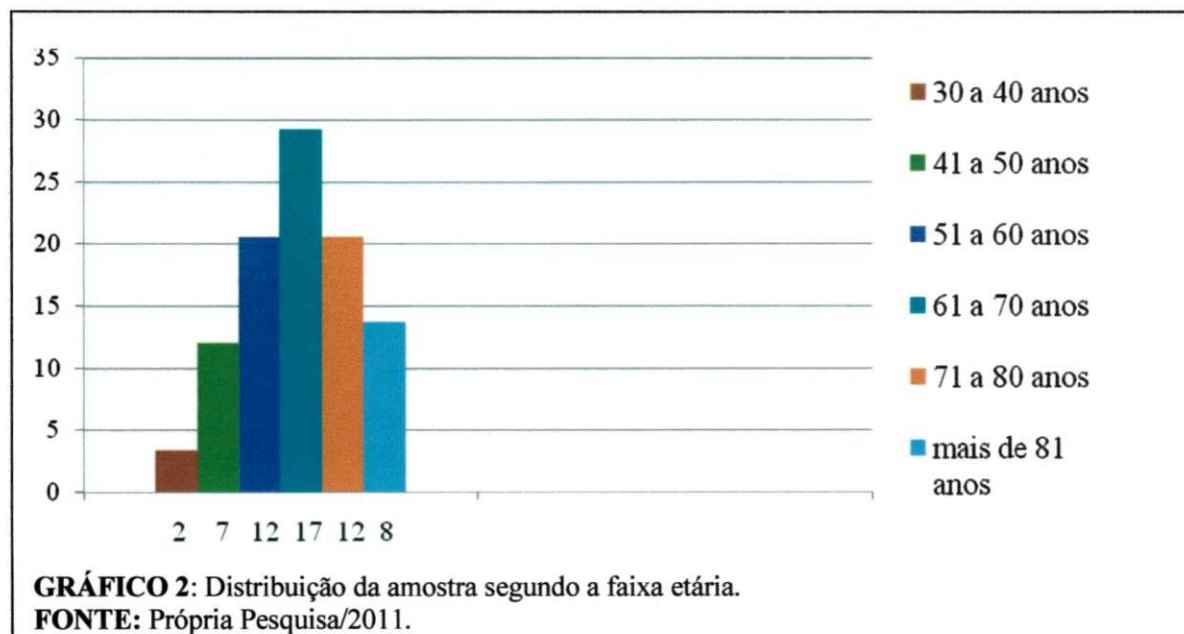
Este fator justifica-se possivelmente a fatores ambientais cabendo destacar o papel do desenvolvimento sócio-econômico, do processo de urbanização e seu impacto sobre o estilo de vida das populações, ou seja, as condições de renda, escolaridade, classe social, dificuldade de acesso aos serviços de saúde preventiva e atuação inadequada dos governos federal, estadual e municipal, na saúde coletiva.

De acordo com o gráfico acima, o sexo masculino foi o mais acometido, fator justificado pelo fato dos homens buscarem menos os serviços de saúde, ocasionado possivelmente pelo tipo de ocupação ou carga de trabalho excessiva ou até mesmo a resistência “machista”, assim como, a procura tardia de clínicas especializadas em exames preventivos não só de doenças cardiovasculares, mas de outras enfermidades.

A ausência na prática de exercícios físicos com regularidade (sedentarismo), alimentação inadequada, ou seja, hipersódica, hiperlipídica, rica em açúcar e outros carboidratos, ou até mesmo não ter o hábito de ingerir frutas, legumes e verduras em quantidades recomendadas diariamente, somado ao alcoolismo e/ou tabagismo, predispõe a ocorrência não só do evento isquêmico cardíaco, como também contribui para outras patologias supracitadas.

Menos casos foram evidenciados no sexo feminino, justificado possivelmente ao fato das mulheres terem menor carga horária de trabalho ou tipo de ocupação, ou seja, elas possuem um maior tempo livre que os homens, onde parte deste é ocupado em tarefas domésticas, na prática de exercícios físicos (caminhada diária), nas visitas em unidades de atenção primária (Estratégia Saúde da Família), sendo de suma importância, pois contribui para a promoção de saúde e prevenção de doenças, através de atividades educativas em saúde, exames preventivos de doenças, imunização, assim como, a existência de um menor número

de mulheres tabagistas e/ou etilistas. É neste sentido que se reflete os casos evidenciados acima.



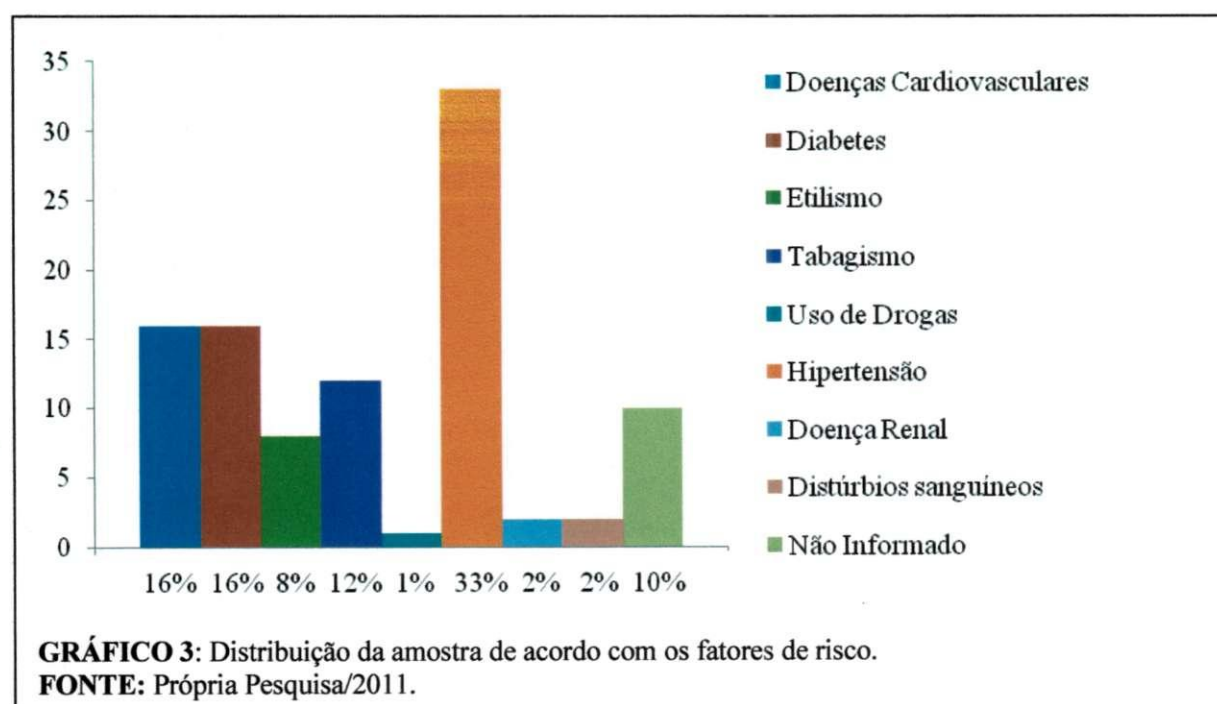
O Gráfico 2 enfatiza a distribuição da amostra de pacientes admitidos em relação a faixa etária, onde 3,4% dos pacientes tem a idade entre 30 e 40 anos, 13,7% tem de 41 a 50 anos, 24,1% de 51 a 60 anos, 33,3% de 61 a 70 anos, 16% de 71 a 80 anos, e 9,1% pacientes são acima de 81 anos de idade. A aterosclerose aumenta com a idade. Quanto mais velha a população, maior o risco cardiovascular, sendo mais evidente em homens e em pessoas de raça negra (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

Segundo DATASUS, Brasil (2007), a partir de dados retrospectivos revelou que em pacientes de 0 a 29 anos houveram 2 (0,47%) óbitos no estado da Paraíba, de 30 a 39 anos 4 (0,95%), de 40 a 49 anos, 31 (7,36%), de 50 a 59 anos, 59 óbitos (14%), de 60 a 69 anos, 90 (21,3%), de 70 a 79 anos, 111 (26,3%), e de 80 anos em diante 124 (29,4%) pacientes evoluíram ao óbito, totalizando 421 mortes, evidenciando uma taxa de óbitos maior em pacientes com mais de 80 anos de idade.

Um estudo realizado por Melo, Carvalho e Travassos (2006), no município do Rio de Janeiro, apresentou uma taxa bruta de mortalidade por IAM, para o município, de 62,4 por 100 mil habitantes. Os homens apresentaram taxas mais elevadas do que as mulheres (75,8 e 50,7

por 100 mil habitantes, respectivamente). Cerca de 42% dos óbitos masculinos ocorreram antes dos 65 anos de idade, entre as mulheres essa proporção foi mais baixa (22,7%). A idade mediana de morte foi de 67 anos para os homens e 75 para as mulheres.

Os dados do gráfico acima revelaram uma maior prevalência de ocorrência de IAM em pacientes entre 61 e 70 anos, dados não muito diferenciáveis das estatísticas apresentadas nos estudos descritos acima. Este fato é justificado ao comprometimento de vasos sanguíneos (resistência vascular periférica, endurecimento desses vasos) ocasionado pela idade avançada, associado não só a doenças de base (fatores de risco), as quais serão descritas adiante, mas também a fatores já mencionados, a exemplo do nível de escolaridade, condições financeiras e de moradia.



O gráfico acima evidencia a história de saúde dos clientes admitidos na UTI, sendo utilizado o histórico de Enfermagem para uma investigação a respeito dos seus fatores de risco, contudo mais de um paciente pode ser referido com um ou mais fator de comprometimento para sua saúde, ou seja, permitia mais de uma resposta. Pode-se afirmar que a HAS acometia grande parte destes pacientes, sendo responsável por 33% destes, 16% dos

pacientes tinham como fator de risco para o IAM algum comprometimento cardiovascular, sendo o mesmo número para o diabetes, ou seja, 16%, 12% eram tabagistas. Já em 10% não foram informados os dados no histórico de enfermagem, contribuindo para que as condutas clínicas-terapêuticas não sejam realizadas de forma adequada para este paciente, cabe neste caso que os profissionais de Enfermagem que atuam neste setor preencher na íntegra o referido histórico de Enfermagem, pois é subsídio para a tomada de decisões, assim como, a devida assistência médica, com o objetivo de um melhor prognóstico.

De acordo com Goldmeier e Castro (2005), a HAS é considerada um dos principais fatores de risco da morbi-mortalidade cardiovascular. Estima-se que, apesar da prescrição de drogas anti-hipertensivas, apenas 27% dos hipertensos têm a PA adequadamente controlada. O tratamento farmacológico anti-hipertensivo é uma medida eficaz e capaz de diminuir em 38% a ocorrência de IAM e um acidente vascular encefálico, por exemplo.

Para Guimarães, Falcão e Orlando (2008), o tabagismo, diabetes, dislipidemia e HAS promovem uma disfunção endotelial, e, além disso, o fluxo sanguíneo turbulento é considerado um fator de agregação para este endotélio, contribuindo diretamente para o episódio de necrose miocárdica.

No entanto, Smeltzer e Bare (2005), afirmam que também fazem parte destes fatores de risco, os não modificáveis, sendo a história familiar positiva para a doença da artéria coronária prematura, a idade avançada, o sexo (homens e mulheres pós-menopausa) e a raça, onde a incidência é mais elevada nos afro-americanos.

Pacientes com DM tipo 2 têm maior morbidade e mortalidade por doença microvascular (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e por doença macrovascular (acidente vascular encefálico, doença arterial periférica e doença cardiovascular), particularmente a doença arterial coronariana. Estudos epidemiológicos têm demonstrado que estes pacientes tem risco de mortalidade cardiovascular 2 a 3 vezes maior em homens e 3 a 4 vezes maior em mulheres quando comparados com indivíduos não-diabéticos. Vale ressaltar que a doença cardiovascular é responsável por 70% dessa mortalidade. Além disso, a presença de DM, assim como outras condições clínicas (HAS, tabagismo, sedentarismo, etilismo, doença renal) influencia desfavoravelmente o curso evolutivo de portadores de DAC, em todos os seus aspectos (PIEGAS, et. al 2004).

Embora não sendo citado no referido instrumento de coleta de dados, assim como no histórico de enfermagem, o sedentarismo, associado à história familiar positiva para a DAC, as dislipidemias, o sobrepeso/obesidade, constituem fatores de risco para o desenvolvimento de várias doenças cardiovasculares, contribuindo em importante relevância para o aumento da morbi-mortalidade destes pacientes.

O profissional de Enfermagem deve atuar diretamente na promoção da saúde e prevenção de doenças, contribuindo desta forma para uma melhor qualidade de vida através de atividades educativas em saúde pública, conscientização da população no que se refere a reeducação alimentar, práticas regulares de atividades físicas, orientações quanto ao uso e efeitos de medicações, sobre sua condição clínica e doença, causa e complicações.

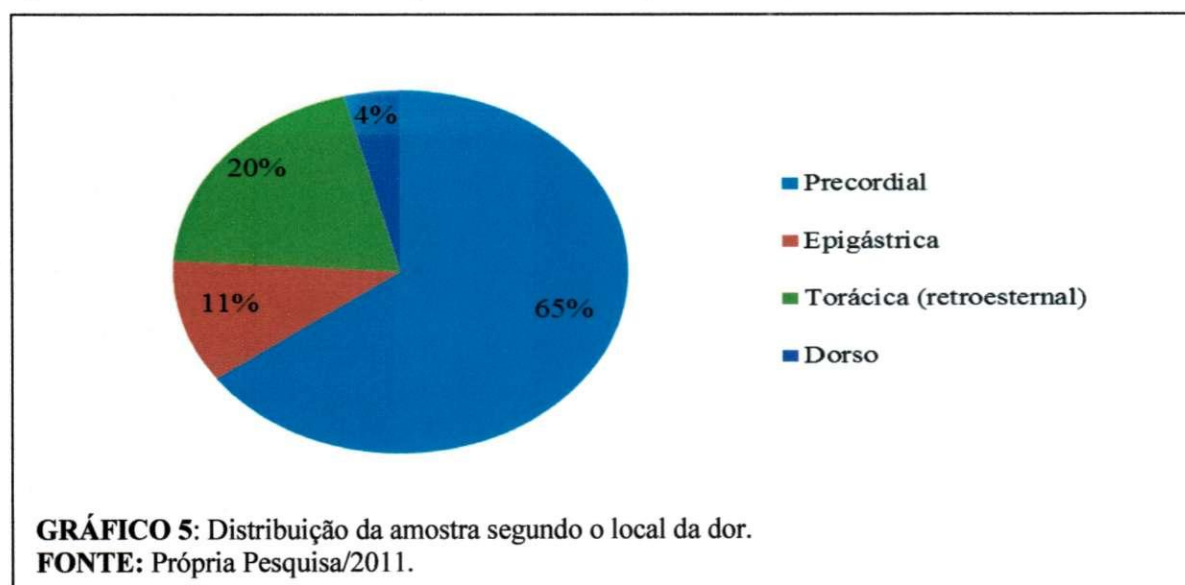


Segundo o gráfico 4 que descreve o registro da dor, 87% (50) pacientes referiam sentir dor e 13% (8) apenas, não sentiram episódios dolorosos.

Conforme Guimarães, Falcão e Orlando (2008), estes pacientes frequentemente aparecem ansiosos e angustiados, podendo estar inquietos e se movimentar com esforço para encontrar uma posição confortável, conseqüentemente massageiam ou seguram o peito e descrevem a dor com o pulso fechado mantido sobre o esterno. Esta dor tem início gradual e rapidamente torna-se intensa e constante, sendo, na maioria das vezes de forma difusa. Na maioria das vezes é acompanhada de irradiação para o membro superior esquerdo, pescoço, mandíbula inferior, dorso e região epigástrica.

No entanto, para alguns pacientes a dor pode não ser um incômodo suficiente para induzi-los a procurar atenção médica, e quando procuram, muitas vezes não são encaminhados para hospitalização, seja por negligência médica ou falta de vagas nos nosocômios. Somado a isso, muitas vezes, vem à falta de conhecimento, por parte do paciente, sobre estes sintomas, ou até mesmo o medo do ambiente hospitalar seguido do medo de internação, dos profissionais, do seu prognóstico, ou de morte. Neste caso cabe a atenção básica de saúde atuar, principalmente através de campanhas educativas, colaborando para um maior entendimento da população sobre sua saúde.

Para autores como Smeltzer e Bare (2005), nem todo desconforto torácico está relacionado com a isquemia miocárdica, embora devemos focar na diferenciação entre uma condição grave, com risco de vida, como o IAM, e as condições menos graves, como a angina instável, entretanto os seguintes pontos devem ser lembrados quando avaliamos pacientes com sintomas clínicos cardíacos: pessoas idosas e aquelas com diabetes podem não ter dor devido a neuropatias, porém, a fadiga e a falta de ar podem ser sintomas predominantes nestes pacientes. O paciente pode ter mais de uma anormalidade clínica ocorrendo ao mesmo tempo, assim como em um cliente com uma história de doença arterial coronariana devemos suspeitar que este desconforto torácico seja secundário à isquemia até que se prove ao contrário.



O gráfico 5 apresenta a localização da dor referida pelos pacientes acometidos com IAM, entretanto, o número destes pacientes diminui em concordância com o relato daqueles

que sentiram ou não a dor, porém o mesmo paciente pode referir mais de uma localização do episódio doloroso, mostrando que em 65% (35) a dor foi precordial, não diferindo muito do que referencia a literatura pertinente, em 20% (11) a dor foi torácica, ou seja, em região retroesternal, 11% (6) afirmaram que a dor foi epigástrica e apenas 4% (2) disseram que sentiram dores no dorso.

Segundo Cintra, Nishide e Nunes (2008), a dor da insuficiência coronariana tem origem no comprometimento do fluxo sanguíneo coronário, surgindo de uma relação desproporcional entre o consumo e a oferta de O₂ ao miocárdio. Esta dor é em geral na região esternal ou precordial, no entanto outros locais podem ser referidos, como, região epigástrica ou dorsal.

Caracteristicamente, os pacientes com IAM referem dor precordial e/ou retroesternal, apresentando duração superior a 20 ou 30 minutos e não há alívio após o repouso, administração de nitratos por via sublingual, ou de analgésicos por via oral. Esta dor é constrictante, onde o paciente está muito ansioso, pois muitas vezes desconhece a causa, assim como, o seu prognóstico, seguida da sensação de morte iminente. Entretanto, uma parcela destes pacientes não apresenta o episódio doloroso típico, ou seja, na região precordial, pois há variações entre um caso e outro, dependendo de qual artéria coronária foi obstruída, sua localização na região miocárdica, se o paciente seja portador de neuropatias, decorrentes da idade ou de DM, ou seja, há um série de fatores para esta diferenciação entre a localização da dor.

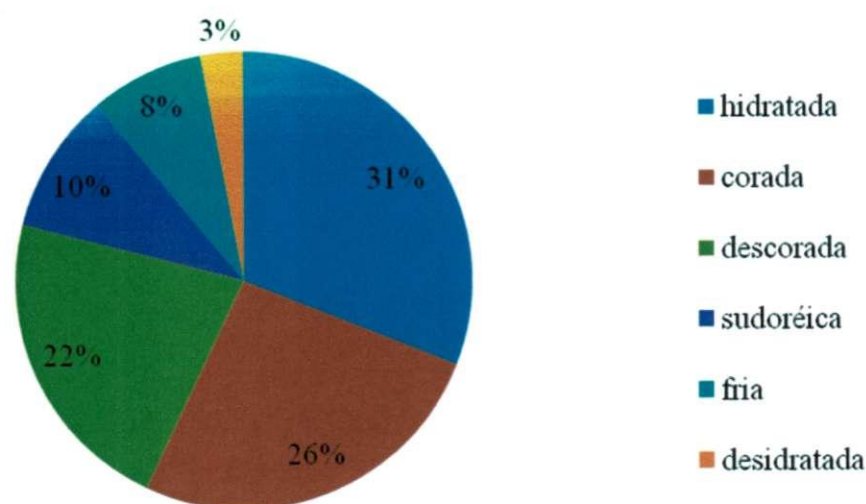


GRÁFICO 6: Distribuição da amostra segundo as condições e coloração de pele.

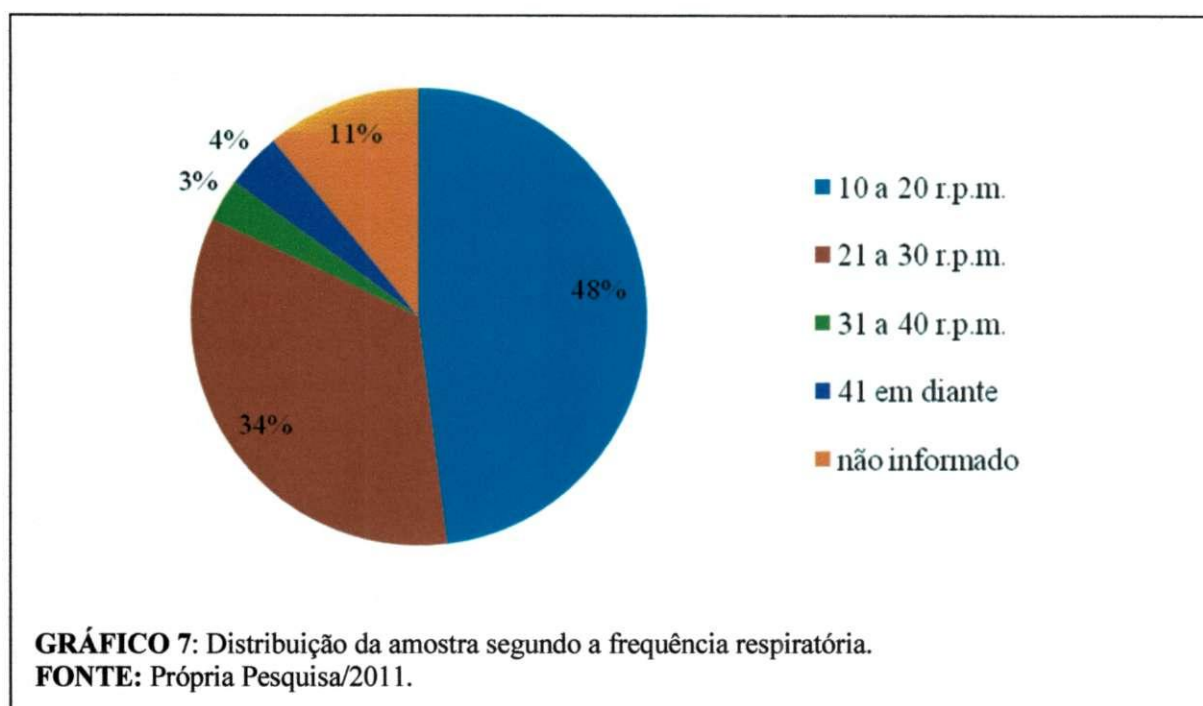
FONTE: Própria Pesquisa/2011.

O gráfico 6 apresenta as condições e coloração da pele dos pacientes acometidos com IAM no momento da admissão na UTI, no entanto este permitia mais de uma resposta, sendo um total de 117, revelando que 31% (36) deles apresentavam a pele hidratada, 26% (30) com a pele corada, 22% (26) com a pele descorada, 10% (12) com a pele sudoréica, 8% (9) com a pele fria e 3% (4) com a pele desidratada.

A pele descorada é devido à falta de oxiemoglobina, secundária a anemia ou da má perfusão arterial diminuída. A hipoxemia durante episódios de isquemia miocárdica decorre de alterações da relação ventilação-perfusão, em consequência do aumento da pressão diastólica final do ventrículo esquerdo e à formação de edema intersticial e/ou alveolar. Esta palidez é mais percebida ao redor das unhas, lábios e mucosa oral (PIEGAS. et. al. 2004).

Não foi constatado nenhum caso de hipertermia nas condições de pele descritas acima, mas de acordo com Guimarães, Falcão e Orlando (2008), os pacientes com infarto extenso podem desenvolver um quadro clínico de febre, como resposta inespecífica á necrose tissular, sendo de 24 a 48 horas após o início do infarto. A febre geralmente é resolvida por volta do quarto ou quinto dia após o IAM.

Aparência pálida, fria, pegajosa e sudoréica, decorrente da estimulação simpática por perda da contratilidade, pode indicar o choque cardiogênico. O edema por ação da gravidade também pode estar presente devido à contratilidade deficiente. Contudo o paciente infartado pode apresentar uma perfusão ineficaz dos tecidos cardiopulmonares relacionada ao fluxo sanguíneo diminuído em consequência do trombo coronário ou placa aterosclerótica, assim como uma perfusão tissular periférica alterada relacionada com o débito cardíaco diminuído ou pode apresentar um potencial para realizar a troca gasosa, estando relacionado à disfunção ventricular esquerda (SMELTZER; BARE, 2005).



De acordo com o gráfico acima, que demonstra a amostra da frequência respiratória segundo o histórico de enfermagem, em 48% (28) dos pacientes foi constatado que as incursões respiratórias oscilaram entre 10 e 20 r.p.m., em 41% foi evidenciado um padrão de anormalidade respiratória para a faixa etária apresentada, ou seja, acima de 21 r.p.m., e em 11% (6) destes, os dados não foram informados no histórico de enfermagem.

A frequência respiratória pode estar ligeiramente elevada não somente após o evento isquêmico miocárdico como afirma Guimarães, Falcão e Orlando (2008), mas também em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, por exemplo, onde essa frequência respiratória correlaciona-se com a falência ventricular esquerda, assim como em pacientes acometidos com edema agudo de pulmão podem apresentar falta de ar, dispnéia, taquipnéia e estertores, como também ventilações respiratórias que podem ultrapassar as 40 r.p.m.

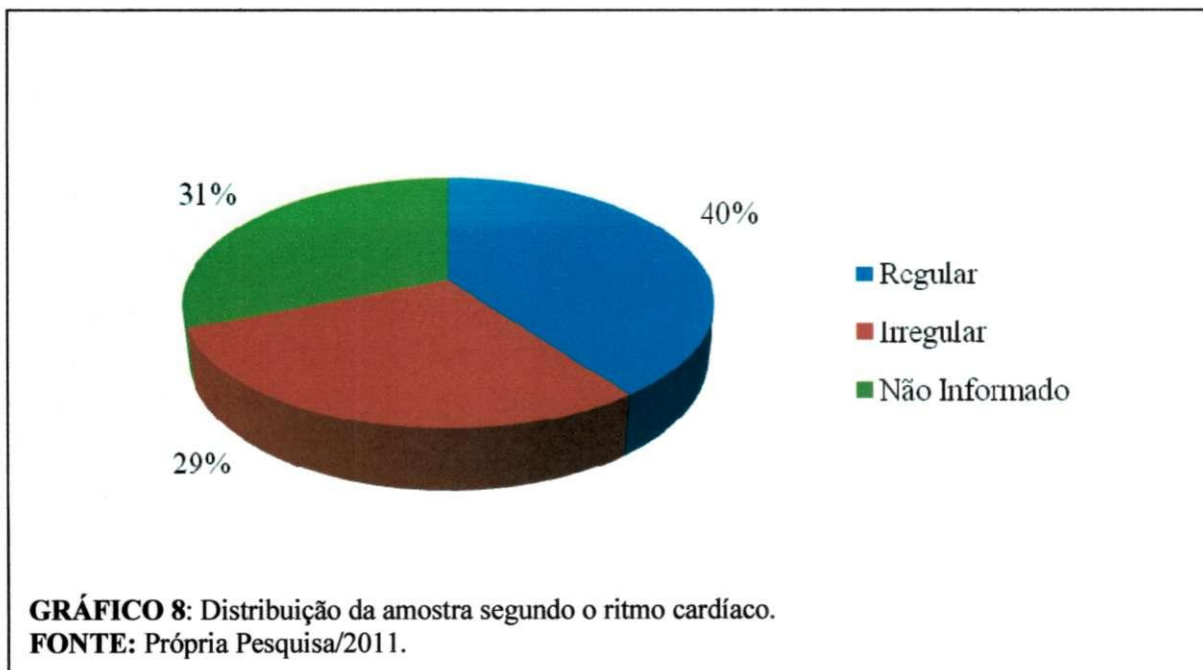
Corroborando com isso, Cintra, Nishide e Nunes (2008), relatam que esta frequência respiratória pode estar ligeiramente elevada nos pacientes vítimas de IAM, mesmo sem insuficiência cardíaca, como resultado da ansiedade e da dor, que volta ao nível de normalidade com o tratamento do desconforto físico e psicológico.

De acordo com Smeltzer e Bare (2005), quando o paciente se encontra em repouso, a frequência respiratória é da ordem de 10 a 15 movimentos por minuto, sendo esta respiração controlada automaticamente por um centro nervoso localizado no bulbo. Desse centro partem

os nervos responsáveis pela contração dos músculos respiratórios, que são o diafragma e os músculos intercostais.

Existem algumas ocasiões em que a concentração de oxigênio nos alvéolos cai a valores muito baixos. Isso ocorre, especialmente, quando se sobe a lugares muito altos, por exemplo, onde a concentração de O₂ na atmosfera é muito baixa ou quando uma pessoa contrai pneumonia ou alguma outra doença que reduza esse O₂ nos alvéolos. Sob tais condições, como em alguns casos de IAM, quimiorreceptores localizados nas artérias carótida e aorta são estimulados e enviam sinais pelos nervos vago e glossofaríngeo, estimulando os centros respiratórios no sentido de aumentar a ventilação pulmonar (SMELTZER; BARE, 2005).

Seguindo a afirmação supracitada, este pode ser um fator justificável para os casos do gráfico citado acima, onde em 41% dos pacientes foram verificados um padrão de anormalidade na frequência respiratória, somados a ansiedade e angústia do paciente.



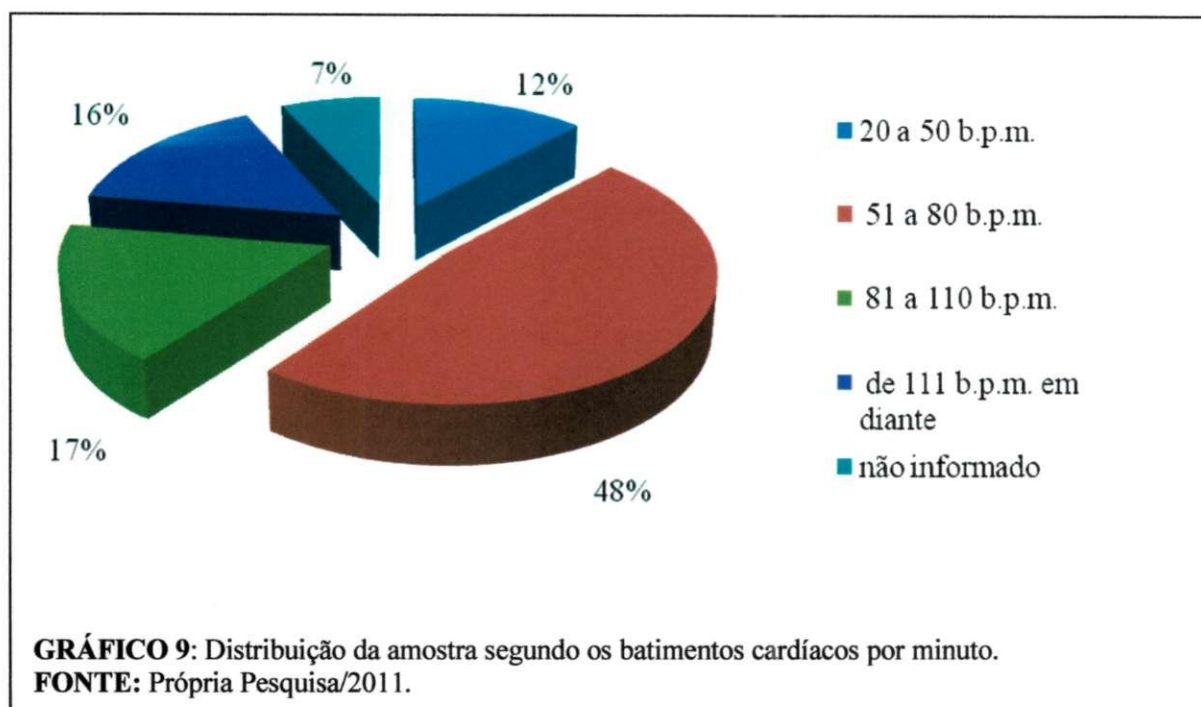
No gráfico 8 está apresentado a distribuição da amostra quanto ao ritmo cardíaco nos pacientes admitidos com IAM na UTI, demonstrando que grande parte destes apresentaram o ritmo cardíaco regular, ou seja, 40% (23), em 29% (17) este ritmo foi irregular e em 31% (18) destes pacientes infartados não foi informado o ritmo cardíaco no histórico de enfermagem.

A avaliação do ritmo cardíaco é tão importante quanto à da frequência, onde de acordo com Smeltzer; Bare (2005), nota-se uma discrepância entre as contrações ouvidas e os pulsos

sentidos. Com frequência os distúrbios do ritmo, chamado de disritmias, resultam em um déficit de pulso, uma diferença entre a frequência apical, que é a frequência cardíaca ouvida no ápice do coração, e a frequência periférica.

Cintra, Nishide e Nunes (2008), afirmam que a detecção precoce das arritmias permite a adoção, em tempo apropriado, de medidas terapêuticas. A frequência cardíaca tende a oscilar bastante nesses pacientes: desde uma bradicardia acentuada até uma taquicardia regulares ou irregulares, dependendo do ritmo subjacente e do grau de insuficiência ventricular esquerda. Esta frequência cardíaca, assim como o pulso é inicialmente rápido e regular, em torno de 100 a 110 b.p.m., tornando-se mais lento à medida que a dor e a ansiedade do paciente são aliviadas, no entanto em consequência às alterações do ritmo e da frequência cardíaca, pode ocorrer com relativa frequência a queixa, por parte do paciente, de palpitações, a qual pode ser rápida ou regular, desordenada, passageira ou repetida, de começo e término bruscos, que tem as alterações emocionais como causa mais constituinte desse sintoma.

É importante a atuação da Enfermagem no que diz respeito ao cuidar do paciente cardiopata em ambiente de terapia intensiva, principalmente no que diz respeito as vítimas de IAM, já que possuem um fator agravante e desencadeador da arritmia ou de elevação de frequência cardíaca, sendo fundamental que se busque proporcionar um ambiente tranquilo, inclusive durante as intervenções terapêuticas relacionadas com seu quadro clínico, fornecendo as informações necessárias e transparecer total segurança, afim de minimizar o medo de morte iminente, assim como sua ansiedade e temor do ambiente intensivo, objetivando não só o ritmo cardíaco regular e normal (normocárdico), mas os sinais vitais como um todo, contribuindo para um melhor prognóstico através das condutas realizadas.



O gráfico acima refere-se ao número dos batimentos cardíacos por minuto dos pacientes acometidos com IAM e internados em UTI, segundo o histórico de enfermagem, onde foram informados os dados de 54 pacientes, estando ausentes os dados em 4 deles. Este revela um alto percentual de clientes com padrão de normalidade quanto aos batimentos do coração para sua faixa etária, ou seja, 48% (28) dos pacientes se encontravam entre 51 e 80 b.p.m., no entanto 12% (7) deles apresentaram entre 20 e 50 b.p.m., de 111 b.p.m. em diante foi aferido em 16% (9) dos pacientes, entretanto, os dados de 7% (4) destes não foram encontrados no histórico de enfermagem.

A diminuição dos batimentos cardíacos (ritmo cardíaco) pode ser de forma fisiológica ou provocada por doenças infecciosas, nervosas ou cardíacas, como foram os casos de 12% dos pacientes referidos acima, pois apresentaram valores de batimentos cardíacos abaixo de 50 b.p.m., ou seja, inferiores aos padrões de normalidade, constituindo desta forma a bradicardia. A taquicardia é o aumento da frequência dos batimentos cardíacos, podendo ser também de causa fisiológica ou patológica; no primeiro caso, ocorre após a prática de exercícios físicos, estados psíquicos (emoções) ou durante a digestão. A patológica está ligada a fatores tóxicos (caféina, nicotina, cocaína), estados febris, cólicas, síndromes psíquicas ou por afecções cardíacas (IAM).

TABELA 1: Distribuição da amostra dos pacientes vítimas de IAM de acordo com a pressão arterial sistólica.

Pressão Arterial Sistólica (PAS)	n°	%
< 100 mmHg	10	17,24%
101 < 120 mmHg	15	25,86%
121 < 140 mmHg	13	22,41%
141 < 160 mmHg	6	10,30%
161 < 180 mmHg	3	5,17 %
181 mmHg <	1	1,72 %
não informado	10	17,24%

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

A tabela 1 revela a amostra entre as pressões arteriais sistólicas (PAS) dos pacientes acometidos com IAM e internados na UTI, evidenciando que grande parte destes apresentou variações dentro dos padrões de normalidade, no entanto, a pressão arterial sistólica tende a ser mais elevada com a idade, devido a fatores já citados anteriormente. Em 25,86% (15) foi verificado uma PAS entre 101 e 120 mmHg, no entanto, em 5,17% (3) ficou entre 161 e 180 mmHg, em 1,72% (1) foi de 181 mmHg e em 17,24% (10) os dados não foram informados no histórico de enfermagem.

TABELA 2: Distribuição da amostra de pacientes vítimas de IAM de acordo com os valores da Pressão arterial diastólica.

Pressão Arterial Diastólica (PAD)	n°	%
< 70 mmHg	22	37,93%
71 < 90 mmHg	15	25,86%
91 < 110 mmHg	11	18,96%
não informado	10	17,24%

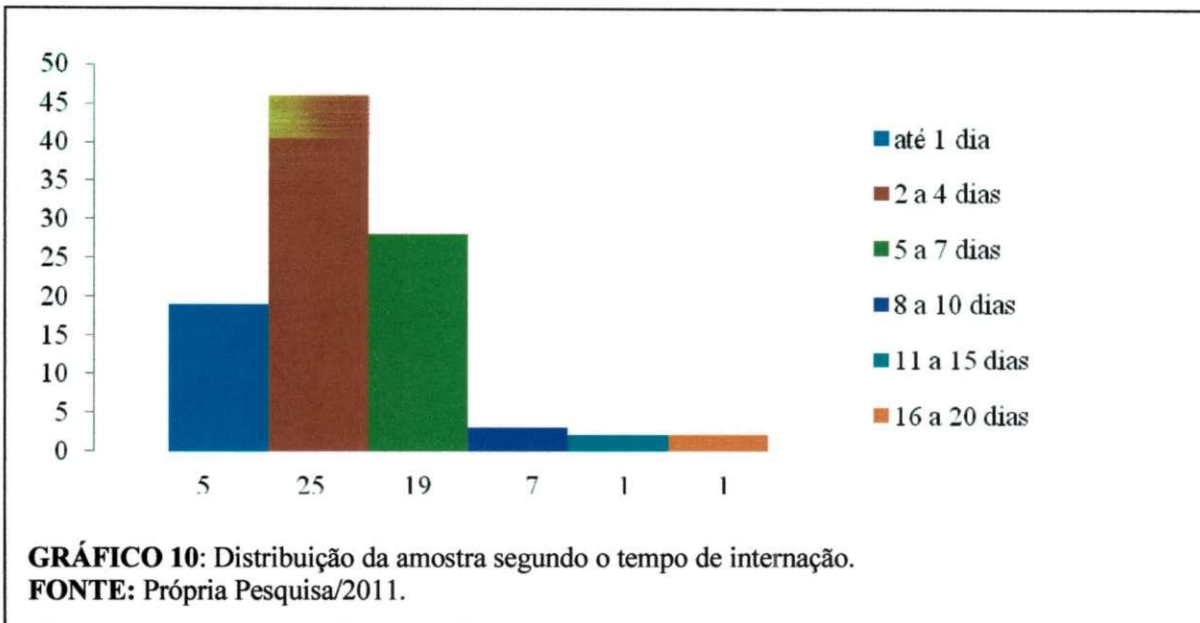
FONTE: Própria Pesquisa/2011.

A tabela 2 demonstra os valores da pressão arterial diastólica (PAD) entre os pacientes acometidos com IAM e internados na UTI, revelando que esta PAD esteve presente em 37,93% (22) dos pacientes, com valores de até 70 mmHg, e de 71 a 90 mmHg em 25,86% (15) dos clientes, em 18,96% (11) destes esteve entre 91 e 110 mmHg, em 17,24% (10) dos dados não foram informados no histórico de enfermagem.

De acordo com Smeltzer e Bare (2005), a pressão arterial (PA) é afetada por fatores como o débito cardíaco, a distensão das paredes e o volume, velocidade e viscosidade do sangue. Geralmente a PA é expressa como a proporção da pressão sistólica em relação à pressão diastólica, sendo os valores normais no paciente adulto variando de 100/60 a 140/90 mmHg, entretanto, de acordo com o DATASUS (2007), o Ministério da Saúde afirma que uma PA a partir de 140/90 mmHg é considerada hipertensão leve.

Em pacientes vítimas de IAM a PA pode estar elevada devida a causa da estimulação simpática, ou diminuída em decorrência da contratilidade diminuída, choque cardiogênico iminente ou até mesmo por medicamentos. O déficit de pulso pode indicar a fibrilação atrial, além de alterações do segmento ST e da onda T, o ECG pode mostrar taquicardia, bradicardia e disrritmias (SMELTZER; BARE, 2005).

Segundo Porto e Porto (2010), a hipertensão arterial não tratada ou inadequadamente controlada constitui um fator de risco para doença arterial periférica e coronariana (IAM), acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca e insuficiência renal. Esta hipertensão arterial pode ser assintomática ou oligossintomática, sendo as manifestações clínicas após os primeiros 15 a 20 anos de evolução, associadas a complicações, que podem se manifestar com cefaléia, zumbido, tontura, palpitações, poliúria, nictúria, dispnéia de esforço, alterações do sono e diferenças semiológicas dos pulsos de membros superiores e inferiores.



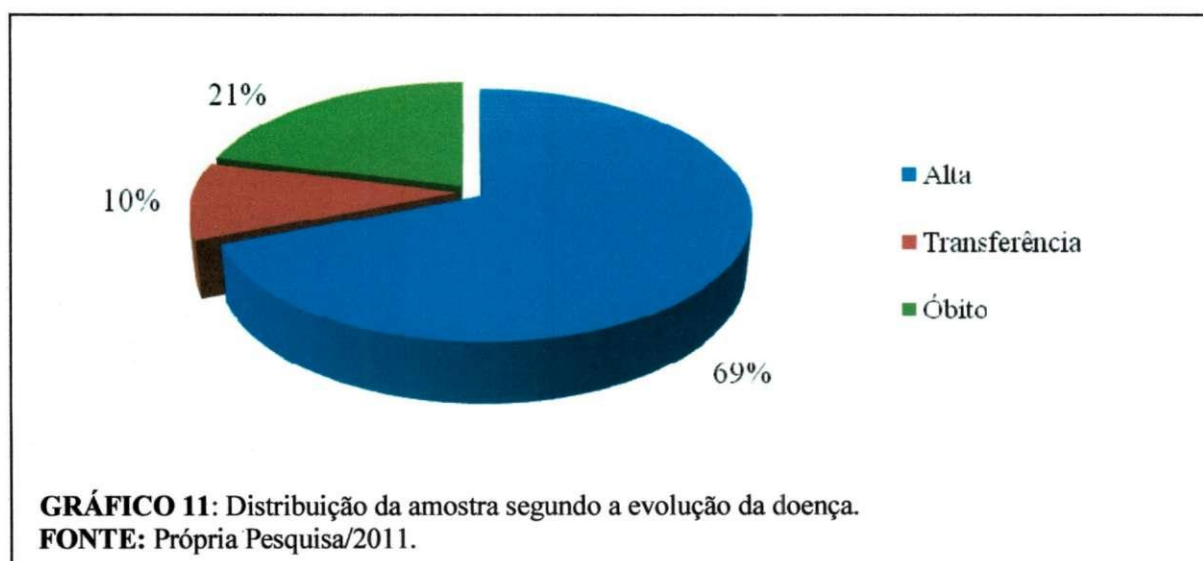
Conforme o referido gráfico que aponta a distribuição da amostra dos pacientes em relação ao tempo de internação na UTI, evidenciou-se que 19% dos pacientes permanecerão até 1 dia no ambiente de terapia intensiva, onde evoluíram rapidamente para o óbito ou transferência para outra unidade hospitalar, 46% (25) ficaram entre 2 e 4 dias, 28% (19) entre 5 e 7 dias de internação no centro de cuidados intensivos.

Vale ressaltar que o tempo de permanência em que este paciente permaneceu no referido setor é somente para estabilizar seu quadro clínico de acordo com a terapia dispensada, ou seja, com o tratamento específico para sua enfermidade, sendo o cliente referenciado posteriormente para o setor de clínica médica masculina ou feminina, conforme o sexo, para então ser dada continuidade a terapêutica. Como a unidade disponibiliza um reduzido número de leitos (7), o paciente pode receber alta deste setor para que o leito seja ocupado por outro paciente que aguarda uma vaga em outra unidade de internação (clínica médica), proveniente de uma cirurgia de grande porte, ou até mesmo em decorrência de uma emergência clínica com risco de vida.

É importante a sensibilização da gestão hospitalar, assim como do poder público (Estado), ou até mesmo da Universidade Federal, no que concerne a ampliação da estrutura física desta unidade, do número de leitos e conseqüentemente de recursos financeiros, materiais e humanos, objetivando a ampliação do atendimento, contribuindo para a maior expectativa de vida não só de pacientes vítimas de IAM, mas também de outras patologias.

pode ser transferido para uma outra unidade hospitalar onde disponibiliza de recursos materiais, tecnológicos e humanos mais complexos e específicos para seu caso clínico, assim como, poderá evoluir para o óbito de acordo com suas condições clínicas (idade, sexo e fatores de risco reversíveis e não reversíveis).

É de suma importância que o paciente interno em unidade de cuidados intensivos permaneça em dieta zero nas primeiras horas após o evento isquêmico, prosseguindo com dieta leve, assim como repouso absoluto no leito nas primeiras 24 a 48 horas, com o objetivo de evitar uma sobrecarga de trabalho cardíaco. De acordo com a avaliação médica e com o quadro clínico do paciente é que poderão ser realizadas angioplastia transluminal percutânea de emergência (PTCA), embora seja um procedimento de escolha em centros que tenham laboratório de hemodinâmica para rápida reperfusão miocárdica, como também poder ser realizada a reperfusão miocárdica por revascularização cirúrgica. (PORTO e PORTO, 2010).



O gráfico acima aborda sobre a amostra de pacientes de acordo com a evolução de seu quadro clínico, revelando que 69% (40) destes internos na UTI evoluíram para alta deste setor de internação para as enfermarias de clínica médica masculina ou feminina, 21% (12) para o óbito e 10% (6) foram transferidos para outros serviços de assistência terciária, ou seja, para um atendimento mais especializado e com maior arsenal tecnológico para tratamento de sua patologia.

A alta hospitalar tem constante relação com o tempo de retardo no atendimento hospitalar, a dimensão e localidade da área cardíaca lesada e a resposta orgânica do paciente

em decorrência do tratamento instituído. O prognóstico deste paciente depende da gravidade da obstrução das coronárias, portanto da extensão da área cardíaca lesada, sendo o período mais crítico as primeiras 72 horas, pois são decisivos para a redução ou aumento da área cardíaca lesada.

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por até 32% das mortes segundo o DATASUS (2010), com um aumento na prevalência em 22% nos últimos 19 anos, onde a DAC é responsável por pelo menos 80% dos casos de morte súbita em todo mundo, muitas vezes sendo a manifestação inicial do IAM, já tendo sido demonstrado que 50% dos óbitos no infarto agudo do miocárdio ocorrem na primeira hora de evolução, chegando a 80% nas primeiras 24 horas.

O óbito hospitalar está relacionado a inúmeros fatores de risco, os quais foram descritos em páginas anteriores, tais como: presença de doenças de base, como a HAS ou DM, dislipidemias (aumento de taxas de lipídeos, como o colesterol LDL, redução do HDL e triglicérides), sedentarismo, sobrepeso, obesidade, uso de anticoncepcionais hormonais orais, tabagismo, alcoolismo, sendo estes reversíveis, já o sexo, a idade avançada e fatores hereditários, como a história familiar de doença arterial coronariana (DAC), são tidos como fatores irreversíveis, ou não modificáveis.

A transferência deste paciente se deve em virtude da unidade de saúde não dispor de recursos tecnológicos e/ou humanos para o seu tratamento clínico ou cirúrgico (se necessário), sendo assim, este é referenciado para uma unidade de procedimentos e recursos tecnológicos mais complexos e especializados, contribuindo para um melhor prognóstico.

5 CONCLUSÃO

A grande contribuição deste estudo é o fato de representar uma amostra aleatória de todas as internações registradas no Hospital Regional de Cajazeiras - Pb, especificamente na Unidade de Terapia Intensiva, no período de Janeiro a Dezembro de 2010, com diagnóstico médico de infarto agudo do miocárdio, assim estabelecendo um retrato do real perfil epidemiológico dos pacientes acometidos com essa patologia, fornecendo um embasamento teórico acerca do sexo mais acometido, a faixa etária, a história de saúde, ou seja, os fatores de risco (doenças de base), como também, se o paciente sentiu dor e qual sua localização, as condições de pele, a frequência respiratória, a frequência cardíaca, o ritmo cardíaco, a pressão arterial, o tempo de internação e evolução deste paciente, sendo estas informações obtidas no histórico de enfermagem, embora não obtidas todas com êxito.

Neste sentido, é preciso que os profissionais de enfermagem desta unidade de saúde adote novos métodos de organização e armazenamento de todas as informações, referentes aos pacientes que ali foram internos para tratamento de sua doença, assim como o preenchimento integral do histórico de enfermagem, pois os dados servirão de base não somente para as intervenções e condutas dos profissionais de enfermagem, médicos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, mas também servirá de subsídio para coleta de informações posteriores, que irão embasar futuros estudos e trabalhos a exemplos deste.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é realizada neste setor baseada nas informações contidas no histórico, pois este faz parte do processo de enfermagem, que visa levantar as necessidades e resolver problemas dos indivíduos assistidos, seguindo etapas, estabelecendo metas e alcançando objetivos. Contudo é de suma importância a coleta e a anotação do máximo de informações possíveis que possam auxiliar as etapas subseqüentes: anamnese e exame físico.

É importante a atuação da equipe de saúde na atenção preventiva, pois é considerado o alicerce da construção em busca da prevenção das doenças cardiovasculares, incluindo o IAM. Porque se não existir uma boa interação entre os profissionais da saúde, principalmente na atenção básica, com os indivíduos, de todas as idades e sexos, alertando sobre os fatores de riscos e medidas preventivas, os índices dessas patologias não vão parar de crescer e os hospitais estarão fadados a receber um amontoado de pessoas infartadas, que com um bom

serviço de prevenção seriam minimizadas, contribuindo para reduzir a morbi-mortalidade e os gastos financeiros dos hospitais com estes pacientes.

A construção e efetivação de políticas públicas é um aspecto importante na promoção da saúde uma vez que, ao aperfeiçoar uma melhora na qualidade de vida dos sujeitos haja também benefícios que possam colaborar com uma maior expectativa de vida da população.

O IAM, por ser uma importante doença com índice mais elevado de letalidade dentre as doenças cardiovasculares, já levanta medos, angustias e insegurança dentre os pacientes e os profissionais de saúde. E a grande prevalência dos fatores de risco para doença coronariana na população de pacientes infartados reforça a sua importância e a necessidade de controlá-los, através de as ações preventivas de saúde, indicando a necessidade do esclarecimento da população quanto ao reconhecimento dos primeiros sintomas de infarto e lembrar a importância da implementação de uma rede que facilite o transporte e o acesso dos pacientes aos pontos específicos do sistema de saúde providos de pessoal treinado e com equipamento necessário para lidar com os eventos cardíacos isquêmicos agudos.

Para minimizar a letalidade torna-se fundamental o investimento no diagnóstico precoce do IAM. Isto poderia ser alcançado, por exemplo, por meio do emprego do sistema de teleeletrocardiografia, e, também, pela preparação das equipes de saúde, treinando-as para propiciarem um tratamento adequado. Esse preparo requer a implementação de protocolos consensuais, a adoção de uma conduta clínica adequada e o acesso aos recursos de saúde necessários ao tratamento mais recomendado podem modificar para melhor os resultados que estamos identificando. O conhecimento epidemiológico de um problema de saúde pública torna-se importante para a prevenção e previsão de ações voltadas no combate e controle dos agravos.

A prestação de cuidados ao paciente coronariopata requer do enfermeiro multiplicidade de conhecimento e versatilidade na atuação, porém tais necessidades remetem a uma possibilidade peculiar de crescimento e amadurecimento profissional, que tornam o longo caminho a ser percorrido, tanto pelo paciente quanto pelo enfermeiro – um instigante desafio a ser percorrido.

No mais, espera-se que esses resultados possam oferecer subsídios para o direcionamento das ações na prática do cuidado autêntico aos pacientes vítimas de IAM e que, a partir destes, sejam desmembrados novos estudos para enriquecer esta temática.

REFERÊNCIAS

ABRAHAO, A. L. C. L.; A unidade de terapia intensiva. In: CHEREGATTI, A. L.; AMORIM, C. P.; **Enfermagem em unidade de terapia intensiva**. São Paulo, SP. Ed. Martinari. 2010.

AIRES, M. M.; et al. e colaboradores. **Fisiologia**. 3ª Ed. Rio de Janeiro, RJ. Guanabara Koogan. 2008. p. 471-477.

AHA. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Aspectos mais relevantes das diretrizes da American Heart Association sobre ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência. Vol. 16. nº 4. São Paulo, SP. **Currents in Emergency Cardiovascular Care**. Dez 2005. Fev 2006.

BERNADINO, E.; FATH, G.; DOMACHKOVSKI, M.; TANAKA, J. H.; Protocolos de atendimento em enfermagem na ocorrência de arritmias cardíacas, infarto agudo do miocárdio e parada cardíaco-respiratória, baseados nas funções independentes da enfermagem. **Revista Ciência e cultura**. nº 36. FCBS 04, p. 23-34, Curitiba, PR. Nov 2002. Disponível em: <<http://www.utp.br/tuiuticienciaecultura/FCBS/FCBS%2036/PDF/art2.pdf>> Acesso em: 09 Dez 2010.

BRANDÃO, L. C.; SANTANA, T. G.; CASTRO, J. B., S.; Assistência de Enfermagem ao Paciente com Suspeita de Infarto. **Faculdade São Francisco de Barreiras – FASB**. Barreiras, BA p.02-05. Out 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/26019/1/ASSISTENCIA-DE-ENFERMAGEM-AO-PACIENTE-COM-SUSPEITA-DE-INFARTO/pagina1.html#ixzz1GoNsgHwW>>. Acesso em: 16 Mar 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral de Normas: **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília, DF. 1994.

_____. Ministério da Saúde. **A pesquisa na área da saúde**. 3ª. ed. Brasília, DF. 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/**. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sis_mortalidade.pdf> Acesso em: 18 Abr 2011.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**, 2010. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 21 Mar 2011.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**, 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2009/c08.def>> Acesso em: 25 Mai 2011.

CHEREGATTI, A. L.; AMORIM, C. P.; **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo, SP. Ed. Martinari. 2010.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A.; **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2ª Ed. São Paulo, SP. Ed. Atheneu. 2008.

DANTAS, C. C.; et al.; **Cardiopatas: Avaliação e Intervenção em Enfermagem**. São Paulo, SP. Ed. Yendis. 2006.

GIL, A. C.; **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo, SP. Ed. Atlas. 2002.

GIMENEZ, C. S.; REINERS, A. A. O.; Terapias alternativas: um estudo bibliográfico. **Revista Nursing**. Barueri, SP. Ano 10. Vol. 110. jul. 2007. p. 324-328.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D.; **Cecil Tratado de Medicina Interna**. 22ª ed. São Paulo, SP. Ed. Elsevier. 2005.

GOLDMEIER, S.; CASTRO, I.; A teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco (obesidade, hipertensão e tabagismo) em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. **Revista AMRIGS**, nº49. p.149-154. Porto Alegre, RS. jul-set. 2005.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A.; PIEGAS, L. S.; Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio. **Rev. Soc. Cardiologia do Estado de São Paulo**. São Paulo, SP. Jan. Fev. Mar. 2006. Disponível em: < <http://pt.scribd.com/doc/6550198/Epidemiologia-Do-Iam>>. Acesso em: 17 Mar 2011.

GUIMARÃES, H. P.; FALCÃO, L. F. R.; ORLANDO, J. M. C.; **Guia Prático de UTI**. Vol. 1. Ed. Atheneu. São Paulo, SP. 2008. p. 301-307.

GUIMARÃES, M. R.; Avaliação de um Website: O Papel do enfermeiro na UTI. **Hospital Geral de Vitória da Conquista, BA**. Abr 2010. Disponível em: <www.acessemed.com.br/v1/.../o-papel-do-enfermeiro-na-uti/>. Acesso em: 28 Mar 2011.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E.; **Tratado de Fisiologia Médica**. 11ª Ed. Ed. Elsevier. Rio de Janeiro, RJ. 2006.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M.; Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI **Revista Eletrônica de Enfermagem**. nº11 p. 55-63. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm>>. Acesso em: 19 de Abr 2011.

KNOBEL, E.; **Terapia intensiva: enfermagem**. São Paulo, SP. Ed. Atheneu. 2006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A.; **Metodologia Científica**. 5ª Ed. São Paulo, SP. Ed. Atlas. 2008.

LEITE, J. L. et al.; **Cuidando de Clientes Cardiopáticos**. São Paulo, SP. Ed. Difusão. 2006.

MACHADO, E. G. A.; **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. Goiânia, GO. AB Editora. 2004.

MALTA, N. A.; NISHIDE, V. M.; Avaliação de um WebSite: Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. UTI Planta Física. **Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.** 1997. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/uti.htm>>. Acesso em: 22 Mar 2011.

MICHEL, M. H.; **Metodologia da pesquisa científica em Ciências Sociais.** 2ª Ed. São Paulo, SP. Ed. Atlas. 2009. p 35-39.

MELO, E. C. P.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C.; Distribuição espacial da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** Vº. 22. Nº. 6. Rio de Janeiro, RJ. Jun 2006.

MENDES, D. P.; MONTEIRO, L. N.; KULNING, A. M.; FOLADOR, D. N.; SILVA, L. A.;

NUNES, N.; A Expectativa de vida entre os gêneros no Estado do Espírito Santo em 2010. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício.** Vol.4, nº.24, p.610-617. São Paulo, SP. Nov-Dez. 2010. Disponível em: <http://rbpfex.com.br/wp-content/uploads/2010/10/PFEX_275_N24V4_PP_610_617.pdf>. Acesso em: 25 Mai 2011.

MUSSI, F. C.; Infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Vol. 12. nº 5. Ribeirão Preto, SP. Set-Out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692004000500008&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 Mar 2011.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRANTINI, M.; O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Vol. 12. nº 2. Ribeirão Preto, SP. Mar-Abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200015>. Acesso em: 29 Mar 2011.

NISHIDE, V. M.; MALTA, M. A.; AQUINO, K. S.; **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo.** 2ª ed. São Paulo, SP. Ed. Atheneu. 2005. p. 13-26.

PESARO, A. E. P.; JÚNIOR, C. V. S.; NICOLAU, J. C.; Infarto agudo do miocárdio - síndrome coronariana aguda com supra-desnível do segmento ST. **Revista Associação Médica Brasileira.** Vol. 50 nº. 2. São Paulo, SP. Jan-Abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302004000200041&lang=pt> t Revista da Associação Médica Brasileira>. Acesso em: 12 Abr 2011.

PIEGAS, L. S.; et. al. e colaboradores. III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** Vol.83 nº.4 São Paulo, SP. Set. 2004.

PORTO, C. C.; PORTO, A. L.; **Vademecum de Clínica Médica.** 3ª ed. Rio de Janeiro, RJ. Guanabara Koogan. 2010. p. 562-563.

RATTON, J. L. A.; SERUFO, J. C.; Critérios de admissão e alta em unidade de tratamento. In: COUTO, R. C. et al. **Emergências médicas e terapia intensiva**. Rio de Janeiro, RJ. Guanabara Koogan. 2005.

RHOADES, R. A; TANNER, G. A; **Fisiologia Médica**. 2ª Ed. Rio de Janeiro, RJ. Guanabara Koogan. 2005. p. 215-219.

RIBEIRO, A. L. P.; Os dois Brasis e o tratamento do infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Vol. 93. nº 2. São Paulo, SP. Ago. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000800003&lang=pt>. Acesso em: 16 Mar 2011.

ROCHA, J. L. Y.; SILVA, G. C. M.; Hospitalizações por infarto agudo do miocárdio segundo o dia da semana: estudo retrospectivo. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 34. nº2. 2000. p. 156-159.

RODRIGUES, W. C.; Metodologia do trabalho científico. **IST. Instituto Superior de Tecnologia de Paracambi, RJ**. Paracambi, RJ. p. 6-10. 2007. Disponível em: <http://www4.fct.unesp.br/docentes/educ/alberto/page_download/METODOLOGIA/metodologia_cientifica.pdf>. Acesso em 30 Mar 2011.

SALOMON, D. V.; **Como fazer uma monografia**. 11ª ed. São Paulo, SP. Ed. Martins Fontes. 2004.

SILVA, J. C.; **Humanização da assistência**: percepção dos enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva de um hospital público de Cajazeiras. Cajazeiras, PB. 2009. 45 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem – TCC). Faculdade Santa Maria.

SILVA, M. G.; PIRES, C. G. S.; RODRIGUES, G. R. S.; Cuidado de Enfermagem no Ambiente de Terapia Intensiva: Uma reflexão. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, BA. Vol. 32. supl. 1, p. 42-50. Out. 2008. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume32-s1/Revista_Vol_32_-_Suplemento_1_-_2008>. Acesso em: 29 Mar 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 10ª ed., Vol. 1. Rio de Janeiro, RJ. Guanabara Koogan. 2005.

SOUZA, A. C.; FIALHO, F.; OTINI, N.; **TCC: métodos e técnicas**. Florianópolis, SC. Ed. Visual Books. 2007.

TORTORA, G. J.; GRABOWSKI, S. R.; **Princípios de Anatomia e fisiologia**. 9ª Ed. Rio de Janeiro, RJ. Guanabara Koogan. 2002. p. 629-633.

ZORNOFF, L. A. M.; OKOSHI, M. P.; PAIVA, S. A. R.; INOUE, R. M. T.; MATSUBARA, L. S.; Infarto agudo do miocárdio: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Medicina**. p. 235-240. Abr. 2003. Disponível em: <<http://www.moreirajr.com.br>>. Acesso em: 15 Mar 2011.

WOODS. S. L. et al.; **Enfermagem em Cardiologia**. 4ª ed. Editora Manole. Barueri, SP 2005.

WARDERLEY, A.; OLIVEIRA, D.; HAYNNOAN, H.; NUNES, G.; JATOBÁ, N.; Infarto Agudo do Miocárdio: Abordagens Terapêuticas no Tratamento da Placa Ateromatosa. **Faculdade do Sul da Bahia**. Teixeira de Freitas, BA. Out. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/16989/1/INFARTO-AGUDO-DO-MIOCARDIO-ABORDAGENS-TERAPEUTICAS-NO-TRATAMENTO-DA-PLACA-ATEROMATOSA/pagina1.html>>. Acesso em: 23 Mar 2011.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE-A
TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO
DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

Eu, **Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro** professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação do aluno Luiz Augusto Oliveira de Andrade, do Curso de Graduação em Enfermagem cujo projeto de pesquisa intitula-se “INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTES ADMITIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: um estudo epidemiológico” e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras,

de 2011

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE-B
TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO
DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

Eu, **Luiz Augusto Oliveira de Andrade**, aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me, junto com a minha orientadora, a professora Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTES ADMITIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: um estudo epidemiológico”, e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com a mesma, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras,

de 2011

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE-C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora Responsável: Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

Pesquisadora Participante: Luiz Augusto Oliveira de Andrade

Nome da Pesquisa: INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTES ADMITIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: um estudo epidemiológico

Informações sobre a pesquisa: Esse projeto de pesquisa objetiva traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio admitidos na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Cajazeiras, PB. Para desenvolvê-lo será necessária a autorização do hospital e a assinatura deste documento por parte do diretor (a).

Torna-se relevante tal estudo, pois vêm a contribuir com novos conhecimentos, não somente para os pesquisadores, mas também para a grande “massa” de profissionais da área, a cerca do real perfil epidemiológico dos usuários com IAM desta unidade de saúde, a qual abrange uma vasta região do alto sertão paraibano, sendo de suma importância a realização desta pesquisa, já que serão avaliados também os fatores de risco e evolução dos pacientes em estudo, servindo como dados importantes para a questão social, econômica e de saúde.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei de acordo com a Resolução 196/96 Cap. IV inciso IV. 1 todos os meus direitos abaixo relacionados:

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurando o absoluto sigilo das informações obtidas. A segurança plena de que não serei identificado mantendo caráter oficial da informação, assim como, está assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo. A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como, esta pesquisa não causará nenhum tipo de risco, dano físico ou mesmo constrangimento moral e ético ao entrevistado. A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa são das pesquisadoras, bem como, fica assegurado que poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.

A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Cajazeiras,

de 2011

Assinatura do entrevistado

Assinatura da pesquisadora responsável

Contato com a Pesquisadora Responsável:
Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro
Tel: (83) 9313.0600/8630.7080
Email: berenice_pinheiro@hotmail.com

Contato com o Pesquisador Participante:
Luiz Augusto Oliveira de Andrade
Rua. Juvêncio Leite de Andrade. 494
CEP: 58940-000
São José de Piranhas - Paraíba
Tel: (83) 3552.1173/9158.4197
Email: luizufcg@hotmail.com

APÊNDICE-D
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
CONSOLIDAÇÃO DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

CONSOLIDAÇÃO DE DADOS

Sexo:

Masculino Feminino

Idade: _____

História de Saúde (fatores de risco)

Doença Cardiovascular Diabetes Etilismo
 Tabagismo Uso de drogas Hipertensão
 Doença Renal Distúrbios Sanguíneos Não informado

Dor

Sim Não

Local _____

Pele

Corada Descorada Hipertermia Icterícia
 Desidratada Fria Hidratada Sudoréica

Frequência Respiratória _____ r.p.m. não informado

Rítmo Cardíaco

Regular Irregular não informado

Frequência Cardíaca _____ b.p.m. não informado

Pressão Arterial _____ mmHg não informado

Tempo de Internação? _____ dia(s)

Evolução do paciente

Alta Transferência Óbito

ANEXO(S)

ANEXO-A

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O
PROJETO DE PESQUISA**

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA**INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTES ADMITIDOS NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA: um estudo epidemiológico**

Eu, **Maria Berenice Gomes Pinheiro Nascimento**, enfermeira, docente da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: 1761693, SSP-PB declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientadora

Orientando

Cajazeiras,

de 2011

ANEXO-B
TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS
EM ARQUIVO

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO**INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTES ADMITIDOS NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA: um estudo epidemiológico**

**Pesquisadores: Luiz Augusto Oliveira de Andrade
Maria Berenice Gomes Pinheiro Nascimento**

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Cajazeiras,

de 2011

Nome do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador responsável

Nome(s) de todos pesquisador(es) participante(s)

Assinatura(s) de todos pesquisador(es) participante(s)

ANEXO-C
INSTITUIÇÃO ONDE FORÃO COLETADOS OS
DADOS

INSTITUIÇÃO ONDE FORÃO COLETADOS OS DADOS

**HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
RUA: TABELIÃO ANTÔNIO DE HOLANDA S/N
BAIRRO: CENTRO
MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS, PB
UF: 25
CNPJ: 08778268002023
CNES: 2613476**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM PACIENTES ADMITIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: um estudo epidemiológico**” desenvolvida pelo aluno Luiz Augusto Oliveira de Andrade do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Maria Berenice Gomes Pinheiro Nascimento.



Cajazeiras,

de 2011

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO-D
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

	Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras	 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM		
1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome: _____		Box: _____
Procedência: _____	Data: ____/____/____	Hora: ____:____
Idade: _____	Sexo: () M () F	Religião: _____
		Ocupação: _____
2. MOTIVO DA INTERNAÇÃO/ QUEIXA PRINCIPAL:		
Estado Emocional () Calmo () Ansioso () Irritado () Inquieto () Falante () Triste () Agitado () Coma		
3. HISTÓRIA DE SAÚDE		
() Reposição Hormonal	() Convulsões/ Desmaios	() Câncer
() Doença Respiratória	() Doença Renal	() Doença auto-imune
() Doença Cardiovascular	() Doença Óssea	() Distúrbios Comportamento
() Diabetes	() Doença Infecto-contagiosa	() Distúrbios gastrintestinal
() Etilismo	() Hipertensão	() Distúrbios Sanguíneos
() Uso de Drogas		
DOR () Sim () Não.		
Local _____	Intensidade _____ (0 a 10)	() Leve () Moderada () Severa
Quando iniciou? _____ Com que controla? _____		
ALERGIAS () Sim () Não		
Uso de Medicacões () Sim () Não		
4. EXAME FÍSICO		
Nível de Consciência:	() Consciente () Orientado () Desorientado	() Sedado () Comatoso () Letárgico
ESCALA DE COMA DE GLASGOW: Total: _____		
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
Espontânea 4	Fala coerente 5	Obedece comando 6
Comando verbal 3	Desorientado, conversando 4	Localiza a dor 5
Estímulo doloroso 2	Resposta inapropriada 3	Flexão inespecífica 4
Ausente 1	Inarticulado (geme) 2	Decorticação 3
	Sem resposta 1	Descerebração 2
	Ausente	1
ESCALA DE SEDAÇÃO DE RAMSAY		
Ansioso, agitado ou relaxado	1	
Cooperativo, orientado, tranquilo	2	
Responde apenas com ordens verbais	3	
Dormindo, com resposta tátil	4	
Só responde a estímulo doloroso	5	
Resposta ausente a qualquer tipo de estímulo	6	
Pupilas: _____ Sedação: _____		
Pele: () Corada () Descorada () Hiperemiada () Ictérica () Anictérica		
() Desidratada () Hidratada () Sudoréica () Fria () Úlcera de pressão		
Grau: _____		
FR _____ l/rpm	O ₂ suplementar _____ l/m	
() Macronebulização	() VMA () VNI () TOT	
() TQT () Eupnéico () Dispnéico		
Expansibilidade torácica preservada:	() Sim () Não Local: _____	
Dreno Torácico:	() Sim () Não Drenagem: _____	
Murmúrios vesiculares:	() Presentes () Ausente () Diminuído	

ANEXO-E
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB**

PROJETO: CAAE N: 0168.0.133.000-11

PARECER
X APROVADO
NÃO APROVADO
PENDENTE

TÍTULO: INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO EM PACIENTES ADMITIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: um estudo epidemiológico
PESQUISADOR: MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO
ORIENTANDO: LUIZ AUGUSTO OLIVEIRA DE ANDRADE

DESCRIÇÃO:

Considerando que o projeto de pesquisa atende as exigências listadas no check-list do CEP/UEPB, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa pelo cumprimento das considerações éticas necessárias.

Campina Grande, 25/05/2011 Relator: 21.

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**


Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa