

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ - FACENE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

MARIA GRACIRENE LÚCIO DA SILVA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL A PACIENTES  
ACOMETIDOS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)**

MOSSORÓ/RN

2011

MARIA GRACIRENE LUCIO DA SILVA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL A PACIENTES  
ACOMETIDOS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN (FACENE) como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

MOSSORÓ/RN

2011

MARIA GRACIRENE LÚCIO DA SILVA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL A PACIENTES  
ACOMETIDOS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)**

Monografia apresentado pela aluna Maria Graciene Lúcio da Silva, do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves (FACENE/RN)  
Orientador

---

Profa. Esp. Ana Cristina Arrais (FACENE/RN)  
Membro

---

Prof. Esp. Lucidio Clebeson de Oliveira (FACENE/RN)  
Membro

Dedico esse trabalho primeiro ao meu pai, por não ter tido a oportunidade de estudar , e quando a oportunidade surgiu, infelizmente por ironia do destino perdeu a visão.

E a minha pessoa pelos os meus esforços e dificuldades que eu encontrei para concluir esse curso. Dedico a todos que contribuíram comigo , direto e indiretamente para a minha formação e os que acreditaram na minha capacidade e, os que não acreditaram meu muito obrigado, eu venci.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, um ser superior a todos nós, por ter me dado tanta força e coragem para concluir esse curso durante esses quatro anos, sem Ele não teria conseguido. Agradeço ao meu orientador professor mestre Thiago Enggle, pela paciência e dedicação na realização desse trabalho, peço-lhe desculpas pelos vários momentos em que o perturbei, meu muito obrigado, agradeço também aos meus professores que fizeram parte da banca, onde colaboraram muito com a melhoria do meu trabalho Prof. Esp. Ana Cristina e Prof. Esp. Lucidio Cleberson. A todos que fazem a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró. Aos docentes do curso de enfermagem pelos vários momentos de aprendizado e crescimento. Fico muito grata as enfermeiras Silvia Raquel e Natalia Vilde, por me entender nas horas mais difíceis de avaliações da faculdade e por estarem sempre ao meu lado, muito obrigado.

Em especial a minha amiga Jeane Narjara, onde esteve comigo todos os momentos de faculdade, momentos difíceis, felizes e tristes, nunca me abandonou em um só momento, meu muito obrigado!

**As impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistados do que parecia impossível.**

**Charles Chaplin.**

## RESUMO

A doença cardiovascular tem se destacado enquanto problema de saúde pública, por ser a principal causa de morte no Brasil e nos Países Europeus. Em geral, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é causado pelo fluxo sanguíneo reduzido em uma artéria coronária devido à ruptura de uma placa aterosclerótica e subseqüentemente oclusão da artéria por um trombo. O interesse pelo tema surgiu pela vivência em um setor de hemodinâmica, o que contribuiu para traçar os objetivos: analisar a atuação do enfermeiro diante do atendimento emergencial ao paciente acometido por IAM, verificar o conhecimento do enfermeiro diante da admissão do paciente e averiguar as complicações desse paciente e identificar as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro na emergência. Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, tomando por base o discurso e a prática dos enfermeiros responsáveis, escolhidos previamente e que se dispuseram a participar do estudo. A amostra foi constituída por oito enfermeiros que fazem parte do quadro funcional do setor de urgência do Hospital Regional Tarcísio Vasconcelos Maia (HRTVM). Os dados foram coletados a partir de entrevistas semi-estruturadas e os dados foram analisados pelo Discurso do Sujeito Coletivo. Observou-se nos discursos dos enfermeiros varias dificuldades para o desenvolvimento de suas práticas, tais como: conseguir leito no pronto socorro para o paciente em face da demanda excessiva, falta de suporte ventilatório em leitos, deficiência na monitorização continua, problemas associados à falta de leito na UTI, necessidade de protocolo clinico e falta de profissional qualificado. Esperamos que, o que foi discutido nesse trabalho sirva para que nossos colegas de profissão possam conhecer um pouco mais sobre o tema, como também a partir desse trabalho, outras pesquisas possam ser desenvolvidas com a finalidade de aperfeiçoar o trabalho dos enfermeiros no atendimento aos pacientes acometidos pelo Infarto Agudo no Miocárdio (IAM).

**Palavras Chaves:** atuação do enfermeiro, atendimento emergencial. infarto agudo do miocárdio.



## ABSTRACT

Cardiovascular diseases have had a lot of attention as a public health problem for being the main cause of death in Brazil and in European countries. In general, the Acute Myocardial Infarction (AMI) is caused by a reduction in the blood flow in a coronary artery due to a rupture of an atherosclerotic plaque and the subsequent occlusion of the artery by a thrombus. The interest on the subject began because of the experience in a hemodynamics sector, which has contributed to define the objectives: to analyze the role of a nurse in emergency care for patients affected by AMI, verify the knowledge of nurses on the admission of patients, to monitor the patient health problems and identify the difficulties faced by nurses during emergency situations. This is an explanatory and descriptive research with a qualitative approach, based on the discourse and practice of nurses selected who were willing to participate in this study. The population studied consisted of eight nurses who are part of a team that work at the Hospital Regional Tarcisio Vasconcelos Maia (HRTVM). The data were collected from semi-structured interviews. It was possible to realize in the report of the nurses many difficulties to carry out their work, such as how to get a bed in the intense care unit for a patient due to excess demand, lack of air conditioning system in the rooms, monitoring deficiency, lack of clinical protocol and qualified professionals.

**Keywords:** Role of a nurse. Emergency care. Patient. Acute myocardial infarction.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Leitos X Demanda de pacientes.....	27
Quadro 2 – Solicitação dos Exames.....	28
Quadro3 – Atendimento ao paciente na sala de estabilização.....	29
Quadro 4 – Suporte ventilatório.....	30
Quadro 5 – Acesso Venoso.....	32
Quadro 6 – Administração de medicação.....	32
Quadro 7 – Monitorização contínua.....	34
Quadro 8 – Realização de Eletrocardiograma.....	35
Quadro 9 – Risco de parada cardiorrespiratória.....	36
Quadro 10 – acalmar o paciente.....	38
Quadro 11 – Falta de Leito na UTI.....	39
Quadro 12 – Falta de Protocolo clínico.....	40
Quadro 13 – Falta de profissional qualificado.....	41

## LISTA DE ABREVIATURAS

AI: Angina Instável  
ACTP: Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea  
B3: Terceira Bulha  
BPM: Batimentos por Minutos  
CK: Creatina Cinase  
CK-MB1: Isoforma encontrada no Plasma  
COFEN: Conselho Federal de Enfermagem  
CNS: Conselho Nacional de Saúde  
CVNI: Ventilação Não-Invasiva Controlada  
DAC: Doença Arterial Coronária  
DM: Diabetes Mellitus  
DSC: Discurso do Sujeito Coletivo  
ECG: Eletrocardiograma  
FACENE: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança  
HRTVM: Hospital Regional Tarcisio Vasconcelos Maia  
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica  
IM: Infarto no Miocárdio  
IMC: Índice de Massa Corporal  
IAM: Infarto Agudo no Miocárdio  
LDL: Lipoproteína de Baixa Densidade  
MS: Ministério da Saúde  
NTG: Nitroglicerina  
PCR: Parada Cardiorrespiratória  
PC: Parada Cardíaca  
PS: Pronto-Socorro  
SAE: Sistematização da Assistência a Enfermagem  
SCA: Síndrome Coronariana Aguda  
SNS: Sistema Nervoso Simpático  
ST: Supradesvelamento  
SUS: Sistema Único de Saúde  
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UTI: Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO.....	11
1.2 JUSTIFICATIVA.....	13
1.3 OBJETIVOS.....	15
OBJETIVO GERAL.....	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
2.1 ANATOMIA E FISIOLÓGICOS SISTEMA CARDIOVASCULAR.....	16
2.2 FISIOPATOLOGIA DAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS.....	17
2.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES ACOMETIDOS DE IAM.....	20
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
3.1 TIPO DA PESQUISA.....	24
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	24
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
3.4 O INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	25
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	25
3.6 ANÁLISE DE DADOS .....	26
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	26
<b>4 ANÁLISE DE DADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>48</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

A doença cardiovascular tem se destacado enquanto problema de saúde pública e é a principal causa de morte no Brasil e no mundo. O coeficiente de mortalidade por coronariopatias em capitais brasileiras em comparação com as verificadas em diferentes países demonstra a exata dimensão do problema da doença aterosclerótica (SMELTZER; BARE, 2009).

Como um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares aparece a aterosclerose, que constitui em um acúmulo anormal de substâncias lipídicas ou gordurosas e de tecidos fibroso na parede vascular. Essas substâncias criam um bloqueio ou estreitam o vaso de tal modo que há redução do fluxo sangüíneo para o miocárdio (MEHTA et al, 1998 apud SMELTZER; BARE, 2005 ).

A aterosclerose inicia como uma linha que forma uma camada gordurosa que armazena na parede da artéria, como ela se desenvolve essa forma é desconhecida. Embora em vários fatores estejam incluídos como fator genético e ambiente. Os linfócitos T e os monócitos (que se transformam em macrófagos) infiltram-se na região para ingerir os lipídios e, em seguida morrem, isso faz com que as células musculares lisas dentro do vaso proliferem e formem uma capa fibrosa sobre o núcleo gorduroso morto (SMELTZER; BARE, 2009).

Estas placas de ateroma que se projetam além da superfície para dentro da luz do vaso diminuindo assim o fluxo sangüíneo, dificultando a passagem do sangue nas coronárias. Ocasionalmente assim a morte de tecido cardíaco que consiste em um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Em geral, o IAM é causado pelo fluxo sangüíneo reduzido em uma artéria coronariana devida a ruptura de uma placa aterosclerótica e a subsequente oclusão da artéria por um trombo. É importante observar as situações de angina estável, que segundo Smeltzer; Bare (2009) refere-se à dor torácica que é causada por uma significativa arterosclerose coronariana. Essa situação decorre por conta de uma grande diminuição do suplemento sangüíneo e conseqüentemente aumento da necessidade de oxigênio em resposta ao esforço físico ou estresse emocional. A angina do peito é uma síndrome clínica comumente caracterizada por episódios de dor ou pressão na região anterior do tórax.

O IAM é considerado a causa líder de mortalidade no mundo ocidental, pela alta prevalência e pela mortalidade pré-hospitalar. A mortalidade por infarto agudo do miocárdio está aumentando e faz parte de um grupo de patologias conhecido como doenças isquêmicas do coração que engloba angina no peito, infarto do miocárdio ou morte súbita.

Os fatores que contribuem para o retardo da procura do serviço de emergência prejudicam as ações de enfermagem à medida que os profissionais poderiam desenvolver medidas e intervenções e ações educativas junto ao paciente, familiares e comunidades (FRANCO et al., 2008).

De acordo com Smeltzer; Bare (2009) existem vários fatores que aumentam a probabilidade de a doença cardíaca vir se desencadear em algumas pessoas. Os principais fatores incluem os níveis lipídicos sanguíneos elevados.

Conforme Smeltzer; Bare (2009), os fatores de riscos se classificam em modificáveis e não modificáveis. Os modificáveis são a hiperlipidemia (LDL < 100mg/dl, preferencialmente < 70mg/dl quando a DAC (Doença Arterial Coronariana) esta presente, hipertensão quando a diabetes e insuficiência renal estão presente. O tabagismo, a exposição ao tabagismo passivo, diabetes mellitus, (glicemia em jejum < 110mg/dl e hemoglobina A1C < 7%). A obesidade (IMC) Índice de Massa Corporal 18,5 a 24,9kg/m<sup>2</sup>, circunferência abdominal em Homens < ou = 100cm, mulheres < ou = a 90 cm. Inatividade física (30 a 60 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada todos os dias ou na maioria dos dias da semana).

E os fatores não modificáveis são: história familiar positiva para DAC, idade crescente, sexo masculino, embora nos pós menopausa tenhamos duas ou três vezes as taxas de DAC das mulheres em pré menopausa com a mesma idade. Incidência maior na raça negra, por terem maiores riscos de hipertensão.

Esses fatores de riscos são classificados pela extensão em que eles podem ser modificados através das mudanças de estilo de vida da pessoa ou da modificação dos comportamentos pessoais, tais como: o tabagismo, a dislipidemia, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM) e a gordura abdominal. A falta de ingestão de frutas, verduras, sedentarismo e o consumo de álcool equivalem a 90% do risco para o IAM, sem diferença entre homens e mulheres em todas as idades e em diferentes regiões geográficas e etnias (FEIJÓ apud SMELTZER; BARE, 2009).

Diante disso, surge o seguinte questionamento: Qual a atuação do enfermeiro no atendimento emergencial ao paciente acometido por IAM?

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Por trabalhar em um setor de hemodinâmica e por vivenciar a chegada dos pacientes com IAM resolvemos fazer esse projeto de pesquisa sobre Infarto Agudo do Miocárdio. Tendo a oportunidade de me aperfeiçoar dentro das pesquisas de literaturas, pois é um assunto que tenho um pouco de conhecimento. Interajo com os pacientes acometidos, aprendendo e conhecendo as estratégias da sistematização da assistência de enfermagem ao paciente portador de IAM. Não só do IAM mais de outras doenças coronarianas. Assim espero contribuir com o meu conhecimento a uma assistência melhor de enfermagem a esses clientes.

O IAM está acontecendo cada vez mais precoce na população sendo uma doença que mais acomete em todo o mundo, e tem um índice de mortalidade muito alta. Sendo que a incidência maior é nos pacientes do sexo masculino, acarretado vários fatores, inclusive o estilo de vida. Apesar de que o índice de morte é maior entre as mulheres, além dos óbitos acontecem as seqüelas. Por isso a importância do SAE, sistematização da assistência a enfermagem, para diminuir o índice de agravamento.

A equipe de enfermagem tem que elaborar planos para diminuir o sofrimento, a angustia, a depressão e o medo da morte desses pacientes. Principalmente os que têm a oportunidade de chegar ao setor especializado, e tem a sorte de um internamento para um tratamento adequado.

Muitos dos profissionais de enfermagem não seguem a sistematização, preferem trabalhar pelas orientações médicas, deixando de realizar o seu próprio serviço que a qual lhe compete. Lembrando que os fatores de riscos para Doenças Coronariana (DAC) são eficientes quanto a uma ação multiprofissional, trabalhando em prol da prevenção, e do cuidado desses pacientes, evitando assim as complicações maiores.

O IAM tem prevalência mundial, onde não se escolhe sexo, cultura, papel social, ambiente e expectativa de vida. Sendo que existem vários fatores de riscos, principalmente o sedentarismo, estresse, tabagismo, obesidade, má alimentação e outros que desencadeiam a DAC.

Por isso nós da enfermagem devemos trabalhar em prol da prevenção e compromisso da equipe, da assistência do cuidar da educação e do compromisso com a população. Os enfermeiros devem procurar melhorar a assistência ao paciente acometido por DAC. Não só devem os profissionais da enfermagem como também as autoridades competentes. Pois existem muitos pacientes que não tem acesso a unidade emergencial, dificultando assim o diagnóstico. As dificuldades que eles enfrentam para chegar até uma unidade de atendimento especializado, principalmente os de classe menos favorecidas, que, além disso, desconhecem a patologia.

A condição financeira é outro fator que dificulta o acesso ao serviço de saúde, pois tem muito paciente que depende de transporte (ambulância) para se locomover à cidade de grande porte, muitas vezes só tem uma na cidade que é para atender toda a população, a demanda dos pacientes são muitas e os especialistas são poucos.

O paciente chega à emergência com sintomas e não sabe informar o que realmente está sentindo e acaba que o especialista dá um diagnóstico diferencial, ou seja, não detecta via o IAM. Acaba que esses pacientes retardam o tratamento, e assim abrindo porta para seqüelas e a não cura. Temos também pacientes que não apresentam sintomas, são atípicos, dificultando o diagnóstico. Sabemos que o tratamento para IAM quanto mais precoce melhor o resultado. Pois deve receber tratamento de preferência nas primeiras seis horas do ocorrido, aumentando a chance de 100 % de cura, pois depois que ocorre a necrose difícil a recuperação da área afetada.

### 1.3 OBJETIVOS

Para melhor situar o leitor, dividimos os objetivos em objetivo geral e objetivos específicos.

#### OBJETIVO GERAL

Analisar a atuação do enfermeiro diante do atendimento emergencial ao paciente acometido por Infarto Agudo do Miocárdio;

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS



- Verificar o conhecimento do enfermeiro na abordagem durante a admissão do paciente com Infarto Agudo do Miocárdio;
- Averiguar o conhecimento do enfermeiro durante as complicações do paciente com Infarto Agudo do Miocárdio;
- Identificar as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no setor de urgência.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ANATOMIA E FISILOGIA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR

O coração é um órgão muscular oco, localizado no centro do tórax, onde ocupa o espaço entre os pulmões e o mediastino e repousa sobre o diafragma. E o coração bombeia o sangue para os tecidos, suprindo-os com oxigênio e outros componentes a ação de bombeamento do coração é realizado pela contração e relaxamento rítmicos de sua parede muscular. Compreende quatro camadas que são: endocárdio, miocárdio, epicárdico e pericárdio (SMELTZER; BARE, 2005).

O coração possui quatro câmaras que são átrio direito, átrio esquerdo, ventrículo direito e ventrículo esquerdo. Sendo que os átrios são compartimentos de menor pressão e de parede menos espessas. Enquanto os ventrículos possuem compartimento de maior pressão e possui parede mais espessa, do que a dos átrios. O ventrículo esquerdo é responsável por gerar maior quantidade de sangue para a artéria aorta (MORTON, et al 2007).

As valvas cardíacas são estruturas que tornam possível abertura e o fechamento dos ductos de transmissão, entre as câmaras e as grandes artérias do coração. Essas valvas são: pulmonar e aorta, essas valvas são conhecidas como valvas de saída, por controlar o fluxo sanguíneo aos ventrículos. A valva mitral e a tricúspide (atrioventricular) são consideradas as valvas de entrada que controlam o fluxo de sangue no ventrículo e impede o retorno para os átrios no período da sístole (PALOMO, 2007).

As coronárias são um grupo de artérias que cuidam de fluir sangue e oxigênio do coração. O óstio da coronária está na base da aorta, onde inicia a artéria coronária direita e esquerda. A coronária direita e seus ramos são responsáveis pela irrigação do tecido nervoso e o sistema de condução, mantendo retorno cardíaco já a coronária esquerda e seus ramos são responsáveis pelo o bombeamento de sangue no coração (PALOMO, 2007).

### 2.2 FISIOPATOLOGIA DAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS

As Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) são condições que são provocadas por uma seqüência igual ao acontecimento patológico. Uma obstrução

permanente ou transitória de uma artéria ou coronária (AEHRLET, 2005). Segundo (MANENTI, 2004). Síndrome Coronariana Aguda (SCA) engloba um conjunto de manifestações clínicas que refletem um quadro de isquemia miocárdica aguda incluindo três formas principais: Angina Instável, (AI) Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) sem supra desnivelamento do segmento ST, e o Infarto Agudo do Miocárdio com supra desnivelamento do seguimento ST.

As SCA resultam do desequilíbrio abrupto entre a oferta de oxigênio causada pela alteração do fluxo sanguíneo no miocárdio. Os mecanismos da SCA englobam elementos de trombose e vasos contração superpostos a lesões ateroscleróticas. Mas freqüentemente, o evento inicial responsável pela oclusão trombolítica súbita da artéria coronária é a ruptura ou ulceração de placa ateromatosa. As placas suscetíveis à ruptura são aquelas contendo núcleo rico em lipídio e fina cápsula fibrosa (MANENTI, 2004). Arteriosclerose é uma doença crônica do sistema arterial, formada por espessamento e endurecimento anormal das paredes dos vasos. Já aterosclerose é o endurecimento das paredes dos vasos, causada pelo acúmulo material gorduroso e substâncias lipídicas, na camada interna das artérias. Assim ocasionando a diminuição do fluxo de sangue para o músculo cardíaco (AEHRLET, 2005).

A Angina *pectoris* é uma dor torácica causada por isquemia miocárdica. Uma das causas são o exercício físico e problemas emocionais. Dura de um a quatro minutos não mais do que trinta minutos. Angina instável geralmente tem intensidade da dor aumentada e pode ocorrer em repouso angina estável não aumenta em freqüência ou gravidade em um período de alguns meses (SWEARINGER; KEEN, 2009).

Segundo Smeltzer; Bare (2009), várias descrições são utilizadas para identificar um IAM, o tipo (com e sem elevação do segmento ST) a localização da lesão da parede anterior, posterior ou lateral e o tempo do processo de infarto agudo, em evolução ou antigo.

O Eletrocardiograma (ECG) é um estudo elétrico do coração que identifica tipo, a localização e outros identificadores como a onda Q, na história do paciente no momento. As manifestações clínicas englobam a dor torácica que acomete simultaneamente e contínua, apesar do repouso e medicamento, alguns pacientes apresentam sintomas prodrômicos além de um diagnóstico prévio de Doença Arterial

Coronariana (DAC). Todavia, mais da metade não relata sintomas prévio de DAC (AH apud SMELTZER; BARE, 2009).

Os pacientes podem apresentar uma combinação de sintomas, entre eles a dor torácica, falta de ar, indigestão, náuseas e ansiedade e que podem ser acompanhado de pele fria, palidez, sudorese que são causadas pela incitação do Sistema Nervoso Simpático (SNS). Os referidos sintomas podem ter pouca duração ou podem persistir (SMELTZER; BARE, 2009).

Vários estudos demonstraram que apenas 20% dos pacientes com dor torácica chegam ao setor de emergência antes de 2 horas do início dos sintomas. O fato do retardo pela procura da assistência médica pode estar relacionado à falta do conhecimento do evento cardíaco. A falta do conhecimento dos sinais e sintomas do IAM está relacionada ao baixo nível sócio e econômico, a situação de apatia do sexo feminino, além da alta medicação utilizada por alguns pacientes. Estudo realizado no Brasil aponta que as condições de falta de transporte influenciam no retardo da procura do serviço especializado (FRANCO et al, 2008).

Na angina do peito estável (esforço) a dor torácica é precipitada pelo o esforço físico ou estresse emocional. As demandas de oxigênio são impostas ao músculo cardíaco, mas a capacidade da artéria coronariana de fornecer sangue ao músculo fica comprometida por causa da obstrução por uma lesão coronária significativa (estreitamento de 70% do vaso) o repouso e a nitroglicerina aliviam a dor (NETTINA, 2006).

A angina instável (também conhecida como angina pré infarto) é uma condição de gravidade intermediária entre angina estável e o infarto agudo do miocárdio. Ela ocorre freqüentemente em homens e mulheres de 60 a 80 anos de idade que possuem um ou mais dos principais fatores de riscos para a doença arterial coronária. É caracterizada pelos seguintes sintomas: dor e dispnéia em repouso (aos mínimos esforços) e que geralmente duram mais de 20 minutos ou de início recente (dentro das últimas quatro a seis semanas). Sintomas mais graves, prolongados ou freqüentes em um paciente com historia de angina estável. Pacientes com angina instável não tratada têm alto risco de ataque cardíaco ou morte. A avaliação rápida e os cuidados de emergência são essenciais para a piora da isquemia (AEHLERT, 2007).

Segundo Rincon (2006), o IAM é a síndrome clínica resultante da necrose isquêmica do músculo cardíaco, e com isso acontece a obstrução do fluxo

coronariana, transitório ou permanente. O IAM é a morte celular em consequência da má circulação arterial prolongada. Após o começo da isquemia a necrose se inicia aproximadamente após quinze minutos. Algumas literaturas relatam que a morte de todas as células pode levar de quatro a seis horas para ocorrer a presença ou não da circulação colateral.

Segundo Ferreira et al (2009), em 2020 quarenta por cento dos óbitos serão por doenças cardiovasculares tendo como a principal causa, isolada do IAM. No entanto podemos relatar vários fatores de risco para a gravidade da doença: sedentarismo, tabagismo, idade, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, estresse e outros.

O infarto sem dor se apresenta atípico, que acontece em cerca de trinta por cento dos pacientes jovens, idosos e diabéticos. Já o infarto com dor se apresenta na forma típica acompanhada por vários sintomas (FERREIRA et al, 2009).

Segundo PALOMO (2007) os exames laboratoriais para diagnosticar o IAM são os marcadores das lesões miocárdicas. Existem os métodos não invasivos que são o eletrocardiograma, holtex e o ecocardiograma. Os métodos radioisótopos são a cintilografia de perfusão miocárdico, ressonância nuclear magnética. Os métodos invasivos são o Cateterismo cardíaco, cineangiocoronariográfica e estudo eletrofisiológico.

O tratamento para IAM relata Swearingem (2009), consiste no alívio da dor aguda, administrar analgésico, oxigênio, principalmente nas primeiras seis horas. Iniciar nitroglicerina (NTG) oral ou sublingual em forma de nitratos (usado para manejo da isquemia). Administrar morfina, para aliviar a dor, exceto, se o IAM estiver ocorrendo, bloqueadores de canal de cálcio (causa dilatação das artérias). Inibidores de enzimas (ex. inalapril), assim diminuindo a injeção ventricular.

Segundo Keen (2009), o manejo clínico da angina instável e do IAM é prevenir a formação de trombos coronarianos, Monitorização hemodinâmica, angioplastia coronariana transluminal percutânea (ACTP), aterectomia da artéria coronária e procedimento de stente intra coronária.

A prevenção do IAM consta de ações como a realização de exercício físico pelo menos uma hora por dia durante cinco dias na semana, ingerir verduras, frutas, não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas, estar sempre atento ao nível de glicose no sangue, ter cuidado com o peso e outros.

Das doenças da artéria coronária o infarto do miocárdio lidera os óbitos, sendo que cerca de 50% das mortes ocorrem na primeira hora de evolução dos sintomas. O desconhecimento dos sintomas e o conseqüente retardo na procura de ajuda na emergência pioram o prognóstico (ANTMAN, FOX apud SANTOS; PALGGI, 2010).

O enfermeiro muitas vezes é o primeiro contato destes pacientes com o serviço de saúde, assim ele pode distinguir os sintomas de infarto do miocárdio de outras emergências cardiovasculares, visto que o tempo é um fator determinante e primordial para o seu prognóstico. Frente ao exposto e devido à escassez de informações na literatura científica sobre a percepção do enfermeiro no setor de emergência, este trabalho fundamenta-se nessa necessidade frente a uma emergência cardiovascular que é tão importante e comum na sala de emergência (SANTOS; PLAGGI, 2010).

### 2.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES ACOMETIDOS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

O enfermeiro é um profissional que, como a demais área da saúde, precisa estar atualizando e revendo seus conceitos a fim de que a assistência ao paciente seja realizada de forma eficaz e segura, pois um atendimento de qualidade antes de tudo precisa e deve ser embasada no conhecimento teórico/científico (SOUZA, 2011).

O IAM pode significar risco de vida ao cliente ou acarretar complicações que aumentam a ocorrência de um novo infarto. É de extrema importância o conhecimento dos principais sintomas ocasionados pela patologia para rápida conduta. Dentre eles estão: dor precordial intensa em aperto ou esmagamento, irradiação para o membro superior esquerdo, pescoço e mandíbula, ocasionalmente náuseas, vômito e epigastralgia (BARROS; GOMES, 2000).

O enfermeiro, por ser responsável pelo o atendimento integral do cliente em sua prática profissional, precisa estar capacitado para interpretar sinais clínicos e métodos de diagnóstico precoce das doenças cardíacas dentro do processo de admissão, anamnese e cuidado do paciente, para melhor atender as necessidades do mesmo. A Lei do Exercício Profissional, lei 7.498/86, em seu artigo 11, item 1,

letra m, já destaca que o cliente sob risco de vida, em situações graves, são de cuidados do enfermeiro (SOUZA, 2011).

Um dos mais importantes aspectos do cuidado do paciente com IAM é o histórico, sendo que ele estabelece a linha de base para o paciente, de modo que quaisquer desvios possam ser identificados sistematicamente as necessidades do paciente e ajuda a determinar as prioridades. A colaboração entre a equipe de enfermagem e o médico é primordial na avaliação da resposta do paciente á terapia e na modificação adequada das prescrições (BRANDÃO; SANTANA; CASTRO, 2009).

O IAM é caracterizado por isquemia prolongada causada por um equilíbrio entre o aporte e a demanda de oxigênio causa o IAM. A Isquemia prolongada causa comprometimento celular irreversível e morte muscular. Embora múltiplos fatores possam contribuir para o desequilíbrio entre o aporte e a demanda de oxigênio, a presença de uma trombose da artéria coronária caracteriza muitos IAM (MORTON, et al 2007).

Oclusão coronariana, ataque cardíaco e IAM são termos empregados como sinônimos, mas o termo preferido é IAM. A área de infarto desenvolve-se durante minutos e horas. Á medida que as células são privadas de oxigênio, a isquemia se desenvolve, ocorre á lesão celular e falta de oxigênio e resultam em Infarto ou morte das células (SMELTZER; BARE, 2005).

O paciente com dor torácica pode apresentar- se com ou sem elevação do segmento ST no ECG. Na maioria dos pacientes com elevação do segmento ST, uma onda Q desenvolve-se, por fim, no ECG, e o termo IM de onda Q é usado para descrever o tipo de IM que eles apresentam. Em um número muito menor de pacientes que se apresentam com elevação do segmento ST, uma onda Q não se desenvolve e o temo IM não-onda Q é usado para classificar esses pacientes. Os pacientes que se apresentam sem elevação do segmento ST são diagnosticados com angina instável ou um IM sem elevação do segmento ST (MORTON,et al 2007).

Os principais sinais e sintomas são: desconforto e dor torácica, palpitações. Os batimentos cardíacos podem incluir B3, B4 e o inicio recente de um sopro. A distensão venosa aumentada pode ser observada quando o IM causou a insuficiência cardíaca. A pressão arterial pode estar elevada por causa da estimulação simpática ou diminuída por causa da contratilidade diminuída, choque cardiogênico iminente ou medicamentos. O déficit de pulso pode indicar a fibrilação

atrial. Além das alterações do segmento ST e da onda T, o ECG pode mostrar taquicardia, bradicardia ou arritmia (SMELTZER; BARE, 2005).

Por isso, a capacitação e o conhecimento do enfermeiro sobre a interpretação do ECG é tão importante, pois além do enfermeiro avaliar o paciente e realizar esse exame, ele pode, diante dos seus conhecimentos, intervir da melhor maneira possível no problema desse cliente. Depois da interpretação correta desse exame, mesmo que esse não diagnostique o problema, uma vez que essa tarefa é do médico, mas que pode estar proporcionando cuidados a essas pessoas com comprometimento cardíaco e amenizando e evitando danos maiores (SOUZA, 2011).

O enfermeiro, no atendimento ao paciente que apresenta dor torácica sugestiva de IAM deve realizar a história organizada e sistematizada para assistência integral do paciente. E para realização do plano de cuidados na fase aguda é que atenda toda necessidade básica humana, o enfermeiro deve estar atento para atender à necessidade do paciente de oxigenação/ventilação, circulação, perfusão, conforto e controle da dor, segurança, psicossocial, espiritual, entre outros. (SANTOS; PLAGGI, 2010)

Se o paciente é diagnosticado com IAM, a terapia trombolítica pode ser utilizada para estabelecer a perfusão quando não existem contra indicações para o uso. A meta consiste em concluir a avaliação do paciente e administração do medicamento trombolítico (quando indicado) dentro de trinta minutos da chegada do paciente a emergência. A terapia trombolítica propicia o benefício máximo quando administrado dentro das primeiras três horas depois do início dos sintomas. Benefício significativo ainda ocorre quando a terapia é fornecida até doze horas depois do início dos sintomas. O paciente é rigorosamente monitorado durante e depois da infusão de um agente trombolítico (MORTON, et al 2007).

Para o cuidado inicial do cliente com IAM deve-se, a menos que existam alergias ou contra indicações, administrar oxigênio a dois ou 4 l/min nas primeiras 12 horas ou por período maior conforme prescrição médica, providenciar ECG, acesso calibroso hidrolisado; administrar medicações conforme prescrição médica; proporcionar repouso no leito; oferecer dieta conforme a prescrição, normalmente dieta zero nas primeiras 12 horas; monitoração cardíaca; pois qualquer alteração do nível de consciência pode ser índice de choque cardiogênico, má perfusão cerebral ou ainda consequência de medicações; a ferir sinais vitais estando atenta a



hipotensão, depressão respiratória e frequência ritmo cardíaco; atentar-se, comunicar e anotar início e duração de dor torácica, palpitações dispnéia, síncope ou sudorese. Fazer balanço hídrico; promover cuidado individualizado garantido conforto físico (BRANDÃO; SANTANA; CASTRO, 2009).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, com a abordagem qualitativa, cuja fundamentação teórica se deu por meio de análises práticas e levantamentos bibliográficos desenvolvidos a partir de literaturas especializadas de livros e artigos científicos selecionados através de buscas no banco de dados da BIREME, LILACS e Google Acadêmico.

A abordagem qualitativa, conforme apresentado por Polit, Beck e Hungler (2004), contribui para subsidiar a compreensão da realidade delimitada pelos os locais e sujeitos a pesquisa, buscando identificar as relações entre os aspectos envolvidos em cada fase do estudo, bem como os fenômenos investigados por todas as fases específicas e o conteúdo geral.

O método qualitativo difere do quantitativo por não utilizar um instrumento estatístico como base do processo de análise de um problema. Abordagem qualitativa de um problema justifica-se por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social.

#### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no setor de urgência do Pronto Socorro do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM), localizado na cidade de Mossoró/RN. O HRTVM é o maior hospital da região oeste do estado do Rio Grande do Norte (RN), sendo classificado como especializado em urgência e emergência e de médio porte.

A pesquisa tomou por base o discurso e a prática dos atores sociais responsáveis, sendo este os enfermeiros do setor acima citado. O trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento partindo da realidade presente no campo (MINAYO, 1997).

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por todos os enfermeiros que fazem parte do quadro funcional do Pronto Socorro do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia. (HRTVM). A amostra foi composta por oito enfermeiros que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter experiência profissional em setor de urgência do Pronto Socorro e no mínimo um ano de experiência profissional no referido setor, e a livre concordância em participar do estudo mediante a devida assinatura do Termo de Consentimento e Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

### 3.4 O INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento para coleta de dados foi um roteiro de entrevista semi-estruturado, atendendo aos objetivos propostos da pesquisa (APÊNDICE B). Roteiro de entrevista semi-estruturado que de acordo com Polit; Beck; Hungler (2004, p. 252) é usado quando o pesquisador tem uma lista de tópicos que devem ser cobertos. O entrevistador se utiliza de um guia de tópicos escritos para garantir que todas as áreas das questões sejam cobertas.

### 3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A princípio, que foi possível dar início a pesquisa em questão, foi realizada inicialmente uma visita aos sujeitos participantes do estudo para a devida apresentação dos objetos da pesquisa. As entrevistas foram realizadas nos meses de setembro e outubro de 2011.

As entrevistas foram gravadas em um aparelho eletrônico e as informações obtidas transcritas. Para Gil (2008) a maneira mais confiável de se preservar ou de se reproduzir com precisão o conteúdo da entrevista é através do registro da mesma por meio de anotações, ou com auxílio de um gravador, uma vez que os limites da memória humana não possibilitariam a retenção da totalidade da informação.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste em um conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos provenientes de depoimento dos participantes, permitindo resgatar a compreensão acerca de um determinado tema (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Processo esse de análise que envolveu as seguintes etapas: selecionar as expressões chaves de cada discurso onde essas expressões devem revelar a essência do conteúdo discursivo; podendo identificar a idéia central de cada expressão chave. Essa idéia pode ser separada em idéias centrais, semelhantes e complementares; reunir as expressões chaves referentes às idéias semelhantes e complementares, em um discurso síntese (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A Resolução 196/96 CNS/MS, é sem dúvida, um documento de suma importância da bioética, no sentido de assegurar uma conduta ética responsável por partes aos pesquisadores na realização das pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1997).

Conforme a Resolução 311/2007 do COFEN, o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. Exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade de acordo com os princípios da ética e bioética (COFEN, 2007).

### 3.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança se responsabilizou em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

#### 4 ANÁLISE DE DADOS

A partir das entrevistas realizadas foram obtidas as seguintes respostas dos enfermeiros pesquisados em relação à atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente acometido pelo infarto agudo do miocárdio, conforme disposto nos quadro a seguir.

**Quadro 1 – Leitos X Demanda de pacientes**

Idéia Central - I	Discurso do Sujeito Coletivo
1) "Conseguir um leito para o paciente porque a demanda é excessiva":	<p>"[...] os cuidados da enfermagem é conseguir um leito para o paciente" Enfermeiro um.            "[...] a dificuldade é muito grande por um leito" Enfermeiro dois.            "[...] a primeira dificuldade enfrentada para enfermeiro na urgência é a grande demanda de pacientes" Enfermeiro seis.            "[...] basicamente a estrutura física e a super lotação também dificulta". Enfermeiro quatro.            "[...] a própria estrutura dificulta devido á superlotação. Enfermeiro sete.</p>
	<p>Os cuidados de enfermagem é conseguir um leito, para o paciente. Pois basicamente a estrutura física e a superlotação dificultam.</p>

A dificuldade de conseguir um leito em hospital público está cada vez maior. Sabemos que a demanda de pacientes é muito grande e, a estrutura do hospital do SUS é menor do que á quantidade de pacientes que são atendidos. O paciente chega ao setor da emergência, muitas vezes não tem onde receber os cuidados. Pois o leito que deveria estar desocupado para receber esse paciente está ocupado

com outro paciente, que já faz alguns dias que aguarda uma vaga na enfermaria ou mesmo na UTI. Que não tem leito desocupado e, assim vai aumentando a demanda, sem existir leitos para se fazer uma assistência a esse paciente como deveria dar.

Segundo Garlet et al,(2009), a dificuldade para obter leitos de internação prolonga o tempo de permanência do paciente na sala de observação, a qual pode se estender por vários turnos ou dias e que muitos pacientes são tratados até a alta nesta unidade, pois a capacidade de atendimento não é suficiente para atender a demanda na unidade.

Quadro 2 – Solicitação dos Exames

Idéia Central – II	Discurso do Sujeito Coletivo
2) "Solicitação dos exames":	<p>"[...] preparar o material para exames". Enfermeiro um.            "[...] é solicitado os exames". Enfermeiro quatro.            "[...] a enfermagem encaminha para o atendimento médico, estando no atendimento médico, é solicitado os exames". Enfermeiro seis.            "[...] agilizar os exames laboratorial". Enfermeiro oito.</p>
	<p>Preparar material para exames, encaminhar para o atendimento médico, agilizar os exames laboratoriais.</p>

A solicitação de exames laboratoriais a esses pacientes que chegam ao setor de urgência é de grande importância para melhor diagnóstico do IAM. Pois, quanto mais precoce o diagnóstico, melhor sua recuperação e, muitas vezes acontece a demora na entrega dos resultados desses exames, por conta do fluxo de pacientes que precisam desse serviço do hospital. Quando as células miocárdicas são lesionadas por um infarto os marcadores bioquímicos são liberados para a corrente sanguínea e podem ser detectadas por exames laboratoriais.

A creatina cinase (CK) é uma enzima encontrada principalmente no coração e nos músculos esqueléticos. O nível da CK torna-se anormal dentro de seis a oito horas depois do início do infarto. A CK –MB1 é a isoforma encontrada no plasma, a CK-MB2 é encontrada nos tecidos. A troponina é uma proteína contrátil com duas subforma (troponina T e troponina I) que tem a sensibilidade de diagnosticar o IAM dentro das primeiras seis horas. A isoforma CK MB2 também é um teste sensível para detectar a extensão precoce de um IM durante as primeiras vinte e quatro horas. A mioglobina é uma proteína de ligação de oxigênio encontrada no músculo esquelético e cardíaco. O nível de mioglobina pode elevar-se dentro de uma a duas horas do IAM. Ajuda a alcançar o Maximo dentro de três a quinze horas. São altamente específicas para o músculo cardíaco. Demonstrou que a troponina é um marcador sensível durante as primeiras horas depois de um IM. (MORTON et al 2007).

### Quadro 3 – Atendimento ao paciente na sala de estabilização

Idéia Central - III	Discurso do Sujeito Coletivo
3) "O paciente é atendido na sala de estabilização":	"[...] aqui a gente tem uma sala de 1° atendimento que geralmente a gente leva logo para lá". Enfermeiro três. "[...] o paciente é encaminhado para a sala de estabilização". Enfermeiro seis.
	Aqui agente tem uma sala de primeiro atendimento, que o paciente é encaminhado logo para lá.

A sala de estabilização é um setor que deveria ser de uso só para estabilizar o paciente. Mas, a realidade é outra, pois tive a oportunidade de presenciar durante o tempo que passei fazendo a pesquisa de dados. Por vários dias um paciente do sexo masculino ficou internado na sala de estabilização, por falta de vaga na ala masculina, assim impedindo de prestar cuidados adequados a outro paciente que chega à unidade de urgência.

Segundo Coelho et al, (2010), a demanda ampliada para serviços de urgência e emergência gera desorganização da própria unidade e causa a baixa qualidade de

atendimento. Apesar do tempo decorrido e das iniciativas de estruturação, ainda hoje é preciso reconhecer que o sistema brasileiro de atendimento as urgências e emergências estão em construção e, o eixo de partida para a organização é o diagnóstico da necessidade da população. A atuação do enfermeiro em serviço de urgência e emergência envolve especificidades de articulações, indispensáveis a gerencia do cuidado a pacientes com necessidade complexa.

**Quadro 4 – Suporte ventilatório**

Idéia Central – IV	Discurso do Sujeito Coletivo
4) "Suporte ventilatório":	<p>"[...] é difícil conseguir um leito com suporte de oxigenoterapia". Enfermeiro um.</p> <p>"[...] coloca logo o paciente em oxigênio". Enfermeiro quatro.</p> <p>"[...] coloca oxigênio". Enfermeiro cinco.</p> <p>"[...] é importante o suporte ventilatório". Enfermeiro oito.</p> <p>"[...] vai intubar o paciente e ver se tem respirador para botar nesse paciente". Enfermeiro dois.</p> <p>"[...] pega o material se for necessário de intubar o paciente". Enfermeiro quatro.</p> <p>"[...] vai intubar e coloca em ventilação mecânica". Enfermeiro sete.</p>
	<p>É difícil conseguir um leito que tenha suporte de oxigênio, para colocar no paciente. Assim dificultando também até a intubação do paciente se ele vir á ser intubado.</p>

É de fundamental importância a oxigenoterapia em pacientes que chegam ao setor de emergência com IAM. Pois muitas vezes o paciente chega com desconforto



respiratório e, a oxigenação vai auxiliar na respiração do mesmo, minimizando o esforço respiratório e contribuindo para melhor oxigenação.

Segundo Smeltzer; Bare (2005), a oxigenoterapia é a administração de oxigênio em uma concentração maior que aquela encontrada na atmosfera ambiental. A meta de oxigenoterapia consiste em fornecer o transporte adequado de oxigênio no sangue, enquanto diminui o trabalho da respiração e reduz o estresse sobre o miocárdio.

Segundo Okamoto et al, (2007), o uso da ventilação não-invasiva com pressão positiva (VMNI) para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica aguda foi, certamente, um dos maiores avanços da ventilação mecânica nas últimas duas décadas.

Apesar de seu uso ser relativamente recente, o grande número de casos, ensaios clínicos e análises, ou revisões sistemáticas assim como conferência de consenso e diretrizes publicada até o presente momento, tornaram a aplicação dessa técnica mais “baseada em evidências” do que provavelmente qualquer outra medida de suporte ventilatório (OKAMOTO et al., 2007).

#### **Quadro 5 – Acesso Venoso**

Idéia Central – V	Discurso do Sujeito Coletivo
5)“Providenciar Acesso Venoso”:	“[...] posso fazer um acesso venoso seguro”. Enfermeiro um. “[...] primeira medida é o acesso periférico”. Enfermeiro sete. “[...] agilizar o acesso venoso”. Enfermeiro oito.
	Primeira medida é agilizar um acesso venoso seguro.

É muito importante puncionar um acesso venoso periférico, na chegada do paciente, seja na emergência ou em qualquer outro setor que ele seja admitido. É um dos primeiros procedimentos da enfermagem e serve para administrar as medicações e líquidos (soro) de preferência que seja um bom calibre, e ter cuidado para não perder esse acesso.

Segundo Lima (2009), como líder da equipe compete aos enfermeiros instrumentar o pessoal de nível médio sobre a importância do acesso venoso e as implicações advindas do procedimento terapêutico mal empregado. Lima (2009), ainda relata que a necessidade de profissionais com competência técnica científica para o desenvolvimento desse procedimento. Ele justifica-se porque mais de 50% dos pacientes hospitalizados, durante sua internação tem algum momento um cateter intravascular seja ele periférico central ou arterial.

#### Quadro 6 – Administração de medicação

Idéia Central – VI	Discurso do Sujeito Coletivo
6) "Administração de medicação":	<p>“[...] faz a medicação conforme a prescrição médica”. Enfermeiro quatro.</p> <p>“[...] faz a medicação daquele paciente”. Enfermeiro cinco.</p> <p>“[...] depois a medicação subsequente”. Enfermeiro sete.</p> <p>“[...] agilizar a medicação”. Enfermeiro oito.</p>
	Agiliza a medição do paciente, conforme prescrição médica.

A administração de medicamentos ao paciente que chega à emergência com suspeita de IAM é de muita importância para esse paciente. Ficar atento a prescrição médica para iniciar o mais rápido que poder, pois faz muita diferença o tempo de que ele passa sem ser medicado. Por isso na admissão de um paciente no pronto atendimento de urgência, segundo (MORTON et al., 2007) o tratamento inicial com paciente com suspeita de IAM, é administrado aspirina, de 160 a 325 MG mastigáveis.

Aspirina é utilizada porque diminui agregação plaquetária é importante porque as plaquetas são um dos principais componentes na formação de trombos quando uma placa coronariana se rompe. Registrar o ECG de 12 derivações, colocar o paciente em Monitorização cardíaco e obtiver ECG seriado, para detectar as disritmias e alteração do segmento ST. Administrar oxigênio por cânula nasal. Com

freqüência a hipoxemia acontece nos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, por causa do Edema Agudo de Pulmão. A oximetria de pulso e coleta de gasometria arterial é muito importante para o paciente com IAM. Administrar nitroglicerina sublingual, a menos que a pressão arterial seja menor que 9mmhg, e a freqüência cardíaca seja inferiores a 50bpm e maior que 100bpm. A nitroglicerina ajuda a promover a vaso dilatação. Porém é relativamente ineficaz no alívio da dor nos estágios iniciais de um IAM. Fornecer um analgésico adequado com sulfato de morfina. A morfina é o medicamento de escolha para aliviar a dor de um Infarto do Miocárdio.

Segundo Prado et al, (2004), a equipe de enfermagem é responsável pela a administração de medicamentos aos clientes de todas as instituições de saúde, fato é que tal atividade reveste-se de grande importância para o profissional e os clientes envolvidos. À medida que a experiência cotidiana, de responsabilidade legal da equipe de enfermagem, ocupa o papel de destaque na função terapêutica a que o cliente está se submetendo. Portanto é imprescindível que a equipe de enfermagem, durante a terapia medicamentosa, observe e avalie sistematicamente o cliente quanto á possível incompatibilidade farmacológica e reações indesejadas. como interações medicamentosas, com intuito de minimizar risco do cliente (Prado et al, 2004). Ele ainda complementa que, tem-se também que o escasso conhecimento referente á métodos, vias, locais, ações, dosagens, diluição, técnica, assepsia (inclusive as lavagens das mãos) e utilizada adequada de material estéril.

Quadro 7 – Monitorização contínua

Idéia Central - VII	Discurso do Sujeito Coletivo
7) Monitorização contínua”:	<p>“[...] difícil encontrar um leito que você possa fazer uma monitorização cardíaca contínua”. Enfermeiro um.</p> <p>“[...] geralmente a gente monitoriza o paciente”. Enfermeiro três.</p> <p>“[...] coloca o paciente em repouso e monitoriza”. Enfermeiro cinco.</p>

	“[...] a 1º medida é a medicação, seguida a monitorização”. Enfermeiro sete.
	Difícil encontrar um leito que você possa fazer uma monitorização, mas quando encontramos colocamos o paciente em repouso monitorizou e faz a medicação.

A monitorização continua é muito importante para o paciente, é da monitoração que agente pode detectar, alguma alteração no quadro. Quando o paciente está monitorizado podemos medicá-lo, com mais segurança, pois qualquer alteração agirá de maneira rápida e com segurança.

Segundo Amorim e Cheregate (2010), a monitorização de funções vitais é uma das mais importantes e essenciais ferramentas no manuseio de pacientes críticos na UTI. Atualmente é possível detectar e analisar uma grande variedade de sinais fisiológicos por meio de diferentes técnicas invasivas e não invasivas.

A Monitorização significa prevenir, avisar, avaliar e agir, ou seja, a Monitorização visa á medição, freqüente e repetida das variáveis fisiológicas (Nunes et al, 2008, p.107).

#### **Quadro 8 – Realização de Eletrocardiograma**

Idéia Central - VIII	Discurso do Sujeito Coletivo
8) “Realização de eletrocardiograma”:	“[...] aguardando ordem médica para a realização do eletrocardiograma”. Enfermeiro um. “[...] antes de o médico chegar o enfermeiro roda um eletrocardiograma”. Enfermeiro dois. “[...] o médico clínico geralmente pede um ECG para confirmar”.

	Enfermeiro três.
	Geralmente o medico clinico pede um ECG e o enfermeiro fazem, para o medico confirmar o diagnostico do IAM.

O eletrocardiograma é uns dos métodos diagnósticos para melhor detectar o IAM. Depois que realiza, é possível saber qual a coronária que foi lesionada, a extensão desse infarto, de tem elevação de supradesnivelamento do seguimento ST, ou se o Infarto se tem elevação do segmento ST. Com esse diagnostico o profissional qualificado vai saber melhor tratar esse IAM.

Segundo, Brandão, Santana e Castro (2011), definem eletrocardiograma (ECG) como “um registro dos fenômenos elétricos que se originam durante a atividade cardíaca por meio do aparelho denominado eletrocardiográfico”. É obtido dentro de dez minutos a partir do momento da queixa de dor ou chegada na unidade de emergência com objetivo de diagnosticar e monitorar o paciente com IAM.

#### **Quadro 9 – Risco de parada cardiorrespiratória**

Idéia Central – IX	Discurso do Sujeito Coletivo
9) “Risco de Parada Cardiorrespiratória”:	<p>“[...] paciente pode reverter para uma parada cardíaca”. Enfermeiro dois.</p> <p>“[...] o paciente chega com infarto evoluindo para uma PCR”. Enfermeiro seis.</p> <p>“[...] complicação mais comum com o paciente com (IAM) e a evolução para a PCR”. Enfermeiro um.</p> <p>“[...] a principal complicação com o paciente com (IAM) é a parada cardíaca”. Enfermeiro seis.</p> <p>“[...] a complicação maior no infarto no infarto é a parada</p>

	cardíaca”. Enfermeiro sete.
	A principal complicação com um paciente com Infarto Agudo do Miocárdio, é a evolução desse paciente para uma parada cardiorrespiratória.

Segundo Nogueira et. al.(2008), a parada cardiorrespiratória é uma ocorrência inesperada, constituindo grave ameaça a vida, sendo de vital importância rapidez no atendimento, eficiência conhecimento técnico científico e habilidade por parte da equipe que realiza esse atendimento. Além disso, requer infra – estrutura adequada, trabalho harmônico e sincronizado entre todos os profissionais envolvidos.

Nogueira et al, (2008), ainda relata que, em adulto, a doença coronária é a principal causa de PCR e no Brasil.

Paciente com IAM requer cuidados intensivos, pois é um paciente grave. E pelo o quadro dele pode vir a apresentar muitas complicações inclusive a PCR, por isso, precisamos estar na vigilância contínua, ter uma monitorização segura, estar atento para as queixas e os sintomas desse paciente para que nós profissionais de saúde possamos intervir o quanto antes.

Segundo Coutinho et al,(2005) a parada cardíaca é uma complicação do IAM. Nas primeiras horas de evolução, em geral a PC é conseqüência de arritmia primária por ritmo fibrilatório. Muitas mortes decorrentes do infarto agudo do miocárdio IAM ocorrem por PC poucas horas após o início dos sintomas após a hospitalização. Entretanto, ritmos não fibrilatórios secundários muitas vezes a deterioração hemodinâmica, possam assumir maior relevância. Destaca-se que a PCR causada pela ausência de pulso em conseqüência da falta de atividade elétrica do coração, além da falta de oxigênio no paciente, isto é incapacidade respiratória.

#### **Quadro 10 – Acalmar o paciente**

Idéia Central – X	Discurso do Sujeito coletivo
10)“Acalmar o paciente”:	“[...] estabiliza a dor e procura deixar ele mais confortável e estabiliza esse paciente”.

	<p>Enfermeiro três.  “[...] pede calma, para ele não ficar agitado, porque isso aumenta a ansiedade dele e pode vir a agravar o quadro”.</p> <p>Enfermeiro cinco.  “[...] a principal função que o enfermeiro procura ter, é o máximo de conforto, deixá-lo tranqüilo, para não haver complicação no quadro”.</p> <p>Enfermeiro seis.</p>
	<p>Procurar estabilizar o paciente, acalmar, para que ele não fique agitado e ansioso, porem, pode vir piorar o quadro.</p>

O paciente que chega à unidade de urgência com IAM, esse paciente chega muito ansioso, porque ele não sabe e nem pode imaginar as conseqüências desse infarto, já tem a família que muitas vezes não tem conhecimento dos procedimentos a seguir. A falta de conhecimento deixa-o mais ansioso, pois ali ele não sabe o que pode acontecer com ele. E o infarto em si já deixa paciente nervoso, deprimido e aquela ansiedade de morte.

Segundo Santos e Araujo (2003), quando a internação hospitalar acontece súbita e inesperadamente como na ocorrência do infarto, o transtorno ainda é maior, ansiedade e depressão são fatores importantes nas pessoas que apresentam IAM. O principal motivo que se dá é o receio de vir a falecer subitamente. O excesso de ansiedade se pode ser prevenido graças á orientação prudente do paciente e dos seus familiares. Ansiedade e a depressão são fatores importantes nas pessoas que apresentam IAM. O principal motivo se dá pelo receio de vir a falecer subitamente. O excesso de ansiedade pode ser prevenido graças á orientação prudente do paciente e dos familiares. As palavras precisam ser escolhidas com cuidado e precisa ser explicada de maneira a não alarmar o doente e a família.

Quadro 11 – Falta de Leito na UTI

Idéia Central – XI	Discurso do Sujeito Coletivo
11) "Falta de leito na UTI":	"[...]por que não tem leito na UTI disponível". Enfermeiro três. "[...] na UTI só tem vaga quando tem alta celestial". Enfermeiro quatro. "[...] vaga na UTI é raríssima". Enfermeiro cinco.
	Porque na UTI, não tem leito disponível vaga é raríssima só se houver óbito.

A realidade no nosso país é que, cada dia mais difícil em relação a leito em UTI. A população cresce, e as estruturas dos hospitais são as mesmas, isso é em empresa privada ou que seja conveniada pelo o SUS. Também essa falta de leito não é só na UTI, isso acontece com leitos de enfermarias e de Pronto Socorro. Só sabe da dificuldade quem já utilizou e quem utiliza o serviço.

Segundo Ferrari (2009), na emergência e na UTI a situação é ainda pior. Preconiza-se que 6% dos leitos hospitalares sejam de UTIs, índice alcançado em poucas capitais. Norte e Nordeste não atingem 2%. Outro problema, no Brasil há falta de leitos comuns (enfermarias) existem 26 leitos/1000 habitantes, metade dos leitos necessários para demanda .O resultado Unidades emergenciais abarrotadas de macas, pacientes graves, idosos e crianças, aguardando três a cinco dias por leitos de UTI.

No ano de 2009 tivemos um grave problema, cinco bilhões a menos no orçamento na saúde. Num total de 50 bilhões, são insuficientes para adequar as exigências dos custos cada vez maiores num país de 14% de idosos com previsão de 24% em 15 anos. São três milhões de cirurgias e dois milhões de partos aproximadamente 18.000 leitos de UTI no serviço público e 18.000 leitos no sistema privado, ou seja, um retrato cruel, pois 80% que não tem acesso ao plano privado.

Segundo Rocco, Soares e Gago (2006), a falta de leito para Terapia Intensiva é comum em diversos Países Europeus e, até nos Estados Unidos da America, onde



o numero de leitos é maior. Similarmente o Brasil apresenta poucos leitos de Terapia Intensiva disponíveis para atender toda a demanda de paciente. Por outro lado os leitos dos Centros de Tratamento Intensivo (CTI) deveriam ser ocupado por pacientes com probabilidades potenciais de recuperação.

#### Quadro 12 – Falta de Protocolo clínico

Idéia Central - XII	Discurso do Sujeito Coletivo
12) Falta de protocolo clínico”:	“[...] agente não tem protocolo clínico no hospital”. Enfermeiro um. “[...] eles não trabalham com protocolo, por que não tem certo, que fica difícil conduzir o paciente”. Enfermeiro dois.
	Agente não trabalha com protocolo clinico, assim fica difícil de conduzir o paciente.

Protocolo fornece a equipe de enfermagem uma direção, no atendimento ao paciente. Utilizando a organização, agilidade, ações, tendo como padrão no recebimento desse paciente tanto na emergência como em qualquer outro setor que esse paciente seja admitido. Tendo um protocolo padronizado o profissional sabe exatamente a direção desse atendimento.

Vejamos o que diz Gaudenci (2009, pag. 14), durante o 1º Congresso de Emergência Intensiva, ocorrido em 2009.

E fundamental que os profissionais que atuam na área da saúde sigam uma única norma de atendimento (protocolos e rotinas). Essa padronização internacional vai melhorar muito o atendimento emergencial. Portanto, médicos e enfermeiros passarão a trabalhar dentro de uma única linguagem e isso vai agilizar muito o atendimento.

#### Quadro 13 – Falta de profissional qualificado

Idéia Central - XIII	Discurso do Sujeito Coletivo
----------------------	------------------------------

13) "Falta de profissional qualificado":	<p>"[...] o segundo grande problema que a gente enfrenta além da carência que temos, é a qualificação desses trabalhadores na atuação do serviço de urgência". Enfermeiro um.</p> <p>"[...] a equipe esta precisando de treinamento". Enfermeiro dois.</p> <p>"[...] às vezes a gente também encontra dificuldade pelo próprio médico de trabalhar com urgência". Enfermeiro três.</p>
	<p>Segundo grande problema que agente enfrenta, é a falta de qualificação, treinamento desses funcionários, tanto médico como enfermeiros.</p>

Segundo Sousa (2011), o enfermeiro é um profissional que, como os demais da área da saúde, precisa estar atualizando e revendo seus conceitos a fim de que a assistência ao paciente seja realizada de forma eficaz e segura, pois um atendimento de qualidade antes de tudo precisa e deve ser embasada no conhecimento teórico/científicos. Por isso esse profissional deve incorporar teoria e prática para atender as mais diversas situações clínicas emergenciais do cliente.

Com isso, é necessário um consenso na admissão de todos aqueles que buscam assistência, que não é necessária ou mesmo viável, mas por outro lado, a escolha dos casos que podem ser emergentes ou urgentes, depende do uso criterioso as evidencias científicas, julgamento clínico e bom senso por parte dos profissionais. Diante dessa perspectiva, o enfermeiro como coordenador do trabalho da enfermagem deve reconhecer no cliente, sinais e sintomas, decorrentes de um problema clinico emergencial e deferi-lo da urgência, a qual o paciente pode ser assistido com certo tempo de espera. E dentro de várias emergências, encontram-se as cardíacas que representam um dos maiores índices de mortalidade do mundo.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dos dados coletados, foi possível compreender o atendimento do enfermeiro ao paciente acometido pelo Infarto Agudo no Miocárdio (IAM). Os entrevistados relataram as dificuldades encontradas no setor de emergência do

pronto socorro de um hospital público. Assim impedindo que eles atuem de maneira eficiente e eficaz com os pacientes, que chegam com suspeita de IAM. Duas das dificuldades que eles mais relataram foram: a falta de leito no Pronto Socorro (PS) e a falta de materiais principalmente para intubação orotraquel.

Mas, se tem o material de intubação em outro setor do hospital deveria ter também no setor de urgência. Onde são feitos os primeiros atendimentos e a estabilização desse paciente, para depois ser transferido para outro setor. Deu para perceber a falta de qualificação dos profissionais, a dificuldades que eles encontraram para responder o roteiro de entrevista foram muitas, inclusive a carência de conhecimentos científicos, conhecendo pouco sobre o paciente que chega com Infarto na Emergência.

Eles tem certa dificuldade de fazer essa abordagem ao cliente. Aprendi que a realidade de um hospital público é mais ou menos parecida com a que eu presenciei, a demanda de pacientes, o espaço físico, é muito menor do que a quantidade de pacientes recebidos ali naquela instituição. Isso não acontece só aqui, acontece em todo país, isso é a realidade do nosso Brasil.

A doença cardiovascular tem sido destacada enquanto problema de saúde pública é a principal causa de morte no Brasil e nos países Europeus. Foram observadas varias dificuldades pelos os enfermeiros entrevistados, falta de leitos, matérias, qualificação profissional. A estrutura física, a demanda de pacientes em excesso sem estrutura física adequada para receber essa quantidade de paciente.

É importante ressaltar que esse trabalho foi muito significativo para crescimento pessoal e profissional. Pessoal pela interação que tive com colegas de profissão, momentos em que pude conhecer um pouco mais das suas aflições e angústias e também a abnegação, o compromisso e o amor pelo trabalho no setor de emergência. Profissionalmente, pela revisão da literatura e pela oportunidade de me aprofundar no tema que tem norteado o momento atual de minha vida profissional.

Espero que o que foi discutido nesse trabalho sirva para que nossos colegas de profissão possam conhecer um pouco mais sobre o tema, como também a partir desse trabalho, outras pesquisas possam ser desenvolvidas com a finalidade de aperfeiçoar o trabalho dos enfermeiros no atendimento aos pacientes acometidos pelo Infarto Agudo no Miocárdio (IAM).

## REFERÊNCIAS

AEHLERT, B. **ACLS**: Advanced cardiac life support = Emergências em cardiologia: suporte avançado de vida em cardiologia, um guia de estudo. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.

AMORIM, Carolina Padrão e CHEREGATTE, Aline Laurenti. **Unidade de Terapia Intensiva**. 1. ed. São Paulo (SP): Martinari, 2010.

BARROS, A.L.B.L.; GOMES, I. M. Perfil dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados com infarto agudo do miocárdio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. especial, p.105-108, 2000.

BRANDÃO, Laecy Corado; SANTANA, Tatiane Gomes de; CASTRO, Jurema Batista de Souza. **Assistência de enfermagem ao paciente com suspeita de infarto**. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/26019/1/ASSISTENCIA-DE-ENFERMAGEM-AO-PACIENTE-COM-SUSPEITA-DE-INFARTO/pagina1.html>> Acesso em: 17 mar. 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. Resolução n. 196 de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1997.

COELHO, Mônica Franco et al. Análise dos Aspecto Organizacionais e os Serviços de Urgências Clínicas: estudo em Hospital Geral do Município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, jul./ago. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-311/2007. **Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências**. Rio de Janeiro, 2007.

COUTINHO, Luiz Henrique et al. Parada Cardíaca e Ressuscitação Cardiopulmonar em pacientes com Infarto Agudo no Miocárdio após Hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica. **Rev. SOCERJ**, Rio de Janeiro, maio/jun. 2005.

FERRARI, Douglas. Saúde: um bem e dever público. **Revista Intensiva**, n. 21, ago./set. 2009.

FERREIRA, Riassa Dourado et al. Conhecimentos produzidos sobre infarto agudo do miocárdio: um estudo de enfermagem. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 61, Fortaleza (CE). **Anais...** Fortaleza, 2009.

FRANCO, Betina et al. Pacientes com infarto agudo do miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviço de emergência: Implicações para a educação em saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, maio/jun., 2008.

GARLET, Estela Regina et al. Organização do Trabalho de uma Equipe de Saúde no Atendimento ao Usuário em Situações de Urgência e Emergência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, abr./jun. 2009.

- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GAUDENCI, Flávio Augusto. 1º Congresso de Emergência Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, abr./jun. /2009. p.14.
- LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O Discurso do Sujeito Coletivo: Um Enfoque em Pesquisa Qualitativa**, 2. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2005
- LIMA, Franciani Dantas de. **A Escolha do Dispositivo de Cateterização Venosa Periférica: contribuições para os cuidados de enfermagem**. Rio de Janeiro: UFRJ/Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2009
- MANENTI, Euler. Síndrome Coronariana Aguda. **Revista Médica**, Pelotas, v.2, n.2, jul./dez. 2004.
- MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1997.
- MORTON, Patricia Gonce et al. **Cuidados Críticos de Enfermagem: uma abordagem holística**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2007.
- NETTINA, S. M. **Brunner: prática de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- NOGUEIRA, Soraia Felix et. al. Reconhecimento da Parada Cardiorrespiratória em Adultos: nível de conhecimento dos enfermeiros de um pronto-socorro municipal da cidade de São Paulo. **Rev. Inst. Ciência Saúde**, São Paulo, 2008.
- NUNES, Wilma Aparecida et al. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2.ed. São Paulo (SP): Ateneu, 2008.
- OKAMOTO, Valdelis et al. Ventilação Mecânica não Invasiva com Pressão Positiva. **Jornal Brasileiro de Pneumonia**, São Paulo (SP), v.33. Suppl.2, jul. 2007.
- PALOMO, Jurema da Silva Herbas. **Enfermagem em Cardiologia: cuidados avançados**. Barueri- SP: Manole, 2007.
- PRADO, Paulo Celso et al. Administração de Medicamento, Aquisição de Conhecimentos e Habilidades Requeridas por um Grupo de Enfermeiros. –Ribeirão Preto(SP): **Revista Latina Americana de Enfermagem**, v.12, n.3, maio/jun. 2004.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed.Porto Alegre: Artmed, 2004.
- ROCCO, José Rodolfo, SOARES, Márcio e GAGO, Maria de Fátima. Pacientes Clínicos Referenciados, mas não Internados na Unidade de Terapia Intensiva: prevalência, características clínicas e prognósticos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, abr./jun. 2009.

RINCON, L.G. et al. Infarto Agudo do Miocárdio. In: PIRES, M. T. B. ; STARLING, S. V. **Erazo**: manual de urgências em pronto-socorro. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SANTOS, João Carlos Alves, PLAGGI, Luiz Fernando Dall. Percepção do Enfermeiro sobre o Atendimento ao Paciente com Suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**, Patos de Minas Gerais, n.2, p.43-51, 2010.

SANTOS, Francisca Lúcia Medeiros Martins dos; ARAUJO, Thelma Leite de. Vivendo Infarto: O significado da doença, segundo a perspectiva do paciente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, nov./dez.2003.

SOUSA, Maykos Martins de. **O Enfermeiro Diante das Emergências Clínicas Cardíacas**. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/o-enfermeiro-diante-das-emergencias-clinicas-cardiacas/70376/> Acesso em: 14 set. 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.. **Brunner e Suddart**: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2005.

SMELTZER, S. C. et al.. **Brunner e Suddart**: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2009.

SOUZA, Maykos Martins. **O enfermeiro diante das emergências clínicas cardíacas**. 2011. Disponível em:<<http://www.webartigos.com/articles/70376/1/O-ENFERMEIRO-DIANTE-DAS-EMERGENCIAS-CLINICAS-CARDIACAS/pagina1.html>>. Acesso em: 14 set. 2011

SWEARINGER, Pamela; KEEN, Jomet. **Manual de enfermagem no cuidado crítico**. 4. ed. São Paulo: Artmed, 2009.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada “ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL A PACIENTES ACOMETIDOS DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO”, e está sendo desenvolvida por Maria Gracirene Lúcio da Silva, pesquisadora participante, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE sob a orientação do pesquisador responsável, Professor MS. Thiago Enggle de Araújo Alves.

A mesma apresenta os seguintes objetivos: analisar a atuação do enfermeiro diante do atendimento emergencial ao paciente acometido por Infarto Agudo do Miocárdio; verificar o conhecimento do enfermeiro na abordagem durante a admissão do paciente com Infarto Agudo do Miocárdio; averiguar o conhecimento do enfermeiro durante as complicações do paciente com Infarto Agudo do Miocárdio e identificar as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no setor de urgência.

Ressalta-se a relevância desta pesquisa no momento em que busca construir elementos para a melhoria da qualidade do atendimento emergencial ao paciente acometido por IAM, sendo esta uma patologia que atinge pessoas cada vez mais jovens e vem aumentando sua incidência na população, estando entre as principais causas de morte. O enfermeiro tem papel fundamental nessa assistência, coordenando a assistência de enfermagem e intervindo no processo saúde-doença da população.

Para a realização dessa pesquisa contamos com a sua participação a partir do seu consentimento, por isso solicitamos sua contribuição. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um roteiro de entrevista, o senhor (a) responderá a algumas perguntas sobre sua atuação no atendimento emergencial ao paciente acometido por Infarto Agudo do Miocárdio. As mesmas farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por

ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a responder ou fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa<sup>1</sup>.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor (a) na realização dessa pesquisa.

---

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, a justificativa, riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo em participar do mesmo. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE<sup>12</sup>. Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, documento ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Mossoró, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011.

---

Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves<sup>2</sup>  
Pesquisador responsável

---

Participante da Pesquisa

## APENDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

---

<sup>1</sup> Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12- Bairro Gramame- João Pessoa- Paraíba- Brasil CEP: 58.067-695- Fone/Fax: +55 (83) 2106-4790.

<sup>2</sup> Endereço Pesquisador Responsável: Av. Presidente Dutra, n 710, Alto de São Manoel. Mossoró/RN. Fone/Fax: (84)3312-0143. Email: thiagoenggle@facenemossoro.com.br

1- Descreva sua atuação no atendimento emergencial ao paciente acometido por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

2 - Comente sobre sua abordagem durante a admissão do paciente com Infarto Agudo do Miocárdio:

3 -Descreva a sua atuação nas complicações do paciente com Infarto Agudo do Miocárdio:

4 - Em sua opinião, quais as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no setor de urgência?

**ANEXO**



FACENE  
FAMENE

## Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança

Autorizado pelo MEC - Portarias nº 1374, de 04.07.2001 e nº 2057, de 09.07.2004, respectivamente. Publicada no DOU de 12.07.2004, pp. 13/14, seção 1.



### CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 4º Reunião Extraordinária realizada em 25 de agosto 2011 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "Atuação do enfermeiro no atendimento emergencial a pacientes acometidos de infarto agudo do miocárdio", protocolo número: 147/11 e CAAE: 0147.0.351.000-11 do orientador: **Thiago Enggle de Araujo Alves** e da aluna: **Maria Gracirene Lúcio da Silva**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 31/12/2011, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 20 de Setembro de 2011

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.

Rosa Rita da Conceição Marques  
Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

*Lígia Kelly de Sousa Lima*