

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA – FAMED  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BIANCA CRISTINA DE ALMEIDA SANTOS

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES NO PÓS-INFARTO AGUDO  
DO MIOCÁRDIO**

UBERLÂNDIA  
2019

BIANCA CRISTINA DE ALMEIDA SANTOS

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES NO PÓS-INFARTO AGUDO  
DO MIOCÁRDIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel e licenciada em Enfermagem.

Orientador: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Valeria Nasser Figueiredo

Co-orientador: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Patrícia Magnabosco

UBERLÂNDIA

2019

BIANCA CRISTINA DE ALMEIDA SANTOS

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES NO PÓS-INFARTO AGUDO  
DO MIOCÁRDIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de  
Uberlândia como requisito parcial para obtenção do  
título de bacharel e licenciada em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Examinador 1

---

Examinador 2

---

Valeria Nasser Figueiredo  
Professora Doutora – UFU

“As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todo dia, mutantes, porém, leais com o que pensamos e sonhamos; lembre-se, tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos.”

Paulo Baleki

## AGRADECIMENTO

Agradeço aos meus pais, Maria Inês e Carlos, por prezarem por minha educação e me apoiaram em todos os momentos durante a graduação, por não medirem esforços para fazer o que fosse necessário por mim.

As minhas irmãs, Bruna e Nayara, agradeço por todo apoio e carinho do decorrer do caminho. E a todos os familiares que de alguma forma contribuíram nestes últimos anos.

Ao meu namorado, Luís Felipe, obrigado por todo apoio, incentivo e paciência durante todo percurso da graduação.

Aos meus colegas de classe e em especial aos meus amigos Daniel Braga, Lorén Maria e Thiago Lourenço, obrigado por todo apoio e por dividirem comigo a experiência da graduação, agradeço por tornarem mais tranquila e fácil a caminhada, vocês fazem parte da minha vida daqui em diante.

A minha orientadora Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Valeria Nasser Figueiredo, por me acompanhar durante a graduação, e contribuir na minha formação de forma positiva.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pela bolsa concedida durante os anos do curso.

Meus respeitosos agradecimentos à banca examinadora, pelas importantes contribuições, e pela participação dos membros da defesa.

Agradeço a Deus, por toda sabedoria e amparo, que me permitiu concluir mais esta etapa de minha jornada.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Nos últimos anos o cenário mundial demonstra um crescimento das doenças do aparelho cardiovascular, onde o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) apresenta destaque devido a sua gravidade e magnitude, além de estar entre as maiores causas de hospitalização e perda de capacidade física entre homens e mulheres. **OBJETIVO:** Identificar o diagnóstico de enfermagem (DE) prioritário no paciente pós-infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST). **METODOLOGIA:** Estudo observacional, longitudinal, prospectivo e quantitativo. A amostragem se deu por conveniência. O estudo foi realizado com pacientes admitidos consecutivamente na fase aguda do IAM, de ambos os sexos, durante os primeiros cinco dias pós IAM (D1 ao D5), no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia-UFU. **RESULTADOS:** Foram incluídos 54 indivíduos, sendo 63% do sexo masculino, 44,4% de cor branca e a média de idade foi de 57,9 anos. Verificou-se que o DE de maior incidência no pós IAM foi débito cardíaco diminuído, seguido por nutrição desequilibrada menor que as necessidades corporais e padrão respiratório ineficaz. A parede inferior do coração foi a área mais afetada (61%) e observou-se predominância do Killip I (78%). Todos os pacientes realizaram cateterismo (100%), e destes, 79% realizaram angiografia. Observou-se que 57,1% apresentaram alteração na fração de ejeção e 50% alteração da parede do miocárdio. **CONCLUSÃO:** Observou-se a prevalência do DE prioritário de débito cardíaco diminuído em pacientes acometidos por IAM.

**Palavras-chave:** Infarto agudo. Sistematização da assistência de enfermagem. Diagnóstico de enfermagem.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** In recent years the world scenario shows a growth of cardiovascular diseases, where acute myocardial infarction (AMI) is highlighted due to its severity and magnitude, besides being among the major causes of hospitalization and loss of physical capacity among men and women. **OBJECTIVE:** To characterize priority nursing diagnosis (ND) in patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction (STEMI). **METHODOLOGY:** Observational, longitudinal, prospective and quantitative study. Sampling was for convenience. The study was conducted with consecutive patients admitted in the acute phase of AMI, of both sexes, during the first five days after AMI (D1 to D5), at the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlândia-UFU. **RESULTS:** We included 54 individuals, 63% male, 44.4% white and the average age was 57.9 years. The highest incidence of ED after AMI was found to be decreased cardiac output, followed respectively by unbalanced nutrition lower than body requirements and ineffective breathing pattern. The inferior wall of the heart was the most affected area (61%) and there was a predominance of Killip I (78%). All patients underwent catheterization (100%), and of these, 79% underwent angiography. It was observed that 57.1% presented alteration in the ejection fraction and 50% alteration in the myocardial wall. **CONCLUSION:** The highest incidence of ED after AMI was found to be decreased cardiac output, followed respectively by unbalanced nutrition lower than body requirements and ineffective breathing pattern.

**Keywords:** Acute infarction. Systematization of nursing care. Nursing diagnosis.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Variáveis descritivas acerca do perfil sociodemográfico dos pacientes entrevistados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal.....	18
Tabela 2	Variáveis clínicas acerca do momento de admissão dos pacientes entrevistados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal.....	19
Tabela 3	Variáveis clínicas acerca do procedimento cateterismo dos pacientes entrevistados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal.....	20
Tabela 4	Variáveis clínicas acerca do procedimento angiografia dos pacientes entrevistados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal.....	21
Tabela 5	Variáveis clínicas acerca do procedimento ecocardiograma dos pacientes entrevistados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal.....	22
Tabela 6	Distribuição dos diagnósticos de enfermagem prioritários identificados a partir do primeiro dia (D1) até o quinto dia (D5) nos pós-infarto do miocárdio. Uberlândia-MG.....	23

## LISTA DE SIGLAS

CM	Clinica medica
DAC	Doenças do aparelho cardiovascular
DE	Diagnostico de enfermagem
ECG	Eletrocardiograma
HAS	Hipertensão arterial
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IAMCSST	Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de segmento ST
IMC	Índice de massa corporal
MEC	Ministério da educação
SAE	Sistematização da assistência de enfermagem
SUS	Sistema único de saúde
UCO	Unidade coronariana
UDT	Unidade de dor torácica
UTI	Unidade de terapia intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<i>2.1 OBJETIVOS GERAIS.....</i>	<i>14</i>
<i>2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....</i>	<i>14</i>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<i>3.1 Tipo de estudo.....</i>	<i>15</i>
<i>3.2 Local e população.....</i>	<i>15</i>
<i>3.3 Critérios de inclusão.....</i>	<i>15</i>
<i>3.4 Critérios de exclusão.....</i>	<i>16</i>
<i>3.5 Procedimento de coleta de dados e questões éticas.....</i>	<i>16</i>
<i>3.6 Análise dos dados coletados.....</i>	<i>16</i>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>17</b>
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>35</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o cenário mundial demonstra mudanças do perfil epidemiológico, com a substituição das doenças transmissíveis como maiores causadoras de óbitos, por doenças não transmissíveis, onde as doenças do aparelho cardiovascular (DAC) tem maior importância, devido às altas taxas de mortalidade mundial causadas por tais doenças (SOARES et al., 2018).

Acredita-se que no Brasil cerca de 40% dos óbitos, nos últimos anos, podem estar associados a doenças que envolvam o aparelho circulatório. Dentre as doenças do aparelho circulatório, as doenças isquêmicas do coração se destacam como principal causa de óbito, atingindo taxas acima de 50% dentro das doenças circulatórias (OLIVEIRA; ELOISE; VANUZA, 2017).

Dentre esta categoria, encontra-se o infarto agudo do miocárdio (IAM), caracterizado pela perda de função das células cardíacas devido a longo período de isquemia do músculo cardíaco que pode ser advinda da ruptura de uma placa aterosclerótica que podem causar trombozes nas artérias coronárias (SILVA et al., 2018; SEN et al., 2017).

As altas taxas de prevalência do IAM podem ter como explicação a atual alteração da disposição das faixas etárias, além dos fatores de riscos cardiovasculares ligados a comorbidade, como a hipertensão arterial (HAS), aos quais os indivíduos estão cada vez mais expostos. Dentre os principais fatores de riscos cardiovasculares, encontram-se: tabagismo, aumento da ingestão de bebidas alcoólicas, sedentarismo, HAS, hereditariedade, diabetes, colesterol alterado, diminuição do consumo de frutas e verduras, aumento do consumo de carnes e gorduras, assim como as desigualdades de acesso aos serviços de saúde e socioeconômicas (SANTOS et al., 2018).

O IAM pode ser diagnosticado por meio da avaliação de sinais e sintomas apresentados pelo indivíduo, tais como: sudorese, agitação, hipotensão arterial, ansiedade, arritmias, vômito, dispnéia, edema de membros inferiores e o principal, a dor torácica, que se mostra de forma súbita, sendo constante e constritiva, além de poder irradiar ou não para outros locais do corpo, com duração maior que trinta minutos (GADÉA; RODRIGUES; CORREIA, 2017).

Alterações eletrocardiográficas e de marcadores bioquímicos podem ser associados ao histórico do paciente para o diagnóstico do IAM (GADÉA; RODRIGUES; CORREIA, 2017). Dentre os métodos diagnósticos do IAM encontra-se o cateterismo cardíaco, um procedimento cirúrgico de técnica invasiva, que utiliza cateteres radiopacos e contraste, que possibilitam dados de funcionalidade e anatomia das artérias coronárias e das câmaras cardíacas. Esse método diagnóstico é indicado para o IAM e anginas pectoris (PEIXOTO et al., 2016).

O cateterismo proporciona informações detalhadas sobre a anatomia coronariana, auxiliando no prognóstico e delineamento do melhor método de tratamento, como a revascularização do miocárdio ou a angioplastia, sendo considerada a técnica hemodinâmica diagnóstico-intervencionista mais realizada no mundo (RIBEIRO, 2016). Durante o cateterismo cardíaco ocorre a introdução de um cateter por meio de uma punção de artéria braquial ou femoral até a aorta e o ventrículo esquerdo (BUZATTO; ZANEI, 2010).

Durante o cateterismo é realizada a angiografia coronariana, considerada atualmente como o exame padrão-ouro para avaliação de doenças das artérias coroárias, pois fornece a extensão, localização e gravidade das lesões obstrutivas coronarianas (YU; CARAMELLI; CALDERARO, 2009). A angiografia é tida como método de tratamento não cirúrgico de artérias obstruídas, com o uso de um cateter balão com finalidade de desobstruir a artéria reestabelecendo o fluxo sanguíneo ao músculo cardíaco (LIMA; QUELUCI; BRANDÃO, 2019).

A angiografia é realizada por meio de um acesso arterial, sendo os mais comuns: braquial, radial ou femoral (LIMA; QUELUCI; BRANDÃO, 2019). A técnica da angiografia consiste em introduzir um cateter com um balão, chamado de stent, em sua porção distal. Então é disposto no interior da artéria ocluída e na sequência o balão é insuflado, para que ocorra a desobstrução arterial (TAETS, 2016).

O ecocardiograma é um método diagnóstico importante na identificação e qualificação de doenças cardiovasculares, pois demonstra informações que auxiliam no planejamento de condutas (LAVÍTOLA, 2019). Os resultados obtidos através do ecocardiograma podem mostrar alterações da contratilidade, podendo estas serem observadas durante a dor e após a dor. Além disso, é possível observar a contratilidade do ventrículo esquerdo e algumas complicações pós-evento cardíaco (CAMPOS FILHO et al., 2004).

O IAM está entre as maiores causas de hospitalização e perda de capacidade física entre homens e mulheres, podendo causar consequências psicológicas, físicas e sociais (SILVA et al., 2018). A alta taxa de mortalidade pós IAM pode ser atribuída a diversos fatores, como o aumento da trombogênese, da atividade inflamatória sistêmica, do tônus simpático e à disfunção endotelial (FRANGOIANNIS, 2002; SPOSITO, 2002).

O processo de cuidado de enfermagem em pacientes pós-infarto deve-se levar em consideração as possíveis alterações quanto à ingestão de alimentos, ar e água, alterações das eliminações, além de problemas na interação social do indivíduo em suas atividades e repouso. Esses fatores levam a pensar na determinação do diagnóstico de enfermagem (DE), que constitui importante etapa da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), levando em conta as

particularidades dos indivíduos acometidos, e assim determinando ações mais diretas, rápidas e efetivas (CUNHA et al., 2018).

A SAE é um método utilizado para organização, planejamento e aplicação de ações de maneira sistematizada efetuado pela equipe de enfermagem. Atualmente é uma atividade de função do enfermeiro em busca da promoção, prevenção e manutenção e recuperação da saúde dos pacientes (SANTOS et al., 2014).

A SAE conta com etapas inter-relacionadas divididas em: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação de Enfermagem. O DE tem função de guia para a o planejamento e realização de intervenções. Os DE's auxiliam na avaliação do cuidado e direcionamento do cuidado (RIBEIRO et al., 2015).

A utilização do DE favorece a combinação dos cuidados de enfermagem, podendo auxiliar na criação de protocolos para o atendimento e ainda servir como canal de modificação da prática clínica (RIBEIRO et al., 2015). A prática da SAE deve ser realizada de maneira humanizada e ética, em busca de identificação de problemas e sempre atendendo as carências ligadas aos cuidados de saúde dos indivíduos (FIGUEIREDO et al., 2013).

Visto o que foi exposto, nota-se a grande importância de se realizar estudos e pesquisas relacionados à sistematização da assistência em enfermagem, realizada pelo enfermeiro, e os impactos que o DE, quando realizado de forma coerente e com precisão, remete a prática baseada em evidência. Tendo em vista que o DE pode implicar no planejamento de ação e intervenções que minimiza os riscos ao paciente, detectando assim sinais e sintomas que podem indicar falhas de saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 *Objetivo geral***

Identificar o diagnóstico de enfermagem prioritário em pacientes no pós infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST).

### **2.2 *Objetivos Específicos***

- Caracterizar a população do estudo quanto as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas;

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 *Tipo de estudo***

Trata-se de estudo observacional, longitudinal, prospectivo e quantitativo. Amostragem por conveniência.

#### **3.2 *Local e população***

O estudo foi realizado com pacientes admitidos consecutivamente na fase aguda do IAM nos setores de Clínica Médica (CM), Unidade Coronariana (UCO), Unidade de Dor Torácica (UDT) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, na cidade de Uberlândia- Minas Gerais. O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) possui mais de 50 mil m<sup>2</sup> de área construída e 520 leitos. Em Minas Gerais é o maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e ocupa o terceiro lugar no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC). Além disso, é referência em média e alta complexidade para 86 municípios da macro e micro regiões do Triângulo Norte. Inaugurado em 26 de agosto de 1970, iniciou suas atividades em outubro do mesmo ano com 27 leitos, tendo sido construído como unidade de ensino para o ciclo profissionalizante do curso de Medicina da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia (Setor de Estatística do Hospital de Clínicas de Uberlândia [HCU –UFU]).

O estudo incluiu pacientes admitidos consecutivamente com diagnóstico de IM de ambos os sexos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia-UFU. Todos os pacientes foram seguidos por especialistas e receberam tratamento e orientações para suas afecções de acordo com os padrões e normas clínicas vigentes. Os dados foram coletados entre maio de 2017 e abril de 2018.

#### **3.3 *Crítérios de Inclusão***

Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de IMCSST confirmado mediante a realização do exame clínico, alterações dos marcadores bioquímicos de necrose miocárdica através da detecção de aumento e/ou queda de marcadores cardíacos, sintomas de isquemia com duração superior a 30 minutos há menos de 24 horas, supradesnívelamento do segmento ST de pelo menos 1 mm (plano frontal) ou 2 mm (plano horizontal) em duas derivações contíguas; ambos os

sexos, idade maior ou igual a 18 anos.

### **3.4 *Crêterios de Exclusão***

Os cr terios de exclusão foram: (I) incompetência cognitiva ou impossibilidade de acompanhamento; (II) classifica o Killip III e IV; (III) recusa em continuar participando mesmo após a assinatura do TCLE.

### **3.5 *Procedimento de coleta de dados e questões  ticas***

Foram adotados princípios  ticos, garantindo a integridade física e emocional, a justiça, o respeito, a privacidade, a autonomia e o bem estar de todos os participantes de acordo com o que   estabelecido pela Resolu o 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os pacientes selecionados para participar da pesquisa passaram abordagem em seus leitos, onde lhes eram apresentados os objetivos do estudo e em seguida convidados a participarem da pesquisa. Aqueles que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os pacientes foram acompanhados durante os primeiros cinco dias de internac o (D1 ao D5), onde foram avaliados e elencados os DE's prioritários, em conjunto do enfermeiro responsável do setor de internac o daquele indivíduo.

Na coleta de dados, foi realizado anamnese e exame clínico dos pacientes em seus leitos, assim como aplica o de um instrumento de entrevista elaborado pelos próprios pesquisadores, baseado no modelo teórico conceitual das Necessidades Humanas Básicas (NHBs) de Wanda Aguiar Horta. Este instrumento foi composto de dados sociodemográficas (sexo, cor da pele, idade, IMC, escolaridade, profissão e/ou ocupa o), e dados clínicos (histórico de saúde, queixa atual, diagnósticos médicos, medicamentos em uso, hábitos e estilo de vida, classifica o da gravidade da insuficiência card cia, classifica o da intensidade da dor, peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial, frequência card cia e exames laboratoriais). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de  tica em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia parecer numero 1.864.905.

### **3.6 *Análise dos dados coletados***

A construção do banco de dados se deu através de dupla digitação utilizando o programa Microsoft Office Excel®, versão 2016, o qual foi exportado e analisado mediante auxílio do software SPSS (Statistical Package for the Social Science) para Windows, versão 22, e analisados por meio de distribuições de frequências absolutas e percentuais para variáveis categóricas e medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (amplitudes e desvio-padrão) para variáveis quantitativas.

#### 4 RESULTADOS

O estudo contou com a participação de um total de 54 indivíduos, sendo a maioria 34 (63%) do sexo masculino, 24 (44,4%) de cor branca e a média de idade foi de 57,9 anos, com mínima de 31 e máxima de 81 anos. O IMC teve média de  $26 \pm 4 \text{ kg/m}^2$  (mínima= 18; máxima=36) e a relação cintura quadril obteve média de  $1,04 \pm 0,03 \text{ m}$ . Quanto á escolaridade notou-se uma média de anos estudados de  $6 \pm 4$  anos.

Observou-se que 92,6% dos entrevistados possuíam renda própria sendo 44,4% deles aposentados e 48,1% ainda com vínculo empregatício, destes 51,9% desenvolviam ocupação de esforço braçal, 16,7% são autônomos e 31,4% desenvolvem outros tipos de atividades. Observou-se que a média de pessoas por casa foi de 2,95, com o mínimo de 1 e máximo de 8 pessoas; e com relação a renda familiar mensal (*per capita*) média foi de R\$ 2835,00  $\pm$  R\$1699,00 reais. Dos entrevistados apenas 1 paciente relatou não ter condição sanitária básica em sua residência.

Quando analisados os hábitos de vida, ocorreu predomínio de indivíduos sedentários sendo eles 36 (77%), 67% (36) eram não etilistas e 68% (37) eram não tabagistas. Contudo, 31% relataram ser ex-tabagistas, com uma média de  $23 \pm 16$  anos/maço. Vale destacar que houve preeminência de indivíduos hipertensos (37, 68%), mas, um baixo número de diabéticos (18, 33%), obesos (23, 43%) e re-infarto (8 15%).

Com relação ao local do infarto, observa-se que 61% dos casos ocorreram em parede inferior, enquanto 39% em parede anterior. Obteve-se predominância do Killip I (78%) em relação ao Killip II (22%) e score médio de intensidade da dor na fase aguda do IM igual a  $9,8 \pm 0,41$ . Foram observados na admissão hospitalar a média de PAS= $123 \pm 26 \text{ mmHg}$ , PAD= $77 \pm 15 \text{ mmHg}$  e FC= $76 \pm 18 \text{ bpm}$ .

Tabela 1 - Variáveis descritivas acerca do perfil sociodemográfico dos pacientes entrevistados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal, 2019.

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	34	63,4
Feminino	20	36,4
<b>Naturalidade</b>		
Uberlândia	10	18,5
Outra cidade	44	81,5
<b>Procedência</b>		
Uberlândia	25	46,3
Outra cidade	29	53,7
<b>Cor auto referida</b>		
Branca	24	44,4
Parda	20	37
Negra	8	14,8
Amarela	1	1,9
Outra	1	1,9
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	8	14,8
Casado	39	72,2
Separado	6	11,1
Viúvo	1	1,9
<b>Religião</b>		
Católico	28	51,85
Evangélico	16	29,6
Espírita	1	1,9
Não possui religião	5	9,25
Outra	4	7,4

Fonte: A autora.

Na Tabela 2 é possível observar características relacionadas ao IAM, variáveis essas utilizadas para inclusão no estudo, como a classificação do Killip, local afetado pelo infarto no miocárdio. As paredes anterior e posterior do miocárdio tiveram maior

incidência de lesão nos indivíduos do estudo, seguidas de lesões que envolvem a mesma e outras regiões do músculo cardíaco.

Foram avaliados também dados relacionados as características da dor, onde obtivemos que 14 indivíduos apresentaram dor com característica de aperto, enquanto 9 deles tiveram queimação na região do tórax, 7 tiveram queimação em associação de aperto, 5 apresentaram a associação de aperto, queimação, sudorese e vomito, os outros indivíduos apresentaram associações variadas das características elencadas.

Tabela 2. Variáveis eletrocardiográficas acerca do momento de admissão dos pacientes entrevistados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal, 2019.

<b>Características do Infarto</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Local do Infarto</b>		
Inferior	19	35,3
Anterior + septal	1	1,8
Anterior extensor	6	11,2
Inferior + dorsal	2	3,7
Inferior + VD	4	7,4
Inferior + posterior	2	3,7
Anterior	12	22,3
Inferior + lateral	4	7,4
Inferior + dorsal + lateral	1	1,8
Anterior + lateral	1	1,8
Anterior + lateral + dorsal	1	1,8
Inferior + lateral + dorsal + VD	1	1,8
<b>Killip</b>		
1	42	78
2	12	22

Fonte: A autora.

Quando analisados os dados relacionados ao exame diagnóstico de cateterismos, observamos que 100% dos participantes do estudo realizaram este procedimento. (Tabela 3)

Tabela 3. Variáveis cineangiográficas acerca do procedimento cateterismo dos pacientes entrevistados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal, 2019.

<b>Artérias</b>	<b>Presença de Oclusão</b>	<b>(%)</b>	<b>Ausência de Oclusão</b>	<b>(%)</b>
Tronco coronário esquerdo	3	5,6	51	94,4
Artéria descendente anterior	41	75,9	13	24,1
Artéria circunflexa	28	51,9	26	48,1
Artéria coronária direita	32	59,2	22	40,8
Ventriculografia	34	62,9	18	37,1
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>	<i>(%)</i>
<b>Intercorrencias</b>	<b>0</b>	<b>54</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

Fonte: A autora.

Com base nos dados descritos na Tabela 3 é possível observar que as artérias mais acometidas por placas ateroscleróticas são: a artéria descendente anterior com 41 oclusões, seguido da artéria coronária direita com 32 oclusões e pela artéria circunflexa com 28 oclusões, tronco coronário esquerdo apresentou apenas 3 oclusões. Quanto aos resultados da ventriculografia, observou alteração na espessura da parede cardíaca em 34 participantes.

Durante o procedimento de cateterismo cardíaco 11 indivíduos não realizaram a angiografia, os dados deste procedimento estão dispostos na Tabela 4, onde é possível observar que nem todos participantes que realizaram o procedimento apresentaram a necessidade de colocação de stents durante o procedimento.

Tabela 4. Variáveis angiográficas acerca do procedimento angiografia dos pacientes entrevistados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal, 2019.

	<b>Participantes</b>	<b>(%)</b>
<b><i>TIMI</i></b>		
I	2	4,7
II	1	2,3
III	40	93
<b><i>Número de stents</i></b>		
0	1	2,3
1	25	58,1
2	13	30,2
3	4	9,4

Fonte: A autora.

O ecocardiograma foi realizado por 42 pacientes do estudo durante o período de internação para o tratamento pós-infarto, os dados podem ser observados na Tabela 5.

Tabela 5. Variáveis ecocardiográficas acerca do procedimento ecocardiograma dos pacientes entrevistados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal, 2019.

<b>Ecocardiograma</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Aorta</b>		
27 á 31 mm	11	26,2
32 á 34 mm	21	50
37 á 42 mm	9	21,4
Omissos	1	2,4
<b>Atrio esquerdo</b>		
33 á 38 mm	15	35,7
39 á 42 mm	17	40,5
43 á 50 mm	9	21,4
Omissos	1	2,4
<b>Diametro Diastolico</b>		
40 á 47 mm	9	21,4
48 á 54 mm	24	57,2
55 á 65 mm	9	21,4
<b>Fração de Ejeção</b>		
> 50%	18	42,9
< 50%	24	57,1
<b>Parede Posterior</b>		
6 á 9 mm	23	54,7
10 á 13 mm	19	45,3
<b>Parede Miocardio</b>		
Sem alteração	21	50
Alterado	21	50

Fonte: A autora.

O paciente foi acompanhado durante os cinco primeiros dias, após as primeiras 24hs de internação. Diariamente era realizado uma anamnese e um breve exame físico com auxílio do enfermeiro responsável pelo setor afim de elencar o principal Diagnostico de Enfermagem – DE para aquele paciente. Os DE's prioritários identificados podem ser observados na Tabela 6.

Tabela 6. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem prioritários identificados a partir do primeiro dia (D1) até o quinto dia (D5) nos pós-infarto do miocárdio. Uberlândia-MG

	D1		D2		D3		D4		D5	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Débito cardíaco diminuído</b>	50	27	51,9	28	61,1	33	68,5	37	61,1	33
<b>Padrão respiratório ineficaz</b>	13	7	11,1	6	11,1	6	9,3	5	3,7	2
<b>Dor aguda</b>	11,1	6	9,3	5	3,7	2	1,9	1	-	
<b>Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades humanas básicas</b>	7,4	4	16,7	9	7,4	4	5,6	3	5,6	3
<b>Eliminação Urinaria Prejudicada</b>	3,7	2	3,7	2	3,7	2	1,9	1	3,7	2
<b>Ansiedade</b>	3,7	2	3,7	2	7,4	4	3,7	2	5,6	3
<b>Incontinência urinaria</b>	1,9	1	-		3,7	2	-		1,9	1
<b>Volume de líquidos deficientes</b>	1,9	1	1,9	1	-		-		-	
<b>Fadiga</b>	1,9	1	-		-		1,9	1	1,9	1
<b>Padrão de sono prejudicado</b>	1,9	1	-		-		-		-	
<b>Troca de gases prejudicada</b>	-		1,9	1	1,9	1	-		-	
<b>Deambulação prejudicada</b>	1,9	1	-		-		-		-	
<b>Incontinência Urinaria Funcional</b>	1,9	1	-		-		-		-	
<b>Retenção urinaria</b>	-		-		-		1,9		-	
<b>Constipação</b>	-		-		-		1,9		1,9	1
<b>Privação do sono</b>	-		-		-		-		1,9	

D1= primeiro dia pós-infarto; D2= segundo dia pós-infarto; D3= terceiro dia pós-infarto; D4= quarto dia pós-infarto; D5= quinto dia pós-infarto.

## 5 DISCUSSÃO

Através deste estudo, verificou-se que o DE de maior incidência no pós IAM foi débito cardíaco diminuído, seguido respectivamente por nutrição desequilibrada menor que as necessidades corporais e padrão respiratório ineficaz. Houve predominância de indivíduos do sexo masculino, bem como de indivíduos hipertensos e sedentários. O Killip de maior prevalência foi o Killip I. A parede inferior foi a mais afetada entre os pacientes. Em todos os indivíduos, foi utilizado pelo menos um stent por angiografia. A artéria descendente anterior apresentou maior incidência de oclusão, seguido por artéria coronária direita e artéria circunflexa.

Dentre os fatores de risco relacionados ao IAM, encontra-se a hereditariedade, faixa etária, hipertensão arterial, falta de atividade física e sexo masculino (SIERVULI et al., 2014). O sexo masculino é considerado fator de risco devido à alta prevalência de maus hábitos nesta população (OLIVEIRA; ELOISE; VANUZA, 2017) Estudos realizados em diversas áreas do Brasil caracterizam como parte do perfil clínico o sexo masculino com valores de 59,5% na Bahia e 58,1% no Rio Grande do Sul (COSTA et al., 2018). O presente estudo demonstra valores semelhantes aos encontrados na literatura, tendo maior incidência de casos nos pacientes do sexo masculino.

Outro termo bastante citado quando se trata de IAM é a hipertensão arterial, que contribui amplamente ao risco do acometimento pelo infarto, fator esse encontrado em estudos com valores de significância, como no de Lacerda e colaboradores, em que os valores encontrados foram acima de 55% (LACERDA et al., 2017). Costa e colaboradores também alcançaram valores semelhantes, de 58,1% de portadores de HAS no estado da Bahia e valores ainda maiores nas regiões Sudeste e Nordeste com 70,9% e 69,3%, respectivamente (COSTA et al., 2018). Temos ainda o fator de risco relacionado aos maus hábitos, onde foram demonstrados valores altos para sedentarismo indo de acordo com diversos estudos na área, como no estudo de Mertins e colaboradores em que tiveram números elevados de pacientes acometidos por IAM com estilo de vida sedentário, com números de 91,7% dos casos (MERTINS et al., 2016). Resultados esses semelhantes aos constatados no presente estudo com relação á fatores de risco, quando analisados dados relacionados a estilo de vida e comorbidades existentes, tem-se predominância de pacientes portadores de hipertensão e com hábitos de vida sedentários.

O eletrocardiograma (ECG) se combinado a uma boa anamnese e exame físico, tem grande importância no diagnóstico do paciente com dor torácica, sendo marco para o correto diagnóstico do IAM (SOARES et al., 2009). Através dos resultados obtidos no ECG é possível identificar o local do infarto, ou seja, qual parede do miocárdio foi afetada (PESARO; SERRANO JR.; NICOLAU, 2004). O ECG é uma ferramenta de fácil acesso e de maior funcionalidade na primeira avaliação de indivíduos com suspeita de IAM. Uma pesquisa de Ferreira e colaboradores demonstra que a maioria dos indivíduos teve acometimento da parede anterior do miocárdio, com n=34 e n=28 acometidos em parede inferior. (FERREIRA; SILVA; MACIEL, 2016). Já Pretto e colaboradores obtiveram resultados semelhantes aos levantados no presente estudo, mostrando maior incidência da parede inferior, com 32,39% (PRETTO et al., 2008). Os estudos apresentados mostram dados discordantes com relação à parede mais acometida em casos de IAM, o presente estudo trás maior incidência de acometimento de parede inferior, concordando assim com o estudo de Pretto e colaboradores, que demonstrou maior incidência de parede inferior.

A classificação de Killip é realizada para identificação dos pacientes quanto ao risco de óbito em pacientes acometidos pelo infarto agudo do miocárdio, aqueles classificados como Killip I tem cerca 6% de risco de morte e o Killip II cerca de 17% (MELLO et al., 2014), na pesquisa realizada por Mello e colaboradores (2014) foram encontrados que 84,3% dos pacientes tinham classificação Killip I e 11,0% Killip II. Tendo assim semelhança com o presente estudo, onde a classificação Killip I teve maior incidência que a classificação por Killip II, com isso demonstra menores chances dos casos estudados evoluírem a óbito.

Os sinais e sintomas apresentados no IAM tem como predestinação o bloqueio total ou parcial de uma das artérias coronárias que irrigam o tecido cardíaco (BRUNORI et al., 2014). No estudo de Brunori e colaboradores (2014) obtiveram que no infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST as artérias mais acometidas por oclusão são a artéria descendente anterior com 52,3%, seguido respectivamente pela artéria coronária direita com 21,1% e a artéria circunflexa com 12,8%, corroborando assim com o presente estudo em que as artérias citadas tiveram maior prevalência quando analisados os resultados do procedimento cateterismo.

A angiografia ou intervenção coronária percutânea consciente no tratamento menos invasivo das oclusões de artérias coronárias, por meio da introdução de stents nos locais ocluídos, evitando a reestenose das coronárias (PIEGAS; HADDAD, 2011). Schulz traz

em sua pesquisa a respeito do tratamento com angiografia que quase a totalidade dos pacientes passam pela utilização de stents, 90,7% dos indevidos, além disso a classificação TIMI após a realização do procedimento teve maior prevalência de TIMI III sendo 91,8% dos casos, resultados similares aos encontrados na atual pesquisa onde grande maioria dos indivíduos que realizaram o procedimento fizeram o uso do stent e apresentaram melhor do TIMI, sendo classificados como TIMI III (SCHULZ; STARKE; TRIDAPALLI, 2018).

Os resultados obtidos através do ecocardiograma tem função de auxílio diagnóstico e avaliação da gravidade da disfunção decorrente do infarto pelo qual o indivíduo foi acometido (ANTONELLI et al., 2015). Quando analisados os resultados do ecocardiograma observa-se os valores da fração de ejeção, considerados como alterados quando apresentam valores menores que 50%, o que representa disfunção sistólica. Minicucci e colaboradores encontrou em seu estudo que 64% dos pacientes avaliados apresentaram disfunção sistólica, representado pela presença de valores menores que 50% da fração de ejeção (MINICUCCI et al., 2014). Dados esses condizentes com os encontrados no presente estudo, onde houve prevalência significativa quanto a alteração da fração de ejeção.

O diagnóstico de enfermagem é tido como uma linguagem própria e padronizada, quando bem executado tem influência sobre as condutas a serem tomadas em relação ao paciente, com estabelecimento de metas e intervenções (PEREIRA et al., 2011). Em estudo realizado por Pereira e colaboradores (2011) foram levantados diagnósticos de enfermagem prevalentes em doenças cardíacas onde foram levantados diagnósticos como: Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (16,7%), Constipação (20%), Débito cardíaco diminuído (56,7%), Dor aguda (70%), Ansiedade (76,7%), dentre outros. Neste estudo, destaca-se que os DE's prioritários de maior frequência foram débito cardíaco diminuído, seguido de nutrição desequilibrada menor que as necessidades corporais e padrão respiratório ineficaz, dados estes que corroboram com estudos analisados, como o de Pereira e colaboradores, que apresentou dois dos mesmos diagnósticos como prevalentes quando se tratou de doenças cardíacas (PEREIRA et al., 2011).

O diagnóstico de enfermagem é, sobretudo, o julgamento clínico das respostas de um indivíduo a problemas de saúde, existentes e em potencial, dos quais contribuem para que as intervenções de enfermagem atinjam os resultados almejados (RIBEIRO et al., 2015) O estudo de Cunha e colaboradores traz os principais diagnósticos de enfermagem em pacientes pós infarto, e dentre os elencados no estudo estão presentes o débito cardíaco diminuído e padrão respiratório ineficaz (CUNHA et al., 2018). Dado este que corrobora

com os dados do presente estudo, no qual estes dois DE's estiveram presentes na maioria dos casos durante os dias de acompanhamento dos indivíduos.

Os principais DE citados neste estudo influenciam diretamente na pós-carga cardíaca, podendo alterar de forma significativa processos fisiológicos cardiorrespiratórios, causando assim quadros de dispneia e resistência vascular pulmonar. Há estudos que demonstram que na presença de alterações, aspectos comportamentais e emocionais de pacientes com IM influenciam o desenvolvimento de condições transitórias de ansiedade e inquietação por meio de gatilhos de captação de neurotransmissores. (HERDMAN, 2017; HORTA, 1974; BARROS, 2015 )

## 6 CONCLUSÃO

- Foi possível observar que a maioria dos pacientes acometidos com infarto agudo do miocárdio apresentaram diagnóstico de enfermagem prioritário de débito cardíaco diminuído, seguido por nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais, dor aguda e padrão respiratório ineficaz.

- O estudo evidenciou que a incidência de IAM tem maior prevalência em indivíduos do sexo masculino

- Verificou-se que a parede mais afetada entre os participantes da pesquisa foi a parede inferior do miocárdio.

- A artéria coronária direita e a artéria descendente anterior apresentaram maior incidência de obstrução entre os indivíduos entrevistados.

- Verificou-se que entre os pacientes que realizaram a angiografia sua maioria obtiveram TIMI III ao fim do procedimento.

- Os resultados do ecocardiograma demonstram alteração da fração de ejeção na maioria dos pacientes analisados, podendo estes apresentar disfunção sistólica devido à fração menor que 50% no ato de bombeamento do sangue para fora do coração.

- Os pacientes que fizeram a angiografia, em sua maioria, passaram pela colocação de pelo menos um stent para tratamento da oclusão arterial.

## REFERENCIAS

- ANTONELLI, L. *et al.* Heart Failure with Preserved Left Ventricular Ejection Fraction in Patients with Acute Myocardial Infarction. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 105, n. 2, p. 145–150, 2015.
- BRUNORI, E. H. F. R. *et al.* Association of cardiovascular risk factors with the different presentations of acute coronary syndrome. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 538–546, ago. 2014.
- BUZATTO, L. L.; ZANEI, S. S. V. Patients' anxiety before cardiac catheterization. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 4, p. 483–487, dez. 2010.
- CAMPOS FILHO, O. *et al.* Diretriz para Indicações e Utilização da Ecocardiografia na Prática Clínica. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 82, p. 11–34, 2004.
- COSTA, F. A. S. DA *et al.* Perfil Demografico de Pacientes com Infarto Agudo do Miocardio no Brasil: Revisão Integrativa. **SANARE**, v. 17, n. 2, p. 66–73, 2018.
- CUNHA, G. H. DA *et al.* Diagnósticos de enfermagem segundo a teoria do autocuidado em pacientes com infarto do miocárdio. **Aquichan**, v. 18, n. 2, p. 222–233, 21 maio 2018.
- FERREIRA, A. R. P. A.; SILVA, M. V. DA; MACIEL, J. Electrocardiogram in Acute Myocardial Infarction: What to Expect? **International Journal of Cardiovascular Sciences**, 2016.
- FIGUEIREDO, M. E. D. *et al.* ARTIGO ORIGINAL SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL ESCOLA. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 7, n. esp, p. 6981–6988, 2013.
- GADÉA, S. F. M.; RODRIGUES, E. DE M.; CORREIA, D. R. S. Reabilitação cardíaca após infarto agudo do miocárdio (IAM): uma revisão sistemática. v. 1, n. 5, p. 12, 2017.
- LACERDA, P. N. *et al.* Assessment of Right Ventricle Function and Myocardial Fibrosis by Cardiovascular Magnetic Resonance in Patients with Inferior Wall Myocardial Infarction. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, 2017.
- LAVÍTOLA, P. DE L. A Importância do Ecocardiograma para o Cardiologista na Prática Clínica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Imagem Cardiovascular**, v. 32, n. 3, 2019.
- LIMA, V. C. G. S.; QUELUCI, G. DE C.; BRANDÃO, E. DA S. Cuidado de enfermagem ao cliente pós-angioplastia transluminal coronariana. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 3, n. 13, p. 237–242, 2019.
- MELLO, B. H. G. DE *et al.* Validation of the Killip-Kimball Classification and Late Mortality after Acute Myocardial Infarction. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 103, n. 2, p. 107–117, 2014.

MERTINS, S. M. *et al.* Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Avances en Enfermería**, v. 34, n. 1, p. 30, 26 jul. 2016.

MINICUCCI, M. F. *et al.* Infarct Size as Predictor of Systolic Functional Recovery after Myocardial Infarction. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2014.

OLIVEIRA, R. H.; ELOISE, B.; VANUZA, E. Prevalência de fatores de risco relacionados ao infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos: uma revisão integrativa. **Revista UNINGA**, v. 30, n. 3, p. 83–88, 2017.

PEIXOTO, E. A. *et al.* Assistência aos pacientes submetidos a cateterismo cardíaco em uma urgência hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 10, n. 1, p. 32–39, 2016.

PEREIRA, J. DE M. V. *et al.* Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 737–745, dez. 2011.

PESARO, A. E. P.; SERRANO JR., C. V.; NICOLAU, J. C. Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 214–220, abr. 2004.

PIEGAS, L. S.; HADDAD, N. Intervenção coronariana percutânea no Brasil: resultados do Sistema Único de Saúde. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 96, n. 4, p. 317–324, abr. 2011.

PINHEIRO, R. S.; ALMEIDA, R. M. V. R.; INFANTOSI, A. F. C. Caracterização dos padrões de variação dos cuidados de saúde a partir dos gastos com internações por infarto agudo do miocárdio no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 2, p. 229–242, jun. 2016.

PRETTO, P. *et al.* Fator prognóstico do infarto agudo do miocárdio com supradesnível de ST. p. 4, 2008.

RIBEIRO, C. P. *et al.* Nursing diagnoses for patients in the postoperative period of cardiac surgery. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 2, 4 abr. 2015.

RIBEIRO, K. R. A. Knowledge of acute myocardial infarction: implications for nursing care. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 5, n. 4, p. 63–68, 2016.

SANTOS, J. DOS *et al.* Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1621–1634, maio 2018.

SANTOS, W. N. DOS *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 5, n. 2, p. 153–158, 17 jul. 2014.

SCHULZ, J. C.; STARKE, S.; TRIDAPALLI, H. B. Intervenção coronária percutânea de resgate: análise de um registro brasileiro. **Journal of Transcatheter Interventions**, v. 26, n. 1, p. 7, 2018.

FRANGOIANNIS, N.G., C.W. Smith, and M.L. Entman, The inflammatory response in myocardial infarction. **Cardiovasc Res**, 2002. 53(1): p. 31-47.

SPOSITO, A.C. and M.J. Chapman, Statin therapy in acute coronary syndromes: mechanistic insight into clinical benefit. **Arterioscler Thromb Vasc Biol**, 2002. 22(10): p. 1524-34.

SEN, T. *et al.* Which Coronary Lesions Are More Prone to Cause Acute Myocardial Infarction? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 108, n. 2, p. 149–153, 2017.

SIERVULI, M. T. F. *et al.* Infarto do Miocárdio: Alterações Morfológicas e Breve Abordagem da Influência do Exercício Físico. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 27, n. 5, p. 349–355, 2014.

SILVA, F. M. *et al.* Analysis of the incidence of hospitalizations and deaths due to acute myocardial infarction among elderly / Análise da incidência de internações e óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio entre idosos / Análisis de la incidencia de internaciones y óbitos por Infarto Agudo del Miocardio entre los ancianos. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 7, n. 1, p. 33, 13 maio 2018.

SOARES, T. *et al.* TEMPO PORTA-ELETROCARDIOGRAMA (ECG): um indicador de eficácia no tratamento do infarto agudo do miocárdio. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 120–126, 2009.

TAETS, G. G. DE C. Cuidados de enfermagem e diagnósticos para pacientes submetido à angioplastia coronária transluminal percutânea. **Revista de Científica de Enfermagem**, v. 6, n. 16, p. 3–10, 2016.

YU, P. C.; CARAMELLI, B.; CALDERARO, D. Performance diagnóstica de angiografia coronariana por tomografia computadorizada de 64 detectores (estudo CORE 64). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 3, p. 235–236, 2009.

HERDMAN, T. H. KAMITSURU, S. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificações (2015-2017). 10ª edição. Editora Artmed, 2015.

BARROS, A. L.B. L. Anamnese e Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto. 3ª Edição. Editora Artmed, 2015.







## APÊNDICE B – TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “*Influência dos diagnósticos de enfermagem no prognóstico pós infarto agudo do miocárdio*”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Valéria Nasser Figueiredo, Patrícia Magnabosco, Willian Alves Fonseca.

Nesta pesquisa nós estamos buscando investigar a influência dos diagnósticos de enfermagem *no prognóstico pós infarto agudo do miocárdio* com supra de ST. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelos pesquisadores Valéria Nasser Figueiredo, Patrícia Magnabosco e Willian Alves Fonseca nos setores de Unidade de Dor Torácica, Clínica Médica, Unidade Coronariana e/ou Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, individualmente, em seu leito.

Na sua participação você será submetido a uma entrevista onde responderá um questionário socioeconômico e clínico, além de ser submetido ao exame físico a partir do primeiro dia até o sétimo dia após o evento. Tal procedimento não aplicará nenhum dano à saúde por ser apenas medidas indireta, envolvendo coleta de dados e exames físicos, sendo métodos não invasivo. Para todos os participantes, não é esperado que o participante receba benefícios diretos (remuneração) pela sua participação nesta pesquisa, entretanto, acredita-se que com este estudo será possível que os profissionais de saúde possam usar os resultados desta pesquisa para planejar com melhor qualidade a assistência à saúde aos pacientes infartados.

Para minimizar os riscos de identificação do paciente, os pesquisadores criarão um código aleatório para cada indivíduo, somente a caráter de organização das entrevistas, impossibilitando sua identificação em nenhuma fase do projeto, mesmo com a publicação dos resultados desta pesquisa em revistas científicas. Será garantida a total privacidade e será mantido sigilo sobre as informações fornecidas. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Valéria Nasser Figueiredo, Patrícia Magnabosco e Willian Alves Fonseca pelo telefone: (0xx34) 32182852, endereço: Campus Umuarama - Bloco 2U - Av. Pará, 1720 - Bairro Umuarama, Uberlândia - MG - CEP 38400-902. Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ..... de .....de.....

---

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

## ANEXO A – PARECER CEP

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INFLUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO  
PROGNÓSTICO PÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

**Pesquisador:** Valéria Nasser Figueiredo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 61095516.7.0000.5152

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.864.905

### **Apresentação do Projeto:**

Conforme apresenta o protocolo:

" Assim, hipoteticamente, os DE pode influenciar o prognóstico dos pacientes com IAM. No entanto, até o presente, não há estudo da influência do DE na fase aguda do IAM com supra de ST (IAMCSST) associando a mortalidade. Objetivo: Investigar a influência dos DE 30 dias pós-IAMCSST. Casuística e Métodos: O presente estudo é de coorte prospectiva de abordagem quantitativa, será realizado em pacientes de ambos os sexos admitidos consecutivamente na fase aguda do IAMCSST (n=262). Os participantes serão submetidos à identificação do Diagnóstico de Enfermagem a partir do primeiro dia (D1) até o sétimo dia (D7) pós-IAM, seguindo o percurso do raciocínio clínico pelo o método da exaustão ou integração de conhecimento e raciocínio, o modelo de RISNER. Além disso, serão avaliados dados de antropometria (peso, altura, circunferência abdominal), histórico médico prévio e aplicação do instrumento de coleta de dados sóciodemográficos e clínicos."

### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Investigar a influência dos diagnósticos de enfermagem na mortalidade 30 dias pós IMCSST.

Objetivo Secundário: Caracterizar a população do estudo quanto as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas; Identificar os diagnósticos de enfermagem da taxonomia II da NANDA pós IMCSST; Verificar as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas associadas com mortalidade cardiovascular e por todas as causas pós IMCSST.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores:

Riscos: Considerando a realização do estudo, durante o processo, há o risco de vazamento das informações coletadas, no entanto, mesmo considerando o possível risco, a equipe executora se compromete, através de termo de compromisso (Apêndice D) a adotar todas as ações necessárias

para preservar o anonimato dos participantes, garantindo a privacidade dos mesmos. Poderá também apresentar desconforto causado pela punção venosa para coleta de sangue padronizada pela instituição. O risco mais comum no procedimento de coleta sanguínea é a formação de um pequeno hematoma local, proveniente do extravasamento de sangue venoso. Caso isso ocorra, o voluntário será orientado a pressionar o local da punção por 5 minutos e aplicar compressas frias posteriormente. No entanto, a coleta seguirá a semiotécnica descrita na literatura para que seja bem sucedida e para que o paciente sintá-se confortável e seguro.

**Benefícios:** O resultado desta pesquisa constituirá de subsídios que possibilitarão a indicação de recomendações de medidas e ações de políticas voltadas para a melhor atenção a pressão arterial de admissão e, conseqüentemente, alcançar a redução dos agravos e complicações pós IM.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

5.1. Tipo de estudo: O presente estudo é de coorte prospectiva de abordagem quantitativa.

5.2. Local e população: O estudo será realizado com pacientes admitidos consecutivamente na fase aguda do IM nos setores de Clínica Médica (CM), Unidade Coronariana (UCO), Unidade de Dor Torácica (UDT) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, na cidade de Uberlândia- Minas Gerais. O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU- UFU) possui mais de 50 mil m<sup>2</sup> de área construída e 520 leitos. Em Minas Gerais é o maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e ocupa o terceiro lugar no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC). Além disso, é referência em média e alta complexidade para 86 municípios da macro e micro regiões do Triângulo Norte. Inaugurado em 26 de agosto de 1970, iniciou suas atividades em outubro do mesmo ano com 27 leitos, tendo sido construído como unidade de ensino para o ciclo profissionalizante do curso de Medicina da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia (Setor de Estatística do Hospital de Clínicas de Uberlândia [HCU –UFU]).

O estudo pretende incluir pacientes admitidos consecutivamente com diagnóstico de IM de ambos os sexos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia-UFU. Todos os

pacientes serão seguidos por especialistas e receberão tratamento e orientações para suas afecções de acordo com os padrões e normas clínicas vigentes.

5.3. Critérios de Inclusão: Os critérios de inclusão serão: diagnóstico de IMCSST confirmado mediante a realização do exame clínico, alterações dos marcadores bioquímicos de necrose miocárdica através da detecção de aumento e/ou queda de marcadores cardíacos (de preferência a troponina) com pelo menos um valor acima do percentil 99 do limite superior de referência, sintomas de isquemia com duração superior a 30 minutos há menos de 24 horas, supradesnivelamento do segmento ST de pelo menos 1 mm (plano frontal) ou 2 mm (plano horizontal) em duas derivações contíguas; ambos os sexos, idade maior ou igual a 18 anos.

5.4. Critérios de Exclusão: Os critérios de exclusão serão : (I) incompetência cognitiva ou impossibilidade de acompanhamento; (II) classificação Killip III e IV; (III) recusa em continuar participando mesmo após a assinatura do TCLE.

5.5. Procedimento de coleta de dados e questões éticas: Primeiramente o projeto será encaminhado para o responsável da instituição coparticipante para apreciação e autorização da pesquisa. Serão adotados princípios éticos, garantindo a integridade física e emocional, a justiça, o respeito, a privacidade, a autonomia e o bem estar de todos os participantes de acordo com o que é estabelecido pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os contabilizadas, representando um importante passo para a definição e valorização da enfermagem como profissão (PEREIRA et al., 2011).

A partir do momento que o enfermeiro é capaz de definir diagnósticos de enfermagem, estabelecer prescrições, avaliar a evolução do seu cliente ele estará apto para, juntamente com a equipe multiprofissional, planejar a alta do seu cliente (SANTOS ET AL., 2011).

A descrição dos diagnósticos de enfermagem contribui para a análise das respostas à doença cardiovascular, com foco no objeto de trabalho do enfermeiro que, associado às questões de gênero, culturais, demográficas, sociais, econômicas, bem como às condições do tratamento médico e espirituais, possibilita uma investigação holística, embasada em uma linguagem internacional proposta pela NANDA-I (PEREIRA et al., 2011 p. 744).

Assim, torna-se importante analisar e compreender as respostas do indivíduo perante as comorbidades cardiovascular, visto a importância emergente de autonomia e garantia do exercício

profissional da enfermagem baseada em evidências, associando os sintomas e sinais clínicos comumente conhecidos na prática clínica cardiológica em fenômenos, ações e resultados de enfermagem (PEREIRA et al., 2011).

Relacionar os fatores predisponentes e evidentes a um diagnóstico de enfermagem torna-se útil para determinar clareza e assertividade na conduta de cuidados pela equipe de enfermagem, bem como auxilia o profissional na sua atuação multi e interdisciplinar perante a equipe. Além disso, a previsão dos diagnósticos de enfermagem contribui para a construção de futuros protocolos de cuidados à população acometida por doenças cardiovascular e comparativos entre as mesmas populações em outros estudos e cenários. No Brasil têm sido realizadas pesquisas de identificação de diagnósticos em cardiologia, e sua continuidade permitirá acumular resultados que, uma vez integrados, poderão apoiar decisões sobre os focos clínicos (PEREIRA et al., 2011).

3. JUSTIFICATIVA: Frente ao exposto, nota-se a importância de se realizar estudos e pesquisas voltados para a sistematização de assistência em enfermagem realizada pelo enfermeiro e o impacto que o diagnóstico de enfermagem, quando elaborado com coerência e acurácia, traduz para as práticas baseada em evidência. Visto que um diagnóstico de enfermagem implica num bom planejamento de ação e intervenção que diminuam os riscos que o paciente está submetido, assim como na detecção de sintomas e sinais indicadores de desvios de saúde. Concomitantemente, desconhecemos estudos que tenham avaliado qual o impacto do diagnóstico de enfermagem associado à mortalidade pós IM.

Através desse olhar, faz-se necessário compreender e identificar através da validação do diagnóstico de enfermagem, com peritos, as características definidoras em paciente com IAMCSST, afim de que com os resultados desse estudo possa contribuir com o melhoramento da qualidade de assistência de enfermagem, levando a diminuição da morbimortalidade de pacientes infartados, melhorando sua qualidade de vida e facilitando o surgimento de novas pesquisas, tanto nas doenças cardiovasculares como em outras comorbidades.

Frente ao exposto, delineou-se como questão norteadora do estudo: Quais são os diagnósticos de enfermagem que caracteriza o IAMCSST associando ao índice de morbimortalidade 30 dias após

evento. Tamanho da Amostra no Brasil: 262

Data do Primeiro 01/12/16 00:00 pacientes selecionados para participar da pesquisa serão abordados em seus leitos, onde lhes serão apresentados os objetivos do estudo e em seguida serão convidados a participarem da pesquisa. Aqueles que aceitarem participar do estudo irão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Este projeto está sendo encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia e somente após a aprovação do mesmo é que a coleta de dados será iniciada.

5.6.1 Exame Físico: Após aplicação dos questionários, um exame físico detalhado incluirá:

1. Medida da frequência cardíaca e pressão arterial com esfigmomanômetro oscilométricos, calibrado e certificado pelo INMETRO, de acordo com as orientações da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão e com o Eighth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 8).

2. Medida da circunferência abdominal em centímetros, peso em Kg e altura em metro em escala padronizada e balança digital com precisão de 0,5 kg.

Para sistematizar os dados, foi elaborada uma ficha para coleta dos dados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos presentes e de acordo.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Março de 2018.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 ) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA –

junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_806258.pdf	13/10/2016 23:42:18		Aceito
Outros	lattes.pdf	13/10/2016 23:41:23	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto_final_cep.pdf	13/10/2016 23:41:00	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito

Investigador	projeto_final_cep.pdf	13/10/2016 23:41:00	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	13/10/2016 23:40:39	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito
Outros	instrumento_coleta.pdf	13/10/2016 23:40:11	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao.pdf	11/10/2016 12:50:51	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_cep.pdf	11/10/2016 12:50:38	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso.pdf	10/10/2016 09:42:16	Valéria Nasser Figueiredo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

UBERLANDIA, 05 de Dezembro de 2016

---

**Assinado por:****Sandra Terezinha de Farias Furtado  
(Coordenador)**



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem  
 Av. Pará, 1720, Bloco 2U, Sala 23 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902  
 Telefone: 34 3225-8603 - www.famed.ufu.br - cocen@famed.ufu.br



### ATA DE DEFESA - GRADUAÇÃO

Curso de Graduação em:	Enfermagem				
Defesa de:	GEN067: Trabalho de Conclusão de Curso				
Data:	11/12/2019	Hora de início:	17:00	Hora de encerramento:	17:30
Matrícula do Discente:	11521ENF044				
Nome do Discente:	Bianca Cristina de Almeida Santos				
Título do Trabalho:	Diagnóstico de Enfermagem em Pacientes no Pós-infarto agudo do miocárdio				

Reuniu-se no 8 C Sala , Campus Umuarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem, assim composta: Professores: Omar Pereira de Almeida Neto - FAMED, Paula Cristina Silva - ESTES e Valéria Nasser Figueiredo - FAMED orientador(a) do(a) candidato(a).

Iniciando os trabalhos, o(a) presidente da mesa, Dra. Valéria Nasser Figueiredo, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu ao discente a palavra, para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do curso.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado(a). Nota: 93

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Valéria Nasser Figueiredo, Professor(a) do Magistério Superior**, em 11/12/2019, às 17:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º,



Documento assinado eletronicamente por **Omar Pereira de Almeida Neto**, **Professor(a) do Magistério Superior**, em 11/12/2019, às 17:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de](#)

---

[outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Paula Cristina Silva, Usuário Externo**, em 11/12/2019, às 17:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1744907** e o código CRC **7B9F28EB**.

---

Referência: Processo nº 23117.105558/2019-97

SEI nº 1744907