

A-PDF Merger DEMO : Purchase from www.A-PDF.com to remove the watermark

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

MÁRCIO ÉRIC CAIXETA

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO
AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO
MIOCÁRDIO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**PATOS DE MINAS
2011**

MÁRCIO ÉRIC CAIXETA

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO
AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO
MIOCÁRDIO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada a Faculdade de Patos de Minas como exigência parcial para obtenção do título de graduação em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Luiz Fernando Dall’Piaggi

**PATOS DE MINAS
2011**

616 127 005	CAIXETA, Márcio Éric
C 133	Atuação da enfermagem no atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio na unidade de terapia intensiva/ Márcio Éric Caixeta-Orientador: Prof. Esp. Luiz Fernando Dall’Piaggi. Patos de Minas/MG: [s.n], 2011. 44 p.:il. Monografia de Graduação – Faculdade Patos de Minas – FPM Curso de Graduação em Enfermagem 1 IAM. 2 UTI. 3 Enfermagem.I Márcio Éric Caixeta. II Título.

FACULDADE PATOS DE MINAS
MÁRCIO ÉRIC CAIXETA

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO
PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Monografia aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão
examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof. Esp. Luiz Fernando Dall’Piaggi
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof. Ms. Vânia Cristina Alves Cunha
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof. Esp. Luis Carlos de Oliveira
Faculdade Patos de Minas

Dedico este trabalho a todos que participaram direta ou indiretamente para realizaçãõ deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS por estar sempre do meu lado, por me fazer melhor a cada dia, por me dar discernimento e inteligência para conduzir os meus passos.

Aos meus pais que sempre estiveram do meu lado me apoiando, encorajando e me dando forças para seguir em frente.

Aos meus irmãos pela nossa trajetória juntos, lutando por vencer na vida, para que possamos ser pessoas melhores.

À minha esposa que esteve sempre do meu lado a cada conquista realizada.

Aos meus amigos que sempre estiveram em minha vida, acompanhando a minha trajetória.

A meu orientador Luiz Fernando pela paciência e dedicação, que sempre esteve ao meu lado para me orientar e me ajudar a construir este trabalho para que finalizasse mais uma etapa da minha vida.

Aos ausentes que partiram antes que este momento chegasse; às vezes me pego pensando como seria bom se vocês estivessem aqui ao meu lado nesse momento, compartilhando da minha felicidade, mas ao mesmo tempo sinto que de uma forma ou de outra vocês sempre vão estar comigo! Obrigado por um dia vocês participarem da minha vida.

Para cumprirmos nosso destino, não é suficiente simplesmente guardarmo-nos prudentemente contra os acidentes do percurso. Devemos também cobrir, antes do cair da noite, a distância designada para cada um de nós.

Alexis Carrel

RESUMO

O Infarto agudo do miocárdio é uma doença que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. É um processo que pode levar à necrose de parte do músculo cardíaco por falta de aporte adequado de nutrientes e oxigênio. Caracterizado por dor ou desconforto intenso retroesternal que pode irradiar-se para pescoço, mandíbula, membros superiores e dorso. Frequentemente esses sintomas são acompanhados por náuseas, vômitos, sudorese, palidez e sensação de morte iminente. A causa habitual é uma isquemia por oclusão de uma artéria coronária em geral pela formação de um coágulo ou por aterosclerose. Os fatores de risco para infarto agudo do miocárdio podem ser: colesterol alto, hipertensão arterial, tabagismo, excesso de peso, sedentarismo, diabetes mellitus, idade ou predisposição genética. As ações de enfermagem devem ser imediatas e precisas, pois quanto mais rápido o início do tratamento, melhor será o andamento na redução na mortalidade de pacientes com suspeita de IAM. Este estudo tem como objetivos discutir a assistência prestada pela Enfermagem em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio na Unidade de Terapia Intensiva, além de caracterizar o Infarto Agudo do Miocárdio e enumerar seus fatores de risco. O presente trabalho foi realizado através de uma revisão bibliográfica, descritiva e qualitativa sobre o Infarto Agudo do Miocárdio e a atuação do enfermeiro frente a um paciente que se encontra neste estado emergencial. Foi realizada uma busca junto à livros emprestados pela biblioteca da Faculdade Patos de Minas, artigos científicos, revistas, monografias, teses, dissertações, na base de dados da Scielo, BVS, Bireme. A busca de materiais foi realizada no período de Agosto de 2010 a Maio de 2011. Justifica-se esta pesquisa necessidade em aprofundar os conhecimentos desde acadêmico acerca de um dos principais distúrbios cardiovasculares da população mundial e da importância da assistência imediata de enfermagem ao paciente infartado, além de contribuir para os conhecimentos do público leitor e dos profissionais da saúde, e contribuir para a melhoria de um atendimento preciso e adequado ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio.

Palavras-Chave: Infarto Agudo do Miocárdio. Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem.

ABSTRACT

The Acute myocardial infarction is a disease that affects millions of people around the world, being a process that can lead to necrosis of part of the heart muscle due to lack of adequate intake of nutrients and oxygen. Characterized by intense retrosternal pain or discomfort that may radiate to neck, jaw, upper and dorso. Often these symptoms are accompanied by nausea, vomiting, sweating, paleness and a feeling of death imminente. A is a common cause of ischemia by occlusion a coronary artery in general by the formation of a clot or by atherosclerosis. Os risk factors for acute myocardial infarction may be: high cholesterol, hypertension, smoking, overweight, sedentary lifestyle, diabetes mellitus, age or predisposition genetic. As actions nursing must be immediate and accurate, because the faster onset of the treatment, the better progress in reducing mortality of patients with suspected AMI. This study aims to discuss the care provided by nursing in patients with Acute Myocardial Infarction in Intensive Care Unit, and to characterize the Myocardial Infarction, enumerate its risk factors. This study was a literature review, descriptive and qualitative information on the Myocardial Infarction and the role of a nurse in a patient who is in this state of emergency. Was searched with the books from the library of the Faculty Patos de Minas, papers, journals, monographs, theses, dissertations, in the database Scielo VHL Bireme. A search was carried out from August 2010 to May 2011. Justified this research need to deepen their knowledge about academic since a major cardiovascular disorder of the world population and the importance of immediate care nursing to patients with myocardial infarction, and contribute to the knowledge of the reading public and health professionals, and contribute to the improvement of an accurate and appropriate care to patients with acute myocardial infarction.

Keywords: Acute myocardial infarction. Intensive Care Unit. Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACD	-	Artéria coronária direita
ACE	-	Artéria coronária esquerda
DAC	-	Doença aterosclerótica coronariana
DCV	-	Doenças cardiovasculares
ECG	-	Eletrocardiograma
ECG	-	Escala de coma de Glasgow
IAM	-	Infarto agudo do miocárdio
L/MIN	-	Litros por minuto
OMS	-	Organização Mundial de saúde
PA	-	Pressão arterial
SBC	-	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SSVV	-	Sinais Vitais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	15
2.1	Fisiopatologia do IAM	15
2.2	Circulação Coronariana Arterial	17
2.2.1	Artéria coronária direita	18
2.2.2	Artéria coronária esquerda	18
2.3	Circulação Coronariana	19
2.3.1	Veias de tebésio.....	19
2.3.2	Sistema venoso intermediário	20
2.4	Manifestações Clínicas do IAM	20
2.4.1	Dor	20
2.4.2	Outros sinais e sintomas.....	21
2.5	Fatores de riscos associados ao IAM	22
2.5.1	Tabagismo.....	23
2.5.2	Idade e sexo	24
2.5.3	Obesidade.....	24
2.5.4	Sedentarismo.....	25
2.5.5	Herança genética.....	26
2.5.6	Hipertensão arterial	27
2.5.7	Diabetes	27
2.5.8	Dislipidemias	28
2.5.9	Stress.....	28
3	A UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO	30
3.1	A humanização dentro da Unidade de terapia intensiva	32
4	AÇÕES DO ENFERMEIRO PRESTADAS AO PACIENTE INFARTADO	34
4.1	Protocolo de atendimento de enfermagem ao paciente infartado.....	34
4.2	O Enfermeiro e o paciente infartado em recuperação	35
5	CONCLUSÃO	39
	REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é o processo pelo qual áreas de células do miocárdio são destruídas de forma permanente. O IAM geralmente é causado pelo fluxo sangüíneo diminuído em uma artéria coronária devido à aterosclerose e a oclusão completa de uma artéria por êmbolo ou trombo. Há causas menos freqüentes que incluem vasoespasmó súbito de uma artéria coronariana, suprimento diminuído de oxigênio ou demanda aumentada de oxigênio. Em todos os casos existe um grande desequilíbrio entre o aporte e a demanda de oxigênio no miocárdio (SMELTZER; BARE, 2005).

A doença cardiovascular permanece a principal causa de morte e contribui com 38,5% de todas as mortes. A cada 26 segundos, um norte-americano apresentará um evento coronariano e por conseqüência, a cada minuto uma pessoa morrerá por causa das doenças coronarianas (MORTON et al., 2007). No Brasil as doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,7 milhões de mortes ao ano, com projeções para o ano 2020 se persistirem como causa principal de mortalidade e incapacitação (AVEZUM; GUIMARÃES; PIEGAS, 2005).

A presente pesquisa visa caracterizar o IAM, que é, entre as doenças cardiovasculares, a principal causa de morte na população mundial. Foram abordados a caracterização do IAM, suas manifestações clínicas, bem como os fatores de risco.

Foi abordada também a importância da atuação da Enfermagem no atendimento ao paciente com IAM na Unidade de Terapia Intensiva, setor de maior complexidade de assistência.

O trabalho tem com intuito contribuir para a ampliação dos conhecimentos de profissionais da área da saúde e do pesquisador, acerca das ações de enfermagem imediatas e precisas no início do tratamento do paciente infartado, reduzindo a mortalidade de pacientes com suspeita de IAM.

O IAM é causado por uma isquemia ou oclusão de uma artéria coronária, em geral pela formação de um coágulo ou por aterosclerose, a assistência imediata é primordial para o prognóstico do paciente. Daí a importância do trabalho da enfermagem em unidade crítica, onde mais importante do que possuir habilidades

técnicas, é possuir conhecimentos científicos e capacidade para determinar uma rápida tomada de decisões.

Quando ocorre a obstrução coronariana, a lesão é reversível. Mas no decorrer de quinze a vinte minutos de isquemia começa a se tornar irreversível. A velocidade da necrose é inversamente proporcional à quantidade de circulação colateral existente e diretamente proporcional a demanda de oxigênio. Quanto mais rápido for restabelecido o fluxo, maior será a área preservada (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2000).

Segundo Smeltzer e Bare (2005) o principal sintoma apresentado na ocorrência do infarto é a dor torácica que ocorre subitamente e de forma continuada. Outras manifestações clínicas envolvem ansiedade e agitação, pele fria, pálida e úmida. Freqüências cardíaca e respiratória podem estar aumentadas. Em muitos casos, os sinais e sintomas do IAM pode confundir-se com o da angina instável.

Esse agravo requer internação hospitalar e assistência imediata, uma vez que o paciente corre maior risco de morte na primeira hora após o início dos sintomas.

Os serviços de emergência, dentre eles a Unidade de Terapia Intensiva, podem ser considerados de maior complexidade da assistência, com maior fluxo de atividades de profissionais e necessidades dos usuários. Nestes locais são exigidos, uma assistência imediata, eficiente e de ampla habilidade profissional e emprego de recursos tecnológicos (ALMEIDA; PIRES, 2007).

A ansiedade e a depressão são fatores importantes nas pessoas que apresentam infarto do miocárdio. O principal motivo se dá pelo receio de vir a falecer subitamente. O excesso de ansiedade pode ser prevenido graças à orientação prudente do paciente e dos seus familiares. As palavras precisam ser escolhidas com cuidado e precisam ser explicadas de maneira a não alarmar o doente e a família (JULIAN; COWAN, 2000).

Cabe a Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva avaliar o quadro clínico do paciente, realizando a monitorização eletrocardiográfica, avaliando a freqüência e o ritmo cardíaco, podendo identificar as arritmias, que são a causa mais comum de morte pós IAM. Para complementar os dados da monitorização cardíaca é importante a observação direta ao paciente na beira do leito, a realização do exame físico regular e detalhado para identificar os primeiros sinais e sintomas de qualquer alteração (BRESSAN; JORGE; ZIENTARSKI, 2007).

Araújo e Marques (2007) afirmam que o enfermeiro deve prestar uma assistência de enfermagem adequada, oferecer apoio psicológico e emocional tanto para o paciente como para a família, prevenir a ansiedade, o stress e angústia, uma vez que estes estados psicológicos pioram o quadro clínico e o prognóstico do paciente em situação de infarto do miocárdio.

2 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é a denominação dada ao fenômeno clínico ocorrido na circulação coronariana; ocorrem obstruções do fluxo coronário em caráter provisório ou permanente de artérias que compõem tal circulação e resultam em necrose isquêmica do miocárdio. A maioria dos casos de infarto agudo do miocárdio é ocasionada por trombozes localizadas em artérias coronárias sobre uma placa de ateroma (SANTOS, et al., 2008).

O IAM é considerado a patologia causadora do maior número de mortes no Brasil dentre as doenças cardiovasculares, pela alta prevalência e pela mortalidade pré-hospitalar; seu maior acometimento ocorre em pessoas do sexo masculino, embora o número de casos de IAM em mulheres tenha aumentado assustadoramente nos últimos anos, principalmente em mulheres sedentárias (BRANDÃO; SANTANA; CASTRO, 2009).

Para entender claramente o principal objeto de estudo deste trabalho, o Infarto Agudo do Miocárdio, é necessário que se conheça sua fisiopatologia, a anatomia e fisiologia das artérias e veias coronárias, bem como suas manifestações clínicas, que são descritos a seguir.

2.1 Fisiopatologia do IAM

O infarto agudo do miocárdio é um processo pelo qual áreas de células miocárdicas no coração são destruídas de maneira permanente, é usualmente causado por fluxo sanguíneo reduzido em uma artéria coronária devido à aterosclerose e oclusão de uma artéria por êmbolo ou trombo. O IAM também pode ocorrer por diversas outras causas como o vasoespasma de uma artéria, suprimento de oxigênio diminuído ou em casos de demanda aumentada de oxigênio. Em todos os casos existe um profundo desequilíbrio entre o suprimento e a demanda de oxigênio do miocárdio (SMELTZER; BARE, 2005).

O IAM consiste num processo pelo qual uma ou mais áreas do músculo cardíaco experimentam uma grave e prolongada diminuição no suprimento de

oxigênio, devido ao fluxo sanguíneo coronário insuficiente, em consequência disso ocorre a necrose ou morte do tecido do miocárdio; seu início pode ser súbito ou gradual e sua evolução pode variar entre três e seis horas, aproximadamente (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

Quando ocorre a obstrução coronariana, a lesão que ocorre nos miócitos é reversível. Porém no decorrer de 15-20 minutos de isquemia começa a onda de injúria celular irreversível, que geralmente se completa entre 3 e 6 horas. A velocidade da necrose é inversamente proporcional à quantidade de circulação colateral existente e diretamente proporcional a demanda de oxigênio. Restabelecer o fluxo é crucial para a recuperação das células lesadas reversivelmente. Quando mais rápido for restabelecido, maior será a área preservada (BRESSAN; JORGE; ZIENTARSKI, 2007, p. 24).

O infarto agudo do miocárdio na maioria dos casos é o resultado de uma doença aterosclerótica coronariana (DAC), porém pode ser o resultado de outros eventos ocorridos no suprimento do oxigênio. Atualmente, o conceito sobre o IAM é a precipitação de um trombo oclusivo sobre uma placa aterosclerótica que tem sua integridade danificada. A placa pode ser fragmentada a partir da erosão ou de sua ruptura. A erosão consiste de perda superficial da integridade endotelial com exposição do tecido subendotelial e a segunda forma de fragmentação da placa, é a perda da integridade da capa fibrosa (ZORNOFF, 2011).

O infarto agudo do miocárdio acontece imediatamente após uma oclusão coronária aguda, o fluxo sanguíneo cessa nos vasos coronários, em um ponto além da oclusão, exceto por pequena quantidade de fluxo colateral dos vasos circundantes. A área do músculo cardíaco fica com fluxo zero, ou com fluxo tão pequeno que não consegue sustentar a função do músculo cardíaco, é chamada de área infartada (GUYTON; HALL, 2002).

Dos males que afetam o sistema cardiovascular, as doenças das coronárias são consideradas as mais relevantes em relação ao funcionamento perfeito da bomba cardíaca. Sabe-se que o coração não é nutrido por todo o sangue que passa por ele e é distribuído para as partes e tecidos do corpo. Após o bombeamento do sangue através do ventrículo esquerdo para a principal artéria do corpo, a aorta, “há um refluxo que não entra novamente para o coração porque assim que o sangue é ejetado, há o fechamento das válvulas aórticas, encaminhando, então o sangue do refluxo para as artérias coronárias” (MACHADO, 2004, p.1).

Logo após o início do infarto, pequena quantidade de sangue começa a penetrar na área onde ocorreu o infarto, tal acontecimento associado à dilatação dos vasos sanguíneos locais, resulta em uma área totalmente alagada com sangue que se encontra ali estagnado. Devido à falta de oxigênio no local, a área infartada se torna escurecida e ocorre a necrose celular, em eventos como estes, tardios, as paredes vasculares ficam permeáveis, favorecendo o vazamento do líquido, provoca edema nas células musculares cardíacas e provoca a morte celular em poucas horas (GUYTON; HALL, 2002).

2.2 Circulação Coronariana Arterial

As paredes do músculo cardíaco tem o seu próprio suprimento de vasos sanguíneos sistêmicos para satisfazer suas necessidades vitais. O miocárdio é suprido com o sangue das artérias coronárias direita e esquerda. Estes dois vasos originam-se da parte ascendente da aorta, no nível das válvulas semilunares da valva da aorta, circundam o coração no interior do sulco coronário que é a reentrância entre os átrios e os ventrículos (GRAAF, 2003).

As principais artérias coronárias situam-se na superfície do coração, e as artérias menores penetram na massa muscular cardíaca, portanto, o coração recebe seu suprimento sanguíneo nutritivo quase que inteiramente por essas artérias, a artéria coronária esquerda supre principalmente as partes anterior e lateral esquerda do ventrículo esquerdo, enquanto a artéria coronária direita supre a maior parte do ventrículo direito, bem como a parte posterior do ventrículo esquerdo. (GUYTON; HALL, 2002).

A artéria coronária esquerda irriga principalmente a parte anterior do ventrículo esquerdo, enquanto a artéria coronária direita irriga a maior parte do ventrículo direito, assim como a parte posterior do ventrículo esquerdo em 80 a 90% das pessoas. Em 50% de todos os seres humanos o fluxo de sangue através da artéria coronária direita é maior que através da esquerda; porém, em 30% dos casos elas são quase iguais, e em apenas 20% a artéria esquerda predomina. Através do seio coronário sai a maior parte do sangue venoso proveniente do ventrículo esquerdo – o que representa por volta de 75% do fluxo sanguíneo coronário total. Portanto, a maior parte do sangue venoso proveniente do ventrículo direito flui através das pequenas veias cardíacas anteriores (MACHADO, 2004, p. 4).

Segundo Guyton e Hall (2002, p. 214) “o fluxo sanguíneo coronário em repouso alcança uma média aproximadamente de 225 ml por minuto, que corresponde a cerca de 0,7 a 0,8 ml por grama de músculo cardíaco ou de 4 a 5% do débito total.”

“À medida que as células são privadas de oxigênio, a isquemia se desenvolve, ocorre a lesão celular e, com o passar do tempo, a falta de oxigênio resulta em infarto ou morte das células” (SMELTZER; BARE, 2006, p.776).

2.2.1 Artéria coronária direita

A artéria coronária direita (ACD) se origina do seio coronário direito. Ela transita entre a via de saída do ventrículo direito e a aurícula direita e então segue no sulco atrioventricular direito, a porção inicial da ACD segue em curso horizontal. A porção final do segmento proximal e toda a porção média da ACD seguem seu curso no sulco atrioventricular direito. A porção distal da ACD se inicia após a emergência do ramo marginal e passa horizontalmente ao longo da superfície diafragmática do coração (ANDRADE, 2006).

A ACD situa-se na gordura do sulco atrioventricular direito, continua seu trajeto pelo interior do mesmo sulco na parte posterior, cruza a cruz do coração e se divide em dois ou mais ramos que descem no interior do sulco interventricular posterior ou próximo a ele em direção ao ápice do coração (MACHADO, 2004).

2.2.2 Artéria coronária esquerda

A artéria coronária esquerda (ACE) surge de um óstio localizado na metade superior do seio coronário esquerdo da aorta e situa-se livremente na gordura epicárdica; sua divisão é considerada uma bifurcação e normalmente está dividida em artéria descendente anterior esquerda e artéria circunflexa esquerda (MACHADO 2004).

Para Andrade (2006) a artéria coronária esquerda origina-se do seio aórtico esquerdo e passa atrás do tronco pulmonar. Ele, normalmente, tem trajeto horizontalizado ou assume leve trajeto caudo-cranial e divide-se em artéria descendente anterior e artéria circunflexa. Ocasionalmente termina originando o ramo diagonalis, que se direciona lateralmente à artéria descendente anterior.

A artéria circunflexa esquerda supre a maior parte do átrio esquerdo e parte posterior do ventrículo esquerdo, tal artéria costuma terminar sobre a parede posterior do átrio esquerdo e cruza por trás sobre o sulco atrioventricular (MACHADO, 2004).

2.3 Circulação Coronariana Venosa

Como todo o organismo, o coração também tem a sua circulação venosa. Existem normalmente três sistemas venosos no coração divididos em veias de Tebésio, sistema venoso intermediário, e em alguns corações a veia coletora subintimal que aparece na base do átrio direito para qual drenam as veias cardíacas anteriores (MACHADO, 2004).

A maior parte do fluxo sanguíneo venoso coronário do ventrículo esquerdo retorna para o lado direito do coração via seio coronário e a maior parte do sangue venoso coronário do ventrículo direito retorna por meio das pequenas veias cardíacas anteriores (GUYTON; HALL, 2002).

2.3.1 Veias de tebésio

As veias de Tebésio são pequenas, numerosas, aparecem em volta dos átrios e ventrículos e drenam apenas pequena quantidade do retorno venoso, podem ser encontradas no lado esquerdo do miocárdio em algumas vezes (MACHADO, 2004).

“Através das veias de Tebésio, uma pequena quantidade de sangue coronariano flui de volta para dentro do coração, estas veias drenam diretamente

para dentro de todas as câmaras cardíacas” (ROCHA, VASCONCELOS E AMARAL, 2010, p. 22).

2.3.2 Sistema venoso intermediário

É o mais importante sistema venoso cardíaco, fornece a maior parte da drenagem venosa do ventrículo direito. E dividido em dois ou três troncos que drenam na direção do sulco atrioventricular direito e desemboca diretamente no átrio direito (MACHADO, 2004).

A maior parte do sangue venoso coronário é drenada pelas veias que acompanham as artérias. As veias cardíacas terminam no seio coronário, uma grande veia que se esvazia no átrio direito. O restante do sangue da circulação coronária é recolhido do miocárdio por veias pequenas que se abrem diretamente nas quatro câmaras cardíacas (ANDRADE, 2006).

2.4 Manifestações Clínicas do IAM

O IAM na maioria das vezes chega acompanhado de sinais e sintomas que conduzem a atenção para algum problema cardíaco, porém ele pode ocorrer na minoria dos casos de forma assintomática. Diversos são os sinais e sintomas que devem ser associados ao IAM; normalmente tais manifestações acontecem em vários sistemas do organismo humano.

2.4.1 Dor

A dor torácica ou desconforto torácico ocorre de forma repentina e contínua apesar do repouso e da administração de medicamentos, é considerada o mais importante sintoma apresentado pelo paciente; a distensão jugular aumentada pode

ser notada quando da ocorrência de insuficiência cardíaca e a elevação da pressão arterial devido à estimulação simpática ou diminuída em decorrência da queda da contratilidade cardíaca, além disso, pode ocorrer palpitações, bem como o choque cardiogênico (SMELTZER; BARE, 2005).

A dor torácica pode se apresentar de forma típica como sensação de opressão, aperto, peso, constrição, queimação, localizada no precórdio ou região retroesternal geralmente de forma difusa com irradiação para os membros superiores, dorso, pescoço, mandíbula e região epigástrica; normalmente gradual e crescente com a duração de minutos a poucas horas, contínua ou intermitente (JÚNIOR; TIMERMAN; STEFANINI, 2009).

A descrição clássica da dor torácica [...] aguda é a de uma dor ou desconforto ou queimação ou sensação opressiva [...], acompanhada freqüentemente de diaforese, náuseas, vômitos, ou dispnéia. A dor pode durar alguns minutos (geralmente entre 10 e 20) e ceder, como nos casos de angina instável, ou mais de 30min, como nos casos de infarto agudo do miocárdio. O paciente pode também apresentar uma queixa atípica como mal estar, indigestão, fraqueza ou apenas sudorese, sem dor. Pacientes idosos e mulheres freqüentemente manifestam dispnéia como queixa principal no infarto agudo do miocárdio, podendo não ter dor ou mesmo não valorizá-la o suficiente (BASSAN, 2002, p.4).

A maioria dos pacientes infartados referem a dor como o principal sintoma. Em algumas circunstâncias citam esta dor como algo insuportável, profunda e visceral, algumas vezes de forma perfurante ou queimação. Referem ansiedade e agitação na tentativa de aliviar a dor; bem como apertam o peito para tentar o alívio de alguma forma (SILVA; MARQUES, 2007).

2.4.2 Outros sinais e sintomas

Pacientes em situação de infarto agudo do miocárdio podem apresentar associados à dor sinais e sintomas como sudorese intensa, pele fria e pegajosa, palidez cutânea, hipertensão ou hipotensão arterial, bradicardia ou taquicardia, batimentos ventriculares u auriculares prematuros, palpitações, ansiedade intensa, dispnéia, desorientação, confusão, agitação, tonteiras, fraqueza acentuada, náuseas e vômitos (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

Pacientes que apresentam dispnéia, taquipnéia e sons estertores indicam que o IAM gerou congestão pulmonar, nestes casos pode estar presente também o edema pulmonar; o débito urinário diminuído pode indicar choque cardiogênico; a palidez, pele fria, pegajosa e sudoréica são decorrentes da estimulação simpática devida a perda da contratilidade. O aumento das frequências cardíaca e respiratória pode ocorrer. Se o paciente estiver em uso de trombolíticos pode apresentar cefaléia, distúrbios visuais, fala e função motora alterada, bem como modificações no nível de consciência que podem indicar sangramento cerebral (SMELTZER; BARE, 2005).

Normalmente na primeira hora do IAM, muitos pacientes apresentam pulso e pressão arterial dentro dos valores normais, porém muitos podem apresentar hiperatividade do sistema nervoso simpático que se apresenta em forma de taquicardia ou hipertensão, outros podem apresentar hiperatividade parassimpática em forma de bradicardia ou hipotensão (SILVA; MARQUES, 2007).

O infarto agudo do miocárdio quase sempre é o resultado dos abusos cometidos pelo homem em relação à sua saúde. A educação populacional é necessária uma vez que a prevenção através do conhecimento dos fatores de riscos podem se tornar grande aliada na luta contra o IAM.

2.5 Fatores de riscos associados ao IAM

As doenças cardiovasculares, principalmente o Infarto Agudo do Miocárdio, são consideradas ícones no número de mortes ocorridas no Brasil; em geral o IAM é causado por obstrução coronariana advinda de fenômenos como trombose, vasoespamos ou ateromas. Vários são os fatores de riscos que promovem tais fenômenos e provocam desenvolvimento de um episódio isolado de IAM, ou até mesmo associado às outras DACs.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica os fatores de risco em dois grupos, um deles relacionado com o indivíduo e o outro relacionado ao ambiente. O primeiro grupo de fatores de risco subdivide-se em idade, sexo, escolaridade, herança genética, tabagismo, dieta inadequada, sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica, obesidade e hipercolesterolemia. No segundo grupo estão as condições

socioeconômicas, culturais, ambientais e de urbanização, principalmente o stress (COLTRO, et al., 2009, p. 606).

2.5.1 Tabagismo

Considerado um dos principais fatores de risco em potencial para o desenvolvimento do IAM, o tabagismo tanto ativo quanto passivo se torna a substância de consumo mais letal. A OMS estima que anualmente ocorram quatro milhões de mortes associadas ao tabagismo, cerca de oitenta mil dessas mortes ocorrem no Brasil (ROCHA; VASCONCELOS; AMARAL, 2010).

Indivíduos fumantes apresentam maior risco para o desenvolvimento do IAM, uma vez que, as ações da nicotina e do monóxido de carbono promovem o aumento da atividade cardíaca e da pressão sanguínea arterial, causa lesão endotelial e atua na elevação dos níveis lipídicos e altera ainda os níveis de coagulabilidade sanguínea (SILVA; MARQUES, 2007).

Dentre os fatores de risco preveníveis que se associam fortemente à ocorrência de IAM, o hábito de fumar merece destaque. A associação entre tabagismo e maior ocorrência de doença coronariana aterosclerótica advém de múltiplos efeitos deletérios causados pelo cigarro [...].No Brasil, estima-se que o tabagismo seja responsável por cerca de 100 mil mortes/ano e, mesmo com as inúmeras evidências científicas que apontam para os malefícios do cigarro, se reconhece que aproximadamente um quinto da população mundial é composta de tabagistas (LUCIANO, et al.2007, p.35).

O tabaco é uma substância que altera os marcadores inflamatórios e hematológicos, portanto, os indivíduos fumantes apresentam um risco de sofrer um IAM até três vezes maior que o indivíduo não fumante; em outros momentos o fumo causa a perda da saúde, pois está associado ao aparecimentos de outras doença (PIEGAS, 2004).

O cigarro contribui para a aceleração da aterosclerose e para tornar mais instáveis os quadros de insuficiência coronariana. A nicotina aumenta a freqüência cardíaca e a probabilidade de espasmo dos vasos sanguíneos. Aumenta, também, a predisposição da placa aterosclerótica para formar coágulos. Portanto, o risco do fumante ter infarto e angina é altíssimo (STEFANINI, 2010).

A nicotina provoca aumento dos batimentos cardíacos , da frequência respiratória e da pressão arterial; quando o indivíduo fuma um cigarro a nicotina é rapidamente espalhada pelos tecidos e acontece então neste momento uma vasoconstrição (CARLINI, et al. 2001).

2.5.2 Idade e sexo

Outro grande fator de risco para o desenvolvimento do IAM é a idade principalmente se estiver associada a outros fatores de risco como a hipertensão, ao sedentarismo, intolerância a glicose e outros fatores; a população do sexo masculino possui maior risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares em comparação às mulheres (ROCHA; VASCONCELOS; AMARAL, 2010).

A prevalência das DACs normalmente é maior no homem, na mulher provavelmente só vai ocorrer um IAM se ela for portadora de alguma doença como HAS ou diabetes, porém após o climatério, durante a menopausa, a incidência de IAM em mulheres chega próxima ao número de homens que sofreram IAM na mesma faixa etária; em relação à idade, quanto maior, mais se aumenta o risco do desenvolvimento de uma DAC, principalmente quando as paredes arterial são alvos de degeneração (SILVA; MARQUES, 2007).

O fator de risco idade é importante para definição da patologia, uma vez que o IAM acomete principalmente as pessoas acima de 60 anos e na maioria dos casos são indivíduos com presença de DAC mais grave e observa-se neste caso ainda o predomínio do sexo masculino (PENA, et al., 2009).

2.5.3 Obesidade

A obesidade está associada às DCVs, principalmente quando se tratar da obesidade visceral, localizada na região abdominal; é importante que seja observada as medidas da região abdominal para que seja evitado a ocorrência do IAM, para tanto ressalta-se a importância da perda de peso (SILVA; MARQUES, 2007).

“O tecido adiposo está relacionado com um significativo número de substâncias que têm participação fundamental nos mecanismos da aterosclerose. O tecido adiposo, principalmente o branco, é responsável por ocasionar a DAC” (ROCHA; VASCONCELOS; AMARAL, 2010, apud BOAS et al, 2005, p.24).

“Atualmente, a obesidade situa-se entre os fatores maiores de risco de doença arterial coronariana, ao lado de hipercolesterolemia, hipertensão, tabagismo e diabetes, com prevalência e incidência crescentes” (PIEGAS,2004, p. 59).

A obesidade predispõe o indivíduo a diversas doenças, muitos desenvolvem a obesidade devido ao consumo de dietas inadequadas, pois ingerem grande quantidade de carboidratos e gorduras, além de ingerirem também altas quantidades de sódio embutido nestes tipos de alimentos. Como conseqüências deste descontrole alimentar surgem as DACs, que associadas a outros fatores de risco como o tabagismo, diabetes, HAS, se torna propensa a sofrer um ataque agudo do miocárdio (RUAS; PAINI; ZAGO, 2010).

Afirmam ainda Ruas, Paini e Zago (2010) que a ingestão desordenada de sódio provoca a retenção de líquidos no organismo, proporcionando edemas e grande diminuição no volume urinário, o que pode prejudicar o controle hídrico do indivíduo

2.5.4 Sedentarismo

A falta de preparo físico adequado ou sedentarismo é considerado também outro grande fator risco para o desenvolvimento do IAM. O indivíduo sedentário apresenta maior número de obesidade, maior intolerância a glicose, maior elevação dos níveis pressóricos e apresenta ainda duas vezes mais o risco de morte por DCVs (ROCHA; VASCONCELOS; AMARAL, 2010).

Praticar exercícios físicos, aeróbicos ou caminhadas, proporciona condição física ao indivíduo, melhora a qualidade de vida, propicia queda nos níveis lipídicos, na perda de peso e reforça a potência muscular do miocárdio (SILVA; MARQUES, 2007).

A falta de preparo físico está associada aos fatores de risco que contribuem para o acometimento de eventos coronarianos atuais ou recorrentes. O

sedentarismo provoca redução do consumo de oxigênio, diminui o tônus muscular, provoca aumento de peso corporal e associado ao consumo de lipídeos proporciona a elevação dos níveis de colesterol e triglicérides, aumenta o grau do estresse, provoca queda no humor além de ativar a baixo estima do indivíduo e até o desenvolvimento de depressão (PIEGAS, 2004).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2004) vários fatores de risco são beneficiados com a prática de exercícios físicos de forma leve, moderada ou acentuada; o exercício promove a perda de peso, a queda dos níveis de colesterol e triglicérides quando estão elevados, a normalidade da pressão arterial, a resistência arterial periférica diminui com a redução da pressão arterial, além de melhorar os níveis de stress com a liberação da endorfina que promove a sensação de bem estar e prazer nas atividades cotidianas.

“A atividade física aumenta a sensibilidade à insulina e reduz o risco de desenvolver Diabetes Mellitus não dependente de insulina. A prática de exercícios promove ainda a elevação do HDL- colesterol” (PIEGAS, 2004, p. 61).

A prática de exercícios físicos seguida dentro de um programa desenvolvido especificamente para indivíduos hipertensos ou sedentários apresenta-se como estratégia efetiva na redução dos níveis tensionais e melhora a aptidão física, resultando em uma prevenção privilegiada frente ao infarto agudo do miocárdio e suas complicações.

2.5.5 Herança genética

A herança genética, fator de risco não modificável é considerado outro fator de risco. Indivíduos que possuem parentes em primeiro grau portadores de DCVs têm maior risco de desenvolvimento de um IAM (ROCHA; VASCONCELOS; AMARAL, 2010).

A história familiar de IAM é um determinante importante, consistente e independente; indivíduos que tem ou tiveram pais que sofreram infarto terão um risco maior de desenvolver o IAM e apresentam também risco para a patologia aqueles que são descendentes de portadores de DAC (MOREIRA, 2009).

Em um estudo realizado em necrópsias de crianças com idade inferior a um ano e com história familiar e doença aterosclerótica coronariana, pode-se observar que o estreitamento luminal era duas vezes menor em crianças que são descendentes de família com histórias de DAC, portanto, o entendimento em se adotar a herança genética como fator de risco para desenvolvimento do IAM (SILVA; MARQUES, 2007).

2.5.6 Hipertensão arterial

Patologia caracterizada por múltiplas causas e fatores modificáveis e não modificáveis é associada às variações dos níveis pressóricos normais, distúrbios metabólicos, hormonais e ao consumo exagerado do sódio, é associado também ao estresse, além de danificar as artérias e provocar um crescimento acelerado de ateromas (ROCHA; VASCONCELOS; AMARAL, 2010).

“A hipertensão arterial desempenha importante papel na progressão da doença no paciente pós-IAM. Contribui para remodelação ventricular, insuficiência cardíaca congestiva e aceleração da aterosclerose” (PIEGAS, 2004, p. 57). Segundo ainda Piegas (2004) a meta de controle estabelecida para definição de HAS deve se estabelecer entre os níveis pressóricos de 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para a pressão diastólica.

Considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do IAM a HAS reflete no comprometimento renal, cerebral e coronário; no comprometimento coronário, o estudo de Framingham demonstra que o desenvolvimento da DAC é proporcional aos níveis pressóricos e ainda por ser inicialmente assintomática é consideravelmente maior nos indivíduos hipertensos (NICOLAU, et al, 1999).

2.5.7 Diabetes

“Pacientes diabéticos apresentam doença coronariana mais difusa [...], sofrem mais intensamente as repercussões da isquemia, evoluindo com maior facilidade para o desenvolvimento de cardiopatia isquêmica” (PIEGAS, 2004, p.58).

O diabetes é a terceira causa principal de morte por doença, sobretudo por causa da alta taxa de doença cardiovascular, principalmente o IAM, dentre elas o maior destaque é para o diabetes tipo 2, e a principal meta para a prevenção da diabetes , beneficiando o sistema cardiovascular é controlar os níveis glicêmicos, evitando possíveis complicações (SMELTZER; BARE, 2005).

“Caracteriza-se por níveis de glicose sanguínea elevados e distúrbios do metabolismo de carboidratos [...]. Está associada a complicações agudas, como a cetoacidose diabética, em situações de extrema deficiência da ação da insulina.” (ROCHA; VASCONCELOS; AMARAL, 2010 apud BARRETO; NEGRÃO, 2006, p. 28).

2.5.8 Dislipidemias

A dislipidemia é considerada outro grande fator de risco para as complicações das DACs; para se determinar a dislipidemia deve-se utilizar o Escore de Framingham como referência, onde classifica-se os indivíduos de acordo com o risco atribuível aos valores da idade, pressão arterial e aos níveis do colesterol e triglicérides (MORAIS, et al., 2010).

Os principais lípidos, colesterol e triglicérides, são distúrbios do metabolismo lipídico que repercute em seus níveis séricos; as alterações ocorridas em tal metabolismo são classificadas como fatores de riscos responsáveis pelo desenvolvimento das DACs (ROCHA; VASCONCELOS; AMARAL, 2010).

A ingestão descontrolada de gorduras saturadas em grande quantidade nas dietas, os distúrbios lipídicos, principalmente o colesterol provocam o crescimento de ateromas nas paredes arteriais e são grandes causadores das DACs, são mais prevalentes nas mulheres principalmente devido à instalação da menopausa, quando ocorre declínio nos níveis de estrogênio e nos níveis lipídicos (SILVA; MARQUES, 2007).

2.5.9 Stress

O stress é definido como uma reação do organismo, com componentes físicos e ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas, que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou se confunda e é capaz de gerar alterações que provocam o desequilíbrio do corpo (BARROS, 2007).

O stress é considerado outro grande fator de risco para o IAM, uma vez que ocorre excessiva e prolongada ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. A adrenalina excessiva circulante provoca a contração dos vasos já comprometidos pelas placas ateroscleróticas, bem como provoca alterações irregulares do ritmo cardíaco, conseqüentemente diminui o fluxo sanguíneo e pode provocar o IAM (BERNIK, 2004).

O stress é beneficiado pela prática da atividade física diária. Não há necessidade de ser um exercício intenso como correr a maratona. Praticar exercícios físicos a uma constante de 30 minutos diariamente, pelo menos quatro vezes por semana, é suficiente para que o nível de tensão caia consideravelmente. Os benefícios não são apenas físicos, concomitantemente, ocorre um relaxamento psíquico e emocional que faz as pessoas se sentirem mais energizadas.

3 A UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO

Desde os primórdios, Florence Nightingale, já se falava em observação continuada, quando em sua prática de enfermagem observava que os pacientes das enfermarias se encontravam em diferentes níveis de gravidade e dependência. Já nesta época, Florence designava que os pacientes mais complexos deveriam ficar mais próximos das áreas de trabalho das enfermeiras, uma vez que a proximidade facilitaria a observação contínua destas profissionais (FERNANDES, 2005).

Com o passar do tempo e a evolução da medicina, da tecnologia e da assistência de enfermagem, surge a necessidade da criação de ambientes onde os pacientes teriam um atendimento aprimorado e que fosse de encontro às necessidades de cada um. Foi criado então o ambiente hospitalar e dentro desta modalidade surgiu as UTIs (FERNANDES, 2005).

As UTIs surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado (VILA; ROSSI, 2002, p. 138).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma área hospitalar devidamente adequada para prestar serviços de internação destinados a pacientes que se encontram em estado graves ou de risco, que requerem assistência médica especializada e assistência de enfermagem permanentes e qualificada. Deve contar com recursos humanos especializados, com equipamentos específicos, deve ser dotada de espaço físico amplo e adequado que permita a circulação livre da equipe que presta assistência na UTI, bem como proporciona maior conforto ao paciente (BRESSAN; JORGE; ZIENTARSKI, 2007).

As primeiras Unidades de Terapias Intensivas foram instaladas no Brasil na década de 70, com a “finalidade de centralizar pacientes graves recuperáveis em uma área hospitalar com recursos humanos, equipamentos e materiais especificamente direcionados ao cuidado desses pacientes” (KIMURA; KOIZUMI; MARTINS, 1997, p. 305).

A UTI deve estar localizada em uma área geográfica distinta dentro do hospital, quando possível, com acesso controlado, sem trânsito para outros departamentos. Sua localização deve ter acesso direto e ser próximo de elevador, serviço de emergência, centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica, de laboratório e radiologia (MALTA; NISHIDE, [200?]).

A finalidade da Unidade de Terapia Intensiva consiste em promover melhoria nos cuidados de assistência destinados aos pacientes graves, objetivando o tratamento e a prevenção de possíveis complicações; no caso dos pacientes que foram acometidos por IAM, a permanência do paciente na UTI, previne principalmente as complicações decorrentes das alterações da atividade elétrica cardíaca (BRESSAN; JORGE; ZIENTARSKI, 2007).

Os pacientes que necessitam de internamento em UTI, são aqueles que devido às suas condições clínicas demandam o uso de aparelhos específicos diversos e também o uso de inúmeros procedimentos terapêuticos, estão propensos a maiores complicações como instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória, distúrbios hidroeletrólíticos, falência múltipla de órgãos e vários outros fatores e condições predisponentes que podem estar presentes na gravidade da própria patologia (FERNANDES, 2005).

O ambiente físico de uma UTI deve ser composto de leitos em boxes individuais, impossibilitando que os pacientes que estejam conscientes percebam as eventuais emergências que venham a ocorrer dentro da unidade no decorrer do seu tratamento e lhes proporcione tranquilidade e serenidade necessárias ao programa geral do seu tratamento; mesmo separados, os leitos devem ser visualizados de forma direta pela equipe de enfermagem que não deve se ater apenas à vigilância dos monitores para avaliação dos pacientes (MALTA; NISHIDE, [200?]).

Para o paciente que sofreu um IAM os equipamentos básicos necessários constituem-se de um sistema de monitorização cardíaca; eletrocardiógrafo; equipamento de raios X; instrumentos hemodinâmicos; gasometrias; desfibriladores; marcapassos; respiradores; carrinho de emergência contendo todos os suprimentos necessários; oxigênio; aspiradores; tábua para possíveis manobras de ressuscitação cardiopulmonar e materiais esterilizados, bem como equipe multiprofissional capacitada técnico e cientificamente (BRESSAN; JORGE; ZIENTARSKI, 2007).

3.1 A humanização dentro da Unidade de terapia intensiva

De acordo com os valores éticos expressos na sociedade, humanizar significa tornar uma prática bela e solene, mesmo que seja em uma situação extremamente degradante, dolorosa e triste na natureza humana. É assumir uma posição de respeito perante o outro e reconhecer os limites que devem ser dispensados aos pacientes críticos; a humanização dentro da UTI tem como principal objetivo o fortalecimento da articulação do conhecimento técnico e científico com o cuidado que incorpora a necessidade e o acolhimento do paciente em questão (NUNES, et al. 2004).

Humanizar significa construção partilhada de todos os envolvidos no processo de cuidar, através de um atendimento acolhedor. A humanização visa valorizar as relações no ambiente hospitalar, resgatar o respeito e a dignidade, bem como atender o usuário nas dimensões de seu ser. Humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde (CRIPPA; KAMIESKE; SILVA, 2006).

A humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta, sim, irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas que diariamente vivenciam a UTI (VILA; ROSSI, 2002, p. 138).

O paciente internado na unidade de terapia intensiva sofre grandes alterações de ordens psicológicas e afetivas, como ansiedade e medo, devido à complexidade do atendimento prestado; o conceito de humanização pode ser traduzido como uma busca incessante do conforto físico, psíquico e espiritual ao paciente, família e equipe (BITENCOURT et al. 2007).

É importante no atendimento humanizado, principalmente naquele direcionado ao paciente que se encontra acometido por um IAM, manter o controle da dor e da ansiedade, fornecer orientações sobre sua doença e tratamento em linguagem acessível, melhora da qualidade do sono, maior movimentação no leito, políticas de visita aberta, respeito à privacidade, conforto e apoio psicológico e

emocional. O envolvimento com o paciente e a família é um pré-requisito essencial para humanizar (BITENCOURT et al., 2007).

A humanização não consiste apenas em mudanças físicas como melhoria de atendimento, constitui-se principalmente de mudanças de comportamento e atitudes frente ao paciente e seus familiares. A responsabilidade da equipe se estende para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focalizadas no cliente, os profissionais que prestam esta assistência direta ou indireta aos pacientes são os verdadeiros responsáveis pela humanização (NUNES, et al. 2004).

O processo de humanização nas UTIs deve envolver a compreensão do significado da vida do ser humano e tem como desafio viver o cuidado como componente essencial da vida; espera-se que o profissional da UTI possa demonstrar com intensidade e satisfação a solidariedade exigida no rosto de cada paciente que o olha pedindo ajuda e compreensão em todo instante (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2003)

4 AÇÕES DO ENFERMEIRO PRESTADAS AO PACIENTE INFARTADO

Durante o atendimento ao paciente infartado, além do protocolo médico que deve ser seguido rigorosamente, o enfermeiro deve realizar procedimentos de assistência de enfermagem que engloba cuidados direcionados ao paciente e associados ao uso das drogas relacionadas no protocolo médico e prescritas pelo profissional durante o atendimento, promoverão benefícios ao paciente.

4.1 Protocolo de atendimento de enfermagem ao paciente infartado

Acomodar o paciente no leito em posição Semi- Fowler, conversar calmamente com o paciente, identificar-se enquanto dá início aos procedimentos básicos, observar o local, tipo e frequência da dor, retirar os pertences do paciente e entregar para a família, na ausência desta, entregar para a supervisão de enfermagem, realizar monitorização cardíaca e verificar SSVV, observar arritmias presentes, instalar oximetria de pulso, verificar saturação de O₂, realizar o ECG; instalar oxigenoterapia pelo tempo necessário, puncionar acesso venoso periférico de preferência com cateter calibroso, instalar soroterapia, coletar sangue para exames laboratoriais de rotina (BERNARDINO, et al. 2002).

Caso o paciente tenha sintomas de sudorese, vômitos, ou esteja fazendo uso de diuréticos, averiguar sinais de hipovolemia, caso o mesmo tenha períodos de confusão mental, observar o nível de consciência através da escala de Glasgow (ECG), aferir pressão arterial (PA) antes de administrar qualquer medicamento prescrito com ação hipotensora, comunicar ao médico se PA sistólica estiver abaixo de 100 mmHg, manter o carrinho de emergência próximo, a fim de evitar transtornos durante os procedimentos (BERNARDINO, et al. 2002).

Além destes cuidados especificamente, o enfermeiro deve manter-se atento às recidivas do IAM, enquanto o paciente encontra-se sob seus cuidados. O conhecimento quanto ao protocolo médico que deve ser instituído neste momento é de competência do enfermeiro e o mesmo deve estar preparado para reiniciá-lo

imediatamente. Muito importante também é o conhecimento que o enfermeiro deve possuir a cerca das drogas a serem administradas durante tal evento.

4.2 O Enfermeiro e o paciente infartado em recuperação

A enfermagem é uma profissão que ao longo dos tempos vem desenvolvendo diversas funções dentro da área da saúde, é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. O profissional da enfermagem, principalmente o enfermeiro, tem como filosofia de trabalho contribuir para que os indivíduos alcancem nível e qualidade de vida adequados, principalmente quando se refere à assistência de pacientes que se encontram em estado grave.

Um dos mais importantes aspectos do cuidado com o paciente infartado a ser observado pelo enfermeiro é o histórico. Ele estabelece a linha de base para o paciente, de modo que quaisquer desvios possam ser identificados, identifica sistematicamente as necessidades do paciente e ajuda a determinar a prioridade dessas necessidades. Tal avaliação sistemática inclui uma história minuciosa principalmente quando está relacionada com os sintomas apresentados pelo paciente (SMELTZER; BARE, 2005).

O tratamento iniciado logo após a admissão do paciente na Unidade Tratamento Intensivo deve prosseguir ao longo de toda a sua permanência dentro do hospital; os cuidados com o paciente devem ser voltados unicamente à prevenção de novas complicações durante o seu período de internação.

Durante o período de internação do paciente acometido por IAM na UTI, é necessária uma observação constante. Cabe ao enfermeiro a responsabilidade de manter esta vigilância, uma vez que as arritmias são as causas mais comuns de morte pós-infarto; ele deve ser capaz de identificar distúrbios arrítmicos, avaliar o seu perigo relativo e decidir que medida tomar quando uma arritmia se manifestar (SILVA; MARQUES, 2009).

Para tanto o enfermeiro que atua em setores críticos como a UTI deverá ter treinamento especializado e experiência para ganhar a competência na avaliação e identificação de problemas de cuidados de saúde dos pacientes em situações de emergência (OLIVEIRA, 2009).

Apesar de todos os esforços preventivos, ainda podem ocorrer e, realmente ocorrem, catástrofes inesperadas em pacientes com infarto agudo do miocárdio.

Nessas circunstâncias, a sobrevivência depende de decisões e medidas tomadas em frações de segundo. Não somente os enfermeiros devem estar preparados para tais emergências, como também é absolutamente essencial que todos os equipamentos e matérias de ressuscitação estejam sempre prontos para uso imediato. As máquinas, principalmente os desfibriladores, devem ser testados regularmente, a fim de se verificar, se estão funcionando perfeitamente (SILVA; MARQUES, 2009, p.25).

O cuidado do enfermeiro deve basear-se na realização plena da assistência, promover o conforto do indivíduo na unidade de terapia intensiva, estabelecer uma relação de confiança com o paciente, avaliar suas necessidades, esclarecer suas dúvidas além de ser um participante ativo no acompanhamento dos procedimentos realizados com o paciente, respeitando sempre suas limitações e seus valores quanto ao processo saúde-doença no qual ele encontra-se inserido (NEVES, et al. 2010).

O enfermeiro deve direcionar, coordenar, observar o trabalho de sua equipe quanto à realização de suas atribuições; deverá estar atento para os principais cuidados com este tipo de paciente como o controle do balanço hídrico que deverá ser mantido rigorosamente dentro das metas definidas, visto que a instabilidade do balanço hídrico pode acarretar diversas ameaças à eficiência da circulação (SILVA; MARQUES, 2009).

O enfermeiro deve estar atento para outros cuidados como o oxigênio que deve ser administrado juntamente com a terapia medicamentosa para ajudar no alívio dos sintomas; os sinais vitais devem ser frequentemente avaliados enquanto o paciente está experimentando dor e outros sintomas de isquemia aguda; o repouso físico no leito com a cabeceira elevada ajuda a diminuir o desconforto torácico e a dispnéia; a avaliação regular e cuidadosa da função respiratória ajuda na detecção de sinais de complicações pulmonares; promover o repouso do paciente reduz o consumo miocárdico de oxigênio, o que garante uma perfusão tissular adequada (SMELTZER; BARE, 2005).

Aliviar a ansiedade e os medos do paciente com IAM é outra função do enfermeiro, é importante para diminuir a resposta ao estresse simpático. A redução da estimulação simpática reduz a carga de trabalho do coração, podendo aliviar a dor e outros sinais e sintomas de isquemia. O enfermeiro deve estar disposto a ouvir

as queixas relatadas pelo paciente, uma vez que, eles apresentam um quadro de intensa ansiedade, insegurança e medo de morrer (SMELTZER; BARE, 2005 e FIGUEIREDO, 2006).

Atividades como observar e registrar a evolução da dor torácica, bem como sua localização, irradiação, duração e intensidade; realizar eletrocardiograma; analgesia farmacológica, realizar ausculta cardíaca e respiratória rigorosamente nas primeiras 24 horas; controlar a infusão de drogas vasoativas e agentes trombolíticos; verificar possíveis focos de sangramento, bem como avaliar possíveis sinais e sintomas de hipersensibilidade decorrente da terapia trombolítica com estreptoquinase, são atribuições do enfermeiro (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

O enfermeiro deve promover um ambiente tranquilo para descanso físico e mental do paciente, controlar o barulho, diminuir o tráfego de pessoas no ambiente, são medidas recomendáveis; deve estar atento para administração de dietas balanceadas e com indicação correta. Deve-se evitar também qualquer bebida muito gelada, pois se acredita que o efeito do frio possa afetar o ritmo e a frequência cardíaca, através de mecanismos reflexos (SILVA; MARQUES, 2009).

Orientar o paciente e sua família quanto ao seu quadro clínico, sua recuperação enquanto internado e sua reabilitação quando este retornar ao seu domicílio, enfatizar a importância do repouso, principalmente entre uma atividade e outra; orientá-los quanto a importância da prática de exercícios físicos também é atribuição do enfermeiro (AMORIM; FERREIRA; SOUZA, 2003).

O enfermeiro tem um grande papel na atuação junto à sua equipe de enfermagem através de seu conhecimento científico e de seu trabalho de forma organizada e sincronizada. Cabe a ele ser o elo de ligação entre a equipe médica e a equipe atuante, onde o único objetivo é padronizar a prestação da assistência de qualidade, viabilizando a recuperação do paciente; usar sua liderança para administrar a dinâmica da equipe conforme terapêutica adotada (OLIVEIRA, 2009).

É necessário enfatizar a importância da atuação do enfermeiro na promoção e prevenção do IAM. Tal profissional deve atuar na assistência primária, objetivando a redução do número de pacientes com sinais e sintomas para desenvolvimento desta patologia. Deverá desenvolver ações, executar programas que visam a supressão do IAM. Esta prática educativa deve contemplar o indivíduo que faz parte do grupo de risco, sua família, a comunidade em geral, o gerenciamento do

processo do trabalho de enfermagem, a capacitação profissional de sua equipe de trabalho no processo de educação da saúde. “Com essa participação na formação e na capacitação profissional, o enfermeiro estará também contribuindo para o treinamento de agentes multiplicadores de ações pedagógicas preventivas” (SAMPAIO; MUSSI, 2009, p. 446).

A implantação da Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE), é atribuição específica do enfermeiro dentro da Unidade de Terapia Intensiva; a SAE tem o objetivo de organizar e sistematizar o cuidado com base nos princípios do método científico. Tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo e ainda auxilia os profissionais sobre quais são os cuidados mais apropriados na circunstância específica do infarto agudo do miocárdio (TRUPPEL, 2009).

Segundo Pena e Barros (2003) é extremamente importante uma enfermagem resolutiva, que investe na capacitação profissional, além de aprimorar em novos conhecimentos. A implementação da SAE demonstra uma nova visão sistêmica assistencial, além de ser um instrumento de detecção de variáveis, resultados e melhoria da assistência prestada aos enfermos.

Também compete ao enfermeiro a elaboração de manuais de normas e rotinas dentro das instituições em que prestam serviços, deve transmiti-las a todas as equipes de profissionais da saúde e orientá-los a segui-las corretamente e, seguidamente oferecer treinamento à equipe para a implementação das atividades (SMELTZER; BARE, 2005).

5 CONCLUSÃO

A unidade de tratamento intensivo é complexa e intensa. O enfermeiro deve estar atento para a qualquer momento deparar com pacientes que necessitam de atendimentos rápidos e efetivos pois se encontram em estado de alterações hemodinâmicas importantes, especialmente infarto agudo do miocárdio, que requer conhecimento específico e grande percepção na tomada de decisões necessárias.

Deve se levar em conta que quanto mais eficaz o atendimento dispensado a este tipo de paciente, maior e mais seguro será o seu prognóstico, além de sua recuperação e reabilitação pós IAM.

O paciente acometido por infarto agudo do miocárdio requer do enfermeiro grande capacidade de discernimento, iniciativa e agilidade; este profissional deve ser capaz de analisar e interpretar os sinais e sintomas apresentados pelos infartados para garantir uma assistência de enfermagem com qualidade e prevenir um novo episódio.

A atuação da enfermagem em unidade de terapia intensiva, deve ser realizada de forma crítica, correta e qualificada. O enfermeiro deve analisar os problemas que surgem, encontrar soluções para os mesmos, e assegurar sua prática que deve ser baseada dentro dos princípios da enfermagem bem como dos princípios da humanização.

De modo geral, percebe-se que para promover o atendimento ideal e efetivo dentro de uma unidade de tratamento intensivo, os enfermeiros devem estar capacitados, atualizados e treinados técnico-cientificamente para que se obtenha um resultado positivo.

Além disso, estes mesmos profissionais tornam-se indispensáveis na prática de ações sistematizadas que devem ser oferecidas em forma de treinamentos às equipes que atuam sob sua responsabilidade, garantindo então um verdadeiro e pleno desenvolvimento no momento de atendimentos críticos.

Conclui-se que uma equipe de enfermagem qualificada que atua dentro da unidade de terapia intensiva é essencial para o restabelecimento dos pacientes em situação de IAM. A assistência prestada com qualidade e eficiência ao paciente

infartado, bem como a rapidez, tem papel relevante no tratamento instituído bem como na recuperação do paciente.

Desta maneira torna-se necessário o maior conhecimento e a implantação de protocolos de atendimento ao paciente com IAM visando uma uniformidade na qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. P. O trabalho em emergência: entre o prazer e sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiania. v. 9, n. 3, p. 617-29, Set./Dez. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: set. 2010.

AMORIM, A. A. D.; FERREIRA, M. R. C; SOUZA, C. A. **Ações educativas de enfermagem ao paciente apresentando quadro de infarto agudo do miocárdio**. Rio de Janeiro. 2003. UGF. Disponível em: <http://189.75.118.67/CBCENF/SistemaInscrições/arquivos.Trabalhos/acoes%20educativas%20de%20enfermagem%20ao.pdf> Acesso em:abr. 2011.

ANDRADE, J. M. Anatomia coronária com angiografia por tomografia computadorizada multicorte. **Revista Radiologia Brasileira**. São Paulo. vol. 39 nº 3 Mai/Jun de 2006. Disponível em: http://www.rb.org.br/detalhe_artigo.asp?id1290. Acesso em: mar.2011.

ARAÚJO, R. D.; MARQUES, I. S. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 60, n. 6, p.676-680, 2007. Disponível em: < <http://www.Scielo.br> > . Acesso em: set. 2010.

AVEZUM, A.; GUIMARÃES, H. P.; PIEGAS, L. S. **Fatores de risco associados com Infarto Agudo do Miocárdio na região metropolitana de São Paulo e no Brasil**. Tratado de Cardiologia SOCESP. São Paulo: Manole, 2005.

BARROS, J. C. **Avaliação do nível de stress e da qualidade de vida em profissionais hipertensos do setor petrolífero**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). UFRJ. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em http://teses.ufrj.br/ip_m/Julianacaversandeb Barros.pdf acesso em: mai.2011.

BASSAN, R. ET AL. **I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência**. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. volume 79 (suplemento II), 2002. Disponível em <http://publicações.cardiologi.bras./consenso/2002/7903/Toracica.pdf> . Acesso em: mar.2011.

BERNARDINO, E. ET AL. **Protocolos de atendimento em enfermagem na ocorrência de arritmias cardíacas, infarto agudo do miocárdio e parada cardíaco-respiratória, baseados nas funções independentes da enfermagem**. Curitiba.2002. Universidade Tuiuti do Paraná. Disponível em:

<http://www.utp.br/tuiuticienciaeCultura/FCBS/FCBS%2036/PDF/art2.pdf>. Acesso em: mai. 2011.

BERNICK, V. Estresse: O Assassino Silencioso. **Revista Eletrônica de Divulgação Científica em Neurociência**. São Carlos. 2004. Disponível em <http://www.cerebromente.org.br/home.htm>. Acesso em: mai.2011.

BETTINELLI, L. .; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **Revista O mundo da saúde**. São Paulo. ano 27 v. 27 n. 2 abr./jun. 2003. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23%284%29111.pdf. Acesso em: mai.2011

BITENCOURT, A. G. V. et al . Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo. v.19, n.1. Jan.Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n1/a07v19n1.pdf>. acesso em: mai.2011.

BRANDÃO, L. C.; SANTANA, T.G.;CASTRO, J. B. .S. **Assistência de enfermagem ao paciente com suspeita de infarto**. 2009. Disponível em <http://www.webartigos.com/articles/26019/1>. Acesso em: mar.2011.

BRESSAN, F., JORGE, L. C., ZIENTARSKI, T. R. **Cuidado de enfermagem na unidade coronariana com enfoque no auto cuidado de pacientes pós infarto agudo do miocárdio**. Florianópolis. Monografia (Enfermagem). UFSC. 2007. Disponível em: <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0508.pdf>. Acesso em mar.2011.

CARLINI. E. A., et. al. Drogas Psicotrópicas. O que são e como agem? **Revista IMESC**. n. 3. p. 9-35 2001 São Paulo. Disponível em <http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%201%20%20DROGAS%20PSICOTR%3%93PICAS%20O%20QUE%20S%3%83O%20E%20COMO%20AGEM.pdf>. Acesso em: abr.2011.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

COLTRO, R. S. ET AL. Frequência de fatores de risco cardiovascular em voluntários participantes de evento de educação em saúde. **Revista Associação Médica Brasileira**. Botucatu.v. 55, n.5. p. 606-10. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n5/28.pdf>. Acesso em mai.2011.

CRIPPA, L. C.; KANIESKI, V. S.; SILVA, E. F. **Um Grande Desafio: Promover Humanização em enfermagem.** Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem). Uniandrade. São Paulo. 2006.

FERNANDES, N. C. **Úlceras de pressão: um estudo com pacientes de unidade de terapia intensiva.** Dissertação (Mestrado em enfermagem).UFRGN. Natal.2005. Disponível em: <http://www.feridologo.com.br/Feridoteca%20%C3%9Alcera%20de%20press%C3%A3o%20em%20UTI.pdf>. Acesso em: mai.2011.

FIGUEIREDO, N. M. **Enfermagem: Cuidando em emergência.** 2^a ed. Yendis. São Caetano do Sul. 2006.

FIGUEIREDO, N.M.A; VIANA,D.L.; MACHADO, W. C. A. **Tratado Prático de Enfermagem.** 2 ed. Yendis. São Caetano do Sul.2008.

GUYTON, A. C.; Hall. J. E. **Tratado de Fisiologia médica.**10 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.2002.

JUNIOR,C. V. S; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E.**Tratado de Cardiologia.** 2 ed. Manole. São Paulo. 2009.

JULIAN, D. G.; COWAN, J. C. **Cardiologia.** 6. ed. São Paulo (SP): Santos Livraria Editora; 2000.

LUCIANO, K. S., et al. Paradoxo dos fumantes com infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** Florianópolis. 36, no. 2, de 2007. Disponível em bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?...p..., e www.acm.org.br/revista/Scripts/pdf.php?CD_ARTIGO=489. Acesso em: fev. 2011.

MACHADO, P. L. B. **Anatomia e Fisiologia das artérias e veias coronárias.** Petrópolis.TCC (Fisioterapia). UFP. 2004.

MALTA, M. A.; NISHIDE, V. M. **Enfermagem em unidade de terapia intensiva.**UTI-Planta Física.[200?]. Disponível em <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/uti-pl.htm>. Acesso em: mai.2011.

MORAIS, et al. Retardando a entrada de pacientes sob risco de infarto do miocárdio na Unidade de Terapia Intensiva: um protocolo de prevenção. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição.** Goiania. V. 1,

n., p.1-16 jan.jul 2010. Disponível em < [http://www.ceen.com.br/revista eletrônica](http://www.ceen.com.br/revista_eletronica)>. Acesso em abr. 2011.

MOREIRA, H. G., **História familiar e risco de infarto do miocárdio: estudo INTERHEART**: disponível em www.cientifico.cardiol.br/cardiosource2/doenca-art.../int_artigo26.asp?cod=209. HS. Portal da cardiosurce em portugues do American College of Cardiology. Acesso em abr.2011.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K.; HUDAK, C. M.; et al. **Cuidados críticos de enfermagem**: Uma abordagem holística. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NEVES, J. F. et al. **Paciente com IAM em terapia intensiva sob os cuidados da enfermagem**. Graduação (enfermagem). FEF.Fernandópolis.2010. Disponível em: <http://www.youblisher.com/files/publications/15/84726/pdf.pdf>. Acesso em: abr .2011.

NICOLAU, J. C. Infarto do miocárdio em hipertensos. **Hiperativo**, v.6, n.1, janeiro/março. 1999. P. 38-41.

NUNES, V. C. ET AL. **Humanização da equipe de enfermagem em Unidade de terapia intensiva**. 2004. Disponível em [http://189.75.118.67 /CBCENF/ sistema inscricoes/ arquivos Trabalhos /humanizacao%20da%20equipe% 20de% 20 enfermagem.pdf](http://189.75.118.67/CBCENF/sistema_inscricoes/arquivos_Trabalhos_humanizacao%20da%20equipe%20de%20enfermagem.pdf). Acesso em: mai. 2011.

OLIVEIRA, D.M. **Assistência de enfermagem à pacientes adultos no suporte avançado em parada cardiorespiratória**. Patos de Minas. Monografia (Graduação. Enfermagem) FPM. 2009.

PENNA, S. T.; BARROS, A. G. V. Sistematização da Assistência de Enfermagem no Infarto Agudo do Miocárdio. **Rev Bras Cardiol Invas**. São Paulo. 2003. v.11, n.4, p. 67-69. Acesso em: mar. 2011.

PENA et al. Perfil clínico e angiográfico de pacientes idosos com SCA. **Revista SOCERJ**. . Rio de Janeiro; v.22, n.3, p. 176-180 maio/junho 2009. Acesso em abr. 2011.

PIEGAS, L. S.III **Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio**. São Paulo. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 83, Suplemento IV, Setembro 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004002200001. Acesso em: abr.2011.

ROCHA, A. C. B; VASCONCELOS B. C.; AMARAL L. R. **Análise dos fatores de risco coronariano em idosos**. Belém. TCC (Fisioterapia). Universidade da Amazônia. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde-CCBS 2010. Acesso em: abr.2011.

RUAS, A., PAINI, J. F. P., ZAGO, V. L. P. Detecção dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares dos profissionais caminhoneiros: prevenção, reflexão e conhecimento. **Revista perspectiva**. Erechim v.34, n.125, p. 147-158, março/2010. Acesso em mai.2011.

SAMPAIO, E. S.; MUSSI, F. C. Cuidado de enfermagem: evitando o retardo pré-hospitalar face ao infarto agudo do miocárdio. **Rev. enferm. UERJ**.Rio de Janeiro. 2009 jul/set; v.17, n.3, p.442-6.Disponível em <http://www.facen.uerj.br/v17n3a25.pdf> Acesso em: abr. 2011.

SANTOS, A. N. C.; et al. **Infarto Agudo do Miocárdio**. Liga Acadêmica de Urgência e Emergência do Estado do Pará. 2008. Disponível em http://www.lauiep.com/curso_PS2008/IAM. Pdf. Acesso em mar.2011.

SILVA, R. C. L.; MARQUES, M. Mulheres com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, implicações para a prática do cuidar em enfermagem nas unidades coronarianas. **Rev. Meio Amb. Saúde**. Rio de Janeiro. 2007. v.2, n.1, p.195-242. Disponível em <http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista/2007/.pdfs/RMAS%202%281%29%20195-242.pdf> . Acesso em: abr.2011.

SMELTZER, S C.; Bare, G. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2005.

STEFANINI, E. **Infarto do miocárdio: fatores de risco**. USP. São Paulo. 2010. Disponível em <http://www.drauziovarella.com.br/ExibirConteudo/783/infarto-do-miocardio-fatores-de-risco/pagina3/tabagisno>. Acesso em mai. 2011.

TRUPPEL, T. C. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.**Rev Bras Enferm**. Brasília 2009 mar-abril; 62(2): 221-7.Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a08v62n2.pdf>. Acesso em abr. 2011.

VAN DE GRAAFF, K. M. **Anatomia Humana**. 6 ed. São Paulo. Manole. 2003.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Revista Latino**

americana Enfermagem. São Paulo. v.10, n.2. mar-abr. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10506.pdf>. Acesso em mai. 2011.

ZORNOFF, L. S. M. et al. Infarto agudo do miocárdio: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Medicina**. Brasília. FMB. 2011. Disponível em http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1784. Acesso em: fev. 2011.