



IMPORTÂNCIA DAS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM FRENTE A PACIENTES DA UTI COM DOENÇAS CORONARIANA: UM ESTUDO DE CASO

ARTIGO ORIGINAL

BARBOSA, Rosinata Angelica¹

BRASILEIRO, Marislei Espindula²

BARBOSA, Rosinata Angelica. BRASILEIRO, Marislei Espindula. **Importância das atividades de enfermagem frente a pacientes da UTI com doenças coronariana: Um estudo de caso.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 07, Vol. 12, pp. 38-48. Julho de 2019. ISSN: 2448-0959

RESUMO

O Infarto Agudo do Miocárdio é considerado a patologia clínica relacionada a doenças cardiovasculares com maior frequência na população com altas taxas de óbito. Pelo fato de a doença ser grave a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidade Coronariana (UC) é indispensável. O objetivo desse trabalho é realizar um estudo de caso visando aprofundar em uma unidade individual e responder nossos questionamentos a respeito da importância da assistência da equipe de enfermagem na identificação e na hospitalização do paciente vítima de um IAM. O presente trabalho trata-se de um estudo de caso. Esse método de pesquisa visa contribuir com o conhecimento e para isso usa de casos individuais ou de grupos. A partir disso, concluímos que o enfermeiro de suma importância na assistência em casos de infarto agudo do miocárdio, por ser ele o profissional quem vai desenvolver a completa avaliação e identificar, com base nos sintomas pré-operatórios e no histórico de

¹ Pós Graduação em UTI.

² Doutora em Ciências da Saúde – FM/FM/UFG, Mestre em Enfermagem, Enfermeira, docente do curso de graduação de enfermagem da FACUNICAMPS.



saúde, os procedimentos corretos a serem tomados no pós-operatório dos pacientes submetidos a Revascularização do Miocárdio. A importância da atuação do enfermeiro nesse cenário reside no prognóstico e no planejamento personalizado dos cuidados propiciando um raciocínio clínico para aplicar, em cada situação particular, os cuidados necessários.

Palavras-chave: Unidade coronariana, infarto agudo do miocárdio, revascularização do miocárdio.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,7 milhões de mortes ao ano no Brasil, sendo que a previsão é de que em 2020 seja a maior causa de morte e invalidez (AVEZUM et al., 2005). O atual estilo de vida da população contribui para o surgimento de doenças cardiovasculares. O estresse, consumo de cigarros, alimentação desregrada e desbalanceada, sedentarismo e alcoolismo são fatores que aumentam o risco do desenvolvimento de doenças desse tipo (MION, 2000).

O Infarto Agudo do Miocárdio é considerado a patologia clínica relacionada a doenças cardiovasculares com maior frequência na população com altas taxas de óbito. Pelo fato de a doença ser grave a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidade Coronariana (UC) é indispensável. Estima-se que na década de 50 a mortalidade decorrente de complicações por IAM era alta. Essa mortalidade só diminuiu quando na década seguinte houve um aumento da democratização e da quantidade de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e das Unidades Coronarianas nos hospitais do Brasil. Nos anos 80 estudos confirmaram que a recanalização da artéria coronária relacionada ao infarto é de extrema importância para a conservação da vida do paciente, além disso os estudos mostram que o uso de fibrinolíticos e dos novos processos de intervenção percutânea também são importantes nesses casos.

Atualmente, a utilização conjunta dessas abordagens tem auxiliado os profissionais da saúde a atuar de forma mais eficaz frente aos casos de IAM e com isso diminuir a



incidência de óbito. Apesar disso, o IAM ainda é o maior causador de mortes no mundo, mas isso só acontece ainda pela alta incidência de morte por falta de assistência antes de chegar ao hospital (AVEZUM et al., 2004).

Nesse sentido o objetivo desse trabalho é realizar um estudo de caso visando aprofundar em uma unidade individual e responder nossos questionamentos a respeito da importância da assistência da equipe de enfermagem na identificação e na hospitalização do paciente vítima de um IAM.

2. DESENVOLVIMENTO

O método de pesquisa conhecido como estudo de caso visa contribuir com o conhecimento e para isso usa de casos individuais ou de grupos. Esse método possui características particulares. Alguns autores conceituam o estudo de caso como sendo um método empirista de pesquisa os fenômenos que acontecem nos dias atuais e na vida real e procura evidenciar isso, o contexto entre fenômeno e vida real e tem como objetivo básico explicar e explorar o acontecimento que se quer entender (YIN, 2010; STAKE, 2007).

Quando o pesquisador escolhe o estudo de caso como método para sua pesquisa é necessário que se tomem alguns cuidados em relação ao desenho experimental para que este seja capaz de explicar os fenômenos que se quer estudar (YIN, 2010). Esse método tem sido comumente em estudos da área médica, e nessas áreas de estudo é utilizado para fazer um estudo detalhado de um caso individual que explica a dinâmica e a patologia de uma determinada doença (COIMBRA; MARTINS, 2013).

O estudo de caso é bastante utilizado nas pesquisas que tem foco em educação, assistência/cuidado e gestão/administração em enfermagem. Isso acontece porque essa metodologia se adequa a área da enfermagem, visto que os estudos neste campo focalizam os fenômenos complexos da vida e permitem aos pesquisadores estudá-los de forma intensiva e profundamente, com múltiplas fontes de evidência, para compreensão de fatos relacionados a indivíduos, grupos ou organizações. O estudo de caso como método de pesquisa é um recurso de investigação importante,



e vem sendo utilizado pela enfermagem nos seus diversos campos de atuação (ANDRADE et al.,2017).

2.1 COLETAS DE DADOS

2.1.1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Homem com 65 anos de idade. Relata que, por volta das 23 horas, apresentou quadro de dor torácica retroesternal com aperto repentino e bastante intenso se espalhando pelo braço esquerdo com a duração 45 minutos, em média. De acordo com relatos dos acompanhantes, a dor ocorreu sem razão aparente, estando o paciente em repouso sem relatos de estresse emocional. O paciente chegou na unidade de atendimento pálido e sofrendo de sintomas que não são muito típicos de um infarto agudo do miocárdio como náuseas e vômitos, somados a isso sensação de taquicardia, fadiga e dispneia.

2.2 ATENDIMENTO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

O paciente chegou na unidade de assistência médica cerca de trinta minutos após o início dos sintomas. A equipe de enfermagem realizou a avaliação dos fatores de risco cardiovascular do paciente. Constataram a existência de diabetes melitos controlado, além de hipertensão arterial também controlada. Nenhum outro registro de fatores de risco associados a doenças cardiovasculares foi encontrado no histórico do paciente. Um eletrocardiograma foi feito para constatar algum tipo de lesão coronariana, o que foi confirmado.

O paciente sofria de cardiopatia isquêmica, quando chegou na unidade de atendimento o eletrocardiograma revelou uma elevação de 0,4mV do segmento ST em derivações V1-V3. Apresentando também um supra desnivelamento de ST nas derivações da parede inferior do ventrículo esquerdo DII, DIII e aVF. Assim que realizado o diagnóstico do paciente por meio de exames e, visando a diminuição ^[3]da dor e do supra desnivelamento do segmento ST, foi administrado uma dose de ácido acetilsalicílico e adrenalina. Apesar desses esforços constatou-se que o paciente



sofreu necrose do miocárdio. Por isso ele foi encaminhado para um hospital com melhor suporte de vida, 8 horas após sua entrada na unidade de atendimento com os sinais vitais estáveis. Já no hospital exames enzimáticos laboratoriais foram feitos e foi confirmado o infarto agudo do miocárdio (IAM). Os pacientes com IAM são classificados em dois tipos, os chegam ao hospital com ou sem supra desnível do segmento ST, e isso diz muito sobre o tipo de tratamento que irão receber (AVEZUM et al., 2004).

Segundo Braga et al (1992) quando os exames enzimáticos demonstram uma elevação dos valores de marcadores de necrose miocárdica e indícios no exame de eletrocardiograma juntamente com outros sintomas associados a isquemia do miocárdio o IAM é confirmado como diagnóstico. Quando há o supra desnivelamento do segmento ST no infarto agudo do miocárdio o diagnóstico requer outros passos além dos mencionados anteriormente.

Atualmente utiliza-se marcadores mais específicos para detecção de lesão do miocárdio com necrose tecidual, como as troponinas (NEWBY et al., 2002). O paciente aqui estudado apresentou aumento e diminuição gradual da troponina e desenvolvimento de ondas Q patológicas no eletrocardiograma com elevação do seguimento ST o que configura um caso de IAM. O IAM pode causar uma lesão celular em decorrência da falta de irrigação sanguínea e um consequente aumento da permeabilidade da membrana com liberação de seus constituintes na circulação sanguínea. As moléculas liberadas têm seu tamanho proporcional ao dano que a célula sofreu. Os processos de isquemia e reperfusão provocam danos principalmente nas mitocôndrias, onde ocorrem diminuição das atividades da nicotinamida adenina dinucleotídeo ligada com hidrogênio (NADH) desidrogenase, do carreador de adenosina difosfato / adenosina trifosfato (ADP/ATP) e da ATP sintetase, além do aumento na atividade da fosfolipase A2. Os processos anteriormente citados também provocam um acúmulo de cálcio e aumento da geração de radicais livres pelas mitocôndrias (KONO et al., 1982).

Tendo isso em vista, quando um tecido sofre necrose macromoléculas intracelulares são liberadas e essas são avaliadas como marcadores de lesão miocárdica. A



velocidade de aparecimento dessas macromoléculas na circulação periférica depende de vários fatores, incluindo a localização intracelular, o peso molecular, os fluxos sanguíneos e linfáticos locais, e a taxa de eliminação no sangue (ADAMS et al., 1993).

2.3 AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Em emergências, como em casos de IAM, o enfermeiro tem papel de destaque pois é ele quem vai avaliar o paciente e encaminhá-lo para o local de tratamento adequado. Neste sentido, o enfermeiro é quem terá o primeiro contato com o paciente, cabendo-lhe o papel de orientador nos procedimentos que serão prestados. O manejo clínico dos pacientes é dependente do diagnóstico de IAM, pois é a partir dele que o profissional vai decidir se o paciente deve ser hospitalizado em um ambiente com monitorização eletrocardiográfica contínua e capacidade de desfibrilação. É o enfermeiro quem atua nessa no momento de fazer a avaliação e identificar se os pacientes com IAM passarão pela terapia de reperfusão imediata ou serão tomadas outras medidas para o tratamento deste paciente (SCHNEIDER, 2002.)

Nesses casos a equipe de enfermagem tem como dever assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (TEIXEIRA et al, 2015). O enfermeiro tem um papel importante na assistência, e tem sido discutido políticas e estratégias de saúde em relação a doenças cardiovasculares, para que a enfermagem atue na promoção e recuperação da saúde através de intervenções as quais objetiva alcançar os resultados esperados, estabelecendo protocolos que consistem em passos a serem dados para a realização de suas ações sistemática na sequência que devem ser executada. O enfermeiro, por meio de seus cuidados, é um profissional essencial na assistência e recuperação da saúde da vítima de IAM (BRANDÃO, 2003).

2.4 TRATAMENTO

Para proporcionar um alívio da hipoxemia, da dor e da ansiedade do paciente durante a fase aguda do IAM foi administrado oxigênio. Segundo Maroko et al., (1975) as lesões isquêmicas podem ser limitadas pela inalação de oxigênio, além do que a



suplementação de oxigênio reduz o supradesnível do segmento ST em pacientes como o estudado aqui (MADIAS et al., 1976). A suplementação de oxigênio foi feita por meio de cateter (3 l.min⁻¹) durante o período de 2h e foi feito um monitoramento do nível de saturação de oxigênio no sangue continuamente. Morfina intravenosa (15 mg) foi administrada no paciente visando uma diminuição da dor e da ansiedade antes do reestabelecimento do fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco. A ansiedade surge do risco de morte iminente, porém não se recomenda que se use ansiolíticos, pois estes não causam efeito sobre esse tipo de ansiedade (DIXON, 1980). Foi administrado também ácido acetilsalicílico e a heparina, esta última utilizada com o intuito de evitar o reinfarto e aumentar a patência coronariana.

A equipe médica optou pela revascularização do miocárdio visto que tratamento de pacientes com cardiopatia isquêmica passou por grandes avanços nos últimos anos tanto nos campos cirúrgico, percutâneo e clínico. Com o objetivo de aumentar a sobrevida de pacientes nessas condições, alívio da dor e proteção do miocárdio isquêmico a revascularização do miocárdio (RM) é uma das opções no tratamento desses indivíduos, tendo como objetivo o aumento da sobrevida, o alívio da dor anginosa, a proteção do miocárdio isquêmico, a melhora da função ventricular, a prevenção de novo infarto agudo do miocárdio (IAM) e a recuperação física, psíquica e social do paciente, melhorando sua qualidade de vida (MCGOVERN et al., 1996; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2004).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revascularização requer uma avaliação para o pré-operatório objetivando os fatores de risco cirúrgico (FEIER et al., 2005). Nesse sentido o enfermeiro é quem vai desenvolver a completa avaliação e identificar, com base nos sintomas pré-operatórios e no histórico de saúde, os procedimentos corretos a serem tomados no pós-operatório dos pacientes submetidos a RM. A importância da atuação do enfermeiro nesse cenário reside no prognóstico e no planejamento personalizado dos cuidados propiciando um raciocínio clínico para aplicar, em cada situação particular, os cuidados necessários (CARVALHO et al., 2006).



O paciente que deu entrada com IAM passou pela revascularização do miocárdio e deu entrada na UTI coronariana, e nesse momento a atuação da equipe de enfermagem mostrou-se fundamental na recuperação da saúde e bem-estar desse paciente. Isso aconteceu porque assistência adequada por parte do enfermeiro evitou maiores complicações por reduzir o tempo de estadia na UTI devido a assistência individualizada. Nesse momento de estadia na UTI coronariana o enfermeiro teve o papel de destaque no acolhimento desse paciente, que muitas vezes se encontra assustado e ansioso frente ao estado de saúde em que se encontra, pois o acolhimento proporciona para o paciente já fragilizado física e psicologicamente momentos de desabafo e portanto uma valorização de suas queixas, bem como a identificação das suas necessidades humanas mais básicas.

O atual estilo de vida da população tem contribuído significativamente para esse aumento na incidência de doenças cardiovasculares na população. Exemplos de comportamentos prejudiciais que aumentam a chances do indivíduo desenvolver esse tipo de doença são o consumo exagerando de alimentos gordurosos e são saudáveis, a baixa frequência de prática de atividades físicas, excesso de consumo de bebidas alcoólicas, estresse e o tabagismo (SCHNEIDER et al., 2008).

REFERÊNCIAS

ADAMS 3RD, J. E.; ABENDSCHEIN, Dana R.; JAFFE, Allan S. Biochemical markers of myocardial injury. Is MB creatine kinase the choice for the 1990s?. **Circulation**, v. 88, n. 2, p. 750-763, 1993.

ANDRADE, Selma Regina de et al. O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2017.

AVEZUM, Álvaro et al. III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, p. 1-86, 2004.

AVEZUM, Álvaro; PIEGAS, Leopoldo Soares; PEREIRA, Júlio César R. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São



Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. **Arq Bras Cardiol**, v. 84, n. 3, p. 206-13, 2005.

BRANDÃO, Ayrton Pires et al. Epidemiologia da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 7-19, 2003.

CARVALHO, A. R. S. et al. Pós-operatório de revascularização miocárdica: tipos de complicações. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 5, n. 1, p. 50-9, 2006.

COIMBRA, Maria de Nazaré Castro Trigo; DE OLIVEIRA MARTINS, Alcina Manuela. O estudo de caso como abordagem metodológica no ensino superior. **Nuances: estudos sobre Educação**, v. 24, n. 3, p. 31-46, 2013.

DIXON, R. A.; EDWARDS, I. R.; PILCHER, J. Diazepam in immediate post-myocardial infarct period. A double blind trial. **Heart**, v. 43, n. 5, p. 535-540, 1980.

FEIER, Flávia Heinz et al. Modificações no perfil do paciente submetido à operação de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 20, n. 3, p. 317-322, 2005.

FERREIRA, Carla Cristina da Conceição et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. 2010.

KONO, Yukihiro et al. Significance of mitochondrial enhancement in restoring hepatic energy charge after revascularization of isolated ischemic liver. **Transplantation**, v. 33, n. 2, p. 150-155, 1982.

MADIAS, J. E.; HOOD JR, W. B. Reduction of precordial ST-segment elevation in patients with anterior myocardial infarction by oxygen breathing. **Circulation**, v. 53, n. 3 Suppl, p. I198, 1976

DE PADUA MANSUR, Antonio; FAVARATO, Desidério. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 2, p. 755-761, 2012.



MAROKO, PETER R. et al. Reduction of infarct size by oxygen inhalation following acute coronary occlusion. **Circulation**, v. 52, n. 3, p. 360-368, 1975.

MCGOVERN, Paul G. et al. Recent trends in acute coronary heart disease—mortality, morbidity, medical care, and risk factors. **New England Journal of Medicine**, v. 334, n. 14, p. 884-890, 1996.

MION JUNIOR, Décio; NOBRE, Fernando. Risco cardiovascular global da teoria à prática. In: **Risco cardiovascular global da teoria à prática**. 2000.

NEWBY, L. Kristin et al. Changing the diagnosis of acute myocardial infarction: implications for practice and clinical investigations. **American heart journal**, v. 144, n. 6, p. 957-980, 2002.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009/2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 1, p. 81-9, 2008.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni et al. A consulta de enfermagem como prática de reflexão sobre a saúde do cliente com doença arterial coronariana e seus fatores de risco. 2002.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da cirurgia de revascularização miocárdica. *Arq Bras Cardiol*. 2004;82 Supl 5:1-20.

STAKE, Robert E. **Investigación con estudio de casos**. Ediciones Morata, 1998.

TANNER, Christine A. Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. **Journal of nursing education**, v. 45, n. 6, 2006.



TEIXEIRA, A. F. J. et al. Atuação da equipe de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Revista Fafibe On-Line. Bebedouro/SP**, v. 8, n. 1, p. 300-309, 2015.

VIEBIG, Renata Furlan et al. Perfil de saúde cardiovascular de uma população adulta da região metropolitana de São Paulo. **Arq Bras Cardiol**, v. 86, n. 5, p. 353-60, 2006.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso-: Planejamento e métodos**. Bookman editora, 2015.

Enviado: Julho, 2019.

Aprovado: Julho, 2019.