

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIENCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

RAFAEL DA SILVA MACIEL

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: Um estudo retrospectivo em um  
hospital de referência da cidade de Belém

BELÉM-PA

2009

RAFAEL DA SILVA MACIEL

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: Um estudo retrospectivo em  
um hospital de referência da cidade de Belém

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito para obtenção  
do grau de Enfermeiro a Faculdade de  
Enfermagem da Universidade Federal do  
Pará, orientado pela Prof<sup>a</sup> MsC. Roseneide  
dos Santos Tavares.

BELÉM-PA

2009

RAFAEL DA SILVA MACIEL

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: Um estudo retrospectivo em  
um hospital de referência da cidade de Belém

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito para obtenção  
do grau de Enfermeiro a Faculdade de  
Enfermagem da Universidade Federal do  
Pará, orientado pela Prof<sup>a</sup> MsC. Roseneide  
dos Santos Tavares.

Banca Examinadora

---

Roseneide dos Santos Tavares-Orientadora

---

Marília de Fátima Vieira de Oliveira - 1º Membro

---

Carlos Benedito Marinho Souza-2º Membro

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

Conceito: \_\_\_\_\_

BELÉM-PA

2009

Dedico mais esta vitória pessoal de minha vida a Deus, por este talento que eu plantei e agora colho os seus frutos.

A meus pais Raimundo e Emilia, que estiveram a meu lado em toda a minha vida.

A minha família de um modo geral, que foram minha fonte de amor e carinho e sempre me incentivaram com palavras e gestos concretos.

A todos que torceram direta ou indiretamente por mim, por suas bênçãos e palavras de carinho e incentivo.

Muito Obrigado

Rafael da Silva Maciel

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço primeiramente a Deus, meu grande Orientador, que esteve e estará ao meu lado nos momentos mais marcantes de minha vida.

A minha mãe Emilia, que batalhou pela minha educação e nunca deixou de acreditar em mim mesmo quando eu vacilava com ela.

A meu pai Raimundo, que com seu exemplo de vida e batalha, permitiu que eu seguisse em frente os meus estudos e me incentivou para que eu não desistisse dos meus sonhos.

A minha irmã Elany, por tudo o que fez por mim durante esta jornada rumo ao meu sucesso profissional.

Aos docentes da Faculdade de Enfermagem, que com seus ensinamentos me mostraram o caminho da profissão que eu escolhi.

A meus colegas de curso, em especial ao Gleidson e o Wallacy, meus dois eternos parceiros, e a todos os outros amigos, por estarem ao meu lado durante todo o curso de graduação e compartilharem todos os momentos que foram possíveis estar juntos.

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup> MsC Roseneide Tavares, que orientou-me com sabedoria e paciência durante todo o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso, pelos conselhos, e por tudo que vivenciamos durante esta jornada.

As outras pessoas que estiveram ao meu lado durante todo este tempo, que souberam ter paciência comigo e compreenderam minha ausência do convívio social e familiar.

“Todo o conhecimento que possuo, qualquer outra  
pessoa pode adquirir, mas meu coração é só meu.”

Johann Wolfgang Von Goethe  
As dores do jovem Werther - 1774

## RESUMO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é uma das conseqüências mais graves para pessoas com doenças cardiovasculares. Este estudo é retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa. Teve como objetivos os seguintes: a) Identificar os principais fatores de risco apresentados por pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio internados em um hospital de referencia em Belém do Pará; b) Mostrar a influência dos fatores de risco e estilo de vida como fatores desencadeantes para o episodio do IAM; e c) Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes infartados. A amostra foi composta por pacientes com diagnóstico médico de IAM que internaram na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Viana nos anos de 2007 e 2008. Foram coletados dados de 80 prontuários, sendo 40 de cada ano o que equivaleu a 24,1% e 31,7%, respectivamente. A coleta de dados ocorreu no período de 20 a 30 de maio do ano de 2009, onde puderam ser identificados os principais fatores de risco cardiovasculares para o IAM. A maioria da amostra que se diagnosticou infarto tinha entre 51 a 90 anos e os fatores de risco modificáveis como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes, Sedentarismo, Tabagismo continua elevando os índices de mortalidade do IAM. O infarto é uma doença prevenível, desde que as pessoas mantenham hábito e estilo de vida saudáveis. Deseja-se contribuir para que os profissionais de enfermagem possam adquirir mais conhecimentos acerca do assunto e, cada vez mais, humanizar a assistência de enfermagem para os pacientes, e para que mais pessoas deixem de se tornar vitimas de IAM.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem, Infarto Agudo do Miocárdio, Fatores de risco, Doenças cardiovasculares, prevenção.

## ABSTRACT

The Acute Myocardial Infarction (AMI) is one of the more serious consequences for people with cardiovascular disease. This study is retrospective, descriptive with quantitative approach. Aimed to the following: a) identify the main risk factors presented by patients suffering from acute myocardial infarction admitted to a hospital of reference in Belém do Pará b) show the influence of risk factors and lifestyle factors as triggers for the episode of AMI, and c) identifying the epidemiological profile of infarcted patients. The sample comprised patients with diagnosis of AMI admitted to the Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Viana in the years 2007 and 2008. Data were collected from 80 charts, with 40 of each year which equates to 24.1% and 31.7% respectively. Data collection occurred in the period from 20 to 30 May in the year 2009, could be identified where the major cardiovascular risk factors for AMI. Most of the sample, which was diagnosed infarction had between 51 to 90 years and the modifiable risk factors like hypertension, diabetes, sedentary lifestyle, smoking continue raising the mortality rates of AMI. The infarction is a preventable disease, where people practice and maintain healthy lifestyles. Want to contribute to the nursing professionals to acquire more knowledge about the subject and, increasingly, to humanize nursing care to patients and to stop more people becoming victims of AMI.

**KEYWORDS:** Nursing, Acute Myocardial Infarction, Risk factors, Cardiovascular diseases, prevention.



## SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	
1.1 – Apresentação do tema	9
1.2 - Justificativa	11
1.3 - Problema	11
1.2 – Objetivos	12
1.2.1 – Objetivo geral	12
1.2.2 – Objetivos específicos	12
CAPÍTULO 2 – REVISÃO DA LITERATURA	
2.1 - Infarto Agudo do Miocárdio	13
2.1.1 – Aterosclerose	16
2.1.2 – Angina Pectoris	17
2.2 – Fatores de risco e doenças cardiovasculares	19
2.2.1 – Fatores de risco modificáveis	19
2.2.2 - Fatores de risco não-modificáveis	23
2.3 – Considerações de Enfermagem sobre o Infarto Agudo do Miocárdio	24
CAPÍTULO 3 – ASPECTOS METODOLÓGICOS	
3.1 – Tipo de estudo	27
3.2 – Local de estudo	27
3.3 – Amostra e fonte de informação	28
3.4 – Instrumento e técnica de coleta de dados	28
3.5 – Aspectos Éticos	29
3.6 – Análise e discussão dos resultados	29
3.7 – Riscos e Benefícios da Pesquisa	29
CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	30
CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
CAPITULO 6 – BIBLIOGRAFIA	47
CAPITULO 7 – APÊNDICE	
Roteiro de coleta de dados	52
Parecer do Comitê de Ética	55

## CAPÍTULO 1

### 1. INTRODUÇÃO

#### 1.1 - APRESENTAÇÃO DO TEMA

As doenças cardiovasculares são uma das maiores causas de morte de indivíduos no mundo todo. No Brasil, esta realidade não é diferente. Segundo o recente estudo Saúde Brasil 2007, as doenças cardiovasculares são as que mais matam os brasileiros, cerca de 283.927 ou 32,2% da população por ano, até mais do que a violência urbana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Dentre as doenças cardiovasculares, a de maior incidência é a Doença da Artéria Coronária (DAC), que pode ter conseqüências graves se não tratada, como o infarto agudo do miocárdio e a morte súbita. Segundo Cheitlin e cols (1996), a idade média de ocorrência desta nos homens é de 50 anos, enquanto que nas mulheres levam cerca de 10 anos mais para serem acometidas. Porém, segundo Vasconcelos et al (2008) nos últimos anos, o que vem se apresentando, são os aumentos no número de casos de indivíduos jovens sendo acometidos por doenças cardiovasculares, uma vez que se considera que a maioria dos jovens e adolescentes é facilmente incorporada de novos hábitos de vida e fatores de risco como a má alimentação e a inatividade física.

A doença arterial coronariana ocorre na maioria das vezes através de lesões ateroscleróticas, que se forma através de depósitos de lipídios e células, causando a interrupção do trajeto do sangue para o coração e conseqüentemente reduzindo a oferta de oxigênio para o mesmo. Os sintomas são imprevisíveis ou ausentes; até mesmo sintomas mínimos podem ser premonitórios de doenças mais graves; a evolução é variável, e num terço a metade dos pacientes a morte é súbita e inesperada.

Os fatores de risco para a doença arterial coronariana continuam sendo objetos de estudo pelos cientistas. Um destes estudos foi o de Framingham <sup>(1)</sup>, que se desenvolveu numa cidade americana e acompanhou durante vários anos inúmeros pacientes para traçar o seu perfil cardiológico. Ele mostrou exatamente o que não se queria saber: Não há fator etiológico envolvido, pois se trata de uma doença multifatorial (PORTO, 2005). Surgia então a partir deste estudo o conceito de “fator de risco” para as doenças cardiovasculares e principalmente relacionadas à doença arterial coronariana, e como eles interferem no estilo de vida humano. A partir disto, busca-se com este trabalho discutir a importância da relação entre os fatores de risco e o infarto agudo do miocárdio, e de que forma a enfermagem pode contribuir para minimizar os efeitos que os fatores de risco podem gerar ao ser humano.

Entendemos que um dos objetivos dos profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, é o desenvolvimento de ferramentas educativas para o auxílio dos pacientes infartados no intuito de mostrar a eles que a adoção de medidas saudáveis de prevenção do IAM, podem dar melhor qualidade de vida se seguida de modo correto.

Portanto, ao longo deste trabalho será possível mostrar o perigo que o estilo de vida sedentária e os fatores de risco cardíacos podem causar as pessoas com coronariopatias e a prevenção de episódios de IAM a pacientes com historia recente de doença arterial coronária.

(1) Cidade norte-americana situada no estado de Massachussets

## **1.2 - JUSTIFICATIVA**

O tema para este trabalho partiu de observações durante os estágios do curso de graduação em enfermagem, principalmente o voltado para os cuidados intensivos com os pacientes na UTI, em que eu, ao cuidar de vários pacientes que se submetiam aos procedimentos invasivos cardiológicos como a angioplastia e principalmente, a revascularização do miocárdio, pude refletir no porque daquele paciente chegar aquele estágio e, eu enquanto profissional de saúde, posso atuar no sentido de prevenir para que o mesmo não chegue à morte súbita.

## **1.3 – PROBLEMÁTICA**

Esta pesquisa foi delineada a partir da preocupação com o aumento de óbitos provocados pelo Infarto Agudo do Miocárdio, juntamente com outras doenças crônico-degenerativas.

Esta pesquisa trará inúmeras contribuições em médio e longo prazo tanto no meio acadêmico quanto a sociedade, pois esta incrementará mais o meio científico e contribuirá para a capacitação dos profissionais de saúde, especialmente ao enfermeiro.

A sociedade será o elo final desta cadeia, pois os profissionais qualificados através desta pesquisa poderão conscientizar acerca dos fatores de risco para o infarto.

## **1.4-OBJETIVOS**

### **1.4.1 – Objetivo geral**

a) Identificar os principais fatores de risco apresentados por pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio internados em um hospital de referência em Belém do Pará.

### **1.4.2 – Objetivos específicos**

a) Mostrar a influência dos fatores de risco e estilo de vida como fatores desencadeantes para o episódio do IAM.

b) Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes infartados

## CAPITULO 2

### REVISÃO DE LITERATURA

#### 2.1 – INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO

Segundo Smetzer; Bare (2006), o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) caracteriza-se pela destruição permanente de células miocárdicas, provocado pelo desequilíbrio entre o suprimento e a demanda de oxigênio do miocárdio, devido à obstrução das artérias coronárias. À medida que as células são privadas de oxigênio, a isquemia se desenvolve, ocorre à lesão celular e, com o passar do tempo, a falta de oxigênio resulta em infarto ou morte das células.

Estima-se que ocorram aproximadamente 1,5 milhões de casos de infarto nos EUA, demonstrando que esta síndrome ocorre em condições epidêmicas. Poucas doenças tiveram a sua evolução alterada de maneira tão radical como o IAM, com redução acentuada de mortalidade, em consequência das mudanças ocorridas no tratamento nos últimos trinta anos. Entretanto, o IAM continua sendo a doença isquêmica mais comum no mundo ocidental, e constitui-se em importante causa de morbimortalidade nos países industrializados.

O IAM envolve mais comumente o ventrículo esquerdo e o septo interventricular, contudo dependendo do critério utilizado, aproximadamente um terço a dois terços dos pacientes com infarto inferior tem algum envolvimento do ventrículo direito.

Manfroi et al (2002) concluíram que em cerca de 50 a 70% dos pacientes o infarto agudo do miocárdio é a primeira manifestação de cardiopatia isquêmica. Tem sido sugerido que o infarto agudo do miocárdio sem angina prévia é mais prevalente

em jovens e homens, estando relacionado ao acometimento de um único vaso e melhor evolução clínica.

A dor torácica que ocorre de forma repentina e continua apesar do repouso e medicamentos é o sintoma apresentado na maioria dos pacientes com infarto. O Framingham Heart Study revelou que 50% dos homens e 63% das mulheres que morreram subitamente de doença cardiovascular não exibiam sintomas prévios (Smetzer; Bare ,2006).

Cerca de 50% dos pacientes morrem no decorrer da primeira hora, entre os que chegam a receber assistência médica destacam-se entre as principais complicações: Disfunções contráteis, arritmias, ruptura miocárdica, pericardite, disfunção de músculo papilar (com conseqüente regurgitação mitral) e insuficiência cardíaca progressiva. O prognóstico destes pacientes depende do local e extensão do infarto e da idade do paciente.

A classificação do Infarto esta baseado na localização do mesmo e nas camadas do coração envolvidas. Como os três ramos principais das artérias coronárias quase sempre suprem as regiões do ventrículo esquerdo, que tem maior necessidade de oxigênio, muitos infartos envolvem este ventrículo.

As localizações mais comuns de ateromas nas coronárias em ordem decrescente são: primeiros centímetros das artérias descendente anterior esquerda (DAE) e circunflexa esquerda (CXE) e em toda artéria coronária direita. Um pouco menos freqüentes, são encontrados nos ramos diagonais da DAE, ramos marginais obtusos da CXE ou ramo descendente posterior da coronária direita. A sintomatologia isquêmica aparece quando pelo menos 75% da luz do vaso encontram-se obstruída pelo ateroma e, assim, a vasodilatação já não consegue compensar a diminuição no fluxo sangüíneo local (WOODS et al, 2005).

Segundo a III Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento de infarto agudo do Miocárdio, o paciente que for atendido em urgência de IAM geralmente apresenta dor torácica como sintoma predominante. A dor, usualmente prolongada (> 20min) e desencadeada por exercício ou por estresse, pode ocorrer em repouso. A dor, em geral intensa, é aliviada parcialmente com repouso ou com nitratos, e pode ser acompanhada de irradiação para membros superiores e pescoço e por outros sintomas associados (dispnéia, náuseas e vômitos).

A história do paciente, apresenta a descrição dos sintomas apresentados e a história das doenças prévias e antecedentes pessoais e de doença cardíaca na família, que deve incluir os fatores de risco do paciente para a cardiopatia (SMELTZER; BARE, 2006).

Em 10 a 15% dos pacientes o IAM é assintomático, só verificável no eletrocardiograma. A confirmação do diagnóstico do IAM é feito através de avaliação laboratorial na busca de macromoléculas presentes nos miócitos na circulação, como creatinoquinase isoforma MB (CK-MB), lactato desidrogenase (LDH) e também troponinas exclusivas do miocárdio. O exame eletrocardiográfico deve ser realizado idealmente em menos de 10 min da apresentação à emergência e é o centro do processo decisório inicial em pacientes com suspeita de IAM.

Um dos mais importantes aspectos do cuidado do paciente com IAM é o histórico. Ele estabelece a linha de base para o paciente, de modo que qualquer desvio possa ser identificado. A avaliação sistemática inclui uma história minuciosa, quando ela é relacionada com a sintomatologia do paciente: dor ou desconforto torácico, dificuldade respiratória (dispnéia), palpitações, fadiga incomum, desmaio (sincope) ou sudorese (diaforese). Cada sintoma deve ser avaliado em relação ao momento, duração, fatores que o precipitam e aliviam, e comparação com os sintomas prévios. Um exame físico rigoroso e completo é crítico para detectar as complicações e qualquer alteração no estado do paciente (SMELTZER; BARE, 2006).



Para Oliveira (2004), todos os fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio são importantes, mas em nível de estudo e importância à aterosclerose tem seu valor, pois na maioria dos indivíduos que sofrem infarto é diagnosticada esta patologia durante o exame clínico e laboratorial com níveis de colesterol acima dos padrões aceitáveis (inferior a 200 mg/mm<sup>3</sup> de sangue).

### **2.1.1 – Aterosclerose**

Para Mesquita et al (2006) a aterosclerose é um processo progressivo, que afeta um quarto da população mundial principalmente nos países industrializados e está intimamente ligada ao estilo de vida e hábitos alimentares. Esta é uma doença reconhecida como problema significativo de saúde desde o início do século, a expressão aterosclerose é utilizada para descrever “lesão das grandes e médias artérias com depósito na íntima de placas amarelas que contêm colesterol e material lipóide”.

Estudos indicam que a aterosclerose envolve uma resposta inflamatória repetitiva para a lesão da parede arterial e uma alteração nas propriedades biofísicas e bioquímicas das paredes arteriais. Smetzer; Bare (2006) sintetizam os mecanismos fisiopatológicos classificando-os em oclusão arterial por êmbolo ou trombo, vasoespasma arterial (uma constrição ou estreitamento súbito), suprimento diminuído de oxigênio (a partir da perda sanguínea aguda, anemia ou hipotensão) e demanda aumentada de oxigênio (casos de tireotoxicose e ingestão de cocaína).

Independente da etiologia e patogenia do processo aterosclerótico, o resultado final são placas que causam estreitamento luminal da árvore arterial coronária e, muitas vezes um trombo que causa estreitamento adicional e freqüente oclusão total. Abaixo de certo nível crítico de fluxo sanguíneo, as células miocárdicas desenvolvem a lesão isquêmica, que quando grave é prolongado, o dano é irreversível, isto é, o infarto agudo do miocárdio (IAM) ocorre.

Para Guyton (1988), quando ocorre oclusão coronariana aguda, o músculo cardíaco situado para além do ponto de oclusão fica isquêmico, o que significa que o fluxo sanguíneo é insuficiente para assegurar a nutrição adequada. Dentro de 30 segundos a um minuto, um músculo que esteja completamente isquêmico fica não funcional e a pessoa pode morrer em alguns minutos. Mas, se área isquêmica for pequena, o dano cardíaco é menor e o paciente recupera-se dentro de alguns meses, devido à dilatação dos vasos coronarianos e, o desenvolvimento de novos vasos de pequeno calibre na área lesada.

A isquemia caracteriza-se não somente pela insuficiência de oxigênio, mas também por uma redução da disponibilidade de substratos nutrientes e remoção inadequada dos metabólicos. A hipoxemia isolada induzida por mecanismos fisiopatológicos é menos deletéria do que a isquemia, visto que a perfusão é mantida. Em mais de 90% a isquemia do miocárdio consiste na diminuição do fluxo sanguíneo. Para Mesquita (2006) são exemplos desta evolução clínica, a angina de esforço e a claudicação intermitente.

Para Giannini (2000) comparando-se pacientes que haviam morrido por doença coronária e indivíduos que morreram por acidentes ou por outras causas, a extensão das lesões ateroscleróticas era bem maior que a observada. A frequência e a extensão de lesões observadas em todos os indivíduos com mais de 60 anos de idade correspondiam, aproximadamente, aos índices de mortalidade encontrados na população geral. Esses dados apoiavam a hipótese de ser a aterosclerose a principal determinante das manifestações da doença coronária.

### **2.1.2 - Angina Pectoris (AP)**

A angina pectoris é o equivalente clínico de isquemia miocárdica. A dor torácica precordial isquêmica ocorre tipicamente numa situação de maior consumo de oxigênio, tal como ocorre nos exercícios e em situações de taquicardia, ou

decorrente de diminuição de oferta como a obstrução relacionada com o estreitamento da luz arterial por aterosclerose.

A dor anginosa caracteriza-se pela ocorrência de algia ou desconforto na região precordial ou retroesternal, descrita como sensação de peso ou de pressão sobre o esterno. Esta pode irradiar-se para o membro superior esquerdo, ombro, face interna do braço, mandíbula, pescoço, costelas e dentes. A duração da dor é de 3 a 5 minutos, sendo desencadeada por esforços físicos ou situações de estresse, e que alivia com repouso e administração de medicamentos específicos do tipo nitratos (III DIRETRIZ SOBRE TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO, 2007).

Woods et al (2005) afirmam que a angina pectoris pode ser classificada em três tipos: estável, variante ou de *Prinzmetal* e instável. O grau de AP está correlacionado com a extensão da doença vascular. A angina pectoris pode ser classificada, considerando sua gravidade, circunstâncias clínicas, presença de alterações eletrocardiográficas e intensidade da terapia antianginosa.

Em relação ao tratamento da AP pode-se ter ausência de tratamento ou tratamento mínimo; onde a terapia para AE crônica envolve doses convencionais de beta bloqueadores orais, nitratos e antagonistas do cálcio; e se mesmo assim a dor ocorrer, apesar das doses máximas toleradas de todas as três categorias de terapia oral, esta indicada à utilização de nitroglicerina endovenosa (Smeltzer; Bare, 2006).

O prognóstico é determinado pela presença de lesões anatômicas e isquemia nos testes funcionais, devendo ser considerado os eventos desfavoráveis como é o caso do IAM, óbito, recorrência de angina e necessidade de revascularização miocárdica.

## **2.2 – FATORES DE RISCO E DOENÇAS CARDIOVASCULARES.**

De acordo com Colombo (1997), o termo “fator de risco” surgiu pela primeira vez, quando foram divulgados os achados do *Framingham Heart Study*. Este estudo pioneiro realizou seguimento de uma amostra populacional de aproximadamente cinco mil indivíduos dos sexos masculino e feminino, residentes na cidade de Framingham, Massachusetts, objetivando identificar fatores de risco ao se comparar indivíduos que tinham desenvolvido DAC com aqueles que não tinham. Portanto, tudo o que foi medido e mais tarde relacionado com a maior incidência de doença foi denominado fator de risco, isto é, fator que desempenha um papel no desenvolvimento da doença.

Partindo deste estudo pioneiro, foram desenvolvidos outros estudos semelhantes, como o FRICAS (Fatores de Risco para Insuficiência Coronariana na América do Sul), desenvolvido na América do Sul, no intuito de conhecer se os fatores de risco para doenças cardiovasculares estudados em população predominante branca, anglo-saxã e rica são válidos para outros grupos populacionais. O estudo aqui no Brasil deu-se de janeiro de 1994 a março de 1995, que envolveu 20 cidades de vários estados e ratificaram o que já havia sido afirmado em estudos epidemiológicos anteriores (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKI, 1998).

A importância da identificação dos fatores de risco se deve a seus efeitos na incidência e prognóstico evolutivo da doença arterial coronária.

### **2.2.1 – Fatores de risco modificáveis**

Segundo Jaconodino; Amestoy; Thofehr (2007) entende-se por fator de risco todas as situações que favorecem o surgimento de alguma doença. Os fatores de risco mais comuns relacionados às doenças cardiovasculares são: dislipidemia,

hipertensão, obesidade e diabetes, formando um conjunto de morbidades geralmente associados entre si, constituindo-se em graves problemas de saúde.

Características sócio-demográficas, renda familiar, nível de escolaridade, tem sido relacionados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares. É conhecido que os fatores de risco tendem a ocorrer com maior freqüência e maior numero em populações com menor poder econômico e cultural.

Segundo Saad (2004), com exceção do genótipo, do sexo e da idade, os fatores de risco podem ser modificados por alterações no estilo de vida, por dieta e pelo uso de agentes farmacológicos. A cessação do hábito de fumar diminui o risco coronariano em cerca de 50% no primeiro ano e para valor próximo dos não-fumantes dentro de 2 a 10 anos. Também eleva o colesterol HDL em aproximadamente 10% em 1 mês, e reduz a agregação plaquetária.

O exercício regular é recomendado, consistindo em 15 a 20 minutos de caminhadas diárias, com exercícios mais intensos para a perda de peso. Em adição ao seu papel na redução do peso e da pressão arterial, o exercício regular aumenta o componente HDL sanguíneo. As diretrizes correntes recomendam alterações dietéticas e exercícios regulares por um período de 4 a 6 meses para o tratamento de elevações lipídicas em pacientes com 2 ou mais fatores de risco. Os agentes farmacológicos podem ser instituídos depois desse período inicial de dieta e exercício, ou mesmo mais cedo em indivíduos com doença coronariana documentada.

Aproximadamente 20% da população adulta são portadores de hipertensão arterial. A prevalência dos fatores de risco tradicionais varia entre 75% e 80% nas doenças cardiovasculares e entre 40% e 70% são hipertensos, de acordo com a faixa etária. A identificação da hipertensão arterial não requer recursos técnicos sofisticados e onerosos, as medidas preventivas reduzem sua incidência e os

esquemas terapêuticos são eficazes e bem tolerados. Durante os últimos 30 anos, o conceito de hipertensão arterial como fator de risco tem se modificado.

Estudos epidemiológicos prospectivos demonstraram dados significativos sobre a complicação aterosclerótica entre os fumantes. O risco de doença coronária é duas a quatro vezes maiores entre os fumantes e relaciona-se ao número de cigarros consumidos por dia. Nos jovens, o risco é mais expressivo se o consumo for superior a 20 cigarros por dia. Nas mulheres, o risco aumenta com o uso simultâneo de anticoncepcionais. Nos fumantes com idade acima de 40 anos, portadores de hipertensão arterial e hipercolesterolemia, a probabilidade de evento coronário é de 40% em 10 anos.

Apesar das inúmeras evidências que apontam malefícios do tabagismo, aproximadamente um quarto da população mundial é fumante. A incoerência desse fato relaciona-se, possivelmente, com a dependência química pela nicotina e o incentivo de seu consumo pelo interesse econômico.

O risco para aterosclerose é duas a três vezes maiores em diabéticos que em não-diabéticos, independentemente de outros fatores de risco, sendo essa proporção ainda maior no sexo feminino. Segundo os estudos de Framingham, o risco é 4,9 vezes maior para as mulheres e 2,1 vezes maior para os homens. Aproximadamente 75% de todas as medicações e intervenções em diabéticos são decorrentes de doenças cardiovasculares. O estudo MRFIT, após seguimento de doze anos, demonstrou que o risco absoluto de morte por doenças cardiovasculares foi três vezes maior em homens diabéticos, de todas as faixas etárias, após o ajuste dos demais fatores de risco.

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 crescente. Na população americana, 27,5%

dos homens e 34% das mulheres são obesos e 67% e 62% têm sobrepeso, respectivamente. No Brasil, as prevalências correspondentes são 7,0% e 12,0% para obesidade e 31,5% e 26,6% para sobrepeso (III DIRETRIZ SOBRE TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO, 2004).

Assim, existem indícios de que, com graus variáveis de participação, a obesidade pode atuar como fator de risco causal (ação direta dos fatores de risco emergentes) e fator de risco predisponente de doença arterial coronariana (por meio dos fatores de risco causais, como hipertensão, dislipidemia, tabagismo e diabetes), influenciando na evolução da aterogênese e na geração de síndromes isquêmicas agudas, o que amplia sua importância como fator de risco de doença cardiovascular.

O sedentarismo é um dos fatores de risco significativo para evento coronariano ou para novos eventos pós-IAM, é responsável direto pelo baixo condicionamento físico, pela redução do consumo de oxigênio e pela diminuição do tônus muscular, pelo aumento do peso corporal, pela elevação dos níveis de triglicérides e pela redução do HDL-colesterol, além de comprometer a auto-estima. A maioria dos fatores de risco é favoravelmente modificada pelo exercício físico.

O combate ao sedentarismo deve contemplar programas individuais ou coletivos de incentivo à atividade física no cotidiano das pessoas, como caminhar para o trabalho, subir ou descer escadas, utilizar bicicleta como transporte para a escola ou trabalho, saltar da condução dois pontos antes de casa, fazer trabalhos manuais, jardinagem, pinturas, consertos, etc. Sessões de exercícios regulares de, no mínimo, 40 min, 5 a 6 vezes por semana, são recomendadas em academias ou substituídas por caminhadas no plano, procurando alcançar a marca de 100m/min, sempre sob recomendação médica. A prescrição de exercícios mais vigorosos, como natação, ginástica aeróbica ou prática de esportes individuais ou coletivos, prevê sempre a realização de um teste ergométrico prévio.

### 2.2.2 - Fatores de risco não-modificáveis

Segundo Carestiato (2007) a idade, o sexo e a história familiar positiva são considerados fatores de risco não modificáveis. Até 55 anos a ocorrência de eventos coronarianos é mais freqüente nos homens que mulheres, sendo que na fase pós-menopausa, com a perda do efeito protetor estrogênico, a incidência de eventos se assemelha à população masculina. Os antecedentes familiares positivos para DAC, como história de infarto agudo do miocárdio ou morte súbita em parentes de primeiro grau em idade < 55 anos para o sexo masculino e <65 anos para sexo feminino, representam maior chance de desenvolvimento da doença.

Saad (2004), diz que entre os vários fatores de risco não-modificáveis a idade é o que tem influência dominante no desenvolvimento do IAM. Entre os 40 e os 60 anos há um aumento de cinco vezes na incidência de Infarto Agudo do Miocárdio.

O sexo também tem grande influência no desenvolvimento do IAM. Os pacientes jovens do sexo masculino são bem mais propensos. O Infarto Agudo do Miocárdio é incomum em mulheres pré-menopausa, exceto nas que tem predisposição (com patologias como Diabetes Mellitus, hiperlipidemia acentuada ou hipertensão arterial grave). Após a menopausa há um aumento muito grande nas complicações devido à redução de estrógenos naturais, que atuam como protetores contra esta patologia.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, através do Programa Nacional de Prevenção e Epidemiologia, diz que a influência genética às vezes está associada a Diabetes Mellitus, hipertensão arterial Sistêmica, outras vezes associa-se a distúrbios genéticos ou hereditários bem definidos no metabolismo das lipoproteínas. Mas apesar da genética, tabagismo, hiperlipidemia, HAS e DM são passíveis de modificação, diminuindo assim os fatores de risco.



### **2.3 - Considerações de enfermagem sobre o Infarto Agudo do Miocárdio**

Para a enfermagem é muito importante conhecer e compreender o significado do infarto do miocárdio, pois o mesmo entra em contato direto com o paciente e seus familiares, desmistificando qualquer tipo de medo ou angustia quanto a sua situação após o infarto, tanto no ambiente hospitalar quanto no familiar. Para Santos; Araújo (2003), isso possibilita verificar o âmbito de atuação da enfermagem, para posterior atendimento das necessidades do paciente, e sua melhor adaptação a uma diferente circunstância da vida.

Jaconodino; Amestoy; Thofehr (2007) afirmam que o conhecimento, tanto dos fatores quanto dos marcadores de risco, é fundamental para estabelecer estratégias de prevenção de doenças cardiovasculares, pois o risco de desenvolver patologias crônico-degenerativas é avaliado com base na análise conjunta de caracteres que aumentam a probabilidade de um indivíduo apresentar tais doenças.

A experiência do infarto agudo do miocárdio é vivenciada de forma individual, podendo variar de paciente para paciente, em função do sexo, cultura, papel social, estado de saúde, ambiente e das expectativas de vida. Todas essas variações precisam ser norteadas, na tentativa de fornecer uma estrutura significativa do infarto agudo do miocárdio, para o cuidar em enfermagem (SANTOS; ARAUJO, 2003), ou seja, cada paciente pode reagir de uma forma quando se diagnostica o IAM. Muitos se perguntam como será sua vida pós infarto, quais serão suas limitações e, até mesmo, se poderão ter uma vida “normal”. Sensações como angústia, solidão, depressão e medo da morte estão fortemente presentes nos pacientes e seus familiares.

Os pacientes pós infarto podem ter uma vida saudável e normal, desde que mantenham hábitos de vida saudáveis, e a redução dos fatores de risco, como a hipercolesterolemia, hipertensão e o sedentarismo.

Salientamos a importância da participação da equipe de saúde neste processo, com o intuito de orientar os usuários a adotar estilos de vida mais saudáveis, levando-se em consideração a realidade na qual estão inseridos, a fim de adquirir a qualidade de vida almejada.

Para Mussi (2004), o enfermeiro pode ocupar espaço importante na prevenção, reconhecendo-se como sujeito que pode contribuir no processo educativo de indivíduos, visando à conscientização dos sinais de eventos cardiovasculares iminentes, a execução de condutas iniciais frente a esses e a modificação de estilos de vida que propiciem a manutenção ou progressão da DAC.

O advento do IAM salienta a importância de estratégias educativas para detecção e modificação dos fatores de risco da doença. Se a literatura médica tem razão em estabelecer relação de causa e efeito entre o estilo de vida de um indivíduo e o IAM, o enfermeiro precisa discutir como ajudá-lo, no âmbito de suas possibilidades, a encontrar e valorizar outras formas de ser e de viver para evitar o retorno da doença e os desconfortos dela decorrentes.

Para Mussi (2004), a atuação do enfermeiro pode abranger a assistência direta ao indivíduo ou a grupos de uma comunidade ou o gerenciamento desse processo de trabalho de enfermagem, a formação de trabalhadores de enfermagem e a participação no processo de educação de recursos humanos, de outras áreas. Com essa participação na formação, o enfermeiro estará também contribuindo para o treinamento de agentes multiplicadores de ações pedagógicas preventivas. Tais propostas precisam integrar os cursos de graduação em enfermagem, de formação de trabalhadores de nível médio e podem se estender a voluntários de grupos da comunidade.

O enfermeiro promove conforto ao atuar na esfera preventiva e educativa, pois contribui assim para reduzir desconfortos futuros, tanto dos portadores de

coronariopatias quanto das pessoas infartadas. A promoção do conforto deve ser a motivação básica da ação do enfermeiro, como uma categoria política e ética que norteia a ação da enfermagem.

## **CAPÍTULO 3**

### **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 - TIPO DE ESTUDO**

O estudo é retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa. De acordo com Teixeira (2000) este tipo de estudo é útil quando se deseja formular explicações acerca de uma realidade. A partir dela, uma ou mais hipóteses são formuladas pelo uso da dedução.

#### **3.2 - LOCAL DO ESTUDO**

O presente estudo foi desenvolvido na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Viana (FHCGV). Esta instituição se caracteriza por ser referência nas áreas de Psiquiatria, Nefrologia e Cardiologia. Possui atualmente 230 leitos, sendo distribuídos nas seguintes clínicas: Médica (40), Cardiológica (20), Cirúrgica (36), Psiquiátrica (45), Obstétrica (20), Pediátrica (20). Este conta ainda com três UTIs (Adulto - 12 leitos; Pediátrica - 8 leitos; Neonatal - 10 leitos) e ainda 9 leitos do SAT (Serviço de Apoio e Triagem), por onde a maioria dos pacientes chegam e ficam em observação até que um dos leitos de uma das clínicas estejam vagos ou tenham de ser referenciados para outros hospitais. Possuem também vários outros serviços como o de Apoio Diagnóstico, Terapia Renal Substitutiva, Centro obstétrico e Centro Cirúrgico, além do Ambulatório de Especialidades, que atende pacientes encaminhados pela Central de Marcação de Consultas do SUS e os internados no próprio hospital, que necessitem de acompanhamento ambulatorial.

### **3.3. AMOSTRA e FONTE DE INFORMAÇÃO**

A amostra desta pesquisa foi composta por pacientes que internaram na FHCGV nos anos de 2007 e 2008, com diagnóstico médico de IAM. Neste período ocorreram 292 internações, sendo 166 internações em 2007 e 126 internações em 2008. Como fontes de informação foram utilizados os prontuários dos referidos pacientes, sendo consultados 40 prontuários de cada ano, o que equivale a 24,1% e 31,7%, respectivamente.

### **3.4 - INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.**

Após autorização e parecer do Comitê de Ética e Pesquisa do FHCGV, iniciou-se a coleta de dados. Os prontuários dos pacientes eram escolhidos aleatoriamente por funcionários do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do hospital, conforme uma lista disponível somente com os prontuários com CID I-21.

Os dados desta pesquisa foram coletados no período de 20 a 30 de abril de 2009, no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) na Fundação Hospital de Clinicas Gaspar Viana, por meio de um Roteiro de Coleta de Dados.

O roteiro utilizado foi composto por 19 itens, com as seguintes indicações: número do prontuário, dados sócio-demográficos (estado civil, idade, sexo, cor da pele, instrução formal, ocupação/profissão), dados clínicos (diagnóstico de admissão, diagnóstico de alta, motivos de internação, queixa principal na admissão, principais achados, antecedentes pessoais e familiares) e outras informações (cid principal, cid secundário, dias de hospitalização, tipo de alta, resultado do tratamento e prescrição médica na alta hospitalar).

### **3.5 - ASPECTOS ÉTICOS**

Esta pesquisa, seguindo a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, deu entrada no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas Gaspar Viana no dia 06 de março de 2009, com nº de protocolo 028/2009, tendo sido aprovado com parecer final no dia 08/04/2009.

### **3.6 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Após a coleta de dados criou-se um banco de informações utilizando o programa Microsoft Office Excel. Em seguida os dados foram apresentados em gráficos, tabelas e analisados descritivamente.

### **3.7 - RISCOS E BENEFÍCIOS**

Esta pesquisa é isenta de riscos, uma vez que foi feita coleta e estudo de dados dos prontuários dos pacientes, no Serviço de Arquivo Médico Estatístico (SAME) do HCGV, com a garantia de serem resguardadas as identidades dos envolvidos. Quanto aos benefícios, estes surgirão a longo e em médio prazo, pois se espera que ajude na educação de pacientes quanto à modificação do estilo de vida e, conseqüentemente a prevenção do Infarto Agudo do Miocárdio.

## CAPÍTULO 4

### APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na tabela nº 1 são apresentados os dados sócio-demográficos da amostra, nos anos de 2007 e 2008.

**TABELA Nº 1: Dados sócio-demográficos dos pacientes que apresentaram diagnóstico médico de IAM. Ano 2007 e 2008. FHCGV. Belém-PA.**

IDADE (anos)	2007(n=40)		2008 (n=40)		Total (n=80)	
	n	%	N	%	N	%
30 a 50	9	22,5	6	15	15	18,75
51 a 70	19	47,5	22	55	41	51,25
71 a 90	12	30	12	30	24	30
<b>SEXO</b>						
Masculino	29	72,5	28	70	57	71,25
Feminino	11	27,5	12	30	23	28,75
<b>COR DA PELE</b>						
Branco	10	25	14	35	24	30
Negro	0	0	2	5	2	2,5
Pardo	30	75	24	60	54	67,5
<b>ESCOLARIDADE</b>						
ANALF e EFI <sup>1</sup>	21	52,5	29	72,5	50	62,5
EFC <sup>2</sup> E EMI <sup>3</sup>	10	25	5	12,5	15	18,75
EMC <sup>4</sup> E ESI <sup>5</sup>	5	12,5	2	5	7	8,75
ESC <sup>6</sup>	2	5	4	10	6	7,5
Não informado	2	5	0	0	2	2,5

FONTE: Roteiro de Coleta de Dados

1. Ensino fundamental incompleto 2. Ensino fundamental completo 3. Ensino médio incompleto 4. Ensino médio completo 5. Ensino Superior incompleto 6. Ensino Superior completo

Como se pode notar, a idade predominante dos pacientes que apresentaram infarto ficou no grupo entre 51 a 70 anos. Segundo Pereira e cols (2008), a incidência de doenças cardiovasculares em adultos dobra aproximadamente a cada decênio de vida. Os pacientes do sexo masculino foram à maioria da amostra da pesquisa. Segundo Pereira et al (2008), a prevalência de homens com doenças cardiovasculares aumenta, uma vez que, os indivíduos do sexo masculino acumulam mais fatores de risco do que as mulheres. A explicação para a proteção das mulheres em relação ao infarto, antes da ocorrência da menopausa, parece estar relacionada a alguns mecanismos da fisiologia reprodutiva, responsáveis por menor tendência trombolítica e proteção hormonal (OLIVEIRA, 2004). Quanto à cor da pele, constatou-se que a maioria da amostra é parda. Isso se reflete na demografia da região, uma vez que a maioria da base populacional é composta por indivíduos de cor parda.

A escolaridade foi uma das variáveis pesquisadas e dela se podem tirar algumas conclusões. A maioria da amostra da pesquisa era de indivíduos analfabetos ou que não havia completado o ensino fundamental. Esta constatação reflete que a maioria dos pacientes com doença cardíaca não reconhecem os sinais e sintomas por falta de conhecimento dos fatores que podem levar a doença cardíaca.

A relação socioeconômica e a morbimortalidade da doença isquêmica do coração tem revelado que a renda e educação estão inversamente relacionadas com a doença. Há indícios que a renda adequada possibilita um estilo de vida mais saudável, ambiente físico mais seguro e assistência médica adequada. Por outro lado, a presença de um ou mais fatores de risco é maior entre indivíduos de baixa escolaridade (OLIVEIRA, 2004). Na tabela seguinte, é apresentada a relação entre a escolaridade e a ocupação apresentadas pelos sujeitos da amostra.



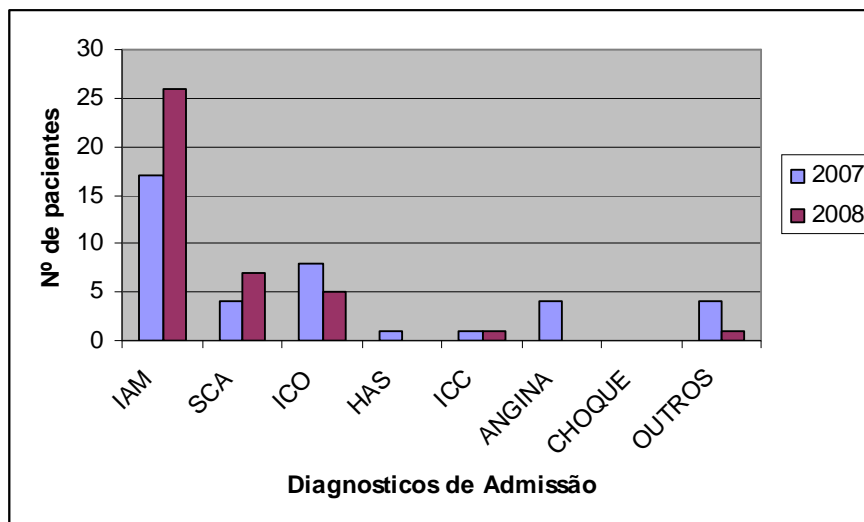
**Tabela nº 2: Relação entre escolaridade e Ocupação da amostra da pesquisa. Ano 2007/2008. FHCGV. BELÉM-PA**

2007/2008 n= 80			
Escolaridade	N	%	OCUPAÇÃO
Analfabeto ou EFI <sup>1</sup>	50	62,5	Agricultores, Pescadores, Serventes de Obras, Carpinteiro, Operários, vigias, Pedreiros, Ambulantes, Dona de casa e empregado doméstico.
EFC <sup>2</sup> ou EMI <sup>3</sup>	15	18,75	Comerciante, Aposentados, Mestre de Obras, Pintor, Locutor, mecânico, metalúrgico, motorista, desempregado, dona de casa e empregado doméstico.
EMC <sup>4</sup> ou ESI <sup>5</sup>	7	8,75	Estudante, Policial Militar, Técnico em refrigeração e Motorista de Caminhão.
ESC <sup>6</sup>	6	7,5	Militar aposentado, Administrador, Professor aposentado, corretor de imóveis.
Não informado	2	2,5	Não foram encontrados dados

FONTE: Roteiro de Coleta de Dados

A tabela nº 2 mostra a relação dentre as variáveis escolaridade e ocupação. Nela podemos inferir que os grupos de trabalhadores de baixa escolaridade demandam um grande estresse ocupacional e, conseqüentemente, apresentam mais chances de infartar, segundo OLIVEIRA (2004), o risco de desenvolver doença arterial coronariana é significativamente maior entre trabalhadores manuais. Nas mulheres, o risco de doença cardiovascular é maior naquelas que trabalham externamente em comparação com as donas de casa e empregadas domésticas.

**GRÁFICO Nº 1 – Principais Diagnósticos de Admissão envolvidos na pesquisa. Anos 2007 e 2008. FHCGV - BELÉM-PA**



Fonte: Roteiro de coleta de dados

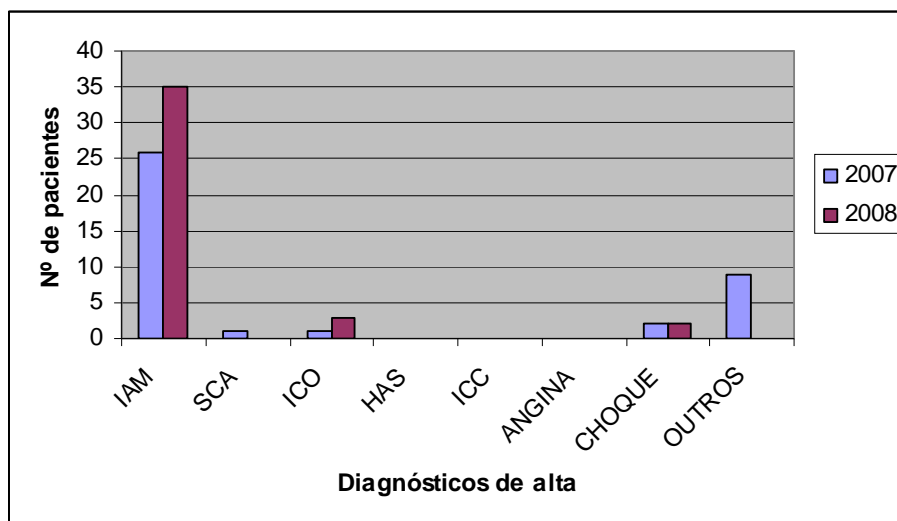
O gráfico 1 mostra os principais diagnósticos de admissão encontrados durante a coleta de dados da pesquisa. Os diagnósticos de admissão foram aqueles com que os pacientes deram entrada no HCGV ou em outros hospitais e que foram referenciados para o mesmo. Tanto em 2007 quanto em 2008, o diagnóstico Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) foi bastante encontrado, seguido de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) e Insuficiência Coronariana Obstrutiva (ICO).

O infarto apresenta, geralmente, sintomas como uma dor visceral profunda subesternal, com sensação de desconforto ou aperto, irradiando para os membros inferiores, costas, mandíbula, acrescida de fadiga, dispnéia, entre outros. Ao exame clínico, o paciente mostra-se inquieto, pálido, cianose periférica e pele fria (SMELTZER; BARE, 2006).

Os dados revelam que os pacientes apresentavam quadro clínico semelhante ao serem admitidos no hospital, e correlaciona-se a isso o fato de o IAM estar presente como diagnóstico de admissão. Reis et al (2006), afirmam que o IAM é a

principal causa de internação hospitalar e morte súbita aliada à presença dos fatores de risco cardiovasculares, como a aterosclerose e HAS.

**GRÁFICO 2: PRINCIPAIS DIAGNOSTICOS DE ALTA ENVOLVIDOS NA PESQUISA. ANOS 2007 e 2008. FHCGV - BELÉM-PA**



Fonte: Roteiro de coleta de dados

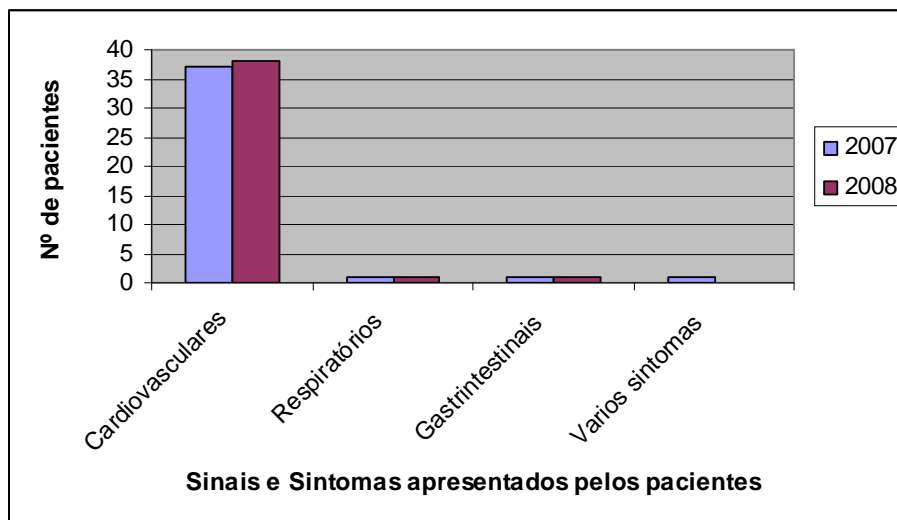
O gráfico 2 mostra os principais diagnósticos de alta verificados durante a pesquisa. O diagnóstico de alta é aquele que o paciente recebe quando sai do hospital, e depende da evolução clínica do paciente. Como no diagnóstico de admissão, o IAM foi o mais encontrado nos prontuários após alta, seguido de outros diagnósticos como Edema Agudo do Pulmão (EAP), por exemplo. Merece ainda destaque o choque cardiogênico que apareceu nesse momento da pesquisa, pois alguns pacientes foram a óbito, sendo esta a principal causa entre os pacientes envolvidos na pesquisa como um todo. O choque cardiogênico está entre as complicações mais graves do IAM assim como as arritmias cardíacas.

O choque cardiogênico acontece quando o coração não consegue bombear sangue suficiente para suprir a quantidade de oxigênio para os tecidos. Isso pode acontecer em consequência de um infarto significativo, ou de múltiplos infartos menores, nos quais mais de 40% do miocárdio torna-se necrótico, por causa de um

ventrículo rompido, disfunção valvular significativa, trauma cardíaco, resultando em contusão miocárdica, ou com o estagio terminal da insuficiência cardíaca. Os sinais clássicos de choque cardiogênico são a hipoperfusão tissular manifestada como hipóxia cerebral (agitação, confusão, inquietação), PA baixa, pulso rápido e fraco, pele fria e pegajosa, estertores respiratórios aumentados, sons intestinais hipoativos e debito urinário diminuído (SMELTZER; BARE, 2006).

A enfermagem deve avaliar cuidadosamente o paciente, observar o ritmo cardíaco, monitorar os parâmetros hemodinâmicos e registrar a ingesta hídrica e o debito urinário. O paciente deve ser rigorosamente avaliado quanto às respostas as prescrições médicas e quanto ao desenvolvimento de complicações, as quais devem ser corrigidas de imediato.

**GRÁFICO 3: SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS PELA AMOSTRA PESQUISADA, POR SISTEMAS DO CORPO HUMANO, IDENTIFICADOS NO ATO DA INTERNAÇÃO. ANO 2007 e 2008. FHCGV. BELÉM-PARÁ**



Fonte: Roteiro de coleta de dados

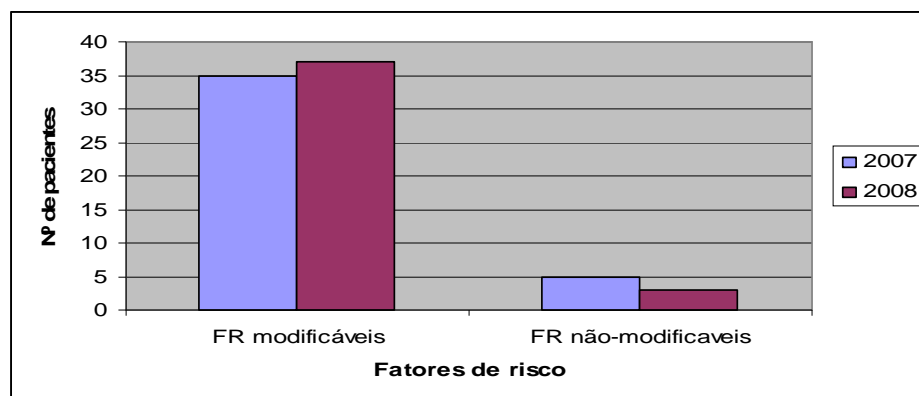
O Gráfico 3 mostra os principais sinais e sintomas apresentados pelos pacientes e que motivaram a busca pela instituição hospitalar, levando-os a receberem o diagnóstico médico de IAM.

O sistema do corpo humano mais afetado foi o cardiovascular, com alterações como angina instável, dor precordial e retroesternal com ou sem irradiação. Outros pacientes relataram que tiveram sintomas respiratórios como dispnéia associada ou não ao esforço físico, conjuntamente com os cardiovasculares. Alguns relataram também sintomas gastrintestinais como náuseas, vômitos e epigastralgia, também associados aos outros sintomas já citados anteriormente.

Embora a apresentação clínica de pacientes com isquemia miocárdica aguda possa ser muito diversa, cerca de 75% a 85% dos pacientes apresentam dor torácica como sintoma predominante. A dor, usualmente prolongada (> 20min) e desencadeada por exercício ou por estresse, pode ocorrer em repouso. A dor, em geral intensa, é aliviada parcialmente com repouso ou com nitratos, e pode ser acompanhada de irradiação para membros superiores e pescoço e por outros sintomas associados (dispnéia, náuseas e vômitos). (III DIRETRIZ SOBRE TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO, 2004).

Conhecer os sinais e sintomas é importante para a enfermagem, pois é por meio destes que o enfermeiro estabelece o seu diagnóstico de enfermagem e em seguida o plano de cuidados para o paciente.

**GRÁFICO 4: TIPOS DE FATORES DE RISCO ENVOLVIDOS NA PESQUISA. ANO 2007 e 2008. FHCGV. BELÉM-PARÁ**



Fonte: Roteiro de coleta de dados

O gráfico 4 mostra os fatores de risco encontrados durante a coleta de dados. Os fatores de risco modificáveis, àqueles em que o indivíduo pode alterar com a mudança de hábitos e estilo de vida, foram a maioria, enquanto que os fatores de risco não-modificáveis, àqueles em que o indivíduo não pode ter controle sobre o mesmo, mas nem por isso deixa de ser importante, apareceu pouco durante a coleta de dados, como pode ser percebido no gráfico. Os fatores de risco modificáveis mais significativos são a hipertensão, diabetes, sedentarismo, dislipidemia, tabagismo, entre outros.

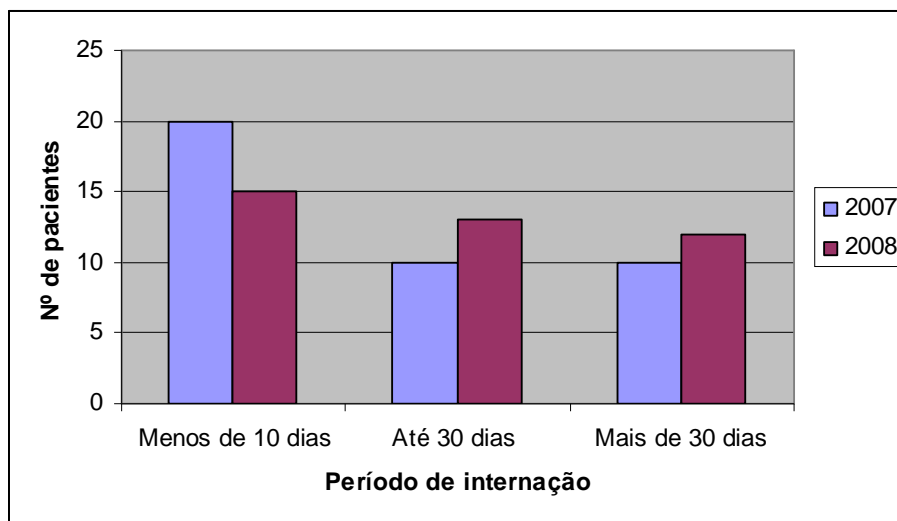
Estes fatores são significativos, pois, são preveníveis com mudanças de estilo de vida e controle através de acompanhamento clínico. É muito importante dizer, por exemplo, que o abandono do fumo reduz a mortalidade e a morbidade secundárias a causas cardiovasculares em mais de 35% em todas as populações. A hipertensão arterial desempenha importante papel na progressão da doença no paciente pós-IAM e contribui para remodelação ventricular, insuficiência cardíaca congestiva e aceleração da aterosclerose, sendo seu rigoroso controle, conseqüentemente, alvo de interesse (III DIRETRIZ SOBRE TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO, 2004).

Pacientes com diabetes melitus tipo 2 têm maior morbidade e mortalidade por doença microvascular (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e por doença macrovascular (acidente vascular encefálico, doença arterial periférica e doença cardiovascular), particularmente a doença arterial coronariana, por exemplo, a mortalidade é maior no diabético em relação ao IAM e a procedimentos cirúrgicos de revascularização.

As evidências indicam que sobrepeso/obesidade pode atuar direta e indiretamente como fator de risco cardiovascular: de modo independente, diretamente sobre o processo de aterosclerose; e por facilitar o aparecimento de fatores de risco causais clássicos, tais como hipertensão, hipercolesterolemia e diabetes (OLIVEIRA, 2004).

O combate ao sedentarismo deve contemplar programas individuais ou coletivos de incentivo à atividade física no cotidiano das pessoas, como caminhar para o trabalho, subir ou descer escadas, utilizar bicicleta como transporte para a escola ou o trabalho, saltar da condução dois pontos antes de casa, fazer trabalhos manuais, jardinagem, pinturas, consertos, etc (OLIVEIRA, 2004; III DIRETRIZ SOBRE TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO, 2004).

**GRÁFICO 5: PERÍODO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO. ANO 2007 e 2008. FHCGV. BELÉM-PARÁ**



Fonte: Roteiro de coleta de dados

O gráfico 5 mostra o tempo de internação dos pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Verifica-se que em 2007 a maioria dos pacientes ficou menos de dez dias internado no hospital, porque seus casos foram atendidos de forma rápida e evoluíram positivamente, com remissão e melhora do quadro clínico, ou ainda porque seus casos já chegaram em parada cardiorrespiratória ou choque cardiogênico e rapidamente evoluíram a óbito.

Os pacientes que ficaram no máximo 30 ou ultrapassaram os 30 dias internados precisaram passar por exames complementares, tanto na parte clínica

quanto na parte diagnóstica para que seus casos pudessem ter um diagnóstico definido. E a maioria deles passou por cirurgia de revascularização do miocárdio.

Em 2008 o panorama não foi muito diferente. O número de pacientes com menos de dez dias internado no hospital aumentou em relação a 2007 e o de pacientes com 30 ou superior a 30 dias de hospitalização foi o mesmo.

Berenstein (2005), afirma que os procedimentos médicos mais caros para o sistema de saúde estão concentrados na área de cardiologia como, revascularização de miocárdio e angioplastia coronária percutânea. O primeiro procedimento gera altos custos devido à elevada frequência enquanto o segundo possui um custo médio elevado. O custo de internação é diretamente proporcional ao tempo que o paciente fica no hospital e os procedimentos que ele realiza no mesmo. Como o segmento idoso representa um grande usuário do sistema de saúde e o custo de internação é, geralmente, elevado para este grupo, o aumento da proporção de idosos pode intensificar os custos despendidos na saúde.

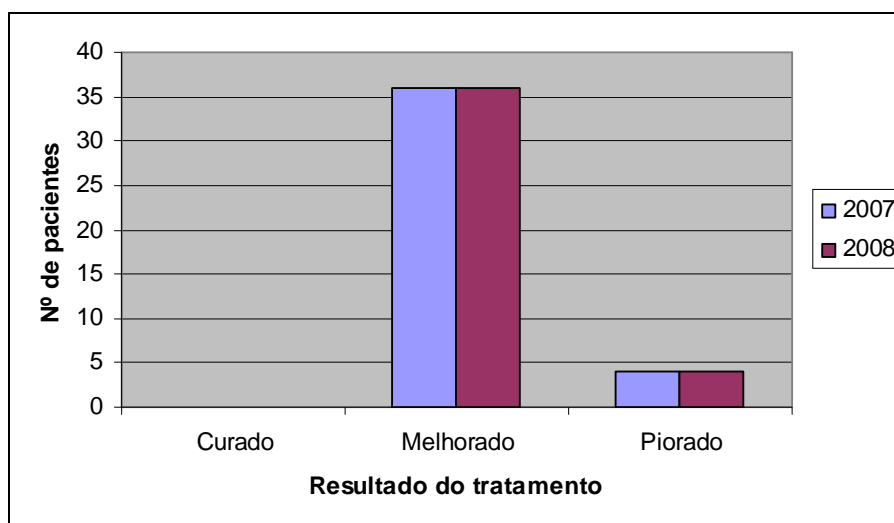
Girardi et al (2008), afirmam que as intervenções médicas direcionadas ao tratamento da cardiopatia isquêmica têm contribuído para esse objetivo. O progresso na modernização das intervenções percutâneas, e, agora, com as intervenções cirúrgicas sem o uso de circuitos de circulação extracorpórea, segue esse modelo. Além disso, ainda que essa busca seja pouco mensurável sob a visão econômica, benefícios clínicos são claramente perceptíveis.

É inquestionável que uma menor permanência do paciente na sala de operação, menor tempo de entubação, menor tempo em sala de UTI, e, finalmente, menor tempo de permanência no hospital contribuem para minimizar o sofrimento do paciente e evitam complicações clínicas no pós-operatório. Nessa mesma linha de raciocínio, ainda que esses dados não possam ser matematicamente mensuráveis,



a diminuição dos tempos de permanência nessas unidades resulta em redução de gastos hospitalares intuitivamente aceitos.

**GRÁFICO 6: RESULTADO DO TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO. ANO 2007 e 2008. FHCGV. BELÉM-PARÁ.**



Fonte: Roteiro de coleta de dados

O gráfico 6 mostra o resultado após o tratamento dos sintomas do infarto. Eles revelam que, na maioria dos casos, obtêm alta hospitalar com melhora do quadro clínico e sintomatológico. Na maioria dos casos, para remissão dos sintomas, os mesmos são submetidos a tratamento invasivo como cinecoronariografia ou cateterismo cardíaco, angioplastia coronária transluminal percutânea e a procedimentos cirúrgicos como cirurgia de revascularização do Miocárdio (RVM) e troca de válvulas cardíacas, quando o comprometimento cardíaco é bem acentuado.

Os óbitos nesta pesquisa foram pouco evidenciados, visto que a amostragem foi feita de forma aleatória. Dentre a amostra de 80 pacientes nos anos de 2007 e 2008, verificou-se óbito em 8 pacientes, ou seja, 10% da amostra. A mortalidade por

infarto agudo está diretamente ligada às complicações por ele geradas, como a parada cardiorrespiratória e o choque cardiogênico.

A parada cardíaca compreende a interrupção súbita e inesperada da atividade mecânica ventricular útil e suficiente. Quando ocorre em indivíduos com doença incurável, irreversível, a parada cardíaca nada mais é que a consequência final da evolução natural da doença. A parada cardíaca é seguida de parada respiratória após alguns segundos. Outras vezes, a parada respiratória ocorre primeiro; nesses pacientes, os batimentos cardíacos podem ser detectáveis até 30 min após. Por isso, é mais correto denominar esse evento de parada cardiorrespiratória. (III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio, 2004).

O choque cardiogênico é um estado avançado de hipoperfusão tecidual, geralmente caracterizado por pressão arterial sistólica  $< 90$  mmHg, índice cardíaco abaixo de  $1,8$  l/min/m<sup>2</sup> e pressões de enchimento elevadas. O diagnóstico de choque cardiogênico deve ser feito quando outras causas de hipotensão forem eliminadas, como hipovolemia, arritmias, distúrbios eletrolíticos ou efeito farmacológico indesejável de outros medicamentos.

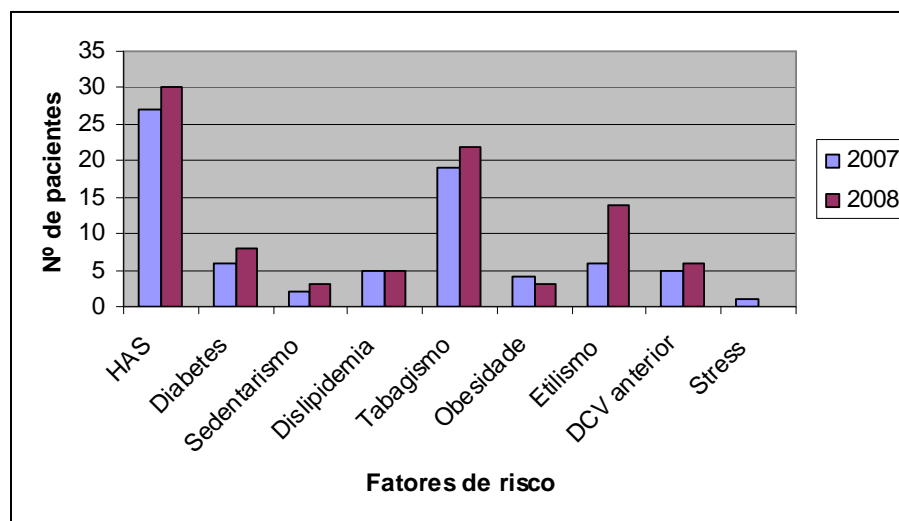
Embora esteja geralmente associado a dano ventricular extenso, pode ocorrer em outras situações, tais como na ocorrência de infarto associado de ventrículo direito, defeitos mecânicos tipo insuficiência mitral ou comunicação interventricular, derrame pericárdico ou tamponamento cardíaco, ou quando ocorrem complicações na evolução do IAM tipo tromboembolismo pulmonar ou sepse, especialmente em diabéticos e idosos (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST, 2007).

O tratamento do IAM passa pelas intervenções percutâneas como a angioplastia coronária e revascularização do miocárdio, que são modalidades de alto custo e somente são feitas para pacientes com comprometimento miocárdico grave.

O tratamento farmacológico é o tratamento de escolha para prevenir e dar qualidade de vida a estes pacientes. Aliando-se ainda a este o controle dos fatores de risco pode – se reduzir a mortalidade desta doença.

Os pacientes com diagnóstico de IAM devem ser assistidos pela enfermagem no intuito de prevenir possíveis complicações como arritmia e choque cardiogênico. Deve-se encaminhá-lo a uma unidade de terapia intensiva para maior controle dos sinais vitais e parâmetros fisiológicos como saturação de O<sub>2</sub>, frequência cardíaca, pressão arterial, entre outros.

**GRÁFICO 7: DISTRIBUIÇÃO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO APRESENTADOS PELA AMOSTRA. ANO 2007 e 2008. FHCGV. BELÉM-PARÁ**



Fonte: Roteiro de coleta de dados

O gráfico 7 mostra a distribuição detalhada dos fatores de risco apresentados na pesquisa como um todo nos anos de 2007 e 2008. Como se pode notar a hipertensão arterial (HAS) e o tabagismo são os mais significativos em termos de estratificação de risco tanto em 2007 quanto em 2008, inclusive com aumento das ocorrências neste ano. O etilismo aparece logo em seguida, também com um aumento significativo em relação a 2007.

Os dados revelam que os fatores de risco modificáveis, continuam a desencadear doenças cardiovasculares nos indivíduos. Isso porque, como já dito anteriormente, estes fatores estão direcionados ao estilo e hábitos de vida das pessoas.

Oliveira (2004), diz que os fatores de risco que predis põem as pessoas a doenças cardiovasculares estão relacionados a hábitos do estilo de vida, como ingestão de gordura saturada, colesterol, sedentarismo, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, diabetes, alcoolismo, obesidade, estresse e história familiar para doença cardiovascular. Assim, as pessoas que se expõem a estes fatores estão mais vulneráveis em desenvolver tais doenças.

Para a prevenção do desenvolvimento das doenças cardiovasculares, se faz necessário o monitoramento regular dos metabólitos sanguíneos como glicose, colesterol, triglicérides e lipoproteínas de alta e baixa densidade, além de um controle dos depósitos de gordura corporal e sua distribuição.

A enfermagem é essencialmente pautada na prevenção e no trabalho educativo, visto que, a sua origem e essência se voltam para a saúde preventiva, no intuito de levar informações para que os indivíduos tornem-se mais conscientes das conseqüências que podem ser geradas a partir da não-prevenção das doenças cardiovasculares.

## CAPÍTULO 5

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

#### 5. Considerações Finais

O estudo realizado traz a fundamentação que o infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma das doenças que mais matam no mundo moderno, mas que pode ser evitado mantendo hábitos saudáveis e corretos de vida, como alimentação saudável, atividade física constante e, o combate aos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, principalmente os modificáveis como o sedentarismo, a obesidade, dieta rica em gorduras saturadas, o diabetes melitus, a hipertensão arterial, entre outros.

A enfermagem pode atuar no sentido preventivo e educativo para que os indivíduos procurem adotar hábitos mais saudáveis, como praticar exercícios, comer alimentos que sejam saudáveis, e com isso, reduzir o desconforto para o indivíduo e a sua família, visto que o IAM gera sentimentos pessimistas, como o medo da morte, e isso influencia no comportamento da família como um todo.

Para os pacientes já acometidos pelo IAM, o enfermeiro, além de atuar na assistência integral do mesmo, desde quando o paciente entra em um hospital com sintomas de infarto, passando para a sala de hemodinâmica e unidade de terapia intensiva, o mesmo deve sempre orientar o paciente a torna-se adepto de um estilo de vida mais saudável, para que ele garanta uma melhor qualidade de vida para si mesmo.

Desta forma, o trabalho preventivo começa desde a infância, visto que há um grande apelo da mídia pela facilidade do *fast-food*, para que na vida adulta não se

tornem indivíduos com propensão a ter doenças cardiovasculares e, conseqüentemente o Infarto Agudo do Miocárdio.

Este trabalho procurou de alguma forma passar um pouco daquilo que foi proposto desde o início, que foi orientar a população de um modo geral acerca dos fatores de risco para o infarto. É um desafio, pois atualmente as situações adversas na vida humana tendem a aumentar e dentre esses desafios está à dificuldade financeira em manter hábitos alimentares saudáveis. Em alguns casos o uso do álcool e do cigarro são meios utilizados para minimizar situações de desconforto emocional.

Os objetivos propostos pelo estudo foram alcançados à medida que o estudo ocorreu como a identificação dos principais fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio através de gráficos (gráfico 7) e discussão dos resultados do mesmo. A influência dos fatores de risco e estilo de vida como desencadeantes para o IAM foi discutida com o auxílio da literatura. Foi possível identificar o perfil epidemiológico dos pacientes após a coleta e análise dos dados e com a fundamentação da literatura.

O infarto agudo do miocárdio sob o ponto de vista epidemiológico, ainda é pouco explorado pela enfermagem, e por isso, o estudo foi relevante neste sentido. Este pode trazer inúmeras contribuições tanto na produção de conhecimento, quanto para o ensino da enfermagem na área de cardiologia. Temos muito pouco ainda a oferecer para os profissionais de enfermagem da região no quesito qualificação, pois há poucos cursos destinados exclusivamente para a enfermagem na área de cardiologia.

Portanto, a enfermagem precisa de estímulo tanto no quesito qualificação quanto na exploração deste conhecimento, para que se possa fazer um bom

trabalho na prevenção de agravos à saúde e na assistência de enfermagem a aqueles pacientes acometidos pelo infarto agudo do miocárdio.

## CAPITULO 6

### BIBLIOGRAFIA

BERESTEIN, Cláudia Koepfel. **O perfil etário dos custos de internação na saúde pública no Brasil: uma análise para as capitais das regiões metropolitanas do Brasil em 2000**. Belo Horizonte, 2005. 102 p. Dissertação (Mestrado em Demografia). Universidade Federal de Minas Gerais, 2005. Disponível em: [www.cedeplar.ufmg.br/demografia/dissertacoes/2005/CLAUDIA\\_KOEPPEL\\_BERENSTEIN.pdf](http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/dissertacoes/2005/CLAUDIA_KOEPPEL_BERENSTEIN.pdf). Acesso em: 10 jun 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.bvs.br>> Acesso em: 20 ago 2008.

CARVALHO, Luciane Vasconcelos Barreto de. **Características de pacientes após síndromes coronarianas agudas e fatores relacionados à adesão ao tratamento**. São Paulo, 2006. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139)> Acesso em: 16 fev. 2009.

CARESTIATO, Lilian. **Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:<[www.clinicasaovicente.com.br/uploads/arquivos/2007611185518.pdf](http://www.clinicasaovicente.com.br/uploads/arquivos/2007611185518.pdf)> Acesso em: 11 jun. 2009.

COLOMBO, R. C. R; AGUILLAR, O.M. **Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio**. Revista Latino-



Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto v. 5 n. 2, p. 69-72, 1997. Disponível em: < <http://www.bvs.br> > Acesso em: 20 ago 2008.

CHEITLIN, Melvin D; SOKOLOW, Maurice; MCLLROY, Malcolm B. **Cardiologia Clínica**. 6 ed. São Paulo, SP: Prentice-Hall do Brasil, 1996.

GIANNINI, Sérgio Diogo. **História natural da aterosclerose**. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. São Paulo Vol 10 n 6, p. 677 – 685, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em: 28 fev. 2009.

GIRARDI e cols. **Custos da revascularização miocárdica sem Circulação Extra Corpórea**. Revista Arq Bras de Cardiologia. São Paulo v 91 n 6, p. 369 – 376, 2008. Disponível em: <http://www.bvs.br> > Acesso em: 30 set. 2008.

GUYTON, Arthur C. **Fisiologia Humana**. 6 ed. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Guanabara Koogan, 1988.

JACONODINO, Camila Bittencourt; AMESTOY, Simone Coelho; THOFEHRN, Maira Buss. **Conhecimento dos pacientes acerca dos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares**. Revista Cogitare Enfermagem. Pelotas v. 12 n 4, p. 446- 471, 2007. Disponível em: < <http://www.bvs.br> > Acesso em: 25 set 2008.

MANFROI, Waldomiro Carlos; PEUKERT, Carolina; BERTI, Clarissa Bacha; NOER, Clarissa; GUTIERRES, Danielle de Avila; SILVA, Felipe Theodoro Bezerra Gaspar Carvalho da. **Infarto Agudo do Miocárdio. Primeira Manifestação da Cardiopatia Isquêmica e Relação com Fatores de Risco**. Revista Arq Bras de Cardiologia. Porto Alegre v 78 n 4, p. 388-395, 2002. Disponível em: <http://www.bvs.br> > Acesso em: 15 out. 2008.

MESQUITA, Evandro Tinoco. **Paciente vulnerável: Epidemias Cardiovasculares Emergentes**. 1 ed. Rio de Janeiro, RJ: Lápis de cor, 2006

MUSSI, Fernanda Carneiro. **O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção**. Rev Latino-Americana de Enfermagem. São Paulo Vol 12 n 5:751-759, 2004. Disponível em: <http://www.bvs.br>> Acesso em: 15 out. 2008.

OLIVEIRA, Kelly Cristina de. **Fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio em um hospital privado de Ribeirão Preto-SP**. Ribeirão Preto, 2004. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132>> Acesso em: 16 fev 2009.

PEREIRA, Janaina Caldeira; BARRETO, Sandhi Maria; PASSOS, Valéria Maria A; **O Perfil de Saúde Cardiovascular dos Idosos Brasileiros Precisa Melhorar: Estudo de Base Populacional**. Revista Arq Bras Cardiol Vol 91 n:1 p. 1-10,2008. . Disponível em: <http://www.bvs.br>> Acesso em: 25 set. 2008.

**PROGRAMA** Nacional de Prevenção em Epidemiologia. Disponível em: < [www.cardiol.br/funcor/epide/epidemio.htm](http://www.cardiol.br/funcor/epide/epidemio.htm) >. Acesso em: 1º mai 2009.

POLANCZYK, Carisi Anne. **Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos**. Revista Arq Bras de Cardiologia. Porto Alegre v 84 n 3, p. 199-201, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br>> Acesso em: 11 nov. 2008.

PORTO, Celmo Celeno. **Doenças do Coração: Prevenção e Tratamento**. 2 ed. São Paulo, SP: Guanabara Koogan, 2005

SANTOS, Francisca Lígia de Medeiros Martins dos; ARAUJO, Thelma Leite de. **Vivendo infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente.** Rev. Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto v 11 n 6 p 742-748, 2003. Disponível em: <<http://www.bvs.br>> Acesso em: 20 ago. 2008.

SAAD, Edson A. **Prevenção Primária e Secundária da Aterosclerose: perspectivas atuais e futuras.** Rev da Soc Cardiol Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Vol 17 n 2, p 112 – 132, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>> Acesso em: 18 mar. 2009.

SMELTZER, Suzzane C, BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 10 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006.

STEFANINI, Edson; KASINSKI, Nelson; CARVALHO, Antonio Carlos. **Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar de Cardiologia.** 1 ed. Barueri, SP: Manole, 2004.

SILVA, Marco Aurélio Dias da; SOUSA, Amanda G. M. R; SCHARGODSKI, Herman. **Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil. Estudo FRICAS.** Revista Arq Bras de Cardiologia. São Paulo v 71 n 5, p. 667-675, 1998. Disponível em: <<http://www.bvs.br>> Acesso em: 30 out. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC) **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST.** São Paulo, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **III Diretriz sobre tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio**. São Paulo, 2004.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

VASCONCELOS, Italo Quenni Araujo de; NETO, Antonio Stabelini; MASCARENHAS, Luís Paulo Gomes; BOZZA, Rodrigo; ULBRICH, Anderson Zampier; CAMPOS, Wagner de; BERTIN, Renata Labronici. **Fatores de Risco Cardiovascular em Adolescentes com Diferentes Níveis de Gasto Energético**. Revista Arq Bras de Cardiologia. São Paulo v 91 n 5, p. 227-233, 2008. Disponível em: <http://www.bvs.br>> Acesso em: 25 set. 2008.

WOODS, Susan L; FROLICHER, Érika S. Sivarajan; MOTZER, Sandra Adams. **Enfermagem em Cardiologia** 4 ed. Barueri, SP: Manole, 2005.

**CAPITULO 7****APÊNDICE****ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS****N° DO PRONTUÁRIO:** \_\_\_\_\_**DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS:**

Estado Civil

Idade

Sexo

Cor da pele

Instrução Formal

Ocupação/Profissão

**DADOS CLÍNICOS:**

Diagnóstico de Admissão

Diagnóstico de Alta

Motivos de Internação

Queixa principal na Admissão

Principais Achados

Antecedentes Pessoais e Familiares

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

CID Principal

CID Secundário

Dias de Hospitalização

Tipo de Alta

Resultado do Tratamento

Prescrição Médica na Alta Hospitalar



FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL  
HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA




Belém, 08 de abril de 2009

**PARECER DE ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

1. Protocolo: Nº 028/2009 CEP/FHCGV
2. Projeto de Pesquisa: "INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO: UM ESTUDO RETROSPECTIVO NUM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE BELÉM"
3. Pesquisador Responsável: Roseneide dos Santos Tavares
4. Instituição/Unidade: Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
4. Data de Entrada: 06/03/2009
5. Data de Entrada da Correção: 07/04/2009
6. Data do Parecer: 08/04/2009

PARECER: O Comitê de Ética em Pesquisa da FHCGV analisou o Projeto supra-citado e, conforme Parecer datado de 08/04/2009 emitido por este CEP, verificou que foram atendidas todas as adequações recomendadas de acordo com as normas da Resolução 196/96-CNS/MS. Portanto manifesta-se pela sua aprovação.

Parecer: **APROVADO**



---

Dr. Helder José Lima Reis  
Coordenador do CEP/FHCGV

---

**GEP/FHCGV**

Tv. Alferes Costas s/n – Pedreira – Belém (PA) – CEP: 66087-660  
Fone: 4005-2571/4005-2500 - Fone/Fax: (091)3276-1770  
E-mail: [gepfhcgv@yahoo.com.br](mailto:gepfhcgv@yahoo.com.br)

