

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Bianka Evelyn Caixeta de Oliveira<sup>1</sup>, Ericles Lopes de Moura<sup>2</sup>, Ericka Suelen Villar<sup>3</sup>; Matheus de Lima Fernandes<sup>4</sup>; Allyne Fortes Vitor<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Universidade federal do Rio Grande do Norte (UFRN), [biankacaixeta@outlook.com](mailto:biankacaixeta@outlook.com)

<sup>2</sup> Universidade federal do Rio Grande do Norte (UFRN), [ericleslm@gmail.com](mailto:ericleslm@gmail.com)

<sup>3</sup> Universidade federal do Rio Grande do Norte (UFRN), [erickavillar@gmail.com](mailto:erickavillar@gmail.com)

<sup>4</sup> Universidade federal do Rio Grande do Norte (UFRN), [mathfer23@gmail.com](mailto:mathfer23@gmail.com)

<sup>5</sup> Universidade federal do Rio Grande do Norte (UFRN), [allynefortes@yahoo.com.br](mailto:allynefortes@yahoo.com.br)

### Resumo do artigo:

Este relato de experiência tem como objetivos: descrever a experiência vivenciada por alunos da graduação em enfermagem ao assistirem um paciente idoso na clínica cardiológica de um hospital universitário; aprofundar conhecimentos a respeito do papel do enfermeiro e especificidades do seu cuidado na clínica cardiológica e consolidar a relação entre a prática vivenciada e o conteúdo teórico que a envolve. O presente estudo foi desenvolvido no hospital universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, a partir de um acompanhamento, com duração de três dias, do paciente selecionado entre todos os outros presentes no setor. Os critérios de exclusão utilizados foram aqueles pacientes que estavam em tratamento de hemodiálise, liberados para exames no momento da coleta de dados ou que iriam receber alta antes do período de acompanhamento. Após escolha do paciente, foi implementado o processo de enfermagem, iniciando-se pela coleta de dados, a qual levou à elaboração dos diagnósticos de enfermagem (tendo como base a taxonomia NANDA-I). Posteriormente, foram elaboradas as metas esperadas, resultados de enfermagem e intervenções que deveriam ser realizadas no paciente, com base nas taxonomias NOC e NIC. Por fim, foi dada continuidade ao cuidado com o paciente e registrada a assistência por meio de evoluções diárias, sendo possível verificar que a aplicação do plano de cuidados ao paciente em questão foi eficaz, sobretudo no que tange à esfera de educação em saúde, de modo a oferecer melhora no seu estado de conforto e da sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Infarto, Cardiologia, Processo de Enfermagem.

### 1 INTRODUÇÃO

O Infarto Agudo do Miocárdio pode ser definido como a necrose da célula miocárdica resultante da oferta inadequada de oxigênio ao músculo cardíaco. (CAVAGNOLI; PERUZZOLO, 2008 *apud* TOSCAN et al., 2014).

O Infarto ocorre quando uma ou mais artérias que levam sangue ao coração (artérias coronárias) são obstruídas por um trombo formado como resultado da lesão gerada pela placa de



ateroma presente na camada íntima da artéria. A presença dessas placas de ateroma nas artérias constitui uma condição clínica conhecida como Aterosclerose<sup>(5)</sup>.

Essa condição consiste na proliferação de células musculares lisas e acúmulo de lipídeos na membrana interna das artérias musculares de tamanho grande e médio. Como consequência gerada pela doença aterosclerótica podem surgir alguns sintomas, como angina *pectoris*, insuficiência cardíaca, parada cardíaca súbita, insuficiência renal e doença vascular periférica. A ocorrência desses sinais e sintomas relacionados com a aterosclerose é uma consequência de dois processos correlacionados: a aterogênese e a trombogênese, estando ambos relacionados ao processo de remodelamento vascular, que, por sua vez, é gerado devido à presença da placa de ateroma no vaso.

A formação dessas placas de ateroma e a incidência da aterosclerose aumentam com a idade, sendo os principais fatores de risco modificáveis relacionados: hipertensão arterial, dislipidemias, tabagismo e estilo de vida sedentário. Além destes, há também os fatores de risco não-modificáveis, que podem ser: histórico familiar de doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus*, obesidade, hiperhomocisteinemia, infecções e sexo masculino.

Com a formação da placa aterosclerótica, o endotélio torna-se mais permeável e facilita a entrada de lipídeos séricos, principalmente o LDL, que irá se aderir à camada íntima vascular tornando-se oxidada (lesão tipo I). O LDL oxidado funciona como quimioatrativo para macrófagos, que irão fagocitá-lo, tornando-se assim células espumosas. As células espumosas formam as estrias gordurosas (lesões tipo I e II, de acordo com a *American Heart Association*).

Devido a uma interação entre as células T e as células espumosas, a resposta inflamatória acaba sendo gerada. Esta, por sua vez, ao ser ativada de forma contínua, é responsável pela progressão das estrias gordurosas para lesões complicadas (tipo IV), que levará à ruptura da placa, acompanhada de hemorragia do vaso *vasorum* rompido ou formação de trombo mural<sup>(5)</sup>.

Esse processo irá gerar uma intensa remodelação vascular, a qual, como foi descrito por Glagov em 1987, acontece quando há uma placa acumulada na parede de uma artéria, e se dará de modo que o tamanho dos vasos permaneça relativamente constante, até que essa placa preencha cerca de 40% de todo o lúmen do vaso. Ou seja, pode-se dizer que esses eventos de múltipla ruptura e remodelamento favorecem também o crescimento da lesão até que o trombo seja grande o suficiente para ocluir o vaso, de forma parcial ou completa.

A oclusão do vaso culminará em isquemia por gerar um desequilíbrio entre o fluxo sanguíneo que chega no miocárdio (oferta), e as suas respectivas necessidades metabólicas (demanda). A isquemia de oferta resulta de anormalidades funcionais ou estruturais nas artérias coronárias,

reduzindo o fluxo sanguíneo na região perfundida pelos vasos, enquanto a isquemia de demanda resulta do aumento da frequência cardíaca, contratilidade ou tamanho do coração, gerada por fatores como o exercício, estimulação simpática e miocardiopatia hipertrófica.

O Infarto ocorre como resultado da isquemia miocárdica prolongada que leva à lesão irreversível e necrose. A dor associada a um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) pode ser chamada de *Angina pectoris* e pode ser caracterizada como uma dor precordial em aperto à esquerda, irradiada para Membro Superior Esquerdo (MSE), de grande intensidade e prolongada (dura mais de 30 minutos), que não melhora ou apenas tem alívio parcial com nitratos sublinguais. Pode ocorrer também irradiação para mandíbula, Membro Superior Direito (MSD), dorso, ombros e epigástrico.

Atualmente, as doenças cardiovasculares são a causa mais frequente de morte nos EUA e Europa Ocidental, sendo projetada como a maior causa de morte no mundo em 2020. Além disso, a cardiopatia isquêmica permanece como a principal causa de morte no mundo ocidental, e conforme dados retirados do DATASUS, no Brasil, só no ano de 2000, 36,5% dos óbitos em pessoas com idade superior ou igual a 55 anos decorreram de problemas do aparelho cardiocirculatório. (DATASUS).

Alguns fatores de risco que estão intimamente ligados ao desenvolvimento de patologias cardiovasculares são: sedentarismo, tabagismo (que pode levar ao aumento da resistência vascular periférica), diabetes, obesidade, uso de contraceptivos orais, mulheres acima de 40 anos e sexo masculino.

A classificação do Infarto do Miocárdio está baseada nas camadas e coronárias do coração envolvidas. Sendo assim, pode ser classificado em: infarto do miocárdio ventricular esquerdo, infarto do miocárdio anterior, infarto do miocárdio anterior/posterior, infarto do miocárdio de parede lateral, infarto do miocárdio ventricular direito, além de também poder ser classificado com base na presença ou ausência de onda Q no Eletrocardiograma (ECG)<sup>(1)</sup>.

Para que o diagnóstico do Infarto seja feito, segundo a terceira revisão universal dos critérios do Infarto, ele deve ser diagnosticado com base no aumento ou queda dos níveis dos marcadores cardíacos (CK-MB, Mioglobina, Troponinas T e I), estando pelo menos um destes acima de 99%, associado a pelo menos uma das seguintes outras alterações: sintomas de isquemia miocárdica (angina estável ou instável); alterações da onda T ou bloqueio completo de ramo esquerdo; aparecimento de ondas Q patológicas no ECG; perda de músculo miocárdico viável ou alteração de motilidade segmentar por exame de imagem, ou ainda identificação de trombo intracoronário por angiografia ou autópsia. Vale lembrar que os marcadores enzimáticos são considerados padrão-ouro para conclusão desse diagnóstico, sendo fundamental a análise detalhada deles<sup>(1)</sup>.

Tendo sido confirmado o quadro de IAM, este deve ser classificado com base na escala de Killip Kimball para que seja possível estabelecer quais dos pacientes necessitarão de cuidados mais intensivos, por estarem incluídos em uma maior probabilidade de riscos de mortalidade. Essa escala pode ser classificada de 1 a 4, sendo enquadrado em Killip 1 aquele paciente que infartou sem sinal de insuficiência cardíaca e sem evidência de congestão pulmonar (8% de mortalidade), Killip 2 o quadro que tenha presença de estertores pulmonares, distensão venosa jugular e B3 audível (17% de mortalidade), Killip 3 pacientes com edema pulmonar agudo (mortalidade de 37%) e, por fim, Killip 4 aquele paciente que teve o infarto e evoluiu para choque cardiogênico, sendo essa uma das situações entre as quais se deve ter mais atenção por possuir cerca de 87% de mortalidade<sup>(5)</sup>.

O tratamento do IAM pode ser feito de forma mais intervencionista, principalmente naqueles pacientes que possuam elevação do segmento ST ou bloqueio de ramo, com o uso de terapia trombolítica, como a estreptoquinase e o rt-PA, que são agentes fibrinolíticos que irão ativar o plasminogênio em sua transformação para plasmina, para que ela degrade a fibrina e, como consequência final, ocorra a destruição do trombo que está levando a obstrução do vaso.

Além disso, também pode ser feita a intervenção cirúrgica por meio de dois procedimentos: angioplastia coronariana, que consiste na passagem de um balão para desobstrução do vaso, ou colocação de um *stent* que fique permanentemente regulando-o, o qual pode ou não liberar agentes farmacológicos (*stent* farmacológico) que possuam ação fibrinolítica contínua naquela região<sup>(1)</sup>.

Outro procedimento que pode ser realizado é a revascularização do miocárdio, ou seja, uma comunicação entre um vaso saudável e o que estava obstruído, de modo a restituir o fluxo sanguíneo.

Além dessas possibilidades, o IAM é comumente tratado por meio da terapia conhecida como MONAB. Ou seja, utilização de Morfina (ou demais agentes analgésicos, conforme a necessidade específica de cada paciente), para tratamento de dor e redução da ansiedade; terapia com Oxigênio (para aqueles pacientes com saturação de O<sub>2</sub> inferior a 94%), Nitratos (agentes farmacológicos que promovem vasodilatação periférica, reduzindo a pré-carga, levando também ao alívio da angina e da congestão pulmonar), Antiagregante plaquetários (restaura a função hemostática normal e ajuda a mantê-la assim, evitando a formação de novos trombos) e, por fim, os Betabloqueadores, os quais são usados no controle de angina e após um infarto do miocárdio por causa de sua capacidade para inibir as respostas cronotrópicas e inotrópicas a catecolaminas, agindo principalmente nos receptores  $\beta$ <sup>(5)</sup>.

Diante disto, os objetivos que norteiam o presente relato de experiência consistem nos seguintes: descrever a experiência vivenciada por alunos da graduação em enfermagem ao assistirem um paciente idoso da clínica cardiológica de um hospital universitário; aprofundar conhecimentos a



respeito do papel do enfermeiro e especificidades do seu cuidado na clínica cardiológica e, por fim, consolidar a relação entre a prática vivenciada e o conteúdo teórico que a envolve.

## **2 METODOLOGIA**

O presente relato foi desenvolvido a partir de um estudo de caso realizado em um dos hospitais universitários da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) a partir de um acompanhamento, ao longo de três dias, do paciente escolhido entre todos os outros presentes nos 30 leitos das enfermarias do andar. Os critérios de exclusão utilizados foram aqueles pacientes que estavam em tratamento de hemodiálise, liberados para exame no momento da coleta de dados ou que iriam receber alta antes do período de acompanhamento. Após escolha do paciente, foi aplicado o Processo de Enfermagem (PE), iniciando-se pela coleta de dados, a qual levou à elaboração dos diagnósticos de enfermagem (tendo como base a taxonomia NANDA). Posteriormente, foram elaborados as metas esperadas, prescrições e intervenções que deveriam ser realizadas no paciente, baseando-se, respectivamente, nas taxonomias NOC e NIC. Por último, foi dada continuidade ao cuidado com o paciente, por meio de evoluções diárias e análises do seu estado de saúde, observando-se a necessidade de se manter ou realizar alterações no plano de cuidados estabelecido.

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O estudo de caso foi realizado na enfermaria cardiológica do Hospital Universitário Onofre Lopes - RN (HUOL-RN). No primeiro dia de acompanhamento foi realizado o Processo de Enfermagem (PE), que segundo Wanda Horta, é um processo sistematizado e inter-relacionado que visa a assistência ao ser humano. O PE compreende cinco fases, sendo elas: Investigação, Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento e resultados esperados, Implementação e Avaliação<sup>(4)</sup>. Para a primeira fase, Investigação, que segundo Alvim, 2013, compreende a anamnese e exame físico, foi utilizado roteiro semi-estruturado para coleta dos dados.

Após a utilização do roteiro, obteve-se resumidamente os seguintes dados: Paciente J. B. M., 72 anos, sexo masculino, em união estável, cor branca, católico, ensino médio incompleto, aposentado. Admitido no HUOL - RN, proveniente do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, com diagnóstico médico de Infarto Agudo do Miocárdio sem supra ST, há 15 dias. Com queixa de precordialgia, nega alergias, relata tabagismo, abstinência há 37 anos, etilismo relatado durante a

juventude, nega comorbidades, apresenta histórico familiar de cardiopatias, hipertensão e diabetes. Ao exame físico: Consciente, crono, alo, auto orientado, GLASGOW 15, em O2 ambiente, deambula sem ajuda. **Exame Neurológico** sem alterações significativas; **Ausulta Pulmonar:** expansão torácica simétrica, murmúrios vesiculares preservados; **Ausulta Cardíaca:** Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo cardíaco regular em 2 tempos. **Exame Abdominal:** ruídos hidroaéreos presentes, difusos e normoativos, percussão timpânica e maciça. Pele desidratada, apresentando descamação em membros inferiores, membros superiores sem alterações. Sinais Vitais: PA: 110x60mmHg; FC: 66bpm; FR: 22mrpm; T: 35,9°C; Circunferência do abdome: 110cm; Circunferência do braço: 31cm; Altura: 1,64m; Peso: 73,5kg.

Para a segunda fase do PE, foram elencados cinco diagnósticos de enfermagem (DE), com base na taxonomia NANDA. São eles: CONFORTO PREJUDICADO relacionado a controle ambiental insuficiente e estímulos ambientais nocivos, evidenciado por desconforto com a situação, prurido e sensação de desconforto; INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA, relacionada a agente farmacológico (Enoxaparina), conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular, extremos de idade e fator mecânico (injeções), caracterizado por tecido lesado e tecido destruído; DISPOSIÇÃO PARA CONHECIMENTO MELHORADO, evidenciado por expressão de desejo de melhorar a aprendizagem; RISCO DE SANGRAMENTO relacionado a regime de tratamento (Enoxaparina); RISCO DE RESPOSTA ALÉRGICA, relacionado a exposição a alérgeno ambiental. Dentre estes, dois foram selecionados como prioritários: Conforto prejudicado e integridade tissular prejudicada.

Foram estabelecidas metas, com utilização da taxonomia NOC, para obtenção de resultados esperados, que se constitui como a terceira etapa do PE. A primeira meta estabelecida foi: ESTADO DE CONFORTO FÍSICO, visando a evolução nos indicadores: Bem-estar físico; Prurido; Controle dos sintomas; Permeabilidade das vias aéreas e Respiração difícil. Como segunda meta, estabeleceu-se: INTEGRIDADE TISSULAR: PELE E MUCOSAS, buscando a melhoria dos indicadores: Integridade da pele; Pigmentação anormal; Lesões de pele e Descamação da pele.

Para a quarta etapa do PE, a Implementação da assistência, buscou-se na taxonomia NIC, as atividades a serem realizadas, porém, não foram identificadas intervenções que correspondessem ao resultado de enfermagem “Estado de conforto físico”. Contudo, este não foi descartado por pertencer a uma das queixas principais do paciente em sua condição de saúde atual, que precisaria melhor ser investigada e analisada pela equipe para descoberta de intervenções futuras.

Sendo assim, buscou-se por se estabelecer intervenções que mais se adequassem às

necessidades do paciente, optando-se por atividades de educação em educação em saúde, com o ENSINO: CUIDADOS COM OS PÉS, a avaliação diária do paciente nos seus CUIDADO COM OS PÉS, visando a avaliação da pele, bem como utilização de ferramentas de feedback positivo sobre os cuidados com os pés; oferecimento de CUIDADO DA PELE: TRATAMENTOS TÓPICOS, além de MONITORAÇÃO RESPIRATÓRIA.

Durante a fase de implementação da assistência, houve a execução em conjunto da quinta etapa do PE, a etapa de avaliação, com o monitoramento e avaliação dos cuidados realizados. Em razão disso, houve um entendimento do PE como um processo que se inter-relaciona, podendo ser modificado a qualquer momento e reajustado de acordo com a necessidade do paciente que está sendo assistido, visando melhoria dos diagnósticos selecionados, e com isso, qualidade da assistência e melhoria do conforto do paciente, diminuindo suas queixas e minimizando desconfortos.

Diante disso, torna-se evidente a essencialidade do cuidado de enfermagem direcionado à pessoa idosa, haja vista a crescente necessidade de promover e manter o estado funcional de uma população que está em constante ascensão. Dessa maneira, destaca-se maior carga de doenças nessa população, incluindo mais incapacidades e maior uso dos serviços de saúde. Desde o seu tempo, Florence Nightingale já considerava que um dos objetivos da enfermagem consistia em deixar o paciente na melhor condição para que a natureza atuasse sobre ele, pressupondo, já naquela época, a imprescindibilidade do envelhecimento saudável, processo dito por senescência.

Ademais, o cuidado dispensado ao idoso deve ser holístico e possuir uma abordagem interdisciplinar, uma vez que o envelhecimento se configura como um processo natural e heterogêneo, o que exige uma avaliação geriátrica abrangente para aplicar intervenções resolutivas. Trata-se, pois, de se apropriar de condutas – dotadas de experiências e recursos – capazes de fornecer uma assistência de enfermagem de qualidade às pessoas idosas.

Também é importante compreender que o propósito da ação de cuidar, deve estar desvinculado da idade cronológica e da expectativa de “recuperação” do paciente. Neste sentido, este cuidado deve atender às necessidades físicas e não físicas do paciente, englobando a família, a profissão e o ambiente em que o paciente vive. E o presente estudo traz o relato de uma prática bem-sucedida neste sentido.

## 4 CONCLUSÕES

O estudo oportunizou o entendimento da prática assistencial do enfermeiro em âmbito hospitalar, ao paciente vítima de IAM. Permitiu, ainda, a compreensão da utilização do Processo de Enfermagem, bem como sua importância para uma assistência de qualidade, visando a obtenção de metas estabelecidas. Aavétrs do campo de prática, pode-se fazer uso das taxonomias NANDA/NIC/NOC e observar que algumas intervenções ainda precisam ser complementadas para determinados resultados sugeridos. Por isso, entendemos que há necessidade de estudos, para validar algumas intervenções.

Ademais, para nós, enquanto estudantes da graduação, esta experiência foi de grande valia, visto que nos possibilitou adquirir um maior domínio acerca da atuação da equipe de enfermagem na clínica cardiológica, além de um maior conhecimento acerca da patologia do infarto, bem como de todas as peculiaridades que o envolvem. Além disso, a criação de um plano de cuidados específico para o paciente com o qual foi trabalhado nos auxiliou a perceber de forma concreta a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), para que os enfermeiros consigam intervir de forma objetiva sobre as respostas humanas que lhes são apresentadas, obtendo deste modo, melhoria na qualidade de vida e no bem-estar de seus pacientes.

Tendo em vista todo o conhecimento adquirido no campo de prática, pode-se dizer que para proporcionar um cuidado com efetividade a um paciente idoso com Infarto Agudo do Miocárdio, o enfermeiro não deve focar apenas em um dos aspectos indicadores do quadro sofrido pelo paciente no momento de estabelecer seu plano de cuidados e de implementar aquilo que foi planejado para a sua evolução e recuperação. Diante disso, é necessário que o profissional desfrute de um bom volume de conhecimento teórico, experiência na prática clínica e raciocínio clínico desenvolvido, uma vez que o mesmo paciente pode ser portador de outras comorbidades que possam estar afetando seu estado geral de saúde e agravando sua queixa principal.

Por fim, entende-se que objetivos deste trabalho e do campo de prática foram atingidos, por ter sido possível fazer uma correlação contínua entre os eventos que foram observados e aprendidos na prática com seus respectivos conteúdos teóricos, vistos em aula, permitindo aprofundamento na fisiopatologia de diversos quadros clínicos, além da aquisição de novos conhecimentos relacionados às áreas da farmacologia, fisiologia, anatomia, entre diversas outras. De um modo geral, é possível afirmar que a carga de aprendizagem recebida pelos alunos pode ser considerada extremamente



satisfatória, superando as expectativas iniciais, o que permite o preparo do aluno para as futuras situações semelhantes que serão encontradas na prática clínica como profissionais.

## REFERÊNCIAS

1. Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD et al . V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2015 Aug [acesso em 2017 Out 21] ; 105( 2 Suppl 1 ): 1-121. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2015003000001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015003000001&lng=en).  
<http://dx.doi.org/10.5935/abc.20150107>.

2. Pesaro, AEP; Serrano Jr., CV; Carlos, NJ. Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2004 [acesso em 2017 Out 21] ; 50(2): 214-220. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302004000200041&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200041&lng=en).  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000200041>.

3 Horta, Vanda de Aguiar. Processo de enfermagem / Wanda de Aguiar Horta, com a colaboração de Brigitta E. P. Cas- tellanos. - São Paulo : EPU 1979.

4. Alvim, ALS. O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas. Enfermagem em foco [Internet]. 2013 [acesso em 2017 out 21]; 4(2): 140-141. Disponível em:

<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/531/214>

5. Cunningham, S; Bene, SD; Vaughan, AF. Isquemia e Infarto do Miocárdio. In: Woods, SL; Froelicher, ESS; Motzer, SU. Enfermagem em Cardiologia. 4ª edição. São Paulo: Manole; 2005. P. 559-626.