

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
CURSO DE ENFERMAGEM**

ARTHUR KRÜGER DA SILVA

**INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: O TEMPO DE PROCURA DO PACIENTE
COM SUPRA DESNIVELAMENTO DE ST AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA**

**CRICIÚMA
2018**

ARTHUR KRÜGER DA SILVA

**INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: O TEMPO DE PROCURA DO PACIENTE
COM SUPRA DESNIVELAMENTO DE ST AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado para obtenção do grau de
Enfermeiro no curso de Enfermagem da
Universidade do Extremo Sul
Catarinense, UNESC.

Orientador(a): Prof. (ª) MSc. Mariana
Freitas Comin.

**CRICIÚMA
2018**

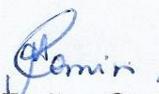
ARTHUR KRÜGER DA SILVA

**INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: O TEMPO DE PROCURA DO PACIENTE
COM SUPRA DESNIVELAMENTO DE ST AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA**

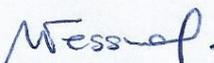
Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
para obtenção do grau de Bacharel no Curso de
Enfermagem da Universidade do Extremo Sul
Catarinense, UNESC.

Criciúma, 05 de Dezembro de 2018

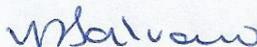
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Me. Mariana Freitas Comin - (UNESC) – Orientadora



Prof^a Dr^a Magada Tessmann – (UNESC)



Prof^a. Me. Maria Salete Salvaro – (UNESC)

Dedico este trabalho a todos que me estimularam a chegar aqui e que de alguma forma me ajudaram a concluir mais essa etapa em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha família que esteve presente nessa minha caminhada. A todos os profissionais que de alguma forma me ajudaram no decorrer da faculdade. Agradeço minha orientadora Prof^a. Me. Mariana Freitas Comin que foi de extrema importância na execução deste trabalho.

Agradeço a banca e ao curso de enfermagem UNESC por me proporcionarem conhecimento a qual levarei durante toda minha trajetória profissional e de vida e a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu sincero agradecimento.

“A persistência é o caminho do êxito”.

(Charlie Chaplin)

RESUMO

O IAM é uma das alterações cardiovasculares que mais causam óbitos no mundo, a avaliação rápida dos sinais e sintomas, devem ser compreendidos de maneira ágil e eficaz para que se tenha sucesso no tratamento. O estudo tem o objetivo de identificar o tempo de procura do paciente com supra desnivelamento de ST ao serviço de urgência e emergência. Pesquisa de abordagem quali-quantitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido em um Hospital de Médio Porte de Alta Complexidade do Sul Catarinense. O estudo foi aplicado com 12 pacientes com diagnóstico de IAM com supra desnivelamento de ST que procuram a emergência da referida instituição. Aplicou-se uma entrevista semiestruturada aos participantes, após intervenção coronária percutânea e estabilidade hemodinâmica. A análise dos dados qualitativos foi realizada a partir da análise de conteúdo. Os participantes do estudo confundem o desconforto torácico, principalmente com distúrbios gastrointestinais e dores musculares, não associando a doença cardiovascular, aumentando assim o tempo de procura ao serviço de urgência e emergência, bem como o delta tempo. A maior incidência de IAM está nos pacientes com idade superior a 60 anos, com fatores de riscos relacionados. O atendimento ao paciente com IAMCSST requer agilidade e conhecimento amplo, com isso, considera-se de extrema importância o preparo do profissional enfermeiro, principalmente o que está à frente da triagem.

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio, atendimento de emergência, enfermagem.

ABSTRACT

The AMI is one of the cardiovascular alterations that cause the most deaths worldwide, the rapid evaluation of the signs and symptoms, must be understood in an agile and effective way to be successful in the treatment. The aim of this study was to identify the time of demand of the patient with supra-ST elevation to the emergency and emergency department. Quanti-qualitative, descriptive, exploratory and field research. The study was developed in a Hospital of Medium Porte of High Complexity of South Catarinense. The study was carried out with 12 patients diagnosed with acute myocardial infarction with ST elevation looking for the emergence of this institution. A semi-structured interview was applied to the participants, after percutaneous intervention and hemodynamic stability. The analysis of the qualitative data was performed from the content analysis. The study participants confuse chest discomfort and revoke by not associating cardiovascular disease, thus increasing the time of demand to the emergency and emergency service as well as the delta time. The highest incidence of AMI is in patients over 60 years of age, with related risk factors. Patient care with IAMCSST requires agility and ample knowledge, with this, it is considered of extreme importance the preparation of the nurse professional, especially what is ahead of the screening.

Keywords: Myocardial Infarction; Ambulatory Care; Community Health Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos pacientes.....	35
Quadro 2 – Tempo de procura e delta tempo.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estilo de vida dos pacientes.....	37
Tabela 2 – História pregressa e adesão ao tratamento.....	39
Tabela 3 – Reconhecimento do fato e interpretação dos sintomas.....	51
Tabela 4 – História familiar de saúde/doença.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS - Ácido acetilsalicílico
ADP - Adenosina difosfato
APH - Atendimento Pré-Hospitalar
ATP - Adenosina Trifosfato
AVE - Acidente Vascular Encefálico
BIAo - Balão Intra Aórtico
Bpm - Batimentos por Minuto
CK-MB - Creatinoquinase
CRM - Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
DC - Doença cardíaca
DCV - Doença Cardiovascular
Delta T - Delta Tempo
DM - Diabetes Mellitus
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ECG - Eletrocardiograma.
EV - Endovenosa
FC - Frequência Cardíaca
FR - Frequência Respiratória.
G - Grama
H - Hora
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica.
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio.
IMC - Índice de Massa Corpórea
Kg - Quilograma
Mcg - Micrograma
Mg - Miligrama
Mmhg - Milímetros de Mercúrio
Min - Minuto
MONABCH - Morfina Oxigênio Nitratos Beta bloqueador Clopidogrel Heparina
OMS - Organização Mundial da Saúde.
O² - Oxigênio
PA - Pressão Arterial

PAS - Pressão Arterial Sistólica.

PS - Pronto Socorro.

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAT - Saturação

SC - Subcutâneo

SCM - Suporte Circulatório Mecânico

SL - Sublingual.

ST - Variação do ECG que Indica o fim da Despolarização e o Início da Repolarização dos Ventrículos

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VO - Via Oral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 revisão de literatura	20
2.1 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)	20
2.2 TEMPO RESPOSTA	23
2.3 PROCESSO DE TRABALHO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	25
2.4 SERVIÇO DE HEMODINÂMICA- TRATAMENTO PARA IAM	26
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	28
3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	28
3.2 TIPO DE PESQUISA.....	29
3.3 LOCAL DE ESTUDO.....	30
3.4 SUJEITOS DO ESTUDO.....	30
3.5 PROCEDIMENTOS DE LEVANTAMENTO DE DADOS.....	30
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	32
3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	32
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	35
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES	35
4.2 CATEGORIA 1 – ESTILO DE VIDA DOS PACIENTES	38
4.3 CATEGORIA 2 – HISTÓRIA PREGRESSA E ADESÃO AO TRATAMENTO	40
4.4 CATEGORIA 3 – TEMPO DE PROCURA E DELTA TEMPO	44
4.5 CATEGORIA 4 – RELATANDO O FATO	46
4.6 CATEGORIA 5 – RECONHECIMENTO DO FATO E INTERPRETAÇÃO DOS SINTOMAS.....	52
4.7 CATEGORIA 6 – HERANÇA FAMILIAR DE SAÚDE/DOENÇA.....	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57

APÊNDICE(S).....	64
APÊNDICE A- Entrevista semiestruturada com os pacientes com supra desnívelamento de ST	65
APÊNDICE B: Termo de consentimento livre e esclarecido –TCLE	66

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no mundo; estima-se que 17,7 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2015, representando 31% de todas as mortes a nível global. (OMS, 2017).

As doenças cardiovasculares, incluindo o infarto agudo do miocárdio (IAM), representam um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, apresentando altas taxas de incidência e mortalidade. A taxa de mortalidade brasileira, por esse grupo de causas, encontra-se entre as maiores do mundo e é semelhante à de países como a China e do Leste Europeu (183,3/100.000). (SANTOS et al., 2018).

Essa realidade pode ser explicada tanto pela mudança da estrutura etária da população, quanto pelo aumento da prevalência de exposição aos fatores de risco reconhecidamente associados às doenças do aparelho circulatório, tais como o sedentarismo, aumento do consumo de carnes e gorduras, redução do consumo de frutas e verduras, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e aumento da prevalência de obesidade, além das desigualdades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde. (SANTOS et al., 2018).

De acordo com o Instituto Pró-cardíaco (2009), algumas vezes há sintomas que podem ser confundidos com o de outras doenças, o que pode afetar no reconhecimento precoce do IAM levando ao retardo de atendimento. Entre os fatores pré-hospitalares que dificultam o atendimento precoce do IAM encontram-se: a não valorização pelo paciente dos sintomas de dor torácica como sendo de infarto; a atribuição de seus sintomas a outras condições ou a uma doença comum (gripe ou dor muscular, por exemplo); a ausência de conhecimento dos benefícios com o diagnóstico e tratamento precoces; e o atendimento extra-hospitalar de urgência não disponível a todos de forma homogênea. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

O Delta Tempo (delta T) entre o início dos primeiros sintomas e a chegada ao serviço de emergência apresenta relação direta com a morbimortalidade da doença, e um rápido atendimento especializado é fundamental. Porém, estima-se que apenas 20% das pessoas com relato de dor torácica cheguem à unidade de emergência antes de 2 horas do início dos sintomas. (OUCHI et al., 2017).

Em sistemas (atendimento pré-hospitalar e hospitalares) em que a angioplastia primária é a conduta de escolha, este tempo não deveria superar os 90 minutos. Nos casos de infarto de grande extensão, ou naqueles em que os sintomas se iniciaram há menos de duas horas, o recomendado é um máximo de 60 minutos. Contudo, hospitais capazes de realizar angioplastia primária deveriam perseguir o tempo máximo porta-balão de 60 minutos para todos os casos. Por último, ainda que os tempos adequados sejam atingidos, é preciso que se mantenha vigilância e treinamento constantes para que a qualidade não se perca com o passar do tempo. (IZAR et al., 2016).

E foi justamente isso que averiguamos, o tempo que o paciente leva para procurar o serviço de emergência, a partir dos primeiros sinais e sintomas de infarto agudo do miocárdio. Pois é sabido que esse tempo possui suma importância para seu tratamento e posterior recuperação. De tal modo compreenderemos a importância de um atendimento rápido aos pacientes que chegam aos serviços de urgência, levando em conta o tempo que os mesmos levam para procurarem o atendimento de saúde

Enquanto estudantes de enfermagem, nos deparamos no decorrer da graduação com os serviços de urgência e emergência, seja esse em âmbito hospitalar ou pré-hospitalar. Percebemos através da observação direta o quanto o serviço do profissional enfermeiro dessa área é relevante e científico, principalmente no atendimento ao paciente grave, dentre tantos, os que foram acometidos por doenças cardiovasculares.

Por meio de avaliação clínica e atuação precisa, o enfermeiro é capaz de prevenir as complicações do IAM. Em situações de emergência, os cuidados indiretos desde a previsão e provisão de materiais à educação continuada da equipe são fundamentais. Quanto mais rápida a identificação do problema, maiores são as chances de desfechos favoráveis serem obtidos. (VALVERDE, 2018).

Nota-se que na maioria das vezes profissionais preparados nos ambientes pré e intra-hospitalares, se mostram eficientes, conseguindo com que o atendimento seja resolutivo e desse modo trazendo conforto aos pacientes e tranquilidade a seus familiares.

Porém, o que mais nos intriga é a demora por parte dos próprios pacientes em procurar o serviço de urgência e emergência quando acometidos pela dor pré cordial. Não é incomum encontrarmos indivíduos com horas de evolução da

dor, que acabam procurando ajuda dos serviços de saúde por complicações maiores ou insistência de seus familiares

Segundo Damasceno et al (2012), as pessoas que julgam os seus sintomas, quando relacionados a problemas cardíacos, apresentam menor tempo de procura aos serviços de urgência, comparados com os pacientes que acabam interpretando os sinais e sintomas, como algo associado a outras alterações, deste modo acabam demorando para se deslocar aos serviços de urgência. Assim, aos que acabam procurando os serviços em um curto espaço de tempo, faz com que melhore o tempo de decisão e se consiga fornecer aos mesmos um atendimento.

Diante dessas reflexões tem-se como problema de pesquisa: Qual o tempo de procura do paciente com supra desnivelamento de ST ao serviço de urgência e emergência?

“A hipótese é a proposição testável que pode vir a ser a solução do problema” (GIL, 2007, p 18). Para tal, elencamos algumas hipóteses, descritas abaixo:

- O tempo de procura tardio está relacionado ao gênero masculino e a idade acima de 60 anos.
- Os pacientes com IAM possuem mais de uma patologia prévia, e por isso, optam por aguardar um quadro de melhora.
- Os pacientes que apresentam IAM não possuem hábitos alimentares saudáveis, e consideram irrelevante procurar o serviço porque acreditam que a dor precordial se relaciona a fatores digestivos.
- A maior incidência de IAM acontece com pacientes tabagistas e/ou etilistas.
- Adulto jovem procura a emergência com um tempo resposta menor que o paciente idoso, porque acham estranha uma dor que inexistia até aquele momento.
- Pacientes que são encaminhados ao hospital de carro próprio geralmente confundem os sinais e sintomas com outras patologias que não IAM.

Tem-se como objetivo geral: identificar qual o tempo de procura do paciente com supra desnivelamento de ST ao serviço de urgência e emergência.

A partir do objetivo geral, elencaram-se os objetivos específicos:

- Identificar o perfil dos pacientes com IAM que procuram a emergência e urgência.
- Verificar os fatores de risco do paciente acometido por IAM.
- Identificar hábitos de vida do paciente.

- Identificar o tratamento utilizado com base no tempo de procura do paciente.

Na revisão de literatura realizou-se um levantamento bibliográfico sobre: infarto agudo do miocárdio (iam); tempo resposta; processo de trabalho em urgência e emergência; serviços de hemodinâmica – tratamento para IAM. Nos procedimentos metodológicos abordaram-se os aspectos éticos, tipo de pesquisa, sujeito e local de estudo, levantamento de dados e procedimento para análise e interpretação dos dados.

Nos resultados apresentaram-se a análise da entrevista semiestruturada com o levantamento do perfil dos pacientes e as categorias advindas da pesquisa. E no último capítulo, as considerações finais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)

O Infarto Agudo do Miocárdio - IAM ou Ataque Cardíaco, como é mais conhecido, ocorre quando há morte do músculo cardíaco. Esta obstrução ocorre, principalmente, pela presença de placa de ateroma na parede do vaso sanguíneo, que diminui o fluxo do vaso e impede a passagem do sangue causando morte celular na musculatura cardíaca devido à falta de aporte nutritivo. (OUCHI et al., 2017).

Como consequência, haverá isquemia e necrose da região irrigada por este vaso, podendo ocasionar arritmias (que podem ser graves ocasionando morte súbita), uma diminuição da força de contração do coração, o que pode levar à insuficiência respiratória com edema agudo de pulmão e grave hipotensão com piora da perfusão dos tecidos, quadro chamado de choque cardiogênico. (DUTRA, 2011).

O choque cardiogênico acontece quando o coração perde sua capacidade para bombear sangue em quantidade adequada para os órgãos, causando diminuição acentuada da pressão arterial, falta de oxigênio nos tecidos e acúmulo de líquidos nos pulmões. (LIMA, 2018).

O Infarto Agudo do Miocárdio pode ser precedido por uma angina. Existem dois tipos de angina: estável e instável. A primeira é a forma mais comum, que ocorre em situações de esforço, como subir escadas ou fazer exercícios físicos, e desaparece com o repouso. Isso acontece porque o coração precisa de mais oxigênio, e a quantidade de sangue bombeada não é suficiente para oxigená-lo. Além de atividade física, o estresse emocional, temperaturas frias, refeições pesadas e tabagismo também podem causar esse tipo de dor. Já na angina instável o desconforto não é amenizado com o repouso. A dor surge de forma súbita, geralmente no repouso, por um bloqueio ou redução do fluxo sanguíneo nas artérias do coração. É um sintoma perigoso, pois geralmente precede o ataque cardíaco. (SERRANO, 2012).

O diagnóstico do IAM ocorre pelos fatores de risco anteriormente descritos, e pela detecção de alterações em exames subsidiários, como eletrocardiograma e exames de sangue capazes de detectar a morte das células musculares cardíacas. (KALIL FILHO, 2009).

A oclusão total de uma artéria coronária, geralmente, leva a um IAM com supra ST, enquanto a angina instável e o IAM sem supra desnível do segmento ST, geralmente, resultam de uma obstrução grave, porém não total, da artéria coronária afetada. Este processo pode ser dividido em três fases: o desenvolvimento, ao longo de muitos anos, da placa de ateroma; o evento agudo, que geralmente ocorre pela formação de um trombo no local de uma placa ateromatosa, que rompeu ou ulcerou; e o risco em longo prazo da recorrência de eventos. (ALBUQUERQUE; PERIOTTO; SALLES, 2008).

O infarto agudo do miocárdio com supradesnível de ST é uma das emergências cardiológicas mais exigentes para o sistema de saúde de qualquer país; em lugares subdesenvolvidos as dificuldades são evidentemente maiores. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

A necessidade de o paciente chamar socorro rápido (atendimento pré-hospitalar) ou procurar atendimento, usualmente em hospitais gerais, e ser identificado pela clínica e ECG, ocasiona grande perda de tempo e demora na reperfusão miocárdica. Se a estrutura de atendimento não está organizada para definir trombólise ou angioplastia imediata (e há necessidade de transferência), uma ou outra necessitando ser utilizado o mais precocemente possível, ocorre atrasos adicionais e o paciente é grandemente prejudicado, não só com aumento do número de óbitos, mas também com grande comprometimento de ventrículo esquerdo. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

Após chegada da equipe de urgência ao local e constatação do quadro de IAM por diagnóstico clínico e eletrocardiográfico (realizado em até 10 minutos), com ou sem lesão instalada, a equipe deverá prontamente iniciar o atendimento primário com a instalação do método MONABCH, lembrando que segundo a American Heart Association, o tempo porta-agulha não deverá exceder 30 minutos e o tempo porta-balão 90 minutos. (OUCHI et al., 2017).

O autor descreve o método MONABCH, como sendo a administração de medicamentos em uma sequência que traga conforto e amenize a dor do paciente, quando ocorre o IAM estando esse método descrito e sucintamente explicado abaixo:

Morfina: alivia a dor, diminui consumo de O₂, sintomas congestivos e PA. doses de 1 a 5mg em bolus EV a cada 5 min. Contraindicado em pacientes com hipotensão e bradicardia.

Oxigênio: terapia de rotina em pacientes com congestão pulmonar e/ou Sat <90%.

Nitratos: - **Isordil:** diminui a pré-carga e o consumo de O₂, promove dilatação coronariana e diminui vaso espasmo. 5mg SL, repetir a dose a cada 5 minutos até 15mg.

Nitroglicerina: utilizada para pacientes com sintomas persistentes, congestão pulmonar e/ou hipertensão. 10 a 20mcg/min com incrementos de 5 a 10mcg a cada 5 minutos, até o alívio da dor ou PAS < 90mmhg. Contraindicado em PAS < 90mmhg ou queda superior a 30mmhg, em relação ao nível basal.

AAS (ácido acetilsalicílico): inibe ativação, degranulação e agregação plaquetária, diminuindo o risco de morte. Dose de ataque de 200mg e manutenção de 100mg.

Beta bloqueador: diminui inotropismo e cronotropismo, aumenta o tempo diastólico e a perfusão coronariana, diminui consumo de O₂ e diminui os sintomas isquêmicos. Dose na fase aguda 5mg em bolus, até dosagem máxima de 15mg e, manutenção com propranolol 20 a 80mg, VO, 8/8h. Contraindicado em pacientes com DPOC ou asma, bradicardia com FC <60bpm, IAM de parede inferior.

Clopidogrel: inibe ADP envolvido na agregação plaquetária. Dose de ataque de 300mg e, manutenção de 75mg/dia.

Heparina: anticoagulante ou antitrombótico interage com antitrombina (anticoagulante natural do organismo, capaz de inativar várias enzimas da cascata de coagulação). Dose de 1mg/kg SC de 12/12h, por 2 a 5 dias. (OUCHI et al, 2017)

A angina instável, bem como o IAM e suas complicações são particularmente beneficiados pela contra pulsação aórtica. A angina instável, na quase totalidade dos casos, é resolvida atualmente com o uso de medicações, como betabloqueadores, anti-agregantes plaquetários, heparina. Em algumas ocasiões, no entanto, mesmo o uso associado destas medicações não estabiliza o quadro clínico. A refratariedade à medicação e o risco potencial representado por esta entidade torna mandatório o manuseio invasivo destes pacientes, como o uso do BIAo (balão intra aórtico). Desta maneira, após o paciente estar hemodinamicamente estabilizado, realiza-se, como que eletivamente, a coronariografia, que mostrará a anatomia coronariana e o tipo de conduta a ser adotado.

No IAM, a redução da pós-carga determinada pelo BIAo atenua os efeitos da hipoperfusão coronariana localizada e aumenta o fluxo sanguíneo através da

artéria ocluída. Assim sendo, seu uso concomitantemente associado à terapêutica trombolítica parece reduzir, de maneira importante, a incidência de reoclusão da artéria culpada pelo infarto.

Também deve-se ressaltar o fato de que não haver aumento na incidência de sangramento. Na angioplastia primária ou de salvamento os efeitos são semelhantes. Diversos trabalhos mostraram o benefício do BIAo em reduzir a incidência de reoclusão pós-angioplastia. Vários Serviços adotam como rotina o emprego do BIAo nestas duas circunstâncias, quando o infarto se apresenta associado a sinais de severa disfunção ventricular esquerda ou quando o vaso culpado persiste ocluído apesar de todas as medidas adotadas. (OSTERNE et al., 1999).

O BIA é Dispositivo de contra pulsação aórtica, composto de um balão de polietileno acoplado em um cateter, que é inserido preferencialmente via artéria femoral até a aorta descendente. Tem sido há muito tempo o principal método de suporte circulatório mecânico (SCM) para quadros de choque. O ciclo de enchimento diastólico e esvaziamento sistólico promovem melhora da perfusão coronariana e periférica com queda da pós-carga. Esse método deve ser iniciado precocemente, pois é de fácil aplicação, está amplamente disponível, e tem baixo custo; a adequada resposta a seu uso pode ser preditora de melhor prognóstico. Pode ser utilizado como primeiro recurso até que seja possível a utilização de outro dispositivo de longa duração.(CORREIA et al., 2013).

2.2 TEMPO RESPOSTA

Alguns pacientes tendem a se julgarem fortes e em consequência disso acabam evitando ao máximo se deslocar a serviços de saúde, em grande maioria homens, deste modo, como já citado anteriormente, acabam recebendo o diagnóstico de maneira tardia, e encontram dificuldades na continuidade do tratamento, ainda existem outros fatores que limitam os pacientes na procura dos serviços de urgência e emergência, como deslocamento, falta de veículo próprio, dependência de terceiros e entre outros fatores, que normalmente resultam para a não procura ou desistência na procura do atendimento.

É frequente o profissional no atendimento pré-hospitalar confundir os sintomas do IAM com outras patologias, realizando intervenção de forma errônea,

retardando o atendimento e diminuindo as chances de sobrevivência do paciente. Conforme dados da IV Diretriz de IAM, Instituto Procardíaco (2009), cada vez mais tem sido salientada a importância da identificação rápida e eficiente de pacientes com isquemia miocárdica nos serviços de emergência. Para que isso ocorra é necessário que o profissional tenha domínio acerca do tema, sabendo reconhecer todos os sinais e sintomas inerentes ao IAM. (OUCHI et al., 2017).

Quanto maior o tempo desde o início dos sintomas até a instituição do tratamento (reperfusão química ou mecânica) maior a ocorrência de complicações, portanto o atendimento e transporte ao serviço de emergência devem ser o mais rápido possível. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

Segundo Jatene (2013), o coração pode perder em média um terço de seu músculo, para evitar danos maiores o ideal é que o paciente seja atendido o quanto antes. Se o atendimento ocorrer em até 60 ou 90 minutos, boa parte dessa musculatura pode ser recuperada; se demorar mais de 6 horas no atendimento, as células perdidas já não podem mais se regenerar. Depois da morte dessas células musculares, o músculo cardíaco sofre uma cicatrização e um processo de fibrose muscular. Esse processo pode prejudicar a elasticidade do músculo, diminuindo a capacidade de bombeamento do sangue.

Diversos serviços no Brasil adotam prioritariamente a estratégia de angioplastia primária, em lugar da trombólise química, como tratamento de reperfusão do paciente com infarto e supradesnível do segmento ST. A escolha da conduta de logística mais complexa se baseia no conjunto de ensaios clínicos que sugerem ser a angioplastia uma estratégia mais eficaz do que a trombólise. No entanto, a efetividade da angioplastia depende de rápido início do tratamento, definido como tempo entre chegada do paciente ao hospital e início da angioplastia (tempo porta-balão) <120 minutos. (CORREIA et al., 2013).

O momento porta se caracteriza pela chegada do paciente ao hospital, marcada pela retirada da senha para atendimento (antes do cadastramento do paciente no setor), a qual é registrada automaticamente pelo sistema de informática. O momento balão se refere ao início do procedimento de reperfusão, definido pela inserção percutânea de qualquer dispositivo com finalidade de tratamento. (CORREIA et al., 2013).

2.3 PROCESSO DE TRABALHO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Para otimizar o tempo de atendimento e minimizar ou zerar os danos decorrentes de um infarto é necessário que a equipe de APH, desde o técnico de regulação médica até o suporte avançado (Médico, Enfermeiro e Tec. Enfermagem) estejam aptos a reconhecer os sintomas e iniciar o atendimento. (DIRETRIZES DO SAMU, 2012).

O IAM sendo uma das causas, líder de mortalidade no mundo, obriga os profissionais de saúde a aprofundarem seus conhecimentos acerca do tema para uma prestação de cuidados direcionado ao problema, visando aumentar a chance de sobrevivência e minimizar os danos recorrentes de lesões ocasionadas pelo IAM. Para tanto, é necessário que além do atendimento eficaz e a rápida transferência para o centro de referência pelas equipes de emergência, o paciente seja muito bem assistido pela equipe de terapia intensiva durante todo o período de tratamento. (OUCHI et al., 2017).

Durante esse período de internação na Unidade de Terapia Intensiva, o paciente deverá ser submetido a exames de ECG e dosagens enzimáticas seriadas para o diagnóstico conclusivo de IAM, após deverá ser discutido, pela equipe, o melhor tratamento de repercussão coronariana a ser adotado. (OUCHI et al., 2017).

O exame eletrocardiográfico deve ser realizado idealmente em menos de 10 minutos da apresentação à emergência, é o centro do processo decisório inicial em pacientes com suspeita de infarto agudo do miocárdio. Como o ECG pode ser inespecífico nas primeiras horas, é importante avaliar traçados seriados em curto período de tempo (5-10 min), se o paciente permanecer sintomático. O resultado do ECG é a chave da estratégia terapêutica. O reconhecimento de supra desnivelamento do segmento ST > 1,0 mm em derivações contíguas no plano frontal, o bloqueio de ramo esquerdo novo ou o supra desnivelamento do segmento ST > 2,0 mm em derivações precordiais sugere alta probabilidade de IAM. Após o atendimento inicial, o ECG deve ser repetido 12 horas após a internação e diariamente até a alta da unidade coronária. (LOZOVYOY et al., 2008; BEZERRA et al., 2011; CARVALHO, 2013; PEIGAS et al., 2015).

A rapidez no tratamento das síndromes coronarianas agudas, em especial nas com ST supra, é fundamental para o restabelecimento da perfusão e diminuição dos desfechos. Quanto maior o tempo de exposição à isquemia, menor a

probabilidade de interrupção precoce do infarto e maior a taxa de complicações, entre elas a insuficiência cardíaca, o choque cardiogênico e a morte. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

A necessidade de um sistema de atendimento pré-hospitalar se sustenta na medida em já se foi demonstrado que, com ele, a oferta do tratamento se torna mais precoce. Nesta primeira intervenção, geralmente feita por um generalista que atua num sistema de atendimento médico de urgência (SAMU), é possível que o diagnóstico seja reconhecido pela história clínica e pelo eletrocardiograma e, nos casos adequados, o fibrinolítico seja administrado. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

2.4 SERVIÇO DE HEMODINÂMICA- TRATAMENTO PARA IAM

Em virtude do aumento das doenças cardiovasculares ocorreu um aumento dos procedimentos realizados no setor de hemodinâmica, um exemplo deles é o cateterismo. Este é um método diagnóstico para descobrir qual a artéria afetada durante o processo de isquemia no infarto agudo do miocárdio e assim poder realizar o processo de revascularização, um dos métodos realizados ocorre através da angioplastia coronariana transluminal percutânea que permite o retorno do fluxo sanguíneo na artéria acometida. (AHERLERT, 2013).

Esta unidade é complexa por estar lidando com pacientes críticos que necessitam de cuidados intensivos e atitudes rápidas e distintas, além da tecnologia que é utilizada através de aparelhos modernos, por isso necessitam de profissionais que possuam conhecimento técnico e científico para estarem aptos a agirem rapidamente nas adversas situações. (LEMOS et al., 2017).

Sendo assim, é importante a capacitação e atualização destes profissionais para estarem aptos a atuarem. O enfermeiro é um dos profissionais que atua integralmente neste processo do cuidado, fornecendo cuidados assistenciais além da parte gerencial. (LEMOS et al., 2017).

Durante os diferentes procedimentos hemodinâmicos são utilizados contrastes que são inseridos na corrente sanguínea, a fim de visualizar a radiopacidade diagnóstica. Este ato pode desencadear uma reação alérgica, por isso o enfermeiro deve realizar a consulta pré- procedimento para investigar

sensibilidade a medicamentos e as comorbidades do mesmo, devendo orientar sobre o procedimento e os possíveis efeitos adversos. (LINCH et al.,2009)

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Pesquisa de abordagem quali-quantitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido em um Hospital de Médio Porte de Alta Complexidade do Extremo Sul Catarinense. A população a ser estudada foi o paciente com diagnóstico de IAM com supra desnivelamento de ST que procuram a emergência da referida instituição.

Esse tipo de pesquisa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social ou organização. Os pesquisadores buscam explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam os valores e nem requerem técnicas estatísticas, pois os dados analisados são não – métricos e se valem de diferentes abordagens. (FERREIRA et al, 2009).

Conforme Minayo (2009, p.22):

A pesquisa qualitativa trabalha com motivos, crenças valores e atitudes, o que corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis.

As pesquisas qualitativas compreendem um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e codificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tem por objetivo traduzir o sentido dos fenômenos do mundo social. “São estudos desenvolvidos no próprio local onde os dados são produzidos e não se propõem a quantificar [...], mas sim interpretar e compreender”. (TRIVIÑOS, 2008, p.34).

Na pesquisa qualitativa:

tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, assim como na perspectiva do próprio pesquisador. (LEOPARDI, 2002, p.119).

O método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de

técnicas estatísticas. O método quantitativo representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação (RICHARDSON et al, 1999).

3.2 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa exploratória- descritiva tem como finalidade “desenvolver, esclarecer, modificar e aprimorar ideias”, descrevendo as características de determinados fenômenos. São incluídas no grupo de pesquisas descritivas as que tem objetivo de levantar “as opiniões, atitudes e crenças de uma população” (GIL, 2007, p.42). Ainda de acordo com o autor citado anteriormente, uma das características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

Conforme Selltiz et al. (1967 apud GIL, 2007), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com pretensão de torna-lo mais explícito ou construir hipóteses, e na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem etapas, como levantamento bibliográfico, entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema de pesquisa e análises de exemplos que elucidem a compreensão.

“O estudo descritivo pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade”. (TRIVINOS, 2008, p.110). Pesquisas exploratórias “permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. Consiste em explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno”. (LEOPARDI, 2002, p.119).

Leopardi (2002, p. 130) define a pesquisa de campo como:

São aquelas desenvolvidas geralmente em cenários naturais. Tais estudos são investigações feitas em campo, em locais de convívio social, como hospital, clínicas, unidades de tratamento intensivo, postos de saúde, asilos, abrigos e comunidades. Procuram examinar profundamente as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos, enquanto em ação, na vida real.

3.3 LOCAL DE ESTUDO

Sala de urgência e emergência e clínicas de internação de um Hospital de Médio Porte e Alta Complexidade do Sul Catarinense.

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos de estudo foram 12 (doze) pacientes diagnosticados com infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento de seguimento ST que procuram o serviço de urgência e emergência no período de 20/08/2018 a 30/10/2018, nos períodos vespertinos e noturnos, e estiverem dentro dos critérios de inclusão desse estudo. Esses foram reconhecidos na sala de urgência e emergência, porém, foram abordados somente após estabilização hemodinâmica, ou seja, no setor de internação, na CCMF – clínica cirúrgica masculina feminina.

3.5 PROCEDIMENTOS DE LEVANTAMENTO DE DADOS

1º Momento: Procedimentos iniciais

Solicitado carta de aceite da instituição onde foi desenvolvida a pesquisa. Na sequência o projeto de Trabalho de Conclusão do Curso – TCC foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC.

2º Momento:

Conhecimento do campo de pesquisa, apresentado o projeto aos enfermeiros da sala de urgência e aos da CCMF – Clínica Cirúrgica Masculina e Feminina de estudo.

3º Momento:

Realizado a identificação dos pacientes no setor de urgência e sua seleção intencional na CCMF – Clínica Cirúrgica Masculina e Feminina de acordo com os seguintes critérios:

Crêterios de inclusão

- Pacientes com diagnóstico de IAM com supra desnivelamento de ST que foram recebidos na sala de emergência independente do meio como chegaram;
- Pacientes que apresentam estabilidade hemodinâmica;
- Estar internado no pós procedimento cirúrgico (hemodinâmica) na clínica cirúrgica do hospital.
- Aceita o para participar da Pesquisa segundo Resolu o 466/12 e 510/2016;

Crêterios de exclusão

- Pacientes que possuem diagnóstico de IAM sem supra desnivelamento de ST;
- Pacientes que apresentam instabilidade hemodinâmica;

4  Momento: Realizado entrevista semiestruturada com os pacientes.

A entrevista semiestruturada consiste em um conjunto de questões (roteiro) sobre o tema estudado, que permite e por vezes incentiva que o entrevistado fale livremente sobre assuntos, que vão surgindo como desdobramentos do tema inicial. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A entrevista   o instrumento mais usado no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos autores, enquanto sujeito-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realiza o podem ser de natureza individual e/ou coletiva. (MINAYO, 2009, p. 57).

A entrevista foi realizada quando o paciente já estiva acomodado na clínica de internaa o, para isso utilizamos o programa de software utilizado pelo hospital, para busca do paciente via sistema e identifica o da clínica, quarto e leito para o qual foi transferido, conforme pr  acordado com o mesmo CCMF – Clínica Cirúrgica Masculina e Feminina.

5º Momento: Realizado a análise e interpretação dos dados.

Conforme afirma Gerhardt e Silveira (2009) uma vez que os dados foram coletados, verifica-se se estas informações correspondem às hipóteses; sendo assim, a primeira etapa da análise das informações é a verificação empírica. Mas a realidade é sempre mais complexa do que as questões e hipóteses iniciais formuladas pelo pesquisador, e uma coleta de dados pode trazer à tona outros elementos e relações não cogitados inicialmente.

Antes mesmo da veiculação do primeiro momento da pesquisa, utilizamos o diário de campo, onde diariamente, poderemos colocar nossas “percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas por meio da utilização de outras técnicas”. (MINAYO, 2009, p.63).

3.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas pela categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados. Conforme Minayo (2009) as categorias são empregadas para estabelecer classificações, significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo que pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa.

Os dados quantitativos foram analisados através do Microsoft Office Excel e apresentados por meio de análise quantitativa.

3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

Existem riscos mínimos presumíveis, desde que resguardados os valores éticos recomendados pela Resolução 466/12 e 510/2016 da Pesquisa com seres humanos; sendo garantido aos sujeitos participantes o anonimato e sigilo referente às entrevistas; com a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; além do direito de desistir em qualquer fase de aplicação. Tais riscos estariam associado a identificação do participante, no entanto, o mesmo será protegido conforme já citado e assegurado pela resolução.

Como benefícios, identificaremos o tempo que o paciente leva para reconhecer seu problema e procurar o serviço de urgência e emergência, quais as principais etiologias associadas ao IAM observar quais as principais doenças pré-existentes nesses pacientes e o meio de transporte que utilizaram para chegar ao hospital e o tratamento empregado. Através da reflexão sobre os sinais e sintomas do IAM, poderemos conscientizar a população a procurar com maior agilidade os serviços de urgência e emergência.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento, no momento da entrevista, sendo que este assegura o sigilo da identidade dos participantes. O termo segue as exigências formais contidas na resolução 466/12 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

De acordo com a Resolução 466/12 e 510/2016 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes devem ser esclarecidos sobre “a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades”. (BRASIL, 2012, p. 2).

A resolução incorpora referenciais da bioética: “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade”. (BRASIL, 2012, p. 1). A resolução 466/12 visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado. Dentre os aspectos éticos o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa sobre a natureza da mesma, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando sua participação na pesquisa.

Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem deve ser assegurada aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa. A pesquisa em seres humanos deverá sempre tratá-lo com dignidade, respeito e defendê-lo em sua vulnerabilidade. Na pesquisa foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, informando aos

participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa (Anexo A).

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Estudo com objetivo de identificar qual o tempo de procura do paciente com supra desnivelamento de ST ao serviço de urgência e emergência e conhecer as condutas dos profissionais em relação a demora pela procura do paciente, em um Hospital de alta Complexidade do Sul de Santa Catarina. Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido com 12 (doze) pacientes na Unidade de Internação. Aplicou-se entrevista semiestruturada aos pacientes do estudo. A análise dos dados qualitativos foi realizada a partir da análise de conteúdo.

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC pelo parecer nº 2.712.402/2018, iniciou-se a coleta de dados. Realizou-se a entrevista semiestruturada caracterizando-se o perfil dos pacientes com levantamento do sexo; idade; profissão; estado civil e as categorias norteadoras da pesquisa:

Categoria 1 – Estilo de vida dos pacientes;

Categoria 2 – Comorbidades e adesão ao tratamento;

Categoria 3 - Tempo de procura e delta tempo

Categoria 4 – Relatando o fato;

Categoria 5 – Reconhecimento do fato e interpretação dos sintomas;

Categoria 6 –Histórico familiar de saúde/doença.

Para preservar o sigilo decorrente das entrevistas realizadas, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a letra 'P' para os pacientes; seguido do respectivo número - P1 a P12.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES

Averiguando os pacientes do estudo, observamos que o perfil dos entrevistados foi composto por nove pacientes do gênero masculino e três do gênero feminino, com idade mínima de 49 anos e máxima de 82 anos, com prevalência de

75% de pacientes acima dos 60 anos. Referente ao estado civil, oito dos doze entrevistados são casados, três divorciados e um viúvo.

No que diz respeito a profissão, quatro foram mineiros, hoje já aposentados, um pedreiro aposentado, dois pacientes cuidam dos afazeres domésticos, intituladas como do lar, um motorista aposentado, um taxista, um mestre de obras, um é representante comercial e viaja pelo Brasil vendendo colchões medicinais e um administrador; profissões mistas, onde alguns usam muito a força, como no caso do mineiro e pedreiro e outros ficam mais sedentários, como é o caso do motorista, taxista, representante comercial e administrador.

Quando avaliado o IMC dos pacientes, o resultado nos surpreendeu, por não ser um achado comum na população com comprometimento cardiológico, dos 12 abordados na pesquisa, 66,67% estão com o peso ideal, 8,33% tem sobre peso, 16,67% com obesidade grau I e 8,33% com obesidade grau II, conforme evidenciado no quadro abaixo.

Quadro 1- Caracterização dos pacientes.

Pacientes	Gênero	Idade	Estado civil	Profissão	IMC
P1	Masculino	74	Viúvo	Mineiro (aposentado)	24,9
P2	Masculino	61	Casado	Pedreiro (aposentado)	24,0
P3	Masculino	49	Casado	Mestre de obras	24,6
P4	Feminino	75	Casada	Do lar	23,0
P5	Masculino	67	Casado	Mineiro (aposentado)	24,0
P6	Masculino	65	Divorciado	Mineiro (aposentado)	26,7
P7	Masculino	82	Casado	Motorista (aposentado)	23,8
P8	Masculino	59	Casado	Taxista	31,5
P9	Feminino	75	Casada	Administradora	24,0
P10	Feminino	65	Divorciada	Do lar	22,6
P11	Masculino	51	Casada	Mineiro (aposentado)	37,1
P12	Masculino	67	Divorciada	Representante comercial	30,4

Fonte: Dados Obtidos pela pesquisa, 2018.

O sedentarismo é fator de risco significativo para evento coronariano ou para novos eventos pós-infarto agudo do miocárdio, 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 autoestima. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

A maioria dos fatores de risco é favoravelmente modificada pelo exercício físico. A hipertrigliceridemia e a hiperglicemia são reduzidas e se a ingestão calórica for mantida haverá redução de peso nos obesos. A resistência arterial periférica diminui com a consequente redução da pressão nos hipertensos. Há diminuição do tônus simpático e da tensão emocional, a atividade fibrinolítica aumenta e a agregação plaquetária diminui, com melhoras na função endotelial. A atividade física aumenta a sensibilidade à insulina e reduz o risco de desenvolver diabetes melito não dependente de insulina. A prática de exercícios promove ainda a elevação do HDL-colesterol. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

Existem evidências epidemiológicas, provenientes de estudos de coorte, prospectivos, de que sobrepeso/obesidade constitui importante fator de risco cardiovascular. Todos esses estudos identificaram uma relação quase linear entre índice de massa corpórea e risco de doença arterial coronária, a partir de um valor do índice de massa corpórea >25. Esse risco, porém, não parece se distribuir de modo homogêneo em relação à idade e gênero, podendo declinar com a idade e ser maior nas mulheres. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

O tratamento da obesidade é um desafio, em virtude da complexidade de sua etiopatogenia ainda não totalmente esclarecida, que envolve aspectos genéticos, ambientais e comportamentais. As bases do tratamento e da prevenção incluem dieta e exercício. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

Embora nossa pesquisa não demonstre um número alarmante de pacientes acima do peso, quatro dos 12 participantes são considerados sobre peso e já com obesidade, inclusive grau II. Em porcentagem, o estudo trás 33,33% dos participantes fora do peso ideal, o que já nos deixa em alerta quanto aos perigos para doenças cardiovasculares.

A obesidade se apresenta hoje como um grande problema de saúde pública, e atinge diversos brasileiros em todas as regiões do país. A obesidade por si só ocasiona problemas importantes de saúde, bem como leva a outras morbidades, que podem atacar diversos sistemas do corpo humano, como o coração (infarto agudo do miocárdio), o cérebro (acidente vascular encefálico), os pulmões (trombo embolismo pulmonar), o fígado (hepatite) e outros. (ABESO, 2016).

4.2 CATEGORIA 1 – ESTILO DE VIDA DOS PACIENTES

Analisando o estilo de vida da população do estudo, observa-se pacientes com hábitos prejudiciais a sua própria saúde. Isso está evidente nos achados, que mostra que 08,33% dos 12 participantes afirma ser tabagista, desses, 33,33% informam ter deixado de fumar após longa data, por motivos referentes a saúde.

No quesito alcoolismo, 08,33% paciente denomina-se como etilista pesado, relata ingerir álcool diariamente (cerveja), 66,67% informam ser etilistas sociais, ingerem bebidas alcoólica somente nos finais de semana ou em datas comemorativas e 25% não fazem uso de álcool.

Referente a prática de exercício físico, cinco dos 12 pacientes abordados negaram praticar qualquer tipo de atividade esportiva, um relata andar de bicicleta irregularmente, quatro dizem fazer caminhadas de forma irregular, um afirma fazer exercícios de maneira regrada e de longa data e outro informa que iniciou atividades regularmente a pouco tempo, por predisposição a diabetes mellitus. Conforme destacado na tabela 1.

Tabela 1 – Estilo de vida dos pacientes

Uso de fumo	n	%
Ex-tabagistas	04	33,33%
Nega tabagismo	05	41,66%
Tabagista	01	08,33%
Total	12	100%

Fonte: Dados Obtidos pela Pesquisa, 2018.

Uso de álcool	n	%
Etilista	01	08,33%
Bebem socialmente	08	66,67%
Não bebem	03	25%
Total	12	100%

Fonte: Dados Obtidos pela Pesquisa, 2018.

Atividades físicas	n	%
Não praticam atividades físicas	05	41,66%
Praticam de forma irregular	05	41,66%
Praticam de forma regular	02	16,67%
Total	12	100%

Fonte: Dados Obtidos pela Pesquisa, 2018.

Estudos relatam que os fatores de riscos que têm sido apontados como responsáveis pela maior prevalência de IAM em adultos jovens são: o tabagismo,

dislipidemias (modificáveis) e história familiar prévia DCV (não modificável). Bem como, à prevalência da obesidade nesta população. O hábito de fumar constitui o fator de risco mais comum vislumbrado nos diversos estudos, devendo ser o principal alvo de programas destinados a redução das taxas de IAM nos jovens. (SOUZA et al., 2015).

O consumo do tabaco é um fator de risco para seis das oito causas principais de morte no mundo: doenças cardíacas isquêmicas, acidentes vasculares cerebrais, infecções das vias aéreas inferiores, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), tuberculose e cânceres de pulmão, traqueia e brônquio. (OLIVEIRA; VALENTE; LEITE, 2008).

A inalação da fumaça aumenta o nível sanguíneo de monóxido de carbono, e faz com que a hemoglobina, o componente que transporta oxigênio no sangue, se combine mais imediatamente com o monóxido de carbono que com o oxigênio. Isso diminui a capacidade de bombeamento do coração. A nicotina detona a liberação de catecolaminas, o que aumenta a frequência cardíaca e a pressão arterial. (GOMES JUNIOR et al., 2011). O tabagismo, de acordo com o autor citado anteriormente, causa resposta vascular deletéria e aumenta a aderência plaquetária, levando a uma maior probabilidade de formação de trombo.

O álcool é uma substância tóxica que pode contribuir para ocorrência de algumas doenças como: hipertensão arterial, hipertrigliceridemia, diabetes não-insulinodependente, câncer, hepatopatia, encefalopatia, pancreatite, problemas psicossociais e comportamentais. (STIPP, 2007).

A ingestão de álcool reduz a contratilidade miocárdica e exerce efeitos desfavoráveis na insuficiência cardíaca. O álcool pode exercer sobre o coração efeitos tóxicos diretos, provocando desacoplamento do sistema excitação-contração, diminuindo o sequestro de cálcio no retículo sarcoplasmático, inibindo a bomba sódio-potássio dependente de ATP. (BATLOUNI, 2006).

A inatividade física e a obesidade estão fortemente associadas com o risco de desenvolver doenças cardiovasculares constituindo-se nos fatores de risco mais significativos. O National Cholesterol Education Program, a American Heart Association, e a Sociedade Brasileira de Cardiologia têm assinalado a fundamental implicação da obesidade, da dieta e da inatividade física no risco cardiovascular. (CARLUCCI et al., 2013).

O exercício físico pode ser classificado quanto à mecânica muscular em dinâmico e estático. Exercícios dinâmicos envolvem contrações musculares repetidas contra baixa resistência (ex.: caminhar, correr, pedalar, nadar). Os exercícios estáticos envolvem contrações musculares, com poucas repetições contra resistência elevada (ex.: levantamento de peso). Na prática, a maioria dos exercícios inclui componentes estáticos e dinâmicos, habitualmente havendo predomínio de um sobre o outro. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

A decisão sobre a liberação para a atividade desportiva após IAM é baseada na avaliação clínica e nos resultados dos exames complementares: teste ergométrico, ecocardiograma, eletrocardiograma, radiografia de tórax e exames laboratoriais. É importante a avaliação do anseio do paciente e qual atividade e principalmente qual desempenho ele espera atingir. Assim, podemos realizar uma estratificação de risco de acordo com a atividade física do paciente. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

4.3 CATEGORIA 2 – HISTÓRIA PREGRESSA E ADESÃO AO TRATAMENTO

Tabela 2- História pregressa e adesão ao tratamento

História pregressa	n	%
HAS + DM tipo 2	01	08,33%
HAS	02	16,67%
DM tipo 2	01	08,33%
Trombose	01	08,33%
Hipotireoidismo + DM tipo 2	01	08,33%
Doenças cardiovasculares não especificadas	01	08,33%
HAS + DM + AVE	01	08,33%
CA de mama	01	08,33%
Nega comorbidades	03	25%
Total	12	100%

Fonte: Dados Obtidos pela Pesquisa, 2018.

Adesão ao tratamento	n	%
Utilizam de forma correta as medicações	06	50%
Não realizam de forma correta as medicações	01	08,33%
Não realizam nenhum tratamento	05	38,46%
Total	12	100%

Fonte: Dados Obtidos pela Pesquisa, 2018.

Conforme a tabela 3, a comorbidade com maior prevalência nos entrevistados foram HAS (33,33%) e DM (33,33%). Doenças cardiovasculares não especificadas também foi citada (08,33%), outras patologias como AVE, epilepsia, câncer de mama, trombose e hipotireoidismo também apareceram no relato dos pacientes. E 25% desses negam história progressiva de doenças. Porém, o que mais nos chamou atenção foi sobre a questão da hipercolesterolemia, sendo que essa foi mencionada apenas por um dos pacientes, contrapondo aos achados da literatura.

A prevalência de hipertensão arterial em pacientes infartados, estimada por história prévia de hipertensão arterial ou pela constatação de cifras pressóricas elevadas durante a internação, é reconhecidamente expressiva (em torno de 40%-50%). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

Essa estimativa no pós-infarto é sujeita a algumas dificuldades de aferição, tendo em vista que algumas medicações utilizadas em prevenção secundária exercem efeito anti-hipertensivo, afora mudanças ocasionais de estilo de vida, que cumprem o mesmo papel - além da possível "normalização" das cifras pressóricas decorrentes da disfunção de ventrículo esquerdo em consequência do infarto agudo do miocárdio. Ainda assim continua sendo muito frequente. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

Em todo o mundo, a prevalência de diabetes melito tipo 2, nas últimas duas décadas, tem aumentado consideravelmente. Fatores ambientais e comportamentais, como redução da atividade física, aumento da prevalência de obesidade e mudança do hábito alimentar, estão implicados nesse cenário. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

Pacientes com diabetes melito 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 coronária. Estudos epidemiológicos têm demonstrado que indivíduos portadores de diabetes melito tipo 2 têm risco de mortalidade cardiovascular 2-3 vezes maior em homens e 3-4 vezes maior em mulheres, quando comparados com indivíduos não diabéticos. Vale ressaltar que a doença cardiovascular é responsável por 70% dessa mortalidade. Além disso, a presença de diabetes mellitus influencia desfavoravelmente o curso evolutivo de portadores de doença arterial coronária, em todos os seus aspectos. Por exemplo, a mortalidade é maior no diabético em relação ao IAM e a

procedimentos cirúrgicos de revascularização. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

Na dislipidemia há alteração dos níveis séricos dos lipídeos. As alterações do perfil lipídico podem incluir colesterol total alto, triglicerídeos (TG) alto, colesterol de lipoproteína de alta densidade baixo (HDL-c) e níveis elevados de colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-c). Em consequência, a dislipidemia é considerada como um dos principais determinantes da ocorrência de doenças cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares, dentre elas aterosclerose (espessamento e perda da elasticidade das paredes das artérias), infarto agudo do miocárdio, doença isquêmica do coração (diminuição da irrigação sanguínea no coração) e AVC (derrame). De acordo com o tipo de alteração dos níveis séricos de lipídeos, a dislipidemia é classificada como: hipercolesterolemia isolada, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidêmica mista e HDL-C baixo. (BRASILIA, 2011).

Localiza-se preferencialmente na aorta abdominal, nas artérias coronárias, no segmento arterial ílio-femoral e na região encefálica; nas artérias carótidas internas e nas artérias do polígono de Willis, poupando as artérias dos membros superiores, as mesentéricas e renais, à exceção dos seus óstios. (BECKSTROM et al., 2007).

Reminiscente ao tratamento obtivemos o seguinte resultado, cinco pacientes relatam fazer uso de forma adequada dos medicamentos, desses, um mencionou a alimentação como algo, também, a ser cuidado. Já três pacientes afirmam fazer o tratamento de forma inadequada, um dos entrevistados relatou que deixa de tomar os medicamentos quando sabe que vai ingerir bebida alcoólica, e cinco não fazem nenhum tipo de tratamento.

A dieta recomendada para a prevenção pós-IAM é a da American Heart Association, com restrição calórica variável, de acordo com o índice de massa corpórea, ajustada para uma perda de 7%-10% do peso, de 6-12 meses. Para índice de massa corpórea entre 25-27, a redução de 500-1.000 calorias por dia pode levar a uma perda de peso semanal de 454-908,4 g; para índice de massa corpórea mais elevado, uma redução de 1.000-1.500 calorias por dia pode acarretar perda de 908,4-1.806,8 g por semana. Geralmente, após seis meses, o peso tende a se estabilizar, com tendência a se elevar caso não sejam tomadas medidas para manter o equilíbrio calórico. É nessa fase que o exercício regular e diário se torna ainda mais importante. Perda de peso adicional implica maior diminuição do valor

energético total da dieta, aumento do exercício físico e maior motivação. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

Para pacientes com síndrome metabólica, o controle da dislipidemia aterogênica requer redução dos carboidratos para 50% do valor energético total e aumento do consumo de gorduras até 35%⁵³⁵. O aumento da cota de gordura deve ser feito à base de gordura monoinsaturada, devendo o consumo de gordura saturada ser mantido <7% do valor energético total. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

Medidas educativas direcionadas para o uso correto de medicamentos melhoram a adesão ao tratamento e diminui o risco de dano relacionado a medicamentos, constituindo uma das estratégias para a promoção do uso racional dos medicamentos. (MESSIAS, 2015).

Confrontando os dados encontrados na tabela 2 referente ao estilo de vida e a tabela 3 de adesão ao tratamento, percebemos que os pacientes P1, P2, P5, P6 e P8, relatam fazer uso correto dos medicamentos, mas em contrapartida, denominam-se como estilista social, sendo que P1 enfatiza o uso do álcool de forma frequente. Dado esse que nos preocupa.

O uso concomitante de medicamentos com o álcool é uma das variáveis que afeta o resultado terapêutico, ocasionando interações medicamentosas que são os resultados da combinação de fármacos com outros fármacos, alimentos ou bebidas. Estas são tanto mais prováveis quanto maior o número de medicamentos utilizados. (SILVA; LAFAIETE; DONATO, 2011).

Há algumas classes de medicamentos que podem ter seus efeitos potencializados pelo uso concomitante de álcool, enquanto outras podem ser inibidas. Entretanto, nem todas essas interações apresentam significância clínica e os efeitos sobre um determinado indivíduo não podem ser completamente previstos pelos dados da literatura. (PAULO, 2015).

O álcool altera a expressão ou a atividade de algumas enzimas utilizadas na biotransformação de vários fármacos. Nos casos de uso crônico, induz a atividade microsomal, determinando maior metabolismo de alguns fármacos. Em caso de sobrecarga aguda de álcool, há competição por sistemas detoxificadores hepáticos, com diminuição do metabolismo de certos medicamentos, aumentando o risco de superdosagem. (WANNMACHER, 2007).

4.4 CATEGORIA 3 – TEMPO DE PROCURA E DELTA TEMPO

Quadro 2 – Tempo de procura e Delta Tempo.

Paciente	Tempo	Delta T
P1	3h	>12h
P2	20min	4h
P3	2h	24h
P4	30min	11h
P5	45min	7h
P6	1h	4h
P7	10min	3h
P8	15min	6h
P9	7h	10h
P10	09:30h	16h
P11	4h	5h
P12	10min	1h

Fonte: Dados Obtidos pela Pesquisa, 2018.

Chegamos ao objetivo principal da nossa pesquisa, descobrir o tempo que o paciente com IAMCSST leva para buscar ajuda, após início dos sintomas, percebemos pelo quadro 2, que esse tempo varia de 10 minutos à 09h30min. Quando avaliado o delta T, observamos que o tempo mínimo foi de 1 hora e o máximo de 24h, desde o início dos sintomas até a intervenção percutânea. Importante salientar que todos os pacientes do estudo, foram submetidos a angioplastia primária, com implante de stent.

A importância do tempo decorrido entre os primeiros sintomas do IAM até o seu atendimento em um serviço de emergência (delta T) justifica-se pela necessidade de intervenções imediatas de reperfusão, visando à restauração do fluxo sanguíneo coronário, colaborando assim para aumento da sobrevivência desses pacientes. (BASTOS et al., 2012).

O retardo pré-hospitalar face ao infarto é definido como o período decorrido entre o início dos sintomas até a admissão em um serviço de saúde e pode ser dividido em dois componentes principais. (MENDES et al., 2016).

O primeiro é o tempo de decisão, período entre o início dos sintomas e a decisão para a procura de atendimento, o qual sofre influência de fatores

sociodemográficos, clínicos, cognitivos, emocionais e ambientais. O segundo componente corresponde ao período entre o deslocamento e a chegada a um serviço de referência em cardiologia para tratamento específico. (MENDES et al., 2016).

Os diversos componentes de tempo até a admissão em hospital referência em cardiologia incluem o tempo de decisão (período decorrido entre o início dos sintomas até a tomada de decisão para a procura de serviço de saúde), o tempo de transporte (período entre a tomada de decisão para a procura de atendimento a chegada ao primeiro serviço de saúde), o tempo de chegada ao primeiro serviço de saúde (período entre o início dos sintomas até a chegada ao primeiro serviço de saúde), o tempo de permanência na rede de atenção à saúde (período decorrido da chegada ao primeiro serviço de saúde até a admissão em hospital referência em cardiologia). (MENDES et al., 2016).

Se a duração da oclusão for maior do que 20 minutos, a necrose será irreversível. Essa se inicia na região subendocárdica, metabolicamente mais ativa, estendendo-se para a epicárdica sob a forma de uma “onda de necrose”, completando-se em cerca de 6 horas. Na ausência adequada de circulação colateral, 50% da massa miocárdica em risco sofre necrose na primeira hora e 70% em 3 a 4 horas. Quanto mais precoce for a reperfusão, menor será a extensão da necrose. A melhor preservação da função cardíaca se reflete em redução da mortalidade. (DINIZ et al., 2012).

A identificação de fatores que contribuem para o retardo em procurar um serviço médico de emergência, em diferentes locais, torna-se importante na medida em que profissionais de enfermagem podem desenvolver medidas de intervenção e ações educativas junto aos pacientes, familiares e comunidade. (FRANCO, 2008).

Falhas ou erros podem ser acarretados por deficiências técnicas ou falta de conhecimento, por exemplo, quando o profissional não possui habilidade, conhecimento ou segurança para a realização de um determinado procedimento. (FREITAS; OGUISSO, 2008).

4.5 CATEGORIA 4 – RELATANDO O FATO

Quando solicitado aos participantes a descrição do fato, como iniciou os sintomas, o que sentiram e qual conduta tiveram, obtivemos relatos precisos sobre o ocorrido. Essas falas estão descritas a seguir, para melhor compreensão:

“As 08h começou uma dor no tórax, me mediquei, pois já tive esses sintomas outras vezes e passava com o remédio, as 11h fui levado a unidade de saúde e de lá me encaminharam para um hospital de pequeno porte, 14h30min cheguei a esse hospital e as 18h10min fui transferido para o hospital do estudo. Quando começou sentia muita dor no peito, fiquei pálido, suava muito e tinha tosse, quando cheguei no hospital de pequeno porte a dor piorou, mas depois que fui medicado aliviou até chegar aqui. Minha filha me levou até o hospital de pequeno porte e o SAMU me trouxe para esse hospital.” P1

“As 10h começou o mal-estar, demorou uns 20min até decidir ligar para os bombeiros, eles demoram uns 10min para chegar até minha casa, me levaram para um hospital pequeno da região onde fiquei uma hora, cheguei no hospital daqui já era 13h, a dor não piorou quando cheguei. Senti um aperto no peito, tive vômito, fiquei tonto e evacuei nas calças.” P2

“Mais ou menos 15 dias atrás eu já vinha sentindo um desconforto no estômago, dia 10/10 continuei com a dor de estômago, mas começou uma queimação no peito. Na madrugada de quinta pra sexta fui para um hospital pequeno, onde tive um atendimento rápido porque minha pressão estava alta, depois que ficou normal fui embora, mas quando fui pra casa a dor voltou e então fui para a uma unidade de urgência e emergência com meu cunhado, lá me deram remédios e me liberaram. Sexta às 13h30min sai de casa e fui para o hospital de desenvolvimento dessa pesquisa com meu cunhado onde fui atendido logo, mas tive que esperar pois tinha um atendimento de emergência lá embaixo, demorou uma

duas horas, nesse tempo esperando piorou a dor, mas assim que me atenderam e fizeram o ECG, me mandaram para a hemodinâmica.” P3

“Estava trabalhando na roça, as 10h começou uma dor no peito muito forte, por volta das 10h30min minha vizinha ligou para o SAMU e me levaram para a unidade de urgência e emergência, fui atendida rápido, tinha muita dor no peito, vomito, que pioram quando cheguei e falta de ar, me deixaram em observação. 20h vim pra cá com o SAMU.” P4

“Começou com uma dor no lado esquerdo do peito umas 09h30min, com muito suor, umas 10h15min liguei para o SAMU, a dor piorou um pouco quando cheguei ao hospital.” P5

“Comecei a sentir um peso no corpo, dor na cabeça e umas fisgadas no lado esquerdo do peito por volta de umas 10h00min/10h30min, demorei uma hora até procurar o atendimento, vim caminhando até o PS.” P6

“As 14h comecei a sentir uma tontura, dor na cabeça e uma falta de firmeza para andar, então me deitei, logo em seguida já liguei para o SAMU. A dor piorou quando cheguei no hospital.” P7

“Dois dias atrás comecei a sentir enjoo e falta de ar quando fazia esforço, na segunda (08/10) de manhã, comecei com dor no peito em aperto e dor na mandíbula, foi rápido para chegar a unidade de urgência e emergência pois moro ao lado, piorou um pouco quando cheguei lá, quando vim para o hospital com o SAMU piorou também.” P8

“As 05h de sexta tive uma dor de cabeça, as 12h de sexta fui verificar a pressão devido a dor de cabeça, no momento estava alterada, fui para o PS de um hospital pequeno, lá o médico suspeitou de que estava com infarto e me encaminhou pra cá com o SAMU.” P9

“As 06h senti uma dor que queimava no braço esquerdo, as 11h comecei com uma dor no peito, as 15h comecei a suar e tive uma queda, 15h30min cheguei

a unidade de urgência e emergência e tive que esperar mais ou menos 40 min, as 21h00min cheguei aqui no hospital.” P10

“As 11h00min comecei a sentir calafrios enquanto cortava a grama, senti também tontura, 12h30min a dor piorou, 13h00min cheguei em casa sentindo uma dor nas veias dos braços e um abafamento, 15h00min fui ao 24 h, fui atendido rápido e logo me mandaram pra cá com o SAMU.” P11

“Há 60 dias comecei a sentir uma cansaço, fui no posto de saúde para fazer alguns exames, eles me deram remédio lá no posto, há 15 dias tive o infarto, as 10h50min comecei a sentir dormência nos braços, tontura, dor em ardência no lado esquerdo do peito, então liguei pro meu filho, ele chegou rápido, junto com os bombeiros, que daí me trouxeram pra cá.” P12

Nas falas dos participantes, percebemos o quanto somos relutantes com a própria dor, muitos, para não dizer todos, seguraram o desconforto o máximo que conseguiram, convictos que logo cessaria. Observamos que os sinais e sintomas apresentados no momento inicial do desconforto torácico foi bem característico ao agravo apresentado, dentre os citados obtivemos: dor no peito, alguns caracterizaram como em forma de aperto e queimação, náusea, êmese, sudorese intensa, dormência no membro superior esquerdo, dor irradiada para mandíbula, falta de ar, dor de cabeça, perda de esfíncter e síncope.

A manifestação clínica do IAM, consiste na tríade: desconforto torácico, anormalidades do Eletrocardiograma (ECG) e marcadores séricos elevados. Relatos de ocorrência de sintomas prodrômicos foram observados em mais da metade dos casos. Esses sintomas são descritos como episódios de dor precordial, palpitações, tontura, cansaço e dispneia ou alterações na evolução da angina do peito estável, de modo a situá-la em uma das formas que constituem a síndrome pré-infarto. (SILVA, 2012).

Importante salientar a fala de “P1”, que levou cerca de 3 horas para procurar ajuda, pois já havia sentido esses sintomas antes e optou por se auto medicar, buscando ajuda apenas quando percebeu que a dor realmente não iria aliviar.

Entende-se como automedicação o uso de medicamentos sem nenhuma intervenção por parte de um médico, ou outro profissional habilitado, nem no

diagnóstico, nem na prescrição, nem no acompanhamento do tratamento. Pode-se apontar com uma das causas a facilidade de acesso a medicamentos devido ao número elevado de farmácias e drogarias, além de práticas comerciais éticas e legalmente questionáveis cometidas por diversos estabelecimentos. (PEREIRA et al., 2015).

Evidenciamos também nesses relatos dos participantes, que a demora muitas vezes não está somente no tempo de procura do paciente, mas também, na interpretação dos profissionais diante desse quadro de dor precordial. P1, P2, P4, P9 e P10, foram os que tiveram mais intervalo de delta T, isso pode estar associado ao fato deles terem procurado outras instituições, com menor porte, antes de ir ao hospital no qual foi desenvolvida a pesquisa. Uma avaliação mais apurada por conta dos profissionais da saúde, poderiam ter feito muita diferença.

O enfermeiro tem papel fundamental no atendimento ao paciente infartado, implantando ações com o objetivo de identificar problemas, causas e riscos, desdobrando suas habilidades e garantindo uma atenção eficaz na busca ou controle de problemas, prevenindo ou retardando agravos, além disso, é indispensável seu papel gerenciador com sua equipe e outros profissionais da saúde, coordenando a abordagem realizada. Para a concretização destas atividades é necessário conhecimento atualizado para fornecer segurança e habilidades na aplicação destes cuidados vitais dispensados ao paciente cardíaco. (SOCESP, 2015).

De acordo com Servin et al., (2010) os critérios de avaliação no protocolo de classificação de risco deve conter a apresentação usual da doença, identificando o início, evolução e tempo da doença; queixa principal; estado físico do paciente e sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.); escala de dor e escala de Glasgow; histórico de doenças preexistentes; idade; alergias e vícios; medicações em uso; dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O₂; dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.); classificação de gravidade e reavaliação constantemente.

A triagem passou a ser utilizada nos serviços de urgência e emergência com objetivo de agilizar os cuidados aos pacientes com necessidades mais urgentes de atendimento e diminuir a superlotação. Esse mecanismo já é utilizado desde as guerras napoleônicas pelos militares para escolher entre os soldados feridos em

batalha quais necessitavam de prioridade no tratamento. (ALBINO; GROSSEMAN; RIGGENBACH, 2007; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Contudo, a classificação de risco é responsabilidade específica do enfermeiro, pois se tratar de um profissional de nível superior com conhecimento necessário para desempenhar esta tarefa. (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Para isso, o enfermeiro se baseia na tomada de decisão que se dará através de uma escuta qualificada. O julgamento clínico e crítico das queixas irão direcionar para um raciocínio lógico, que determinará o risco. Este julgamento se dá por meio de entrevista, análise exame físico sucinto, verificação de dados vitais e eventualmente algum exame complementar (ECG ou glicemia capilar) para que seja possível formula julgamento de cada caso. (CAMARA et al., 2015).

Além de analisar a informação clínica, o enfermeiro deve compreender e gerenciar o mecanismo de categorização do risco de cada usuário. Para isto, o enfermeiro utiliza um protocolo previamente selecionado como diretriz técnica que embasa teoricamente a sua decisão. É o enfermeiro quem decide qual e quanta informação precisará ser obtida sobre o estado de saúde de um cliente, avaliando tanto dados objetivos quanto subjetivos. O protocolo deverá ser a diretriz orientadora, trazendo experiências concretas e embasadas cientificamente. (SOUZA; BASTOS, 2008).

Outro fato que nos denotou atenção, foi a forma de transporte desses pacientes, dos 12 participantes do estudo, cinco deslocaram-se para pedido de ajuda de carro, quatro chamaram o serviço de urgência e emergência móvel, dois os bombeiros e um desses foi caminhando até o hospital. Dos cinco que foram de carro próprio, quatro deles foram para um centro de atendimento menor e não especializado, sendo, assim que diagnosticado a alteração cardíaca, transferidos para o hospital da pesquisa, com o Serviço de urgência e emergência móvel, acionados pelas unidades.

Os veículos utilizados para transporte de viajantes enfermos ou suspeitos devem possuir minimamente os requisitos, de acordo com o disposto no item 2.1 da Portaria nº. 2.048/02. (ANVISA, 2011). Esses são denominados por tipos, estando descritos a seguir:

TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo. (ANVISA, 2011).

TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino. (ANVISA, 2011).

TIPO C - Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas). (ANVISA, 2011).

TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função. (ANVISA, 2011).

TIPO E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil - DAC. (ANVISA, 2011).

TIPO F – Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade. Veículos de Intervenção Rápida - Estes veículos, também chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica são utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida nas ambulâncias do Tipo A, B, C e F. Outros Veículos - Veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco, sentados (ex. pacientes crônicos) que não se caracterizem como veículos tipo lotação (ônibus, peruas, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica. (ANVISA, 2011).

Os pacientes que foram transferidos de outras instituições, foram transportados no veículo do Tipo D, ou seja, no suporte avançado, que possui enfermeiro, médico e condutor socorrista. Já os participantes que acionaram diretamente o serviço adentraram ao hospital no veículo do Tipo B, unidade básica, composta por técnico de enfermagem e condutor socorrista.

Destacamos aqui a fala do P6, que mesmo com os sintomas característicos de síndrome coronariana, resolveu ir caminhando até o serviço de emergência, não tendo consciência do risco que correu ao procurar ajuda deambulando.

Devido à lesão no miocárdio, é indicado o repouso no leito. Repouso facilitaria o processo de cicatrização do miocárdio, qualquer esforço exigirá um trabalho maior da bomba cardíaca e conseqüentemente uma demanda maior no gasto de energia, que nesse momento crítico poderá ter por conseqüência uma maior extensão da lesão. Nesse sentido, o paciente deve ser constantemente avaliado em relação a qualquer atividade física, e orientado quanto a sinalizar e expressar qualquer desconforto a dor. (GIL et al., 2005; LOZOVY et al., 2008; BEZERRA et al., 2011).

4.6 CATEGORIA 5 – RECONHECIMENTO DO FATO E INTERPRETAÇÃO DOS SINTOMAS

Depois de avaliado os sintomas, os pacientes foram questionados quanto a interpretação desses achados, conforme quadro 5, apresentado a seguir, percebe-se que 58,33% dos 12 participantes, não associaram os sinais e sintomas a problemas cardiovasculares, esses suspeitaram de dores musculares, problemas gástricos, excesso de trabalho, até mesmo depressão. Os demais que acreditavam ser alguma alteração cardiológica asseguravam ao fato de não ter sido a primeira manifestação dos sintomas.

Tabela 3 – Reconhecimento do fato e interpretação dos sintomas.

Interpretação dos sintomas	n	%
Achavam ser dores musculares	01	08,33%
Achavam ser problemas gástricos	02	16,66%
Achavam que as dores eram devido a carga de trabalho	02	16,66%
Acham ser sintomas de depressão	01	08,33%
Achavam ser problemas cardíacos	06	50%
Não achavam que fosse algo importante	01	08,33%
Total	12	100%

Fonte: Dados Obtidos pela Pesquisa, 2018.

Estudos comprovam que apenas 20% dos pacientes com dor torácica aguda chegam ao setor de emergência antes de duas horas de início dos sintomas. O fator que podem estar relacionados com o retardo em procurar auxílio médico pode estar relacionado ao não reconhecimento por parte dos pacientes como sendo um evento cardíaco. Dentre esses fatores estão o baixo nível socioeconômico, o sexo feminino, além da automedicação utilizada por alguns pacientes. (FRANCO, 2008)

Um estudo realizado no Brasil revelou que a demora na procura por um serviço especializado está relacionada à falta de reconhecimento dos sinais e dos sintomas do IAM, pela negação em aceitá-lo e pelo atendimento prévio não especializado. Foi observado também, que as condições de transporte influenciaram no retardo à procura de hospitalização. (FRANCO, 2008)

4.7 CATEGORIA 6 – HERANÇA FAMILIAR DE SAÚDE/DOENÇA

De acordo com o quadro abaixo, 66,66% participantes, possuem histórico familiar positivo para doença cardiovascular, 08,33% não soube relatar e 25% negaram essas comorbidades na família.

Tabela 4 – Histórico familiar de saúde/doença.

Interpretação dos sintomas	n	%
Histórico de Doenças cardiovascular	08	66,66%
Não souberam relatar	01	08,33%
Não tem histórico de doenças cardiovasculares na família	03	25%
Total	12	100%

Fonte: Dados Obtidos pela Pesquisa, 2018.

Deveria ser hábito clínico o escrutínio da história familiar a quando da identificação dos indivíduos de alto risco. O risco familiar de DC, de acordo com Tavares (2008) aumenta de três formas:

1) O risco é aumentado quando um indivíduo é parente próximo de um indivíduo que desenvolveu DC. História familiar num parente de 1º grau (pais, irmãos e filhos) é mais importante em termos de risco de DC do que quando ocorre em parentes de 2º grau (avós e tios) ou de 3º grau (primos);

2) o risco aumenta proporcionalmente ao número de familiares com DC;

3) idade do parente quando a doença se desenvolveu: quanto mais jovem, maior o risco. O risco relacionado com a história familiar envolvendo pelo menos dois familiares é maior quando a DC se desenvolve antes dos 55 anos de idade do que quando ocorre antes dos 65.

Há uma propensão familiar para o desenvolvimento de DC que começa muito cedo na vida. A agregação familiar de doença reflete uma hereditariedade *multifactorial* na qual a susceptibilidade é determinada pelo efeito conjunto de um número de genes que interagem com o ambiente e com os estilos de vida. O facto do risco de DC num indivíduo estar associado à idade em que o evento ocorreu no familiar sugere a hipótese de um componente genético da história familiar que possivelmente condiciona o desenvolvimento da DC. Na verdade a influência genética ocorre mais facilmente nos mais jovens uma vez que nos mais velhos é maior a probabilidade dos *factores* ambientais exercerem a sua influência, diluindo assim a predisposição genética, (98) uma vez que o risco induzido pela história familiar vai diminuindo com a idade. (TAVARES, 2008)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O IAM vem sendo um dos principais causadores de óbito nos pacientes, pelo fato de não serem tomadas as intervenções no tempo correto, por se estenderem muito tempo pela procura do atendimento ou até mesmo na demora de reconhecer os sinais fisiológicos do IAM.

Muitos pacientes acabaram julgando os seus sintomas como sendo causados por outras alterações do organismo, como afecções gástricas, dores musculares, depressão, cansaço físico, dentre outros, só não assimilavam com o problema cardíaco que estavam sendo acometida, essa má interpretação está intimamente relacionada ao tempo de procura por ajuda especializada, aumentado ainda mais o delta T, prejudicando assim a eficácia da terapêutica utilizada. Os 12 participantes foram submetidos ao procedimento de angioplastia, com implante de stent na coronária comprometida.

Constatou-se a partir desta pesquisa que o gênero predominante foi o masculino, com maior prevalência na faixa etária superior a 60 anos, indivíduos casados e aposentados, com profissões diversificadas, estando muitas dessas associadas diretamente ao sedentarismo. A amostra não foi muito expressiva para população acima do peso, sendo que oito participantes estavam com o peso ideal.

Referente a patologias e fatores de risco, observou-se que os pacientes estão mais propensos a desenvolverem problemas cardiovasculares quando associados a demais patologias, no estudo predominou a hipertensão e o diabetes mellitus. O tabagismo e etilismo, também contribuíram para o desenvolvimento da doença, bem como o sedentarismo e ineficácia de atividade física.

Podemos afirmar que o que os objetivos foram alcançados, porém, algumas hipóteses foram contraditas. Dentre esses a correlação da idade com o tempo procura, pensávamos que o paciente jovem, procuraria o serviço de urgência e emergência com mais brevidade, porém, não foi evidenciado pelo participante mais jovem do estudo. Outra hipótese não comprovado, foi sobre o gênero dos pacientes, refletíamos antes de aplicar a pesquisa, que o paciente do gênero masculino, com idade superior a 60 anos eram os que mais demoravam a procurar atendimento especializado, no entanto, comparado com os demais, foram os que tiveram menos tempo de delta T.

Nos certificamos que pacientes que são encaminhados ao hospital de carro próprio geralmente confundem os sinais e sintomas com outras patologias que não IAM. Esses acabam buscando ajuda em pequenos centros, sendo posteriormente transferidos para um hospital maior, especializado, referência em cardiologia, como é o caso do hospital onde foi aplicada a pesquisa. Atrasando ainda mais o tratamento a ser empregado a esses pacientes.

Com esse estudo pôde se perceber a importância do profissional de saúde ao se deparar com pacientes com IAM, pois nesse momento se deve tomar as decisões corretas e intervenções para assegurar a vida do paciente, de mesmo modo, os pacientes e usuários dos serviços de saúde, devem saber identificar possíveis sinais de alterações cardíacas para que assim possam acionar ou procurar os serviços de urgência mais rápido para que tenham um atendimento mais eficaz e com boas chances de reversão.

Se faz necessário realizar trabalhos em âmbito da atenção básica, para evitar com que os pacientes com pré-disposição a problemas cardiovasculares venham a desenvolver um IAM no futuro. Para mudar isso devemos começar a intervir nos grupos de risco dentro das unidades de saúde, como grupos de hipertensos, diabéticos e tabagistas, mas também não focar nos pacientes que possuem comorbidades e intervir também com os usuários que possuem um histórico familiar bem positivo para desenvolver problemas cardiovasculares.

REFERÊNCIAS

ABESO, Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. São Paulo- SP: **IBGE**, 2015. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/noticia/quase-60-dos-brasileiros-estao-acima-do-peso-revela-pesquisa-do-ibge>>. Acesso em: ago. 2018.

AEHLERT, Barbara. **ACLS Suporte avançado de vida em cardiologia: Emergências cardiológicas**. Rio de Janeiro: Elsevier 2013. 304 p.

ALBINO, Rubia Maria; GROSSEMAN, Suely; RIGGENBACH, Viviane. **Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade**. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=479397&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 out. 2018.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Protocolo de referência**. NR- 32 nº 07, 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/375992/4011173/Adequacao+de+veiculos+para+transporte+de+enfermos.pdf/3e7d1597-564c-4f3a-8f6c-329641aa7464>>. Acesso em: 19 nov. de. 2018.

BAENA, Cristina Pellegrino, et al. Tendência de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio em Curitiba (PR) no Período de 1998 a 2009. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v.98, p. 211-217, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v98n3/v98n3a03.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2018.

BASTOS, Alessandra Soler et al. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 27, p.411-418, 09 nov. 2012. Mensal. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v27n3/v27n3a12.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

BATLOUNI, Michel. **Álcool e Sistema Cardiovascular**. 2006. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/amabc/article/viewFile/269/251>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

BECKSTROM, Brice W. et al. Correlation between carotid area calcifications and periodontitis: a retrospective study of digital panoramic radiographic findings in pretreatment cancer patients. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.** V.103, p.359- 366, 2007. Disponível: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1079210406006883>>. Acesso em: 28 out. 2018.

BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500006>. Acesso em: 20 out. 2018.

BEZERRA, Alaine Alves, et al. A Conduta de Enfermagem Frente ao Paciente Infartado. **Rev Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, v.1, n.1, p. 1-10, 2011. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/11515114-A-conduta-do-enfermeiro-frente-ao-paciente-infartado-1-the-conduct-of-the-nurse-towards-the-patient-infartado.html>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASILEIRO, Antonio Luiz da Silva. SAMU 192 e a abordagem pré-hospitalar do Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil: esperança para o paciente ou mais uma oportunidade perdida?. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.88, n.2, p.44-46, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000200023>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2018.

BRASILIA. Ministério da Saúde. Anvisa. Dislipidemia. **Saúde e Economia**, Brasília, v. 6, n. 3, p.1-4, out. 2011. Mensal. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412160/Saude_e_Economia_Dislipidemia_Edicao_n_6_de_outubro_2011.pdf/a26c1302-a177-4801-8220-1234a4b91260>. Acesso em: 12 nov. 2018.

CAMARA, Rhamaia Ferreira et al. O papel do enfermeiro no processo de Classificação de risco na urgência: uma revisão. **Revista Humano Ser**, Natal, v. 1, n. 1, p.99-114, nov. 2015. Mensal. Disponível em: <<https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/628>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

CARLUCCI, Edilaine Monique de Souza et al. **Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença** cardiovascular. 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade_sedentarismo_fatores_risco_cardiovascular.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2018.

CARVALHO, Dayane Caroline; PAREJA, Débora Cristina Tibúrcio; MAIA, Luiz Faustino dos Santos. A Importância das Intervenções de Enfermagem ao Paciente Com Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista Recien**. v.3, n.8, p.5-10, 2013. Disponível em: <<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/51>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

CORREIA, Luis Cláudio Lemos et al. Efetividade de um Protocolo Assistencial para Redução do Tempo Porta-Balão da Angioplastia Primária. **Arq. Bras. Cardiol.**, Salvador - Ba, v. 101, n. 1, p.26-34, nov. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2013nahead/aop_5283.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

DAMASCENO, Carla Almeida et al. Fatores associados à decisão para procura de serviço de saúde no infarto do miocárdio: diferenças entre gêneros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1362-1370, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600012>. Acesso em: 28 mar. 2018.

DINIZ, C. A. P. M et al. **Os efeitos do tabagismo como fator de risco para doenças cardiovasculares**. 2012. Disponível em: <<http://www.unifia.edu.br/projetorevista/edicoesanteriores/Setembro11/artigos/saude/saude20112/tabagismo.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

DUTRA, Lucas Velloso. **O que é um infarto**. 2011. Disponível em: <<http://www.socesp.org.br/blogdocoracao/2011/06/17/o-que-e-um-infarto/>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

FRANCO, Betina et al. Pacientes com infarto agudo do miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviço de emergência: implicações para a educação em saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 414-418, jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000300013&script=sci_arttext&tlng=pt>. acessos em: 04 jun. 2018.

FREITAS, Genival Fernandes de; OGUISSO, Taka. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 34-40, Mar, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100005>. Acesso em: 19 nov. 2018.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org). **Métodos de pesquisa**. 1ª ed. Porto Alegre: UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 175 p.

GIL, Cláudio Araújo; et al. Reabilitação Após Infarto Agudo do Miocárdio. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 64, n.3, p. 289-296, 2005. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/1995/6403/64030023.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

GOMES JUNIOR, Cláudio Pereira et al. **Influência do tabagismo a predisposição ao infarto agudo do miocárdio**. 2011. Disponível em: <<https://www.webartigos.com/artigos/influencia-do-tabagismo-a-predisposicao-ao-infarto-agudo-do-miocardio/68208>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

INSTITUTO PROCARDÍACO. **Como proceder diante do IAM**, 2009. Disponível em: <<https://www.institutoprocadiaco.com/dicas-gerais>> Acesso em: 19 out. 2018.

IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 93, n. 6, supl. 2, p. 179-264, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2018.

IZAR, Maria Cristina de Oliveira et al. Importância da Telemedicina e da Trombólise Pré-Hospitalar. Atualização na Síndrome Coronariana Aguda. **Revista SOCESP**, São Paulo - SP, v. 2, n. 26, p.86-92, 2016. Trimestral. Disponível em: <http://www.socesp.org.br/upload/suplemento/2016/L6_SUMARIO_SUPLEMENTO_REVISTA_SOCESP_V26_N2_04_08_16_3.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

JATENE, F. **Rápido atendimento após infarto diminui os riscos de danos ao coração**, 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/09/rapido-atendimento-apos-infarto-diminui-o-risco-de-danos-ao-coracao.html>> Acesso em: 21 abr. 2018.

KALIL FILHO, R. Infarto Agudo do Miocárdio. **Boletim do Centro de Cardiologia Hospital Sírio Libanês**, 2009.

LEMO, Idalina Maria Nascimento de et al. O papel do enfermeiro dentro da unidade de hemodinâmica. **Unit**, p.9-12, 2017. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/5900/2201>>. Acesso em: 28 maio 2018.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria, RS: Pallotti, 2002. 294 p.

LIMA, Ana Luiza. **Choque cardiogênico**. 2018. Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/choque-cardiogenico/>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

LINCH, Graciele Fernandada Costa; et al. Unidades de hemodinâmica: a produção do conhecimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.30, n.4, p.742-749, out.2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472009000400022&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 maio 2018.

LOZOVOY, MarcellAlysson Batisti; PRIESNTZ, JulioCesar, SILVA, Samira Abgdala. Infarto agudo do miocárdio: Aspectos clínicos e laboratoriais. **Interbio**, v.2, n1, p.4-10, 2008. Disponível em: <https://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol2_num1/arquivos/artigo1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MENDES, Andreia Santos et al. **Tempos de acesso a serviços de saúde face ao infarto do miocárdio**. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n4/1982-0194-ape-29-04-0446.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

MESSIAS, Márcia Cristina Fernandes. Atenção farmacêutica no uso racional de medicamentos. **Science in Health**, p.7-14, 2015. Disponível em: <http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista_scienceinhealth/16_jan_abr_2015/Science_06_01_07-14.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28aed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

OLIVEIRA, A. F.; VALENTE, J. G.; LEITE, I. C. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, vol. 42, n. 2, p. 335-345, abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000200020&script=sci_abstract&tlng=ES>. Acesso em: 19 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Doenças cardiovasculares. Rio de Janeiro: **OMS**; 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839>. Acesso em: 28 mar. 2018.

OSTERNE, Evandro C.v. et al. Angioplastia Coronariana com Suporte Circulatório por Balão Intra-Aórtico. Experiência Inicial. **Arq. Bras. Cardiol.**, Brasília - DF, v. 73, n. 2, p.191-195, jul. 1999. Anual. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/1999/7302/73020007.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2018.

OUCHI, Janaina Daniel et al. Tempo de Chegada do Paciente Infartado na Unidade de Terapia Intensiva: a Importância do Rápido Atendimento. **Ensaio e ciência: ciências biológicas, agrárias e da saúde**, v. 21, n. 2, 2017, p. 92-97, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/260/26053412007.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

PAULO, Gustavo Andrade de. **Álcool x medicamentos: uma guerra sem vencedores**. Disponível em: <<http://www.artwine.com.br/edicoes/wine-style-8-alcool-x-medicamentos-uma-guerra-sem-vencedores.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

PEREIRA, Januária Ramos et al. **Riscos da automedicação: tratando o problema com conhecimento**. p. 20, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/pdfs/trabalhos/mencoes/januaria_ramos_trabalho_completo.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2018.

PERIOTTO, Ana Catarina de M; SALLES, Daniela M. de; ALBUQUERQUE, Denilson C. de. Síndrome coronariana aguda sem elevação do segmento ST, angina instável e infarto agudo sem supra desnível de ST. **Rev.- Hosp. Univ. Pedro Ernesto**, v.8, n.2, 2008. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=176>. Acesso em: 19 nov. 2018.

PIEGAS, L.S, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio Com Supradesnível do Segmento ST. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v.105, n. 2, p. 121, 2015. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. rev. e ampl São Paulo: Atlas, 1999. 334p.

SANTOS, Juliano dos et al. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. **Ciências e saúde coletiva**, v.23, n.5, p.1621-1634, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n5/1413-8123-csc-23-05-1621.pdf> >. Acesso em: 28 mar. 2018.

SELLTIZ, C. et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Herder, 1967.

SERRANO, C.V.J. **Doenças crônicas, angina estável e instável**. São Paulo, 2012.

SERVIN, Santiago Cirilo Noguero. et al. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco**. Política Municipal de Humanização. Prefeitura de São Luís – Maranhão, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2018.

SILVA, Bárbara Fabrícia. O Papel do Enfermeiro Emergencista: Uma Revisão Bibliográfica. Anuário de Produção Científica; 2012. Disponível em: <<https://studylibpt.com/doc/2973625/o-papel-do-enfermeiro-emergencista--uma-revis%C3%A3o-bibliogr%C3%A1...>>. Acesso em: 9 nov. 2018.

SILVA, Cleidiani Baptista; LAFAIETE, Rute dos Santos; DONATO Marilurde. O consumo de álcool durante o tratamento de Tuberculose: percepção dos pacientes. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. Vol. 7, nº. 1, 2011. Disponível

em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762011000100003>. Acesso em: 19 nov. 2018.

SOCESP - Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. **Papel do enfermeiro na Cardiologia**. 2015. Disponível

em: <<http://socesp.org.br/departamentos/enfermagem/>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

SOUZA, Letícia Pereira de. et al. Síndrome coronariana aguda: risco em jovens. **Ver. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.794-8, nov-dez, 2015. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5934>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

SOUZA, Raíssa Silva; BASTOS, Marisa Antonini Ribero. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 581-586, 2008. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/304>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

STIPP, Marluci Andrade Conceição; et al. O consumo do álcool e as doenças cardiovasculares: uma análise sob o olhar da enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 11, n. 4, p. 581-85, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a04>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

TAVARES, Paula Alexandra Paulos. **História familiar de doença coronária, cuidados e comportamentos em saúde**. 2008. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Faculdade de Medicina Universidade de Porto, Porto, 2008. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22125/2/Paula%20TavaresHistria%20familiar%20de%20doena%20coronria%20cuidados%20e%20comportamentos%20em%20sade%2010.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

VALVERDE, Veridyana. **Assistência de Enfermagem ao Paciente com Infarto Agudo do Miocárdio**. 2018. Disponível em: <<http://www.enfermeiroaprendiz.com.br/assistencia-de-enfermagem-ao-paciente-com-infarto-agudo-do-miocardio/>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

WANNMACHER, Lenita. Interações de medicamentos com álcool: verdades e mitos. **Ministério da Saúde**. Brasília, vol. 4, nº 12, 2007. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1339892860v4n12_interacoes_medica mentosas.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2018.

APÊNDICE(S)

ApêndiceA- Entrevista semiestruturada com os pacientes com supra desnivelamento de ST

1: Perfil dos Pacientes

Gênero: () Masculino () Feminino

Idade:

Profissão:

Estado civil:

IMC:

Renda familiar:

- 1- Como é seu estilo e hábitos de vida?(Tabagismo, Etilismo e atividade física)
- 2- Faz tratamento para algum tipo de doença? Se sim, é de forma adequada?
- 3- Que horas iniciou o desconforto atual e como esse aconteceu?
- 4- Como era esse desconforto, consegue descrever?
- 5- Quanto tempo você levou para buscar ajuda, após desencadeamento do desconforto? A dor piorou até a chegada?
- 6- Quem trouxe você ao hospital?
- 7- O que você imaginou que seria esse desconforto?
- 8- Frequência desse desconforto em sua vida?
- 9- Alguém de sua família apresenta algum problema cardíaco?

APÊNDICE B: Termo de consentimento livre e esclarecido –TCLE



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: Infarto agudo do miocárdio: o tempo de procura do paciente com supra desnivelamento de ST ao serviço de urgência e emergência.

Objetivo: Identificar qual o tempo de procura do paciente com supra desnivelamento de ST ao serviço de urgência e emergência

Período da coleta de dados: 20/08/2018 a 30/10/2018.

Tempo estimado para cada coleta: 15 a 20 minutos.

Local da coleta: Hospital de Alta Complexidade do Sul de Santa Catarina.

Pesquisador/Orientador: Mariana Freitas Comin

Telefone: 4899810-4446

Pesquisador/Acadêmico: Arthur Krüger da Silva

Telefone: 48 99105-2502

9º fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado (a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo (a) pesquisador (a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido (a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Inicialmente será solicitada carta de aceite para a realização da pesquisa na instituição e posteriormente o projeto de TCC será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC e do hospital coparticipante. O presente projeto apenas será desenvolvido após a aprovação do comitê de ética e pesquisa da Universidade e do hospital coparticipante.

1º Momento: Procedimentos Iniciais – Solicitação da carta de aceite da instituição a ser desenvolvida a pesquisa, após o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC; sendo que após a aprovação será solicitado autorização para a realização da pesquisa ao local pesquisado.

2º Momento: Conhecimento do campo de pesquisa, apresentar o projeto aos enfermeiros da sala de emergência do Hospital São José

3º Momento: Realizar a seleção intencional dos pacientes respeitando os critérios de inclusão e exclusão. Identificá-los na Clínica de internação.

4º Momento: Realizar entrevista semiestruturada com os pacientes.

5º Momento: Realizar a análise e interpretação dos dados.

RISCOS

Existe um risco mínimo para a aplicação da entrevista, sendo que será resguardado os valores éticos recomendados pela Resolução 510/2016 da Pesquisa com seres

humanos; sendo garantido aos sujeitos participantes o anonimato e sigilo referente às entrevistas; com a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; além do direito de desistir em qualquer fase de aplicação.

Sugestão: Perda da confidencialidade dos dados e este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgado os dados pessoais do paciente.

Para relato de caso: Um relato de caso não tem riscos para o paciente pois pressupõe-se que o paciente já assinou o TCLE para que pudesse ser atendido no local e estes riscos já foram expressos no TCLE do tratamento.

BENEFÍCIOS

Como benefícios, identificaremos o tempo que o paciente leva para reconhecer seu problema e procurar o serviço de urgência e emergência, quais as principais etiologias associadas ao IAM, observar quais as principais doenças pré-existentesnesses pacientes e o meio de transporte que utilizaram para chegar ao hospital. Através da reflexõesobre os sinais e sintomas do IAM, poderemos conscientizar a população a procurar com maior agilidade os serviços de urgência e emergência.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 itens IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o (a) pesquisador (a) Mariana Freitas Comin pelo telefone (48) 99810-4446 e/ou pelo e-mail

mariana_enfermeira@yahoo.com.br com Arthur Krüger da Silva pelo telefone (48) 99105-2502 e/ou pelo e-mail arthur_aks@hotmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário (a) / Participante	Pesquisador (a) / Responsável
<p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____. _____. _____ - ____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p>	<p>Nome: Arthur Krüger da Silva</p> <p>CPF: 095.751.929-07</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p> <hr/> <p>Nome: Mariana Freitas Comin</p> <p>CPF: 043.044.559-82</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p> <hr/>

Criciúma (SC), ____ de _____ de 2018.