

# Avaliação da dor em pacientes submetidos à angioplastia coronária transluminal percutânea\*

## *Pain evaluation in patients submitted to percutaneous transluminal coronary angioplasty*

Kássia Natália de Souza<sup>1</sup>  
Marina Morato Stival<sup>2</sup>  
Luciano Ramos de Lima<sup>3</sup>

### Resumo

Objetivou-se com este estudo avaliar a dor de pacientes submetidos à Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea (ACTP), segundo a localização, intensidade e qualidade. Para estudo descritivo de abordagem quantitativa, participaram 30 pacientes nas 12 primeiras horas após ACTP. Para a coleta dos dados, foram utilizados a Escala Numérica (EN) e o *Memorial Pain Assessment Card* (MAPC). A intensidade de dor evidenciada pela EN foi leve em 100% dos pacientes (MÉD = 1,77, MAX = 3; MIN = 1). Quanto ao MAPC, 80% afirmaram sentir a mínima dor possível e 20% a pior possível. A localização da dor foi relatada na região inguinal (82%), seguida da lombar (13%) e da frontal (5%). Quanto à qualidade da experiência dolorosa, as palavras mais usadas para descrevê-la foram: “difusa”, em 24%; “pontaguda” e “queimação,” em 16% dos casos; e “dormência” em 10%. Concluiu-se que as duas escalas revelaram intensidade de dor leve descrita em forma difusa, pontaguda e queimação.

**Palavras-chave:** Angioplastia Transluminal Percutânea Coronária. Medição da dor. Avaliação em Enfermagem. Dor aguda.

### Abstract

The objective of this study was to evaluate the pain in patients submitted to percutaneous transluminal coronary angioplasty (ACTP), according to location, intensity and quality. This was a descriptive with a quantitative approach. The 30 subjects who were submitted to ACTP took part of the study in the first twelve hours after undergoing the ACTP. We used a Numerical Scale (NS) and the Memorial Pain Assessment Card (MAPC) for the gathering of data. The intensity of the pain evidenced by the NS was 100% with 1 light (MEAN=1.77, MAX=3; MIN=1). Regarding the MAPC, 80% of the subjects said they felt minimum possible pain, while 20% said they felt the worst pain possible. The location of the pain was reported in the inguinal region (82%), followed by lumbar (13%) and front (5%) region. Regarding the quality of the painful experience, the words “pointing and burning” (16%), “diffuse” (24%) and “numbness” (10%) were the most used to describe the kind of pain the subjects felt. It can be concluded that both scales pointed to light pain intensity, regarding the quality of the painful experience, diffuse, burning and pointing.

**Keywords:** Angioplasty Transluminal Percutaneous Coronary. Pain Measurement. Nursing Assessment. Acute pain.

\* Artigo recebido em 06/2011  
Aprovado em 12/2011

<sup>1</sup> Enfermeira, Especialista em Enfermagem do Trabalho. Egressa do Curso de Enfermagem da UniEvangélica Centro Universitário Anápolis-GO. E-mail: kassia\_natalia@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Professora da UNB-FCE. E-mail: marinamorato@unb.br

<sup>3</sup> Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Especialista em UTI-UFGM, Professor do Curso de Enfermagem da UniEvangélica Centro Universitário Anápolis-GO. E-mail: enframossll@gmail.com

## 1 Introdução

Um dos procedimentos usados para reduzir o índice de mortalidade de doenças cardíacas avançadas relacionadas ao comprometimento severo da perfusão do músculo cardíaco é a Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea (ACTP). Constitui-se em uma intervenção invasiva, mas que se mostra bastante eficaz no tratamento da Doença Aterosclerótica Coronariana (DAC). Foi introduzida por Andreas Grüntzig na década de 70 e desde então adquiriu papel destacado no manejo da cardiopatia isquêmica, tornando-se a intervenção coronária mais frequentemente utilizada de forma isolada ou em associação a outros dispositivos. Ela é comumente conhecida, mas também muito temida pelos pacientes, por produzir dor aguda recorrente durante e após o procedimento (HUDAK; GALLO, 2001; STEFANINI; KASINSKI; CARVALHO, 2005).

As indicações para ACTP incluem a DAC, atingindo um único vaso ou múltiplos vasos, além de pontes enxertadas, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e podem aliviar a isquemia miocárdica e a angina do peito. No entanto, essa intervenção, apesar de sua eficácia, apresenta potencialmente diferentes complicações, tais como a reestenose, as complicações vasculares como o sangramento no local de inserção, o sangramento retroperitoneal, o hematoma, o pseudoaneurisma, a fístula arteriovenosa, a trombose arterial ou embolização distal. Muitas vezes, os pacientes ficam ansiosos antes, durante e após a realização da intervenção devido às complicações supracitadas decorrentes do procedimento. Essas complicações podem ocorrer no momento em que o cateter balão é insuflado ou após essa fase, em decorrência da dor pela reestenose e nos períodos anginosos como complicações pós-exame. O sintoma mais declarado de uma possível complicação recidiva precoce é o da angina do peito depois da ACTP, o que exige uma rápida ação do enfermeiro, pois o paciente pode estar desenvolvendo uma reestenose e experimentando o desconforto agudo da dor (CARPENITO-MOYET, 2008; HUDAK; GALLO, 2001; NETTINA, 2007).

O paciente submetido à ACTP passa por um período de recuperação restrito em torno de 12 horas, quando necessita de adequada assistência de Enfermagem pós-intervenção terapêutica. O enfermeiro possui um papel importante na observação e avaliação da recuperação do paciente, o qual deve ser assistido interruptamen-

te, ficando em repouso absoluto devido à punção arterial. Esse monitoramento deve ser feito de forma rigorosa no que se refere à diminuição do débito cardíaco relacionado a arritmias e espasmos do vaso, sinais de trombose como parestesia e irregularidades entre pulsos do lado do membro puncionado, observação de sangramento no local da punção relacionado com cateter femoral e com efeitos de medicamentos anticoagulante ou trombolítica utilizados. Tais sintomas podem ser evidenciados pela presença de dor relacionada ao procedimento invasivo, desconforto, trombozes e isquemia do miocárdio (HUDAK; GALLO, 2001; NETTINA, 2007).

Dessa forma, o enfermeiro deve monitorar o *status* de saúde do paciente nesse período, observar mudanças e evoluções, prevenindo possíveis agravos no período de recuperação pós-exame. É fundamental que o enfermeiro compreenda as consequências fisiológicas (reestenose, sangramento no local de inserção e retroperitoneal, hematoma, pseudoaneurisma, fístula arteriovenosa e trombose arterial) de complicações do exame, para mensurar e controlar a dor com métodos adequados. O controle da dor é fator primordial na fase de recuperação e de tratamento do paciente que passa por esse procedimento. Assim, enfatiza-se que o conhecimento de profissionais da Enfermagem deve estar voltado para o controle dessa experiência dolorosa (MORTON et al., 2007).

A dor é uma experiência desagradável que as pessoas podem experimentar em várias circunstâncias e períodos da vida. A Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP), sediada nos Estados Unidos, considera a dor como uma “[...] experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (LINDBLOM et al., 1986).

A avaliação da dor, por ser sensitiva e de experiência individual, torna-se difícil a sua mensuração devido a esses aspectos subjetivos. Nesse sentido, existem vários instrumentos construídos para realizá-la, e estes são classificados em unidimensionais e multidimensionais. Os unidimensionais são escalas que avaliam quantitativamente a intensidade da dor, e os multidimensionais buscam, por meio das palavras, refletir a subjetividade do indivíduo para melhor descrever a sensação vivenciada (TEIXEIRA; VALVERDE FILHO, 2003).

O paciente, após ACTP, apresenta dor aguda e pode relatá-la verbalmente ou apresentar comportamen-

tos que a expressem, como gemência, choro, inquietação, olhar apagado, aparência abatida, alteração muscular e principalmente modificações na sudorese, na pressão arterial e no pulso. Ocorrem ainda dilatação das pupilas e frequência respiratória aumentada ou diminuída. Sendo essas alterações específicas da dor aguda, é indispensável a atenção ao paciente em relação à forma de ele expressar seus momentos dolorosos, seja por meios verbais ou não verbais. A dor aguda não tratada prejudica a capacidade de o paciente desenvolver atividades cotidianas e tornar-se ativo; com isso, a sua melhora pode ser retardada e a hospitalização, prolongada (CARPENITO-MOYET, 2008; TEIXEIRA; VALVERDE FILHO, 2003).

De acordo com Swartz (2006), a dor tem sido pouco priorizada, e é comum encontrar pessoas hospitalizadas com desconfortos por ela ocasionados. Segundo suas observações, um dos sintomas mais encontrados em adultos hospitalizados são as dores crônicas e agudas, sendo que 75 milhões de pessoas, por ano, sofrem de dores agudas resultantes de lesões traumáticas e procedimentos cirúrgicos.

A mensuração e a avaliação da dor formam o processo de resumir as informações obtidas pelas escalas unidimensionais ou multidimensionais para o diagnóstico e o prognóstico, possibilitando maior compreensão da experiência dolorosa e as consequências dela na vida do paciente, ajudando, assim, na escolha terapêutica (PI-MENTA, 1999; SILVA; RIBEIRO FILHO, 2006).

O controle da dor é uma necessidade humana básica para que se tenha uma qualidade de vida adequada. Quando não é controlada, a dor passa a ser um ponto focal de quem a sente, prejudicando sua alimentação, seu desempenho de atividades e desencadeando a ansiedade, principalmente quando se trata da dor aguda, já que a ansiedade é uma de suas respostas emocionais e comportamentais (LEAO; CHAVES, 2007).

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi o de avaliar a dor em pacientes submetidos à ACTP durante as 12 primeiras horas após o procedimento em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de Anápolis (GO).

## 2 Metodologia

Trata-se de um de estudo de abordagem quantitativa, descritiva com delineamento transversal, do qual

participaram 30 pacientes, de acordo com cálculo amostral. A amostra foi calculada de acordo com recomendações de cálculo amostral de Barbetta (2007). Para o cálculo de tamanho amostral foram estimadas 60 ACTP/ano, todas realizadas no ano de 2007. Considerando um nível de significância de 95%, determinou-se o total de 26 clientes para constituir a amostra, porém, ponderando as possíveis perdas, foram acrescentados 4 clientes, tendo submetidos à ACTP, no período de coleta de dados (6 meses). Esses pacientes tinham se submetido à ACTP em um hospital geral de Anápolis (GO), encontravam-se nas 12 primeiras horas após exame e estavam internados em UTI no período de junho e julho de 2008.

O procedimento de ACTP constitui-se na compressão das placas ateroscleróticas por um cateter balaço, o que resulta na reperfusão da artéria estenosada. Primeiro é inserido o cateter próximo da lesão arterial, a seguir é injetado o contraste para visualizar o fluxo sanguíneo sob fluoroscopia. A terapêutica intervencionista da ACTP pode ser associada ao uso de *stent*, que consiste em uma rede de aço inoxidável trançada que proporciona o suporte estrutural para um vaso em risco de fechamento agudo/reestenose (CARPENITO-MOYET, 2008; STEFANINI; KASINSKI; CARVALHO, 2005). Como instrumento para coleta de dados, foi elaborado um roteiro com caracterização dos sujeitos e utilização de duas escalas de avaliação de dor. A primeira mensurava a dor vivenciada durante a ACTP: a *Memorial Pain Assessment Card* (MAPC) ou Escala de avaliação de dor lembrada. A outra escala indicava a dor experimentada após o exame: Escala Numérica (EN). Esta mensurou a dor presente durante o momento da entrevista. Ambas as escalas já foram validadas para língua portuguesa (SILVA, 2006).

A dor mensurada referia-se àquela sentida no período da realização da ACTP por meio do uso da MAPC, que é caracterizada por identificar a indicação da dor mínima possível e da pior dor possível. A escala classifica a dor como “forte”, “martirizante”, “moderada”, “branda”, “fraca”, “severa” ou “sem dor”. O nível de alívio da dor é caracterizado como “nenhum alívio” e “completamente aliviado”, o que também faz parte da escala. O ânimo é também verificado por essa avaliação como “totalmente desanimado” ou “totalmente animado”.

Já para a avaliação após o exame, o instrumento unidimensional ordinal utilizado foi a EN, caracterizada por 11 pontos, de zero a 10, em que zero significa “sem

dor” e 10, a pior dor imaginável. Os escores iguais a um, dois, três, quatro, cinco, seis, sete, oito e nove representam intensidades intermediárias e crescentes de dor.

A EN com pontos- âncora de 0 a 10 tem sido indicada para a mensuração da intensidade da dor clínica e experimental, sendo considerada fidedigna e válida para a mensuração da dor aguda, crônica, oncológica e não oncológica. Pode ser utilizada de forma verbal ou escrita (PEREIRA; SOUSA, 1998; PIMENTA, 1999; PEDROSO; CELICH, 2006; SILVA; RIBEIRO FILHO, 2006). Neste estudo, foi utilizada de forma verbal quando o observador descreveu a escala e anotou o escore que o paciente apontou como sendo o que melhor representa a intensidade da dor percebida naquele momento.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Unievangélica - Centro Universitário de Anápolis, Protocolo nº 037/2008. A coleta foi iniciada após os pacientes serem informados quanto aos objetivos da pesquisa, riscos e benefícios de sua participação como voluntários e aceite positivo por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

### 3 Resultados e discussão

A amostra foi composta por 30 pacientes, predominantemente do sexo masculino (80%), com idade prevalente entre 61-67 (56,6%) e média de 57,3 anos (DP±12,5 anos). Entre os pacientes, o mais jovem tinha

**Tabela 1:** Dados sociodemográficos de pacientes em pós-operatório de ACTP (n= 30). Anápolis (GO), 2008.

VARIÁVEIS	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	24	80,0
Feminino	6	20,0
<b>Faixa etária</b>		
30 a 40	3	10,0
41 a 50	4	13,3
51 a 60	6	20,0
61 a 76	17	56,6
<b>Escolaridade</b>		
1º grau incompleto	17	56,6
1º grau completo	8	26,6
2º grau completo	4	13,3
Superior	1	3,3
<b>Estado Civil</b>		
• Casado	26	86,6
• Solteiro	3	10,0
• Outros	1	3,3

30 anos e o mais idoso 76 anos. A escolaridade de primeiro grau incompleto correspondeu a 56,6% dos casos e, em relação ao estado civil, 86,6% eram casados (Tabela 1).

As principais indicações para ACTP foram relacionadas aos diagnósticos de angina e infarto agudo do miocárdio (IAM). Dos entrevistados, 12 (40%) tinham indicações por IAM e 18 (60%), por angina. Do total, 22 (73,3%) eram hipertensos, 19 (63,3%) tinham o LDL aumentado, 3 (10%) eram diabéticos, 4 (13,3%) eram obesos e 16 (53,3%) haviam sido acometidos pelo IAM (Tabela 2).

Tais patologias também corroboram achadas de autores que afirmam que estas também são indicações para utilizar a ACTP como tratamento de doenças da artéria coronária (DAC) (CARPENITO-MOYET, 2008; MORTON et al., 2007). A angina instável indica a isquemia do miocárdio e tem sido responsável por milhares de internações. No ano de 2006, sua prevalência foi de 3,8%, com a incidência anual de, pelo menos, 150.000 novos casos (BRASIL, 2007). Dessa forma, torna-se importante o controle da DAC, pois é um sinal precursor de IAM e que, possivelmente, caso não controlada, terá como possível tratamento futuro a submissão à ACTP.

Em um estudo que avaliou os diagnósticos de enfermagem após a ACTP, a angina *pectoris* foi também identificada como fator de risco em 20 dos pacientes entrevistados após ACTP, estando presente em 85% deles, seguidos de diabetes (35%), obesidade (30%) e tabagismo (45%). Entre os pacientes, 80% apresentam hipertensão arterial sistêmica. Já as principais patologias que indicaram a realização para o procedimento de ACTP foram a angina instável (80%) e IAM (30%) (LIMA, STIVAL; LIMA, 2008).

Esses achados confirmam que os sintomas apresentados pelos pacientes com angina instável já se encontram em fase evolutiva e que, na maioria das vezes, essas pessoas não conseguem manter um padrão satisfatório de atividades na vida diária (AVDs). A não regulação entre demanda e oferta de oxigênio reflete no dia a dia dos pacientes e lhes traz desconforto.

O estilo de vida desses pacientes mostrou-se bastante variável: 14 pacientes (46,6%) relatavam ter uma alimentação bastante calórica e rica em gorduras saturadas, enquanto que 10 (33,3%) declararam-se tabagistas, fumando diariamente. Dois desses pacientes (6,6%) dis-

seram ser etilistas e 24 (80%) avaliam-se sedentários. A metade deles apresenta história familiar de DAC, como evidenciado na Tabela 2.

**Tabela 2:** Perfil patológico e fatores de risco para Doença da Artéria Coronária (DAC) de pacientes em pós-operatório de ACTP (n= 30). Anápolis (GO), 2008.

VARIÁVEIS CONSIDERADAS	N	%
<b>Patologias que indicaram o ACTP</b>		
Angina	18	60,0
IAM	12	40,0
<b>Fatores de risco modificáveis:</b>		
Patologias de base		
Hipertensão	22	73,3
LDL aumentado	19	63,3
Diabetes Mellitus	3	10,0
Obesidade	4	13,3
IAM	16	53,3
Estilo de vida		
Dieta rica em gordura (saturada e calórica)	14	46,6
Tabagismo	10	33,3
Consumo de álcool	2	6,6
Sedentarismo	24	80,0
<b>Fatores de risco não modificáveis:</b>		
Antecedentes familiares (DAC)		
Sim	15	50,0
Não	15	50,0
Raça		
Branca	13	43,3
Parda	12	40,0
Amarela	2	6,6
Negra	2	6,6

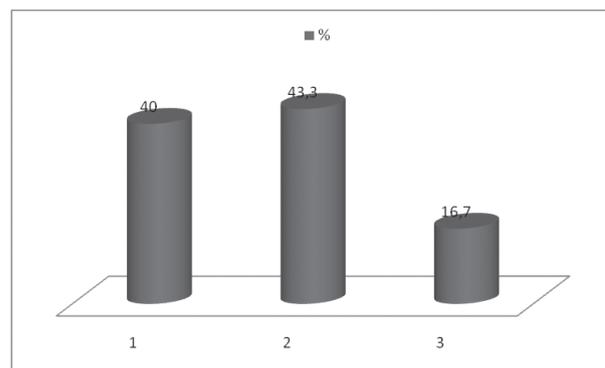
Nery, Barbisan e Mahmud (2007) realizaram um estudo com 55 pacientes e avaliaram a influência da frequência da prática da atividade física no pré-operatório e no prognóstico à cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM). Verificou-se que 59% dos pacientes eram sedentários e 31% deles praticavam atividades físicas. Destes, 45% apresentaram complicações como IAM, submissão de ACTP e nova CRM. Os pacientes que realizam atividades físicas ficaram menos tempo internados (12 dias) quando comparados com os sedentários (15 dias). A atividade física é uma forma de prevenir e tratar as várias doenças cardiovasculares; em contraposição, a inatividade física é fator de risco para doenças coronarianas. Quando associada a modificações de hábitos alimentares, comportamentais e a uso de medicamentos indicados, a

atividade física é uma ótima conduta terapêutica para pacientes portadores de cardiopatias.

Os fatores de riscos modificáveis e não modificáveis de pacientes com cardiopatias devem ser monitorizados com vistas a manter o controle delas, principalmente as avançadas. Tal evidência torna imprescindível aos pacientes compreenderem tais fatores, visando manter padrões saudáveis de alimentação, estilo de vida e controle das doenças já instaladas. Uma vez controlados tais fatores, observa-se a melhora da qualidade de vida dos pacientes e sua sobrevivência.

Oteve-se na mensuração da dor após a ACTP, utilizando-se da escala numérica (EN), os seguintes valores: 100% dos pacientes caracterizou a dor por leve, sendo que 12 (40%) pacientes descreveram a intensidade de sua dor como 1; 13 (43,3%), a intensidade da dor foi classificada como 2 e 5 (16,7 %) consideraram a intensidade igual a 3, como se pode ver na Figura 1.

**Figura 1:** Escores de avaliação da dor após a ACTP por meio de escala numérica - EN (n = 30). Anápolis (GO), 2008.



A dor também foi avaliada de acordo com o uso de descritores, que a classificavam como: “difusa”, por 23,3% dos participantes; “pontaguda” e “queimação”, indicada por 16,7%; “dormência”, por 10% dos pacientes. Entre os participantes, 33,3% relataram não sentir qualquer dor.

Essas descrições estão de acordo com as clínicas de crises anginosas e de IAM que são descritas como pontaguda, queimação e de dormência (MORTON et al., 2007). Os sujeitos do estudo que relataram não sentir dor foram percebidos como pertencentes a um grupo de pacientes que possuem um limiar mais alto em relação à sensibilidade da dor.

O diagrama corporal foi utilizado para facilitar aos pacientes a localização da dor. As principais localizações apontadas foram: região inguinal, que é o local puncionado para realização da ACTP, em 82% dos casos; a região lombar, em 13% dos casos; e a região frontal, em 5% dos casos.

No estudo de Lima, Stival e Lima (2008), que objetivou estabelecer Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) após a ACTP, dos 20 pacientes avaliados, identificou-se o diagnóstico de dor aguda por 40% dos entrevistados e a localização da dor mais frequentemente foi na região inguinal. Os participantes da pesquisa citaram a presença da dor presente nesse local durante e após a ACTP. Confrontando ainda a localização da dor, em outro estudo, após a realização do cateterismo cardíaco, todos os integrantes - 30 pacientes do estudo, relataram dor aguda também na região inguinal; destacando-se que este exame antecede ou é realizado conjuntamente à ACTP (LIMA; PEREIRA; CHIANCA, 2006).

O processo de localização e descrição da intensidade da dor está diretamente relacionado à localização do dano tecidual com secção ou lesões nervosas locais ou circundantes de forma traumática (SAKATA; ISSY, 2008). A dor é mais presente na região inguinal e isso ocorre devido à introdução e manutenção de um introdutor para manipulação do cateter durante o exame. Habitualmente, trata-se de um cateter de calibre grosso que proporciona dor no local da punção principalmente logo após o procedimento. A ocorrência de dor na região lombar se dá devido ao posicionamento durante o exame, uma vez que a maioria dos pacientes já se encontra na fase precursora à idosa, ocasião em que é frequente apresentarem distúrbios músculos-esqueléticos crônicos como lombalgias (PIRES; DUMAS, 2008).

A dor também foi avaliada durante o exame com utilização MAPC/Escala de avaliação de dor lembrada, e 23,3% dos pacientes relataram não ter sentido dor. A outra opção também muito apontada foi a referente à dor severa (opção 7 a 9), relatada por 23,3% dos pacientes (Tabela 3).

Esses valores identificados justificam-se pelo fato de a maioria dos pacientes já se encontrar, no momento da coleta, em situação após uso de trombolíticos; dessa forma, a ACTP foi adotada como terapia secundária, não

estando os pacientes em período agudo de IAM. Quando eles estão na fase aguda do IAM, ou seja, nas primeiras 24 horas, pode-se observar o aumento da dor experimentalmente durante o exame.

**Tabela 3:** Avaliação da dor sentida pelo paciente durante a ACTP (n = 30). Anápolis (GO), 2008.

ESCALA DE VARIÇÃO DA DOR	N	%
0 - Nenhuma dor	7	23,3
1 - Dor branda	3	10,0
2 - Dor moderada	4	13,3
3 - Dor moderada que requer medicação	4	13,3
4 a 6 - Dor severa	7	23,3
7 a 9 - Dor intensamente severa	3	10,0
10 - Dor extremamente severa	2	6,6
TOTAL	30	100,0

A avaliação da dor após o exame pelo uso da MAPC evidenciou que 20% sentiram a pior dor e 33,3% sentiram dor de forte a martirizante, ainda todos (100%) consideraram completamente aliviados da dor após analgesia e extremamente animados após a ACTP (Tabela 4).

Takiuti et. al (2007) evidenciaram em seu estudo a qualidade de vida após a revascularização cirúrgica do

**Tabela 4:** Avaliação global da dor (MAPC) em pacientes submetidos à ACTP (n = 30). Anápolis (GO), 2008.

VARIAÇÕES APRESENTADAS	N	%
Escala de dor		
Mínima dor possível	24	80,0
Pior dor possível	6	20,0
Escala de dor		
Sem dor	6	20,0
Fraca	9	30,0
Branda	1	3,3
Moderada	4	13,3
Forte	3	10,0
Severa	4	13,3
Martirizante	3	10,0
Escala de alívio da dor		
Nenhum alívio	-	-
Completamente aliviada	30	100,0
Escala de ânimo		
Totalmente desanimado	-	-
Extremamente animado	30	100,0

miocárdio, ACTP ou tratamento clínico. A melhora da dor após procedimento foi descrita por 48,5% dos pacientes, 25,5% apresentaram piora, e 26,0% mantiveram-se na mesma condição. Na avaliação do estado geral de saúde, 63,0% apresentaram melhora, 26% relataram piora, e 11% mantiveram-se na mesma condição. Todos os pacientes sentiam-se aliviados e totalmente animados após a ACTP, já que o sentimento de cura e de dias melhores era praticamente garantido para eles, uma vez que, após o tratamento de ACTP, a artéria coronária é reperfundida, tornando a dor menor ou até mesmo imperceptível após procedimento com melhora dos períodos anginosos de dor precordial.

Correia et al. (2000) enfatiza em seu trabalho que a ACTP com colocação de *stent* em pacientes com síndromes coronarianas instáveis e estáveis é um procedimento seguro e eficaz. Nesse sentido, infere-se que, após o procedimento, ocorre melhora do estado clínico e, por conseguinte, os estados anginosos são amenizados e evidenciados por não persistência de dor precordial.

Takiuti et al. (2007) relatam em sua pesquisa que, após o procedimento de ACTP, os pacientes vivem melhor e com mais qualidade de vida, há melhora nos componentes físicos, dentre outros, quando comparado ao tratamento clínico.

O sucesso angiográfico foi obtido em todos os pacientes. Não houve óbito, IAM, reestenose ou qualquer índice de complicações, necessidade de revascularização ou de uma nova ACTP durante a hospitalização.

Mendonça (2007) afirma que a dor está presente e relacionada a quase todos os tipos de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e que, além disso, existem aqueles que experienciam a dor como marcante ou contínua, por fazer parte do senso comum da população a certos procedimentos. Dessa forma, é necessário que pacientes submetidos à ACTP sejam bem orientados em fase pré-exame e, principalmente, em relação aos mitos da população. Devem ainda ser orientados quanto ao sinal importante da dor e sua característica como ocorrência de uma possível complicação pós-procedimentos.

#### 4 Conclusão

Os resultados obtidos neste estudo referem-se à avaliação da dor apresentada por 30 pacientes submetidos à ACTP dentro dos parâmetros de 12 horas, em uma

UTI. Apesar de os resultados obtidos na aplicação das duas escalas de avaliação da dor terem apontado intensidade leve, é fundamental que se proceda a uma observação sistemática deste sinal. Enfatiza-se ainda que, quando comparada, durante exame pela MPA, a dor demonstrouse mais elevada com o uso de descritores de moderada a martirizante pela maioria (46,6%).

A presença da dor pode predizer complicações do exame que poderão ter desfecho em obstrução da artéria coronária e IAM, e tais complicações devem ser tratadas de forma rápida e precisa, o que torna necessária não só a permanência do paciente na UTI, como também muita atenção ao relato de dor desses tipos de pacientes.

O relato de dor de tais pacientes, portanto, não deve ser subestimado. Assim, toda a equipe de saúde envolvida no cuidado prestado a eles deve investigar, sistematicamente, tanto a intensidade como a descrição da queixa de dor relatada por esses clientes.

#### Referências

- BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2007. Série Didática.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**: dados sobre doenças isquêmicas miocárdicas. 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 3 ago. 2008.
- CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnóstico de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- CORREIA, L. C. L. et al. Segurança e eficácia de angioplastia com implante de *stent* intracoronariano em pacientes com síndrome coronarianas instáveis. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Salvador, v. 74, n. 6, p. 503-507, jun. 2000.
- HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem**: uma abordagem holística. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LEÃO, E. L.; CHAVES, L. D. **Dor 5º sinal vital**: reflexões e intervenções de enfermagem. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2007.
- LIMA, L. R. de; PEREIRA, S. V. M.; CHIANCA, T. C. M. Diagnósticos de enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco - contribuição de OREM. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 285-290, jan./fev. 2006. doi:10.1590/S0034-71672006000300007
- LIMA, L. R.; STIVAL, M.; LIMA, L. R. de. Diagnósticos de enfermagem de pacientes submetidos à angioplastia

coronária transluminal percutânea à luz dos pressupostos de Horta. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Anápolis, v. 2, n. 3, p. 194-199, jan./fev., 2008. doi: 10.5205/01012007

LINDBLOM, U. et al. Pain terms: a current list with definitions and notes on usage. **Pain**, Seattle, v. 24, Suppl. 1, p. S215-S221, 1986. doi: 10.1016/0304-3959(86)90113-2

MENDONÇA, S. H. F. Dor nos serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica. In: LEAO, E. R.; CHAVES, L. D. (Org.). **Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. São Paulo: Martinari, 2007.

MORTON, P. G. et al. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NERY, R. M.; BARBISAN, J. N.; MAHMUD, M. I. Influência da prática da atividade física no resultado da cirurgia de revascularização miocárdica. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 22, n. 3, p. 297-302, jul./set. 2007. doi:10.1590/S0102-76382007000300005

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 270-276, maio/jun. 2006. doi: 10.1590/S0104-07072006000200011

PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p.77-84, jul. 1998. doi: 10.1590/S0104-11691998000300010

PIMENTA, C. A. de M. Fundamentos teóricos da dor e sua avaliação. In: CARVALHO, M. M. M. J. de. (Org.). **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999. p. 150-160.

PIRES, R. A. M.; DUMAS, F. L. V. Lombalgia: revisão de conceitos e métodos de tratamentos. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 159-168, jul./dez., 2008. doi: 10.5102/ucs.v6i2.718

SAKATA, R. K.; ISSY, A. M. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-RPM: dor**. Barueri: Manole, 2008.

SILVA, J. A. da; RIBEIRO FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e pratica**. Ribeirão Preto: Funpec, 2006.

STEFANINI, E.; KASINSKI, N.; CARVALHO, A. C. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. São Paulo: Manole, 2005.

SWARTZ, M. H. **Tratado de semiologia médica: história e exame**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TAKIUTI, M. E. et al. Qualidade de vida após cirurgia do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 5, p. 238-244, maio 2007. doi: 10.1590/S0066-782X2007000500007

TEIXEIRA, M. J.; VALVERDE FILHO, J. Dor aguda. In: TEIXEIRA, M. J. **Dor: contexto interdisciplinar**. Curitiba: Atheneu, 2003.