

Aline Costa Vieira

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA DOR TORÁCICA EM
UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: APLICAÇÃO
E AVALIAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde – Área de Concentração: Cuidados Intensivos – Linha de Pesquisa: Tecnologia e Inovação do Cuidado.

Orientador: Dra Kátia Cilene Godinho Bertoncello.

Co-orientador: Dra Juliana Balbinot Reis Girondi

Florianópolis-Sc
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Vieira, Aline Costa

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA DOR TORÁCICA EM UM SERVIÇO
DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO / Aline
Costa Vieira ; orientadora, Dra Kátia Cilene Godinho
Bertoncello. Dra Kátia Cilene
Godinho . Bertoncello ; coorientador, Dra Juliana
Balbinot Reis Girondi. - Florianópolis, SC, 2014.
151 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Dor Torácica.. 3. Síndrome Coronariana
Aguda. 4. Enfermagem em Emergência. . 5. Classificação de
Risco. Protocolos.. I. Bertoncello, Dra Kátia Cilene
Godinho Bertoncello. Dra Kátia
Cilene Godinho . . II. Girondi, Dra Juliana Balbinot
Reis. III. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA DOR TORÁCICA EM UM
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: APLICAÇÃO E
AVALIAÇÃO**

Aline Costa Vieira

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Cuidados Intensivos**

Profa. Dra. Katia Cilene Godinho Bertoncello

Coordenadora do Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Katia Cilene Godinho Bertoncello (Presidente)

Prof. Dr. Eliane Regina Pereira do Nascimento (Membro)

Profa. Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt (Membro)

Prof. Dr. Maria Terezinha Zeferino (Membro)

Dedico esta vitória a minha amada
mãe que sempre soube onde eu
estaria e que sempre viverá no
meu coração.

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar presente em todos os momentos da minha vida, por me carregar em seus braços nos momentos mais difíceis... “achei que fossem os meus passos senhor, mas eram os seus”.

A Nossa Senhora Desatadora dos nós de quem sou devota, por me conceder forças, me ajudar nos momentos tão difíceis que passei.

Ao meu amor, Anésio, que me incentivou a acreditar neste sonho. Apesar de que a distância entre nós tenha aumentado além dos 1.100 km, ainda repouso em seus braços nos meus breves sonhos.

Aos meus irmãos e sobrinhas, pelo amor que nos une mesmo com a distância, por sempre terem acreditado em mim, muitas vezes mais do que eu mesma.

Ao meu pai, pela ajuda, incentivo e por estar ao meu lado por tantas caminhadas.

Às melhores amigas que alguém pode ter:

Juliana, obrigada amiga por estar ao meu lado em tantos momentos de felicidades e claro, de tempestades...que irão embora em breve.

Maria Aline, você sabe o quanto é importante para mim, obrigada por ser meu consolo, por sua alegria e nossas risadas.

Danúbia, por sua amizade, por ser tão companheira...pelas longas conversas ao telefone e por sua percepção de tudo... “todo mundo quer amor, amor que é bom ninguém quer dar”.

Thaise, sem você tudo seria tão mais difícil! Obrigada amiga, minha companheira de sonhos, conversas e de coragem.

Ao meu melhor amigo do mundo e “defensor da humanidade” Felipe, por ser meu “assessor” sempre com um sorriso no rosto e ter me acompanhado nas gravações das entrevistas, até mesmo em um sábado de sol.

Aos amigos do CVS – São José, por tornarem minhas tardes tão agradáveis, pela amizade e conselhos. Em especial à “mana” Aline, que já está em meu coração.

Aos meus amigos e colegas de mestrado, por trilharem ao meu lado por este caminho, pela parceria e amizade. Em especial às eternas “R1” Thaise Honorato e Luciana Hagemann, pela força e afeto.

À minha orientadora, Kátia, por seu amparo sempre carinhoso, por toda a sabedoria a mim transmitida, pela disponibilidade e paciência.

À minha co-orientadora Juliana, muito obrigada por toda gentileza, compreensão, pelas palavras sábias... por toda ajuda sempre prontamente.

Aos membros da banca, por aceitarem tão prontamente o meu convite e me transmitirem conhecimento, sabedoria.

Enfim a todos aqueles que estiveram direta ou indiretamente ao meu lado, pelo incentivo, confiança, amor e amizade... sem vocês eu não conseguiria estar aqui.

VIEIRA, A.C. Protocolo de Enfermagem para Dor Torácica em um Serviço de Emergência Hospitalar: Aplicação e Avaliação. 2014. 151p. Dissertação. (Mestrado). Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

Orientadora: Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello.

RESUMO

A avaliação da dor torácica é uma atribuição complexa e frequente dos enfermeiros nos serviços de emergência hospitalar. No Brasil as doenças cardiovasculares a reflexo da incidência mundial constituem a principal causa de morte. A dor torácica é considerada sintoma principal para a Síndrome Coronariana Aguda, portanto uma preocupação dos profissionais de saúde e pacientes. Apesar da dimensão das queixas de dor torácica nos serviços de emergência existe deficiência da padronização das condutas para a Enfermagem e para os estudos para construção de protocolos assistenciais. Portanto, este estudo propôs a aplicação de um protocolo para avaliação da dor torácica no Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco (SACR) do Serviço de Emergência de um Hospital Universitário do Sul do país, que não conta com protocolos específicos de Enfermagem. Optou-se por um protocolo desenvolvido e utilizado em um serviço de excelência do país, o Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo/SP. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo transversal, prospectiva e descritiva. O desenvolvimento deste estudo foi norteado por duas vertentes essenciais, o reconhecimento do perfil do paciente com dor torácica atendido no serviço e a identificação da avaliação do protocolo sugerido pelos enfermeiros do SACR. Os dados encontrados demonstraram uma demanda de pacientes com dor torácica expressivamente feminina (65,7%), caracterizando a baixa procura masculina pelos serviços de saúde. A maioria dos casos pouco-urgentes (66%) contra (4,5%) emergentes; Sobressai a classificação dos enfermeiros estipulando emergente

em 50,7% das classificações e pouco-urgente em 22,4% o que reflete uma valorização da dor torácica por parte dos profissionais ao utilizar o protocolo. Verificou-se a expressiva incidência dos fatores de risco para o IAM associados à dor torácica, 47,8% dos pacientes são hipertensos e 26,9% deles possuem história familiar de Doença Arterial Coronariana. Quanto à avaliação do protocolo realizada pelos enfermeiros, os dados obtidos dão conta de que há um consenso entre os enfermeiros de que o protocolo sugerido prioriza o atendimento à Síndrome Coronariana Aguda, identifica melhor o tipo de dor, conferindo respaldo para a sua prática e sendo considerado útil e aplicável ao serviço. O estudo possibilitou reconhecer que o protocolo sugerido está em consonância com a realidade da atuação dos enfermeiros na classificação de risco, que utilizam atualmente um instrumento generalista, não direcionado à Enfermagem. Desse modo, será apresentado à Diretoria de Enfermagem do HU para possível institucionalização.

Descritores: Dor Torácica. Síndrome Coronariana Aguda. Enfermagem em Emergência. Classificação de Risco. Protocolos.

VIEIRA, AC Implementation and Evaluation of a Nursing Protocol for Chest Pain in a Hospital Emergency Service. 2014. 151p. Dissertation. (Master). Multidisciplinary Master's Programme in Health Federal University of Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

Advisor: Dr. Katia Cyllene Godinho Bertoncello.

ABSTRACT

The evaluation of chest pain is a complex and frequent assignment of nurses in hospital emergency departments. In Brazil cardiovascular diseases worldwide incidence reflection of the leading causes of death. Chest pain is regarded as a primary symptom for Acute Coronary Syndrome therefore a concern of health professionals and patients. Despite the scale of the complaints of chest pain in emergency departments deficiency of the standardization of approaches for Nursing and studies for construction of care protocols. Therefore, this study proposed the implementation of a protocol for evaluation of chest pain in Home Service with Risk Rating (SACR) of the Emergency Department of a University Hospital in the South , which has no specific protocols of Nursing . We opted for a protocol developed and used in service excellence in the country, the Albert Einstein Jewish Hospital in São Paulo / SP. This is a qualitative research, cross-sectional, prospective and descriptive. The development of this study was guided by two main components, the recognition profile of the patient with chest pain attended the service and the identification of the evaluation of the protocol suggested by the nurses SACR. The data obtained showed a demand for female patients with chest pain significantly (65.7 %), featuring low male demand for health services. Most bit - urgent cases (66 %) versus (4.5 %) emerging; stands out the classification of nurses stating emerging in 50.7 % of ratings and little - urgent in 22.4 % which reflects an appreciation of pain chest by professionals when using the protocol. There was a significant incidence of risk factors for AMI associated with chest pain, 47.8 % of patients were hypertensive and 26.9 % of them have a family history of coronary artery disease. Regarding the evaluation of the protocol

performed by nurses, data obtained realize that there is a consensus among nurses suggested that the protocol prioritizes compliance with Acute Coronary Syndrome, identifies the best kind of pain, giving support to your practice and being considered useful and applicable to the service. This study enabled us to recognize that the suggested protocol is in line with the reality of action by nurses in risk rating, which currently use a general tool, not directed to Nursing. Thus, it will be presented to the Board of Nursing HU for possible institutionalization.

Keywords: Chest Pain. Acute Coronary Syndrome. Emergency Nursing; Risk Rating. Protocols .

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DAC	Doença Arterial Coronariana
HIAE	Hospital Israelita Albert Einstein
HU	Hospital Universitário
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SEA	Serviço de Emergência Adulto
SACR	Serviço de Acolhimento com Classificação de
Risco	
SEI	Serviço de Emergência Interna
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sistema operacional Sestatnet para cálculo da amostra.	54
Figura 2 - Distribuição percentual da Classificação de Risco dos pacientes que procuraram o SEA do HU/UFSC de acordo com o protocolo proposto (Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem do HIAE). Florianópolis-SC, 2014.	76
Figura 3 - Distribuição percentual dos diagnósticos médicos encontrados na Classificação dos pacientes com dor torácica. Florianópolis-SC, 2014.....	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Nº de pacientes atendidos anualmente no SEA do HU	51
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes com queixa de dor torácica que procuraram o Serviço de Emergência do HU/UFSC – Florianópolis – SC, 2013-2014.....	69
Tabela 2 - Distribuição da avaliação da Utilização do Protocolo: Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem do HIAE, Florianópolis–SC, 2014.....	94
Tabela 3 - Distribuição da avaliação das vantagens e/ou desvantagens em utilizar o protocolo: Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem do HIAE, Florianópolis–SC,2014.	98
Tabela 4 - Distribuição da avaliação da estrutura, formato e fluxos de encaminhamentos contidos no Protocolo: Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem do HIAE, Florianópolis–SC, 2014.....	99
Tabela 5 - Distribuição da avaliação da diferença em utilizar o Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem e do Protocolo Institucional Adaptado de Manchester	102
Tabela 6 - Distribuição da avaliação da aplicabilidade do protocolo ao serviço: Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem ao acolhimento da emergência, Florianópolis–SC, 2014.....	103

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	OBJETIVOS	27
2.1	Objetivo Geral	27
2.2	Objetivos Específicos	27
3	REVISÃO DE LITERATURA	29
3.1	MANUSCRITO 1: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: uma revisão integrativa da literatura	31
4	METODOLOGIA	49
4.1	TIPO DE PESQUISA	49
4.2	LOCAL DA PESQUISA	49
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA	52
4.4	COLETA DE DADOS	54
4.5	ETAPAS DA PESQUISA	55
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	57
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
5.1	MANUSCRITO 2 - O PERFIL DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL	61
5.2	A AVALIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR SOBRE A UTILIZAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA A DOR TORÁCICA VALIDADO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA	89
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
	REFERÊNCIAS	113
	APENDICES	123
	APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO 01)	125
	APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO 02)	127

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO.....	131
APÊNDICE D – ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS.....	133
ANEXOS	145
ANEXO A - INSTRUMENTO ADAPTADO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER	147
ANEXO B - FLUXOGRAMA DE TRIAGEM CARDIOLÓGICA DE ENFERMAGEM	151

1 INTRODUÇÃO

A avaliação da dor segue como um desafio aos profissionais de saúde nos serviços de emergência hospitalar devido à subjetividade e dificuldades em sua mensuração. De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor, a dor é definida como “experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal dano. Sempre é subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo por meio de suas experiências” (MERSKEY *et al.*, 1979, p.249). Apesar de sua subjetividade, avaliar a dor configura-se em uma tarefa essencial ao trabalho da Enfermagem à medida que é um sintoma importante para a investigação do quadro clínico do paciente. Para que não haja subtratamento da dor é necessário ao enfermeiro dispensar especial atenção uma vez que o ato de medir o fenômeno álgico requer observação, escuta atenta e, sobretudo, acreditar na queixa dolorosa que o paciente refere (MORAIS *et al.*, 2009).

Com o objetivo de conferir maior relevância à avaliação da dor, e conseqüentemente conscientização da importância desta atribuição por parte dos profissionais de saúde, a Sociedade Americana da Dor a cita pela primeira vez como 5º sinal em vital (AMERICAN PAIN SOCIETY, 1999). No entanto, a sensação dolorosa embora seja um indicativo de alterações e distúrbios físicos ou psicológicos, ainda não é considerada uma prioridade quando comparada a outros sinais vitais, visto que por sua relação com a subjetividade, há uma tendência em muitas vezes ser desacreditada ou desvalorizada por profissionais de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR, 2013).

A avaliação da dor juntamente com os sinais vitais e o registro sistemático e periódico de sua intensidade é fundamental para que se acompanhe a evolução dos pacientes e se realize os

ajustes necessários ao tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR, 2013).

Reafirmando a necessidade de considerar a dor como prioridade no tratamento, estudos revelam que a maioria dos pacientes que procuram os serviços de emergência refere algum tipo de dor. Neste sentido a sua avaliação correta durante o acolhimento é essencial para uma classificação na prioridade adequada. Referente à subjetividade da dor, os aspectos culturais, de expressão verbal, expressões corporais e alterações de comportamento devem ser considerados (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

Dentre os diversos tipos de dor, encontra-se a dor torácica, um sintoma que pode ser desencadeado por um amplo espectro de afecções. Na vigência deste tipo de dor faz-se relação imediata com a causa cardiológica por ser sinal específico clássico para a Síndrome Coronariana Aguda (SCA). Em contraponto autores elencaram na literatura que metade dos pacientes com dor torácica não tem causa cardíaca para seus sintomas, ocorrendo, portanto, muitas abordagens inadequadas para sua avaliação, principalmente em unidades de emergência (RIOS *et al.*, 2010).

Embora a causa cardíaca não seja a mais incidente na decorrência de dor torácica, há que ser considerada no atendimento do enfermeiro ao paciente com esta queixa, visando o tempo-ouro do atendimento em caso de isquemia miocárdica. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, nestes casos o tempo decorrente entre a chegada do paciente ao serviço de emergência até a realização do eletrocardiograma não deve exceder a 10 minutos (PIEGAS *et al.*, 2009). Nota-se, portanto, a importância de uma avaliação rápida e precisa na classificação de risco realizada pelo enfermeiro.

Embora exista elevada prevalência da dor torácica nos serviços de emergência, a padronização no atendimento a estes pacientes ainda é deficiente, o que pode resultar em atraso na instituição da medida terapêutica adequada em casos clínicos graves (FARIAS; MOREIRA, 2012). A abordagem do paciente com queixas de dor torácica nos serviços de emergência é uma

preocupação das disciplinas da área da saúde e permanece em discussão, segundo referem Rios *et al.* (2010).

Para os autores, a redução dos eventos coronarianos ocorre quando a SCA é tratada de acordo com evidências de eficácia comprovada e o uso de protocolos surge como um instrumento de otimização da qualidade de atendimento (FARIAS; MOREIRA, 2012).

Em um Hospital Universitário (HU) do sul do Brasil, onde foi desenvolvido este estudo, especificamente no Serviço de Emergência Adulto (SEA), não há protocolos para a maioria das injúrias que surgem no cotidiano de trabalho da equipe de Enfermagem. Esta fragilidade vem a justificar o interesse desta pesquisa em sugerir a aplicação e avaliação de um protocolo específico para a dor torácica para o embasamento da prática profissional dos enfermeiros. Trata-se de um protocolo desenvolvido e utilizado em um centro de referência do país, “O Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem”, do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) de São Paulo/SP. Este protocolo foi elaborado em 2010 e atualizado em 2012, por um médico cardiologista do HIAE, Luciano Forlenza, embora seja direcionado ao Serviço de Enfermagem. Ao conhecer este e demais estudos em desenvolvimento nos grandes centros com atendimento em unidades de Emergência, como os hospitais da região sudeste, centro-oeste e sul, onde a grande maioria já possui protocolos de avaliação da dor torácica é que a proposta deste projeto tomou fundamentos para seu desenvolvimento.

Durante minha prática profissional em dois anos enquanto enfermeira residente no SEA do HU, em observação empírica em serviço, princípio dos Programas de Residência Multiprofissionais, vivenciei a necessidade de um instrumento científico para assegurar as ações de Enfermagem para a Classificação de Risco durante o Acolhimento dos pacientes atendidos. O Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco (SACR) do HU foi implantado em agosto de 2011. Utilizando-se a título de fundamento nas classificações, um instrumento adaptado do Protocolo de Triagem de *Manchester* (MACKAWAY-JONES, 1997), desenvolvido pela própria instituição. No entanto,

este instrumento não se torna satisfatório para estratificar o risco das condições clínicas em geral, tampouco em casos de dor torácica, à medida que não há especificidade e detalhamento da sintomatologia e sinais clínicos de gravidade. Ainda não houve desde o início da implantação do SACR quaisquer avaliações da precisão e da acurácia das classificações, bem como, sustentação dos seus níveis de evidência.

Enquanto enfermeira residente vislumbrei a essencialidade do conhecimento e a correta avaliação da dor torácica, considerando também que a principal causa de morte no Brasil e no mundo, durante décadas e prevalecendo ainda na atualidade são as doenças do aparelho circulatório. E dentre estas, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é apontado como segundo lugar no ranking das afecções (BRASIL, 2008).

Embora não se trate de um serviço com especialidade em cardiologia, o SEA do HU atende a uma população considerável de pacientes que procuram a instituição referindo a dor torácica. Foi possível comprovar esta demanda, quando finalizei a primeira pesquisa sobre o perfil do paciente com dor torácica no Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência onde verifiquei que cerca de 880 pacientes anualmente procuram o HU relatando dor torácica como queixa principal e motivo de procura pelo serviço, acarretando em que esta seja considerada a quinta principal queixa atendida na unidade.

É necessário que a instituição e a equipe de médicos e enfermeiros estejam treinadas e equipadas com uma ferramenta que os auxilie no manejo dos pacientes acometidos com dor torácica, sistematizando o cuidado e tornando-o mais organizado. O enfermeiro que atua nesse setor deve ter conhecimento científico e tomar decisões rápidas e concretas, reconhecendo situações que oferecem riscos aos pacientes, ter familiaridade com a SCA. Dessa forma a utilização de protocolos é fundamental na otimização do atendimento, controle dos fatores de riscos cardiovasculares, para a melhoria da qualidade de vida e aumento da sobrevida dessas pessoas (FERREIRA; MADEIRA, 2011).

Partindo do protocolo de Enfermagem para avaliação de dor torácica utilizado no Hospital Israelita Albert Einstein, considerado um centro de referência, acredita-se que este estudo será congruente com as necessidades do SACR do HU, uma vez que os protocolos são gerados a partir da identificação de fragilidades do serviço.

Para desenvolver este estudo, partir-se-á da seguinte questão norteadora: **Qual o perfil do paciente com queixa de dor torácica do Serviço de Emergência Adulto do HU? E qual a avaliação dos enfermeiros do serviço ao utilizar um protocolo de Enfermagem específico para a dor torácica durante a Classificação de Risco dos pacientes com esta queixa?**

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a utilização do Protocolo “Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem” para a Prática de Enfermagem durante a Classificação de Risco no Serviço de Emergência Adulto de um Hospital Universitário do Sul do País.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e avaliar o perfil dos pacientes atendidos com dor torácica no SACR do Serviço de Emergência Adulto de um Hospital Universitário do Sul do País;

- Aplicar e avaliar a utilização do protocolo “Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem”, do HIAE, no SACR do Serviço de Emergência do HU;

- Analisar a viabilidade da utilização do Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem do HIAE para a Emergência Adulto do HU.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura deste estudo será apresentada em forma de manuscrito. Mediante apresentação deste trabalho em banca examinadora e devida aprovação o manuscrito será submetido às devidas correções e enviado posteriormente para publicação em periódico indexado.

3.1 MANUSCRITO 1: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.

Resumo: A dor torácica é uma das queixas mais frequentes referidas pelos pacientes no serviço de emergência hospitalar no Brasil. Esta sintomatologia pode ser indicativo de diversas alterações físicas e/ou psicológicas, desde uma crise de ansiedade até o infarto agudo do miocárdio. Assim, o enfermeiro que atua no serviço de emergência precisa ser capacitado a fim de conhecer as diversas etiologias que podem incorrer em dor torácica e apto a reconhecer um possível sinal de gravidade. Este estudo é uma revisão integrativa de literatura que objetivou reunir estudos sobre a assistência de Enfermagem ao paciente com dor torácica no serviço de emergência hospitalar, no período de 2002 a 2014. Pesquisou-se: em bases de dados eletrônicas, nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e nos acervos da Biblioteca do Ministério da Saúde (Brasil). Foram eleitos e submetidos à análise 30 estudos. As categorias que emergiram foram: Entendendo a Dor Torácica; Causas e Epidemiologia da Dor Torácica; Avaliação da Dor Torácica: o uso de Protocolos Assistenciais; Nos artigos analisados houve a citação predominante da avaliação da dor torácica enquanto desafio para o enfermeiro. Devido à multicausalidade de fatores que podem desencadear dúvidas na classificação da dor podem ocorrer. O uso de protocolos surge como uma ferramenta de tecnologia em saúde com o objetivo de embasar cientificamente as práticas do enfermeiro.

Palavra-chave: Dor Torácica. Síndrome Coronariana Aguda. Enfermagem em Emergência. Assistência de Enfermagem.

Abstract: This study aimed to investigate the scientific assistance from nurse about the patient complaining of chest pain in hospital emergency departments. Identify which aspects are graded Brazilian studies about nursing care to the patient with chest pain in hospital emergency services. This is a literature

review conducted by research in electronic databases of Latin American Caribbean Health Sciences (LILACS) and the Medical Literature Retrieval System Online (MEDLINE). This study included national publications in the period 2002-2012, as well as guidelines of the Brazilian Society of Cardiology and the Treaty of Medical-Surgical Nursing as complementary. Were selected and analyzed 16 studies, the categories listed from this analysis: causes of chest pain chest pain understanding, treatment and evaluation of chest pain. Articles were analyzed citation predominant evaluation of chest pain as a challenge for nurses. Due to the multi-causality of factors that can trigger doubts in pain score may occur. Given the above, the use of protocols becomes a tool of health technology in order to scientifically support the practices of nurses.

Keywords: Chest Pain; Acute Coronary Syndrome; Emergency Nursing.

Introdução

A dor torácica é uma queixa frequente nos serviços de emergência, com base nos atendimentos anuais por dor torácica nos EUA, estima-se que aconteçam aproximadamente quatro milhões de atendimentos por dor torácica ao ano no Brasil. Considerando a mesma relação entre estes países, nos EUA 5 a 15% dos pacientes que referem dor torácica confirmam diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio, calculando-se um quantitativo de 400 mil casos ao ano no Brasil (BASSAN, 2002).

Este sintoma pode ser multicausal, neste sentido pode ser indício de alterações/distúrbios físicos ou psicológicos, desde síndrome coronária aguda (SCA), uma simples contratura muscular ou até mesmo síndrome do pânico. Apesar da causa cardiovascular não ser a mais incidente na decorrência de dor torácica, é a mais temida devido à alta taxa mundial de mortalidade por doenças cardiovasculares (ARAÚJO; MARQUES, 2007).

No Brasil as doenças cardiovasculares a reflexo da incidência mundial constituem a principal causa de morte. Especificamente em caso de dor torácica, sintoma clássico de

doença cardiovascular, a padronização das medidas baseadas em evidências científicas previne desacertos na estratificação de risco e promovem qualidade do atendimento de Enfermagem reduzindo a ocorrência de danos irreversíveis ao miocárdio (BRASIL, 2005). As pesquisas em qualidade do cuidado à saúde visam reduzir a distância entre o ideal e o praticado nestes casos (ROCHA *et al.*,2010). A avaliação da dor torácica por parte dos profissionais de saúde em geral é uma tarefa complexa, apesar da elevada demanda de pacientes com dor torácica nos serviços de emergência hospitalar a padronização da conduta ainda é deficiente o que pode gerar atraso no atendimento (FARIAS; MOREIRA, 2012).

Desenvolvimento

Metodologia

A revisão integrativa da literatura é um método de estudo que possibilita reunir e representar as evidências científicas acerca de um tema investigado para a melhoria da prática clínica (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Permite averiguar na literatura estudos de diferentes abordagens sobre um determinado assunto, reunindo-os e sintetizando-os a fim de obter-se uma conclusão relevante para problemas idênticos (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). As fases metodológicas desta pesquisa foram: identificação do tema e da questão de pesquisa; busca na literatura; categorização dos estudos; análise dos estudos da revisão integrativa; interpretação dos resultados; síntese do conhecimento evidenciado nos artigos pesquisados. O levantamento da literatura foi realizado em um recorte temporal de 12 anos, no período de 2002 a fevereiro de 2014, com o propósito de obter estudos atualizados que abrangessem um número considerável de informações do tema abordado para o embasamento da dissertação de uma das autoras do artigo. A pesquisa em base de dados ocorreu de junho de 2013 a janeiro de 2014.

Para a investigação da produção científica realizou-se uma busca de artigos nas seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature na Retrieval System On Line (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Além das fontes de busca utilizaram-se também diretrizes elaboradas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, pesquisa virtual de documentos nos acervos da Biblioteca do Ministério da Saúde (Brasil). Para acesso a MEDLINE, utilizou-se o portal Pub-Med; para acesso à LILACS utilizou-se a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Optou-se pela seguinte estratégia de busca: organização de descritores para a busca eletrônica segundo a diferenciação entre as bases de dados; combinação de quatro termos de busca (Descritores em Ciências da Saúde – DeCS/MeSH: dor no peito, síndrome coronariana aguda, Enfermagem em emergência e assistência de Enfermagem); combinação de termos booleanos (*and, or, not, or not*).

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos da pesquisa foram: artigos de pesquisa qualitativas e quantitativas sobre o tema; estudos que apresentaram os descritores selecionados; artigos publicados em português; artigos publicados na íntegra em periódicos ou anais de eventos; revisão de literatura; relatos de experiência; reflexão teórica publicados em periódicos de bases de dados; artigos publicados e indexados nas bases de dados. Foram excluídos: publicações de trabalhos duplicados, editoriais, resumos em periódicos ou anais de eventos; materiais publicados em outros idiomas além de português, inglês e espanhol.

Os artigos foram selecionados de acordo com a pertinência na coleta de dados. Inicialmente foi realizada leitura dos resumos identificando a sua relevância para o objetivo do estudo. Os materiais considerados válidos para o estudo foram organizados por completo em uma planilha do programa Excel for Windows conforme suas principais informações: título, autores, ano de publicação, tipo de trabalho, objetivos, métodos, resultados e conclusões. Cada estudo foi alistado numericamente, além de lido de forma minuciosa. Os dados obtidos foram analisados de

modo a compor uma categorização por linhas de convergência, posteriormente sintetizados a fim de possibilitar o conhecimento da literatura sobre o tema abordado.

Entendendo a dor torácica

A dor aguda é responsável por mais de dois terços das procuras aos serviços de emergência (IASP, 2011). “Possui início súbito e está relacionada a distúrbios traumáticos, infecciosos ou inflamatórios. Tende a desaparecer após cura da lesão ou resposta a medicamentos” (INCA, 2001, p.17). McCaffery e Pasero, Dal Ponte *et al.*(2008) colocam que “a dor é uma queixa frequente que leva os pacientes à procura de um pronto socorro, porém muitas vezes este sintoma não é bem abordado pela equipe de saúde que atua nos serviços de emergência”.

Apesar da temática da dor não ser tão discutida quanto à sua relevância, o sintoma algico é um achado clínico importante para a investigação do distúrbio apresentado. Estudos revelam, por exemplo, que a Síndrome Coronariana Aguda, termo utilizado quando existe evidência de isquemia miocárdica ou infarto, é responsável por 12 a 15% dos casos de dor torácica nos serviços de Emergência nos EUA (MILLER; GRANDER, 2014)

Embora a sintomatologia dos pacientes com isquemia miocárdica possa ser muito variável, 75 a 85 % dos pacientes nesta condição apresentam dor torácica como sintoma predominante (PIEGAS *et al.*, 2009). Por esta razão em decorrência desta dor geralmente o paciente e sua família vivenciam uma série de sentimentos como angústia e medo da morte, pela relação social desta dor com a gravidade. Ao enfrentar um IAM cada paciente poderá reagir de uma forma distinta, em virtude do sexo, idade, crença, cultura, papel familiar, fatores psicológicos e até mesmo o ambiente (SANTOS; ARAÚJO, 2003).

Entender o significado da doença para o paciente é de grande relevância para o cuidado da Enfermagem, visto que a falta de conhecimentos sobre os possíveis sentimentos do

paciente proporcionam um cuidado empírico, que pode dificultar o estabelecimento de parâmetros e dimensões para a assistência qualificada. O IAM pode desencadear sofrimento além de físico, o emocional vinculado ao referido medo da morte e da invalidez. O estresse gerado por estes sentimentos pode aumentar a demanda de oxigênio e comprometer o quadro clínico instalado, confirmando a necessidade do conhecimento das possíveis sensações do paciente por parte do enfermeiro (SANTOS; ARAÚJO, 2003).

Sabe-se que os pacientes que procuram atendimento nos serviços de emergência com dor torácica podem ou não estar passando por processo patológico. A intensidade dos sintomas causa apreensão e questionamentos que levam a buscar o entendimento da situação. Os enfermeiros são profissionais responsáveis por atendimento nos aspectos técnicos da condição clínica, mas também deve atender as necessidades psicológicas e espirituais, aliviando os seus temores, que poderão por si agravar o quadro clínico (ARAÚJO; MARQUES, 2007).

As pessoas com dor torácica isquêmica são, em geral, responsáveis por uma família, como fonte de apoio psico-emocional e financeiro, tendo papel fundamental. Por esta razão a preocupação com os familiares é imediata, o que também pode ocasionar aumento do consumo de oxigênio e a dor pode estender a área infartada e acarretar maiores complicações. O conhecimento desta condição sobre os significados da dor para o paciente é de extrema importância para toda equipe de saúde que atua na sala de emergência. O conhecimento sobre os significados da dor para o paciente é condicionante para o cuidado de Enfermagem eficaz. Estratégias para a amenização destes sentimentos deverão fazer parte de estudos futuros, evitando assim, que estes sentimentos influenciem ainda mais o quadro clínico do paciente (ARAÚJO; MARQUES, 2007).

Outros autores corroboram com a necessidade do reconhecimento do temor do paciente em relação à possível gravidade do seu caso em decorrência da dor torácica. O temor da população em relação ao Infarto Agudo do Miocárdio é relacionado ao seu conhecimento como doença grave, de

evolução lenta e imprevisível, podendo manter-se estável por tempo prolongado ou até mesmo evoluir de forma súbita, estando associada à ameaça de morte. Informações estas veiculadas nos meios de comunicação de massa, informando acerca dos agravos. Alguns conceitos por vezes repassados erroneamente, não esclarecedores de forma clara e concreta a ocorrência do infarto, gerando alarde, medo, apreensão e conflitos de informações (SANTOS; ARAÚJO, 2003).

Causas e Epidemiologia da dor torácica

A dor torácica pode surgir como resultado de diversas afecções distintas, entre causa cardíaca, com Infarto Agudo do Miocárdio, Angina Instável ou Pericardite; vascular com Dissecção Aórtica, Embolismo Pulmonar; pulmonar com Pneumonia, Pneumotórax espontâneo; gastrointestinal com Refluxo Esofágico, Úlcera Péptica, Pancreatite; musculoesquelético com Costocondrite, simples Contratura Muscular; psicológico com Síndrome do Pânico ou Ansiedade (ORTIZ *et al.*, 2010). Miller and Granger (2014) também discorrem sobre o assunto ao afirmar que as etiologias potenciais de desencadear uma dor torácica além das doenças do coração, são dissecção de aorta, pulmões, esôfago, estômago, mediastino, pleura e vísceras abdominais. Por essa razão, apenas da causa cardiológica ser a mais temida em vigência da dor torácica, não descarta a importância do enfermeiro considerar outras causas. Nasi *et al.* (2005) salienta que durante esta avaliação o enfermeiro deve considerar outras causas potencialmente fatais, como dissecção de aorta, pericardite, embolia pulmonar (NASI *et al.*, 2005).

A principal suspeita diagnóstica nos casos de dor torácica é a causa cardiovascular, principalmente pelo seu grau elevado de morbidade, e teoricamente pelo início abrupto com baixa relação entre o início dos sintomas e óbito, quando não estabelecido atendimento eficaz em tempo hábil. A maioria dos casos de morte por IAM ocorrem nas primeiras horas do início dos sintomas, sendo 40 a 65% na primeira hora e

aproximadamente 80% nas primeiras 24 horas (PIEGAS *et al.*, 2009). As doenças que acometem o aparelho circulatório são apontadas como as principais causas de mortalidade dos brasileiros, desde a década de 80, prevalecendo na atualidade. Dentre elas, o acidente vascular cerebral (AVC) é a principal causa de morte no Brasil, seguida pelo infarto agudo do miocárdio (IAM), no qual a dor torácica é referida como sintoma específico clássico. A taxa de incidência das doenças circulatórias é mais prevalente na região sudeste (33% dos casos), seguida pela região sul (32,9% dos casos). Particularmente na região sul, as causas de morte por doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar das taxas de mortalidade, sucedidas pelas neoplasias e as causas externas (BRASIL, 2008).

As doenças coronarianas, especificamente Angina Pectoris, o Infarto Agudo do Miocárdio, as arritmias cardíacas e os distúrbios de condução elétrica, têm obtido maior preocupação por parte dos profissionais de saúde em decorrência do crescimento numérico dos distúrbios cardíacos isquêmicos (SOUSA *et al.*, 2008).

Estudos apontam que diversas causas incomuns podem ocorrer. Os sofrimentos psíquicos podem mimetizar as afecções cardiovasculares acarretando sintomas somáticos (ALBUQUERQUE *et al.*; 2010). A dor psicogênica não tem etiologia orgânica, portanto geralmente manifesta-se de forma imprecisa e difusa sem sinais e sintomas associados de gravidade clínica. Também se pode detectar nestes casos, sinais de ansiedade e uso abusivo de medicações (PIEGAS *et al.*, 2009).

Outra provável causa de dor torácica nos serviços de emergência hospitalar nem sempre considerado é o prolapso da válvula mitral. Nesta condição a dor é de localização variável, inicia em repouso e é referida como em “pontada” e sem irradiações. O diagnóstico é clínico por meio de ausculta quando é encontrado um clique meso ou telessistólico, seguido de um sopro regurgitante mitral e/ou tricúspide (PIEGAS *et al.*, 2009).

Quanto à incidência da dor torácica, no Brasil ainda não há dados precisos de atendimentos por dor torácica, no entanto,

considera-se calculando a proporção populacional com os EUA que 4 milhões de pessoas com dor torácica sejam atendidas ao ano nos serviços de Emergência brasileiros, destes 400 mil tem IAM confirmado. Nos EUA dos 4 milhões com dor torácica, 1,2 milhões apresentam IAM. (BASSAN *et al.*, 2002).

A dor torácica é um problema que ocorre diariamente na prática do enfermeiro dos serviços de emergência hospitalares. Dos 3 a 6 milhões de atendimentos anual nos EUA de 5-10 % são por dor torácica. Destes 20 a 35% têm uma SCA, 10-15% apresentam diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio e ainda, 2 a 5% destes pacientes são liberados erroneamente sem diagnóstico. Este grupo apresenta elevada taxa de óbito: 25% (ORTIZ *et al.*, 2010).

De acordo com dados do DATASUS, as mortes por doenças do Aparelho circulatório, como a Síndrome Coronariana Aguda, seguem uma tendência crescente no Brasil. Ao analisarmos o período de 2005 a 2011. No primeiro ano os números eram de 283.927, já no segundo este índice de mortalidade chega a 335.213 (BRASIL, 2011).

Em contraponto, dados do DATASUS estimam que no ano de 2010 ocorreram 99.955 mortes por Doença Isquêmica do Coração, destas 79,668 são IAM (BRASIL, 2012). Há considerável discordância dos dados em relação à Sociedade Brasileira de Cardiologia que considera existir sub-notificação dos casos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) pelo Ministério da Saúde (BASSAN *et al.*, 2002).

Em relação ao Estado de Santa Catarina, o DATASUS revela 2.340 mortes por IAM somente no ano de 2010, sendo assim, considerado o 8º estado brasileiro em número de mortes por infarto. Esses dados reafirmam o quanto significativa é a ocorrência desta afecção cardíaca também para o estado (BRASIL, 2013). No ano de 2011, os dados avançam para 2592 mortes por IAM em Santa Catarina e 82.771 no Brasil (BRASIL, 2014).

Dentre os fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio o enfermeiro deve avaliar a ocorrência de tabagismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia,

doença vascular periférica, idade masculina acima de 45 anos, idade feminina acima de 55 anos, histórico familiar de doença cardiovascular coronariana (ORTIZ *et al.*, 2010).

Avaliação da dor torácica: o uso de protocolos assistenciais

A Classificação de risco da dor torácica é uma prática assistencial freqüente dos enfermeiros que atuam em emergência. Para a qualidade desta assistência torna-se imperativo “suporte educacional, conhecimento e instrumentos tecnológicos que contribuam para a compreensão da dor” (WATERKEMPER; REIBNITZ; MONTICELLI; 2010, p. 335).

Lidar com a dor torácica é uma tarefa complexa a nível nacional e internacional, pois este sintoma é conceituado pela literatura como um problema social e econômico mundial devido a sua alta taxa de ocorrência. O manejo da dor torácica pelo enfermeiro deve ser guiado por um instrumento válido que conduza a terapêutica adequada. Para o sucesso desta atribuição o enfermeiro precisa estar comprometido, seguro na sua tomada de decisão (OLIVEIRA; SILVA; LEITÃO, 2010). No entanto, ainda existe grande dificuldade por parte dos enfermeiros na construção e estudos acerca de protocolos assistenciais, principalmente quando se trata de situações agudas, como a síndrome coronariana aguda (FERNANDES *et al.*, 2009)

O Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), fundado em 1971, é um serviço de saúde de excelência reconhecido internacionalmente e um dos mais bem conceituados da América Latina. Destaca-se pelo atendimento em alta complexidade. O complexo hospitalar do HIAE está distribuído em 8 unidades de atendimento distribuídas pela cidade de São Paulo/SP, Morumbi, Jardins, Alphaville, Morato, Paulista, Perdizes, Ibirapuera, Vila Mariana, Paraisópolis e Cidade Jardim. É referência no atendimento em Cardiologia, Cirurgia, Neurologia, Oncologia, Hematologia, Ortopedia e Reumatologia.

As diretrizes do HIAE são pautadas em: “atendimento humanizado e melhores profissionais clínicos e de assistência com atualização contínua”. Em particular o setor de Cardiologia

do HIAE alinha atendimento humanizado, incorporação tecnológica e planejamento estratégico, o que possibilita a implementação de protocolos gerenciados: protocolo Gerenciado de IAM, protocolo gerenciado de ICC e o protocolo de dor torácica (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2014). O HIAE coloca que utilizar este protocolo para a dor torácica no pronto-socorro oferece uma assistência baseada em evidências, que sendo essencial como suporte à tomada de decisão auxilia na identificação de 25% de portadores de SCA que seriam liberados sem tratamento correto. Utilizar um protocolo de Enfermagem para avaliação da dor torácica não confere somente agilidade na correta classificação de risco da dor, mas também respaldo ao enfermeiro.

Os aspectos de exclusão de gravidade devem ser antepostos na triagem classificatória, para isso o profissional deverá munir-se de coleta de dados, exame físico com história clínica direcionada, obtendo as características dos sintomas com dados como: o momento do início, tempo de duração, qualidade, intensidade, relação com o esforço e o repouso e presença de doença coronariana estabelecida (PIEGAS *et al.*, 2009). A avaliação da dor torácica ou demais sintomas sugestivos de isquemia cardíaca é um dos grandes desafios do enfermeiro, sobretudo do enfermeiro que atue na Classificação de Risco, que detém a responsabilidade de determinar a gravidade do caso clínica e indicar a trajetória terapêutica de cada paciente. Apesar de alta demanda de pacientes que referem dor torácica nos serviços de emergência, a padronização das condutas de Enfermagem a estes pacientes ainda é deficiente, o que poderá gerar atrasos no atendimento (BEZERRA, 2011). Estudos apontam que a redução dos eventos coronarianos ocorre quando a síndrome coronariana aguda é tratada pelos profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro, de acordo com medidas de eficácia comprovada, para isso o uso de protocolos é um instrumento de tecnologia em saúde e otimização para a qualidade do atendimento (FARIAS; MOREIRA, 2012). É necessário ainda, para o sucesso do atendimento que a equipe de médicos e enfermeiros esteja treinada no manejo das

urgências e emergências cardiovasculares (BASSAN *et al.*, 2002). A principal contribuição do enfermeiro no tratamento dos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, que é a identificação precoce de um possível infarto e aceleração do atendimento, diminuindo o tempo de sofrimento do músculo cardíaco. Apesar dessa atribuição primordial do enfermeiro, existe a necessidade de aprofundar no tema, realizando pesquisas que visem a construção de protocolos de condutas de Enfermagem frente ao paciente com dor torácica. Percebe-se, portanto, a necessidade de novas pesquisas referente ao tema para que produza protocolos de atendimento e que seja padronizado para que facilite o a condução do trabalho da equipe de enfermagem.

A conduta do enfermeiro frente ao paciente infartado exige capacitação e competência técnica e a necessidade de um protocolo da assistência/condução de enfermagem para o embasamento científico e no intuito de sanar freqüentes dúvidas (BEZERRA, 2011).

Tratar a dor alivia também os sintomas de medo e angústia, reduzindo o consumo de oxigênio pelo músculo cardíaco, provocado pela ativação do sistema nervoso simpático. A analgesia deve ser feita preferencialmente com sulfato de morfina endovenosa. Os anti-inflamatórios não esteroides (AINES) não devem ser utilizados na vigência de IAM e, se o paciente que apresentar este diagnóstico fizer uso crônico de AINES, o medicamento deve ser suspenso (PIEGAS *et al.*, 2009).

O Objetivo do tratamento dos pacientes com dor torácica é reduzir o atraso para identificação de pacientes com síndrome coronariana aguda a partir da chegada do paciente em ambiente hospitalar, evitar liberação errônea de pacientes com síndrome coronariana aguda, reduzir os custos hospitalares da avaliação de pacientes com dor torácica (ORTIZ *et al.*, 2010). Para tanto o enfermeiro é peça fundamental. O principal objetivo do tratamento ao paciente com dor torácica sugestiva de isquemia cardíaca é instituir a terapêutica adequada no tempo-ouro para prevenir comprometimento/isquemia miocárdica de grandes proporções.

O enfermeiro que atua em emergência necessita ter conhecimento científico, técnico, tomar decisões rápidas, reconhecer situações que oferecem riscos aos pacientes, possuir familiaridade com Síndrome Coronariana Aguda; adequado manejo com medicações; viabilizar a execução de exames. Para a sequência correta e precisa destas etapas, a utilização de protocolos é fundamental na otimização do atendimento para um aumento da sobrevivência dos pacientes com isquemia cardíaca (FERREIA; MADEIRA, 2011). A padronização das condutas de Enfermagem utilizando-se protocolos específicos para a dor torácica com evidências científicas previne condutas incorretas no tratamento e liberação inapropriada dos pacientes.

Conclusão

Esta revisão possibilitou constatar a escassez de estudos referentes à avaliação da dor torácica pelo enfermeiro nos serviços de emergência.

Apesar da dimensão das queixas de dor torácica nos serviços de emergência existe deficiência da padronização das condutas para a Enfermagem. Além disso, diante das múltiplas alterações físicas e até mesmo psicológicas que podem desencadear a dor torácica, uma série de dúvidas pode ocorrer, portanto a necessidade de um atendimento sistematizado, com o uso de protocolos.

Na vigência da sensação dolorosa, o paciente percebe-se impotente e vários questionamentos surgem na tentativa de desvendar a causa desta dor. Especificamente na dor torácica, estes sentimentos passam a ser exacerbados devido à alta incidência mundial de mortalidade por causa cardiovascular.

As publicações encontradas reforçam que papel do enfermeiro no atendimento ao pacientes com dor torácica é essencial, e, sobretudo da assistência do enfermeiro fundamentada cientificamente. No entanto, nenhuma apresenta estudos aprofundados sobre o uso de protocolos de enfermagem. O que demonstra a necessidade de maiores

investimentos em pesquisa nesta temática a fim de aprofundar o conhecimento na área de Enfermagem.

Sugerem-se estudos acerca da construção de protocolos de enfermagem que abordem a assistência frente ao paciente com dor torácica, bem como, a classificação da dor torácica pelo enfermeiro nos serviços de emergência.

Referências

ALBUQUERQUE P.L.M.M; COSTA L.B; BASTOS B.B; SILVA JÚNIOR G.B. Dor precordial não usual. Relato de Caso. **Rev Bras Cardiol.** v.23, n.2, p.200-1, 2010

ARAÚJO R.D; MARQUES I.R. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. **Rev Bras Enferm.** v.60, n.6, 2007

BASSAN R; PIMENTA L; LEÃES P; TIMERMAN A. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de dor torácica na sala de emergência. Definição de graus de recomendação e níveis de evidência. **Arq Bras Cardiol,** v.76, n.2, p.1-22, 2002

BEZERRA A.A; BEZERRA A.A; BRASILEIRO M.E. A conduta de enfermagem frente ao paciente infartado. **Rev Eletrônica Enferm.** v.1, n.1, p.1-10, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Perfil da mortalidade do Brasileiro: Uma análise da situação de saúde. 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coletiva_saude_061008.pdf.> Acesso em: 15 out. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor.** Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. DATASUS. 2013. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>.> Acesso em: 15 out. 2013.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Histórico**. [2014] Disponível em: <<http://www.einstein.br/hospital/Paginas/sobre-o-hospital.aspx>.> Acesso em: 02 out. 2013.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **Princípios do Manejo da Dor nos Departamentos de Emergência para Pacientes com Condições Médicas Dolorosas Agudas**. 2011. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets3&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=13141> Acesso em: 05 mar 2014.

FARIAS, M.M; MOREIRA D.M. Impacto de protocolo de dor torácica sobre a adesão às diretrizes societárias: um ensaio clínico. **Rev Bras Cardiol**. v.25, n.5, p.368-76. 2012

FERNANDES, J. C.; SILVA, C. O. L.; SOUZA, S. E. M.; SILVA, P. R.; BRASILEIRO, M. E.; ARMENDARIS, M. K. Base de Dados para Elaboração de um Instrumento para Coleta de Dados de Enfermagem na Unidade de Dor Torácica – Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2009.

FERREIRA, A.M.C.; MADEIRA, M.Z.A. A Dor Torácica na Sala de Emergência: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.4, n.1, p.50-56, jan./fev./mar. 2011.

MILLER, M.D.; GRANGER, C.B. Evaluation of patients with chest pain at low or intermediate risk for acute coronary syndrome. Gordon M Saperia, MD, FACC, 2014.

NASI, L.A. *et al*. **Rotinas em Pronto Socorro**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

OLIVEIRA, R.M.; SILVA, L.M.S.; LEITÃO, I.M.T.A. Análise dos saberes e práticas de enfermeiras sobre avaliação da dor no contexto hospitalar. **Rev enferm UFPE** on line. v.4, n.3, p. 53-56. jul./set. 2010.

ORTIZ, M; BITTENCOURT, M. Protocolo de dor torácica. UTI cardiológica. Curitiba: Hospital das Clínicas. Universidade Federal do Paraná; 2010. Disponível em:
<<http://pt.scribd.com/gwcabral/d/49109978-Prot-Dor-Toracica>.>
Acesso em: 15 out. 2013.

RIOS, D.F.C; BRANDÃO, F.B; FARIA, M.N.Z; ALCANTARA, A.S; SANTOS, M.I.F.O. Tronboembolismo pulmonar como causa de dor torácica na sala de emergência. **Rev Méd Minas Gerais** v.20, p.465-8, 2010.

ROCHA, A.S.C; ARAÚJO, M.P; CARVALHO, A.F; RIBEIRO, A; MESQUITA, E.T. Evidência de melhora na qualidade do cuidado assistencial no infarto agudo do miocárdio. **Arq Bras Cardiol**. v.94, n.6, 2010

PIEGAS, L.S; FEITOSA, G; MATTOS, L.A; NICOLAU, J.C; ROSSI NETO, J.M, *et al*. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol**. v.93, n.6, p.179-264, 2009

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paul. Enferm**. São Paulo, v.22, n.4, 2009.

SANTOS, F.L.M.M; ARAÚJO, T.L. Vivendo o infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. **Rev. Latino Am Enferm**. v.11, n.6, p.742-8. 2003

SOUSA V.E.C; LOPES M.V.O; ROCHA D.H; PASCOAL L.M, MONTORIL, M.H; MELO R.P. Troca de gases prejudicada:

análise em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Rev Enferm.** Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.545-9. 2008

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K.S.; MONTICELLI, M.
Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.2, p. 334-9. mar./abr. 2010

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Optou-se para desenvolver este estudo, a pesquisa quantitativa do tipo transversal prospectiva e descritiva. De acordo com Gil (2007), as pesquisas quantitativas “têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Este é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas.

A pesquisa transversal é aquela realizada quando a coleta de dados ocorre em um determinado local e tempo (BORDALO, 2006). A pesquisa prospectiva é aquela conhecida como aquela realizada em grupo populacional previamente definido e seguido prospectivamente (BORDALO, 2006). Com relação à pesquisa descritiva, Gil (2007) a descreve como um estudo com a finalidade de descrever as características de um determinado grupo, como exemplo destas características a faixa etária, sexo, renda familiar, nível de escolaridade, dentre outros.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O contexto em que este estudo será desenvolvido é o Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco (SACR) do Serviço de Emergência Adulto (SEA) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O HU/UFSC foi fundado em inaugurado em 1980, é uma instituição totalmente pública com princípio de ensino, pesquisa e extensão. Atende a população moradora da região e visitantes da cidade sem qualquer distinção. É considerado hospital de médio porte e conta em sua estrutura com aproximadamente 270 leitos distribuídos entre: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Emergência, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia, Unidade de Terapia Intensiva, Serviço Ambulatorial (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2011).

Designadamente o SEA do HU/UFSC é um serviço indicado a atender pacientes em condições agudas de saúde, é dinâmico e requer tomada rápida de decisão. Conta com uma equipe de Enfermagem com totalidade de 73 profissionais, dentre estes, 17 enfermeiros efetivos, 6 enfermeiros residentes, 42 técnicos de enfermagem e 8 auxiliares de enfermagem.

O SEA do HU/UFSC está dividido em três subunidades de atendimento:

O Serviço de Emergência Interna (SEI): local de estabilização, onde os pacientes recebem o primeiro atendimento. É composto por sala de medicação, sala de reanimação, sala cirúrgica, sala de procedimentos, posto de enfermagem, farmácia satélite e quatro consultórios médicos. Possui espaço físico para acomodar até 12 pacientes em macas (divididos entre os pacientes que estão em “observação” e os “internados”, quando excedidas 24 horas de estadia no hospital, o paciente é internado);

O Repouso da Emergência: acolhe apenas os pacientes já internados que aguardam vagas nas unidades de internação das clínicas médicas ou cirúrgicas, possui capacidade para acomodar 12 pacientes em leitos e 1 quarto de isolamento;

Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco (SACR): local aonde efetivamente se desenvolveu esta pesquisa. O serviço foi estabelecido no SEA do HU em agosto de 2011 em cumprimento às normativas da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS com a finalidade de otimizar a assistência à saúde, priorizando o atendimento ao paciente grave – objetivo principal da emergência hospitalar – por meio de identificação dos sinais e sintomas apresentados e referenciados pelos pacientes com conseqüente determinação da gravidade da situação de saúde. Seu funcionamento é diário, das 07:00 às 23:00 horas. (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2012).

Por não ser referência em traumatologia, o Serviço de Emergência do HU/UFSC atende uma demanda significativamente menor de casos com indicação cirúrgica, como observamos no quadro 1, a seguir. Por esse motivo os casos atendidos no Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco

(SACR) são exclusivamente com indicação para Clínica Médica, com maior demanda no serviço.

Quadro 1 - Nº de pacientes atendidos anualmente no SEA do HU

Especialidade	Nº de Atendimentos
Centro de Informações Toxicológicas	145
Clínica Cirúrgica	10785
Clínica Médica	27266
Clínica Pediátrica	20213
Maternidade	11064
Oftalmologia	09
Ortopedia	1946
Setor não identificado	5125
Total	76587

Fonte: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (2011)

Optou-se por desenvolver esta pesquisa no SACR por tratar-se do local de primeiro contato entre um profissional de saúde, neste caso o enfermeiro, e o paciente. Esta é a etapa onde é apontado o fluxo terapêutico de cada paciente, portanto, poderá determinar o sucesso ou falhas relacionadas à morosidade no atendimento e tal definição é realizada enfermeiro.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.77):

O processo de triagem classificatória deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos preestabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento.

O processo de “triagem classificatória” visa estipular a prioridade do atendimento, sendo determinada pela maior ou menor gravidade do caso (BRASIL, 2006). O instrumento utilizado no serviço para esta tarefa, adaptado pela própria instituição do Sistema de Triagem de *Manchester* (MACKAWAY-JONES, 1997), designa a classificação de risco por meio de cores que preconizam o tempo para o atendimento, entre: vermelho (emergente), laranja (muito urgente), amarelo (urgente), verde (pouco urgente), azul (não-urgente) e branco (procedimentos). Este instrumento é composto por uma lista de 29 fluxogramas que destacam cada um, uma queixa principal. De acordo com a queixa relatada pelo paciente, o enfermeiro escolhe um fluxograma. Dentro de cada fluxograma existem algumas condições clínicas para cada cor, que quando apresentadas apontam a cor que deve ser designada na classificação. Como esta pesquisa trata de dor torácica, extraímos apenas esta queixa dentre os 29 fluxogramas. Portanto será abordado apenas o fluxograma 18 – dor torácica (ANEXO I).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA

A população deste estudo contemplou dois grupos distintos. Abaixo segue descrição destes, bem como os critérios de seleção.

Grupo 01 - sujeitos participantes deste grupo:

- Pacientes que procuraram atendimento no Serviço de Emergência, acima de 18 anos, durante o período de outubro de

2013 a janeiro de 2014, de segunda a sábado, das 07 às 23 horas;

- Pacientes que foram atendidos no Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco (SACR);
- Pacientes que referiram a dor torácica como queixa principal e motivo de procura à Emergência Hospitalar;
- Pacientes que aceitaram participar do estudo mediante assinatura do TCLE.

Grupo 02: participantes deste grupo:

- Profissional enfermeiro efetivo ou enfermeiro residente que atua no SACR do SEA do HU.
- Enfermeiros deste serviço que aceitaram participar do estudo mediante assinatura do TCLE.

A amostra para o Grupo 1 é não probabilística e intencional e para seu cálculo amostral utilizou-se o sistema operacional para ensino e aprendizagem de Estatística da Universidade Federal de Santa Catarina, o Sestatnet, conforme figura 1. Utilizou-se para este cálculo a estimativa de pacientes que procuram o serviço apresentando dor torácica anualmente, totalizando 880 pacientes (independente das causas da dor), de acordo com meu trabalho de conclusão de curso desenvolvido na instituição em cumprimento ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde de 2011 a 2013.

Figura 1 - Sistema operacional Sestatnet para cálculo da amostra.

Tamanho Mínimo da Amostra	
Estimação de Percentual	
Tamanho da População	880
Precisão da Estimativa	50 ± 10%
Nível de Confiança	95%
Tamanho da Amostra	87
Perda Amostral	Nenhuma
Para outros Níveis de Confiança	
Nível de Confiança	Tamanho da Amostra
99.9%	207
99%	140
90%	63

Fonte: Sestatnet

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período entre outubro de 2013 a janeiro de 2014, de segunda a sábado, das 07 às 23 horas, atingindo o cálculo amostral de 67 pacientes (90% de nível de confiança), por meio de aplicação do protocolo elaborado e utilizado no HIAE, designado “Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem” (ANEXO B). A aplicação do protocolo foi realizada pelos enfermeiros efetivos e enfermeiros residentes atuantes no SACR que aceitaram participar da pesquisa e estavam na escala como classificadores nos dias e horários dos atendimentos dos pacientes com dor torácica estabelecidos para a coleta. Após a coleta propriamente

dita, estes mesmos sujeitos foram avaliadores da utilização de um protocolo de dor torácica durante o Acolhimento.

Sabe-se que há alguns protocolos assistenciais desenvolvidos para esta prática, portanto a ideia central deste estudo foi aplicar um protocolo de avaliação da dor torácica já existente e implementado por uma instituição de referência, no caso o Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo/SP com a finalidade de embasar a prática dos enfermeiros na classificação de risco da dor torácica. Reduzindo o tempo entre a chegada do paciente ao hospital e o estabelecimento da terapêutica adequada, tecnologia no sentido de minimizar riscos, evitando morosidade no atendimento de um caso grave, bem como, descartando a gravidade do caso.

Vale salientar que a implementação do protocolo para dor torácica do HIAE, não excluiu a utilização do instrumento institucional (adaptação do protocolo de Manchester) para a Classificação de Risco já existente. O protocolo de dor torácica foi empregado como uma ferramenta auxiliar para a classificação de risco, ressaltando as especificidades da dor torácica e reforçando a garantia de uma classificação com a prioridade adequada, o que não acarretou em atraso na Classificação de Risco ou no atendimento do paciente.

4.5 ETAPAS DA PESQUISA

A pesquisa abrangeu as seguintes etapas:

- **Etapa 1** – (apresentação da pesquisa): A ideia inicial para a apresentação da pesquisa era o desenvolvimento de uma oficina com os enfermeiros do SEA do HU/UFSC, na qual seria demonstrado em conjunto o funcionamento e objetivos do “Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem do HIAE, e conseqüentemente a proposta deste estudo. Para isso, anteriormente, esta pesquisa foi apresentada para a chefia de Enfermagem do setor, que informou a inviabilidade de uma oficina no momento considerando a condições de sobrecarga de trabalho da unidade além do habitual. Neste período a demanda

de atendimentos excedia a capacidade estrutural e de recursos humanos, impossibilitando a liberação dos funcionários para a realização da oficina ainda que por um curto período durante os plantões. Como alternativa a pesquisa foi apresentada individualmente aos enfermeiros do SEA em cada turno de trabalho, manhã, tarde e noite. Após a apresentação os enfermeiros foram convidados a participar da pesquisa, sendo que nove deles aceitaram, sendo eles três residentes e seis enfermeiros efetivos. Dos nove enfermeiros que aceitaram participar do estudo, dois não aplicaram o protocolo, um por motivo de troca de setor durante o período estipulado para a coleta, e o outro alegou não ter tempo hábil para realizar a coleta durante o plantão. Desse modo efetivamente sete enfermeiros participaram da pesquisa e aplicaram o protocolo conforme proposto. Assim que aceitaram participar da pesquisa foi oportunizada uma capacitação individual aos enfermeiros para utilização do instrumento, enquanto “aplicadores” do protocolo.

- **Etapa 2** – (Pré-teste): esta etapa ocorreu como fase de treinamento ou adaptação à aplicação do instrumento de pesquisa. Nesta, cada enfermeiro participante realizou a Classificação de Risco como pré-teste de um paciente a referir a dor torácica como queixa principal. Os sete pré-testes realizados (um teste para cada enfermeiro) não foram incluídos como válidos para a amostra mínima;

- **Etapa 3** – (Efetividade da pesquisa): Esta etapa compreendeu a aplicação do protocolo propriamente, com a intenção de conhecer o perfil do paciente com dor torácica atendido no SACR. A proposta de aplicação do protocolo seria desenvolver com 63 pacientes que procurarem o SACR referindo dor torácica como queixa principal, de acordo com o cálculo amostral mínimo para a validade da pesquisa de acordo com o programa Sistatnet. Ao final foram contabilizados 67 casos de dor torácica em que o Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem do HIAE foi aplicado.

- **Etapa 4** – (Avaliação da utilização do protocolo pelos enfermeiros): Para a viabilidade desta etapa foi desenvolvido um roteiro semi-estruturado para entrevista contendo cinco questões acerca da utilização do protocolo proposto. Mediante a aplicação deste roteiro foram avaliadas as opiniões dos enfermeiros sobre o protocolo.

Cada enfermeiro contribuiu com esta etapa ressaltando em sua visão os pontos positivos ou negativos de utilizar o protocolo, desde estrutura, facilidade de compreensão, informações contidas, encaminhamentos até aplicabilidade ao serviço em questão (APÊNDICE C).

- **Etapa 5** – (Apresentação dos resultados e discussão): Os dados obtidos serão apresentados utilizando-se estatística descritiva por meio de números absolutos e percentuais. A estatística descritiva é a ciência que trata da organização e análise de um conjunto de dados (ou população específica), numéricos ou não com o intuito de maior entendimento do que estes dados representam, descrevendo os resultados (BARBETTA; REIS; BORNIA, 2004). Em cumprimento às normativas do Programa de Mestrado Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados e discussão desta pesquisa serão descritos adiante em forma de dois manuscrito, 2 e 3.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para o desenvolvimento desta pesquisa serão mantidos os princípios éticos com o indivíduo de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Portanto esta proposta de pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, mediante envio via Plataforma Brasil em junho de 2013. O estudo recebeu parecer favorável em setembro de 2013, mediante protocolo nº 412.494

do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.

Aceitação dos sujeitos do grupo 01 e grupo 02 será efetivada da seguinte forma:

Grupo 01 (pacientes atendidos no SACR que apresentam dor torácica como queixa principal) - assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A). Lembrando que a abordagem do paciente para a orientação acerca da pesquisa e o encaminhamento do Termo de Consentimento para a assinatura apenas serão iniciados após completa estabilização do quadro clínico e alívio da dor. Reforçando ao paciente que a negativa em sua participação não acarretará de forma alguma em quaisquer discriminações em seu atendimento. E a aplicação do protocolo não irá interferir ou acarretar em atrasos no atendimento;

Grupo 02 (enfermeiros efetivos ou enfermeiros residentes do SACR) – assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B). A título de sigilo os enfermeiros participantes deste grupo, foram designados na escrita deste trabalho como “Enfermeiro” e numerados de 1 a 7 conforme ordem de convite para a participação, ou seja, formando de Enfermeiro 1 a Enfermeiro 7.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em cumprimento às normativas do Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, os resultados desta pesquisa serão apresentados sob forma de 2 manuscritos, descritos a seguir. Mediante apresentação deste trabalho em banca examinadora e devida aprovação os manuscritos serão submetidos às devidas correções e enviados posteriormente para publicação em periódicos indexados.

O manuscrito 2 é intitulado: O PERFIL DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL.

O manuscrito 3 intitula-se: A AVALIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR SOBRE A UTILIZAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA A DOR TORÁCICA VALIDADO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA.

5.1 MANUSCRITO 2 - O PERFIL DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL

Aline Costa Vieira¹

Kátia Cilene Godinho Bertoncello²

Juliana Balbinot Reis Girondi³

Resumo: Conhecer o perfil do público com queixas de dor torácica que procura um serviço de saúde específico, como o serviço de emergência, confere à equipe de Enfermagem no momento da classificação de risco a possibilidade de uma atuação formulada de acordo com sua realidade. Portanto optou-se por desenvolver a pesquisa baseada em evidências a fim de identificar o perfil desta população, no intuito de propor futuramente a institucionalização de um protocolo de Enfermagem para a dor torácica. Estudo de caráter exploratório-descritivo e abordagem quantitativa, ocorrida em um recorte temporal de outubro de 2013 a janeiro de 2014, por meio da análise documental de um protocolo de Enfermagem para a Classificação de Risco da dor torácica, desenvolvido pelo Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo-SP. Os resultados revelam que a maioria dos pacientes com dor torácica a procurar o serviço, foi composta por mulheres, reafirmando a baixa procura masculina aos serviços de saúde. Os dados obtidos demonstram que 35 (66%) da demanda de pacientes com dor torácica são de atendimento “pouco-urgentes” e apenas 3 (4,5%) destes são “emergentes”. Apesar da maioria expressiva dos casos de dor torácica tratar-se de quadro pouco-urgente sobressai a classificação dos enfermeiros estipulando fluxo 1 (emergente) em 34 (50,7%) e para a classificação pouco-urgente, apenas 15 (22,4%) o que reflete uma valorização da dor torácica por parte dos profissionais ao utilizar o protocolo. Verificou-se a expressiva incidência dos fatores de risco para o IAM associados à dor torácica, 32 (47,8%) dos pacientes são hipertensos e 18 (26,9%) deles possuem história familiar de Doença Arterial Coronariana. Ao identificar esta característica foi

possível reafirmar a importância do conhecimento dos fatores de risco para estipular a gravidade da dor torácica. Dessa forma fica evidente a urgência em utilizar um protocolo específico para a torácica, em consonância com a realidade do serviço, do perfil dos pacientes, considerando o gênero, faixa etária, fatores de risco e antecedentes cardiovasculares, a real avaliação e respeito pela dor torácica.

Descritores: Dor torácica. Enfermagem em Emergência. Classificação de Risco.

Abstract: Knowing the profile of the public with complaints of chest pain that are looking for a particular health service, such as the emergency department, gives the nursing staff at the time the risk rating for the possibility of action formulated according to their reality. The refore it was decided to develop evidence-based research to identify the profile of this population in order to propose future institutionalization of a nursing protocol for chest pain. Study exploratory- descriptive and quantitative approach, which occurred in a time frame from October 2013 to January 2014, through documentary analysis of a protocol for Nursing Risk Classification of chest pain, developed by Albert Einstein Jewish Hospital of São Paulo - SP. The results reveal that the majority of patients with chest pain to seek the service, was composed by women, reaffirming low male demand for health services. The data show that 35 (66 %) of the number of patients with chest pain are " little - urgent " care and only 3 (4.5 %) of these are "emerging ". Despite the significant majority of cases of chest pain that it was urgent - bit frame stands rankings nurses stipulating stream 1 (emerging) in 34 (50.7 %) and the little - sensitive classification, only 15 (22.4 %) which reflects an appreciation of chest pain by practitioners when using the protocol . There was a significant incidence of risk factors for AMI associated with chest pain, 32 (47.8 %) patients had hypertension and 18 (26.9 %) of them have a family history of coronary artery disease. By identifying this feature was possible to reaffirm the importance of knowledge of risk factors to denote the severity of chest pain. Thus it is evident the urgency to use a specific protocol to the chest , in line with the reality of the service , the

profile of patients , considering gender , age , risk factors and cardiovascular history , the actual evaluation and respect for chest pain .

Keywords: Chest pain. Emergency nursing. Risk rating.

Introdução

Enquanto ciência e disciplina do cuidado, a Enfermagem está em crescente desenvolvimento tecnológico para a promoção de uma atuação de excelência, considerando aspectos inerentes à segurança do paciente, cuidados de Enfermagem pautados na evidência clínica, minimização do sofrimento humano, por meio das intervenções para aliviar a dor. Embora o atendimento da dor torácica seja visto como prioridade pelos profissionais de saúde existe ainda um déficit de estudos da avaliação criteriosa associando-se os fatores de risco às características da dor (MARQUES, 2010).

O atendimento inicial da dor torácica, a fim de reduzir danos e agravos, é sempre no sentido de afastar primeiramente a suspeita de Síndrome Coronariana Aguda. Neste sentido é fundamental para o enfermeiro que atua na Classificação de Risco ter conhecimento das características da dor por isquemia e das complicações cardiovasculares. Estar munido de um instrumento de avaliação completo, que aborde os fatores de risco associados, auxiliando na identificação rápida de pacientes em alto risco (NASI *et al*, 2005). Valorizar a dor torácica na classificação de risco é considerada uma medida de extrema importância, visto que é o principal desconforto referido e observado nas doenças cardiovasculares, consideradas a maior causa de mortalidade no mundo. Para isso o enfermeiro classificador precisa dispensar avaliação criteriosa, não apenas das características da dor em si, mas do perfil do paciente, idade, gênero dos fatores de risco associados e do histórico familiar (MARQUES, 2010).

Apesar dos avanços evidenciados nas últimas décadas, ainda existem dúvidas na classificação da dor torácica por parte dos profissionais de saúde. Desse modo, muitos óbitos ocorrem

em função de abordagens inadequadas para a dor torácica, principalmente em unidades de emergência (RIOS *et al.*, 2010).

Em caso de dor torácica, a principal suspeita diagnóstica é a causa cardiovascular, principalmente pelo seu grau elevado de morbidade, e teoricamente pelo início abrupto com baixa relação entre o início dos sintomas e óbito, quando não estabelecido atendimento eficaz em tempo hábil. A maioria dos casos de morte por IAM ocorrem nas primeiras horas do início dos sintomas, sendo 40 a 65% na primeira hora e aproximadamente 80% nas primeiras 24 horas (PIEGAS *et al.*, 2009).

Reafirmando a relevância de estudos na temática da dor torácica, as doenças que acometem o aparelho circulatório são apontadas como as principais causas de mortalidade dos brasileiros, desde a década de 80, prevalecendo na atualidade. Dentre elas, o acidente vascular cerebral (AVC) é a principal causa de morte no Brasil seguida pelo IAM, no qual a dor torácica é referida como sintoma específico clássico. A taxa de incidência das doenças circulatórias é mais prevalente na região sudeste (33% dos casos), seguida pela região sul (32,9% dos casos). Particularmente na região sul, as causas de morte por doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar das taxas de mortalidade, sucedidas pelas neoplasias e as causas externas (BRASIL, 2008).

No Serviço de Emergência Adulto (SEA) de um Hospital Universitário (HU) do sul do Brasil, em cumprimento às diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), foi instituído o Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco (SACR), no ano de 2011. Tal norma prevê a existência deste acolhimento nas áreas de acesso hospitalar, a saber: pronto atendimento, pronto socorro, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapia (BRASIL, 2004).

A estratificação de risco realizada no SACR do HU é realizada exclusivamente pelo profissional enfermeiro, apesar de o processo poder ser realizado por qualquer profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento e utilização de protocolos preestabelecidos (BRASIL, 2006). O principal objetivo é avaliar o grau de urgência dos pacientes e possibilitar uma ordem de prioridade para esse atendimento.

Para o desenvolvimento eficaz desta atribuição como “classificador”, o enfermeiro necessita de conhecimento científico; habilidade para avaliar com agilidade; sensibilidade para percepção dos sinais apresentados que, em muitos casos, não são evidentes; e observação minuciosa para reconhecer previamente os sinais de gravidade ou que precedam a evolução para a gravidade. Faz-se necessário que o profissional tenha cautela, no sentido de não desvalorizar os sintomas referidos, podendo acarretar em classificações errôneas e identificação de um problema de menor gravidade que o real (LOPES, 2011).

Os aspectos de exclusão de gravidade devem ser antepostos na triagem classificatória, para isso o profissional deverá munir-se de coleta de dados, exame físico com história clínica direcionada, obtendo as características dos sintomas (valorizando o sintoma álgico) com dados como: o momento do início, tempo de duração, qualidade, intensidade, relação com o esforço e o repouso e presença de doença coronariana estabelecida (PIEGAS *et al.*, 2009).

Nesse contexto, há que se evidenciar a importância de se conhecer a clientela a ser atendida, ou seja, o perfil desse usuário. Esse perfil será embasado em características epidemiológicas, regionais e outras, que possam expressar evidências, necessidades e as características de cuidado para estes pacientes, considerando sua individualidade, suas necessidades e seus direitos à saúde enquanto cidadão.

Para um cuidado resolutivo e seguro, o qual se deseja adaptar as necessidades do serviço e sua realidade, esta pesquisa vislumbrou a realização de uma investigação baseada em evidências considerando seguinte a questão norteadora: **Qual o perfil de pacientes com dor torácica que procuram atendimento de saúde no Serviço de Emergência Adulto de um HU do sul do Brasil?**

Deste modo, esta pesquisa objetivou: identificar o perfil do paciente com dor torácica que procura atendimento no Serviço de Emergência Adulto de um HU do sul do Brasil.

Método

Elegeu-se, a pesquisa baseada em evidências, uma vez que propicia conhecer a realidade do modo que se apresenta. A pesquisa baseada em evidências é a mais indicada por trazer exatamente as evidências do serviço, sem a fusão de dados que possam impor viés nos seus resultados. Abordagem quantitativa, de caráter exploratório-descritivo.

Um dos propósitos da Prática Baseada em Evidências (PBE) é encorajar a utilização de resultados de pesquisa junto à assistência à saúde prestada nos diversos níveis de atenção, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica. A PBE é uma abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional e os valores e preferências do paciente dentro do contexto do cuidado (MENDES *et al.*, 2008).

O local onde se desenvolveu o estudo foi o SEA de um HU do sul do Brasil. Este hospital possui três subunidades de atendimento: Serviço de Emergência Interna (SEI), local de estabilização onde o paciente recebe o primeiro atendimento; O Repouso da Emergência, local que acomoda apenas pacientes já internados e estabilizados que aguardam vaga nas clínicas do hospital; e o Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco (SACR), estabelecido no setor em agosto de 2011 em cumprimento às normativas da Política Nacional de Humanização (PNH) com a finalidade a que se propõe de otimizar a assistência à saúde, priorizando o atendimento ao paciente grave, tal local onde a pesquisa efetivamente ocorreu.

Os dados foram coletados entre outubro de 2013 e janeiro de 2014, por análise documental do “Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem” desenvolvido pelo Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) de São Paulo-SP, após as classificações de risco da dor torácica realizadas por sete enfermeiros do serviço. O protocolo do HIAE é composto por três possíveis fluxogramas de classificação da dor torácica: Fluxo 1 – suspeita de Síndrome Coronariana Aguda Típica; Fluxo 2 – Possível Síndrome Coronariana Aguda Atípica; e Fluxo 3 – Sem suspeita Inicial de Síndrome Coronariana Aguda. Após obter

dados referentes à faixa etária, característica da dor, fatores de risco associados e antecedentes cardiovasculares, o enfermeiro precisa estipular um dos fluxos para cada caso e seguir a classificação de risco designada pelo protocolo.

Optou-se por amostra de escolha aleatória nos turnos que o serviço possui: equipe da manhã, tarde e três equipes da noite, em horários dentre as 07 e às 23 horas, quando o serviço de Acolhimento funciona.

Na totalidade foram analisadas 67 classificações de risco de pacientes que referiram a dor torácica como queixa principal e motivo pela procura do serviço.

Após coletadas, as 67 classificações de dor torácica foram compiladas e organizadas utilizando-se um instrumento facilitador, uma planilha do Windows Excel®. Os dados extraídos destes documentos foram: idade, sexo, início do sintoma, fatores de risco associados, antecedentes cardiovasculares, diagnóstico médico e fluxos de atendimento.

Em relação aos cuidados éticos, os sete enfermeiros e os pacientes que foram avaliados pelo protocolo participaram deste estudo e confirmaram sua aceitação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa recebeu parecer favorável em setembro de 2013, mediante protocolo nº 412.494 do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Em todas as etapas foram respeitados os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

Os resultados apresentados refletem as queixas e a classificação designada por sete enfermeiros ao realizarem as 67 classificações para a dor torácica.

Cabe salientar que a pesquisa demonstra apenas os pacientes que foram atendidos no SACR do SEA pelo profissional enfermeiro, excluindo aqueles que são referenciados de outros serviços de saúde e chegam ao setor em ambulância, os que chegam sem serem referenciados ou encaminhados e

atendidos diretamente na porta de entrada do Serviço de Emergência Interna (SEI). Também é necessário ressaltar que pela dinamicidade e agilidade dos acontecimentos característicos de um serviço de emergência, em diversos momentos, os dados deixaram de ser descritos nos instrumentos utilizados no SACR, ou seja, pacientes são atendidos sem haver qualquer citação nos instrumentos utilizados pelo serviço. Considerou-se a importância de relatar estes aspectos para o esclarecimento de que a demanda do serviço é mais expressiva do que a apresentada nesta pesquisa.

Apesar de que é uma das funções dos profissionais de saúde é zelar pela vida sempre, por vezes o ambiente e as condições humanas sobrepõem à capacidade de uma equipe. A elevada demanda dos serviços de emergência acaba por resultar em pacientes esperando por atendimento médico em tempo excedendo à uma hora, pacientes acomodados em macas sem nenhum conforto, pouca qualidade da assistência e tensão da equipe multiprofissional (LOPES, 2011).

Os serviços de urgência apresentam diversos desafios a serem superados no atendimento à saúde: superlotação, trabalho fragmentado e pouca articulação com os demais serviços de saúde. Portanto, torna-se essencial refletir e buscar novas formas de atuação que direcionem a um cuidado resolutivo, humanizado e acolhedor a partir da compreensão do serviço. A experiência dos profissionais é muito importante para compor as melhores estratégias de um acolhimento resolutivo. O sentido da palavra “acolhimento” apenas terá sentido na proporção que for enriquecida e reformulada nas discussões do cotidiano da prática profissional (BRASIL, 2009). A seguir serão apresentados os dados que caracterizam o público com queixa de dor torácica classificado.

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes com queixa de dor torácica que procuraram o Serviço de Emergência do HU/UFSC – Florianópolis – SC, 2013-2014

DADOS PESSOAIS	Nº	%
SEXO		
Masculino	23	34,3
Feminino	44	65,7
Total	67	100,0
IDADE (anos)		
18 a 29	08	12,0
30 a 49	23	34,3
50 a 69	29	43,3
> 70	7	10,4
Total	67	100,0
INÍCIO DOS SINTOMAS		
< 24 horas	25	37,3
Há 1 ou 2 dias	37	55,2
Há 3 ou mais dias	5	7,5
Total	67	100,0

FATORES DE RISCO

Tabagismo	15	22,4
Diabetes	10	14,9
Hipertensão Arterial	32	47,8
Dislipidemia	4	6
Uso de cocaína	-	-
História familiar de Doença Arterial Coronariana	18	26,9
Não possui	16	23,9
Total	80	100,0

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

Doença Arterial Coronariana	2	3
Infarto Agudo do Miocárdio	12	18,2
Angina	2	3
Revascularização do Miocárdio	-	-
<i>Stent</i> cardíaco	4	6
Acidente vascular cerebral ou acidente isquêmico transitório	-	-
Doença Arterial Obstrutiva Periférica	-	-
Doença da aorta	-	-
Doença das carótidas	-	-
Doença das artérias renais	-	-

Insuficiência Cardíaca Congestiva	2	3
Arritmia	2	3
Marcapasso	-	-
Desfibrilador implantado	-	-
Outras	-	-
Não possui	42	63,6
Total	66	100,0

Fonte: Dados obtidos pela autora (2013-2014).

Quanto ao gênero, observou-se 44 pacientes do sexo feminino (65,7%) e 23 do sexo masculino (34,3%). Dessa forma é possível comprovar que ainda existe predominância do sexo feminino na procura dos serviços de saúde. De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem instituída em 2009, justamente com a finalidade de ampliar o acesso masculino na procura aos serviços de saúde, estudos comprovam que os homens são mais vulneráveis às doenças, especialmente as enfermidades graves e crônicas, o que está diretamente relacionado ao fato de que eles recorrem com menos frequência do que as mulheres aos serviços de saúde, o que acontece geralmente após agravamento do quadro clínico (BRASIL, 2008).

Considerando esta realidade pode-se afirmar que é de primordial que o profissional de saúde atue no sentido de conscientizar a população masculina em especial, visto que a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Especificamente abordando as doenças isquêmicas cardíacas, como o infarto agudo do miocárdio, estudos também revelam que estão entre as principais causas de mortes do sexo masculino. E em comparação às mulheres, o tempo de vida deles é de 7,6 anos menor (BRASIL, 2008). Os homens são mais suscetíveis ao

IAM do que as mulheres. A incidência feminina aumenta quando estas fumam e usam anticoncepcionais. No período pós-menopausa a incidência de IAM nas mulheres é semelhante às taxas observadas nos homens (BOUNDY *et al.*, 2004).

O aspecto da baixa procura masculina aos serviços de saúde explicam-se com maior congruência pelos aspectos culturais. Em decorrência dos estereótipos do gênero, a doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica (BRASIL, 2008b). Em muitos casos no sentido da garantia do contexto da masculinidade, muitos homens tendem a não valorizar ou não verbalizar seus sintomas álgicos. Por esse motivo, ao analisarmos a dor profissionalmente, vale lembrar a importância da compreensão das barreiras sócio-culturais no sentido de desenvolver estratégias para a promoção do acesso dos homens aos serviços de saúde (BRASIL, 2008b).

Em relação à idade, variou entre 18 a 78 anos, com a maioria (43,3%) na faixa etária de 50 a 69 anos. O SEA do Hospital Universitário atende pacientes a partir dos 15 anos de idade. É possível destacar que a faixa etária dos pacientes a procurar o serviço é bastante diversificada. Observamos aqui, nos números de pacientes que procuram o Serviço de Emergência, com dor torácica, em ordem crescente em relação ao aumento da faixa etária. No entanto ocorre uma inversão decrescente nos pacientes mais idosos, ou seja, acima de 70 anos de idade, o que pode estar retratando o aumento da qualidade de vida da população mais idosa. Estudos apontam que ano Brasil, entre os anos de 2000 e 2010, a população idosa aumentou de 14 para 21 milhões, o que denota as melhores condições sociais e econômicas no país (IBGE, 2010). Com o aumento da longevidade, há proporcionalmente o aumento das doenças crônicas típicas da população idosa, como hipertensão, diabetes e doenças cardíacas.

O processo de envelhecimento decorre da queda das taxas de natalidade e mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida, que acarreta em aumento das doenças crônicas, que geram anos de utilização do sistema de saúde. O aumento das doenças crônicas em idosos vem sobrecarregando ainda mais os serviços de emergência (ALVES; BARBOSA, 2010)

Para que a classificação seja adequada, o enfermeiro deverá ter conhecimento das mudanças do organismo e adaptações comuns a cada fase da vida a fim de reconhecer alterações físicas e psíquicas próprias a cada faixa etária.

Verificou-se em relação ao início dos sintomas que a maior parte dos pacientes 37 (55,2%) procurou o serviço de emergência apenas após 1 a 2 dias do início dos sintomas; 25 (37,3%) procuraram o serviço antes das 24 horas do início dos sintomas e 5 (7,5%) procuraram após mais de 3 dias do início dos sintomas. Apesar de a dor torácica ser considerada como um sintoma temido por grande parte da população, o enfermeiro há que considerar que ainda existe o pensamento popular de quando incomodado pelo sintoma da dor torácica, muitos indivíduos tendem a se automedicar, não admitir a seriedade do desconforto, promove tentativas de melhora, e, sobretudo hesita atendimento nos serviços de saúde, o que pode acarretar em piora do quadro clínico, fazendo com que o paciente procure o serviço de emergência apenas com o agravamento da situação (BOAVENTURA, 2011). Essa condição caracteriza motivo de importância do questionamento do enfermeiro acerca do início dos sintomas, pois em muitos casos a quadro apresentado pela dor torácica pode já encontrar-se em agravamento. BOUNDY *et al.*, (2004) considera que a dor torácica é o sintoma fundamental do IAM, que geralmente é constritiva e persistente por 12 horas ou mais, pode irradiar-se para o braço esquerdo, maxilar, pescoço e omoplatas.

Revela-se aqui, nos fatores de risco associados, a alta incidência brasileira da ocorrência de Hipertensão Arterial

Sistêmica (HAS), 32 (47,8%) dos pacientes com dor torácica classificados referiu ser hipertenso. A história familiar de Doença Arterial Coronariana aparece em 18 (26,9%) dos casos e o tabagismo em 15 (22,4%) pacientes.

O IAM é causado pela diminuição do fluxo sanguíneo e conseqüentemente do oxigênio ao músculo cardíaco, o miocárdio. Geralmente é causado pelo estreitamento das artérias coronárias por acúmulo de lipídeos, embolo ou trombo (OLIVEIRA; LEITÃO; RAMOS, 2009). Dessa forma torna-se primordial para a avaliação do risco da dor torácica, o enfermeiro correlacionar os fatores de risco associados para a potencialidade de uma doença arterial coronariana que desencadeie o IAM (OLIVEIRA; LEITÃO; RAMOS, 2009). O conhecimento das variáveis clínicas (história de hipertensão, diabetes, dislipidemia) deve ser correlacionado imediatamente com a característica da dor torácica durante a classificação de risco no sentido de afastar ou suspeitar de gravidade relacionada à dor.

O HIAE, ao abordar os fatores de risco para a Síndrome Coronariana Aguda, lembra que o tabagismo é o maior fator de risco para a morte súbita cardíaca; o colesterol em excesso acumula-se no interior das artérias coronárias, levando à aterosclerose que predispõe ao IAM. A aterosclerose é a principal causa de IAM; 50% dos pacientes que enfartam são hipertensos; e para o portador de Diabetes Mellitus a ocorrência de infarto é de 2 a 4 vezes maior (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2014). Boundy *et al.* (2004) alertam que o IAM é causado pela obstrução das artérias coronárias. Os principais fatores de risco são: envelhecimento, diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensão, obesidade, história familiar de Doença Arterial Coronariana (DAC), sedentarismo, tabagismo, estresse e uso de drogas como anfetaminas ou cocaína.

A I Diretriz Brasileira para Prevenção Cardiovascular cita que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana. E a principal prevenção cardiovascular engloba evitar a instalação de fatores de risco cardiovascular modificáveis, como o tabagismo (SIMÃO *et al.*, 2013)

As ações do enfermeiro devem estar focadas na prevenção Cardiológica, baseadas na alta incidência das taxas de mortalidade das Síndromes Coronárias Agudas. Particularmente a diminuição do risco de agravo do Infarto Agudo do Miocárdio, pode ser iniciada, pela identificação precoce dos fatores de risco e sua correlação com a dor torácica. Os indivíduos com maior risco devem ser rapidamente identificados (GUIMARÃES, 2006).

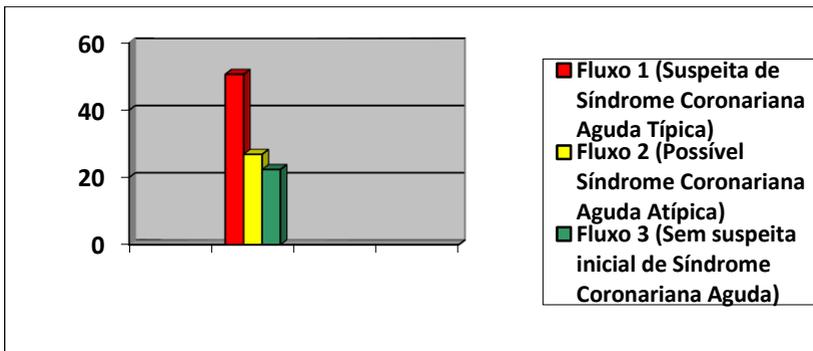
A classificação de risco do paciente com queixa de dor torácica deve ser ágil e criteriosa, conter caracterização da dor, identificação de fatores de risco associados, antecedentes cardiovasculares, monitorização cardíaca contínua, oximetria de pulso, acesso venoso periférico, exames laboratoriais, e principalmente ECG de 12 derivações em menos de dez minutos a partir da chegada do paciente, dentre outros (VIEIRA; RAFAEL, 2011). Para tanto, sem dúvida podemos afirmar que a utilização de protocolos para embasar a classificação de risco oferece respaldo legal para a atuação segura dos enfermeiros (SOUZA, *et al.*, 2011).

O enfermeiro ao deparar-se com o paciente com queixa de dor torácica deve investigar os antecedentes cardiovasculares. O risco de doença aterosclerótica é estimado com base na análise conjunta de características que aumentam a chance de um indivíduo desenvolver a doença. Portanto, o mais claro identificador de risco é a manifestação prévia da própria enfermidade (SIMÃO *et al.*, 2013). A Organização Mundial de Saúde (OMS) cita a doença cardiovascular como uma das condições mais debilitantes de impacto sobre a qualidade de vida do indivíduo, um agravante fator de risco para o IAM. Estima-se que juntamente com a Depressão, a Doença Arterial Coronariana (que predispõe ao IAM) serão em 2020 as duas principais causas de morte, devendo a comorbidade entre estas duas doenças ser mais preocupante (LEMOS *et al.*, 2008).

Classificação de Risco – Análise da Utilização dos Fluxogramas

A Figura 2 aponta a porcentagem da utilização dos três fluxos pertencentes ao instrumento proposto.

Figura 2 - Distribuição percentual da Classificação de Risco dos pacientes que procuraram o SEA do HU/UFSC de acordo com o protocolo proposto (Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem do HIAE). Florianópolis-SC, 2014.



Fonte: dados obtidos pela autora (2013-2014).

Os dados relativos apresentados na Figura 2, demonstram que os enfermeiros utilizaram o fluxo 1 em 50,7% (34) dos casos; o fluxo 2 em 26,9% (18) dos casos e o fluxo 3 em 22,4% (15) dos casos. Esse fato revela que os enfermeiros suspeitaram de maior gravidade nos casos de dor torácica de acordo com as queixas referidas pelos pacientes ao utilizar o protocolo sugerido para este estudo.

Uma vez que o paciente com sintoma de dor torácica pode tratar-se de uma condição grave, a abordagem adequada torna-se equivalente à minimização de riscos de morte. Por esse motivo é necessário que o enfermeiro que atua nos serviços de urgência detenha conhecimento científico, prático e técnico. Além disso, é primordial a tomada de decisões rápidas e concretas, o reconhecimento de situações de riscos, familiaridade com a Síndrome Coronariana Aguda (SCA). O conhecimento sobre os pacientes acometidos com dor torácica é relevante por ser uma condição clínica prevalente nos serviços de emergência (FERREIRA; MADEIRA, 2011).

O objetivo do atendimento à dor torácica é a avaliação imediata, a priorização deste tipo de dor, com a finalidade de redução do retardo intra-hospitalar para o atendimento do paciente com SCA, além da internação desnecessária e liberação inapropriada dos casos de SCA (BASSAN, 2002). Neste sentido, o uso de protocolo de Enfermagem para a classificação de risco da dor torácica é crucial para a adequada seleção de pacientes com dor torácica passível de SCA, o que acaba por diminuir a chance do paciente ser liberado do serviço de Emergência inadequadamente, reduzindo o índice de mortalidade por isquemia cardíaca (FERREIRA; MADEIRA, 2010).

Diante da queixa de dor torácica é importante que seja considerada isquemia do miocárdio em todos os pacientes até que esta seja descartada. A avaliação deve ser rápida, incluindo o tipo de dor e o correto encaminhamento, na diferenciação entre dor torácica cardíaca e não cardíaca (JONES; BRISTOL; JONES, 2013).

Muitos profissionais de saúde demonstram ainda conceitos errôneos em relação à avaliação da dor, tornando-a banalizada e pouco valorizada, o que torna ineficaz a classificação de risco da dor torácica. Esse fato pode ser modificado quando a classificação é amparada por um instrumento de acordo com evidência científica comprovada (OLIVEIRA; SILVA; LEITÃO, 2010).

Para a minimização de riscos de agravos aos pacientes com dor torácica em condições graves que chegam às salas de emergência, é imperativo que a instituição de saúde conte com enfermeiros treinados e equipados com uma ferramenta que os auxilie no manejo de pacientes acometidos por esta dor. Dessa forma, utilizar protocolos em saúde é fundamental na otimização do cuidado (FERREIRA; MADEIRA, 2011). A demanda elevada e crescente dos serviços de emergência torna necessária a incorporação de estratégias e tecnologias para lidar com esta procura. A adoção de protocolos prioriza os atendimentos de condições graves que possam não estar sendo reconhecidas,

diminuindo o tempo de espera e, conseqüentemente, o risco de deteriorização dos pacientes (ANZILEIRO, 2011).

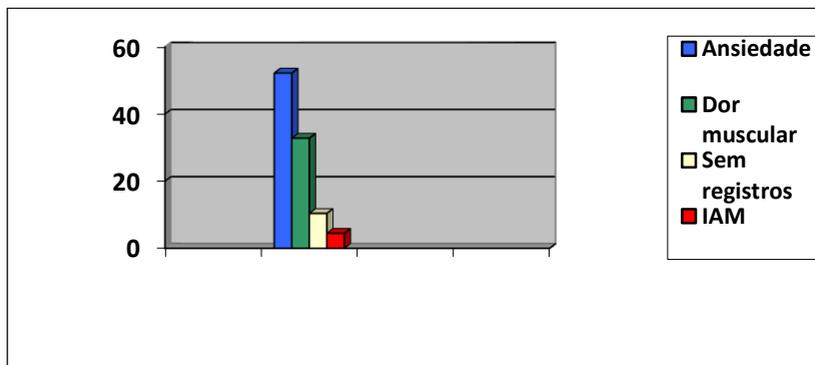
O prestador de cuidado dos serviços de urgência e emergência precisa ser detentor de destreza manual e rapidez na ação, autocontrole emocional e facilidade de comunicação a fim de obter os dados de saúde necessários para a otimização dos cuidados. A comunicação e a integração com a equipe multiprofissional são fundamentais para a participação de todos no cuidado humanizado. Além disso, precisa possuir uma diversidade de conhecimento científico para avaliar de forma precisa e ágil refletindo na redução de risco aos agravos de saúde (LOPES, 2011).

Considerando a magnitude da ocorrência de dor torácica nos serviços de emergência, ainda existem muitas dúvidas e questionamentos para definição do quadro clínico apresentando pelos pacientes. Ressalta-se a importância de discussões aprofundadas sobre a dor e avaliação realizada pelo enfermeiro, e o uso de protocolos para sanar dúvidas de classificação (SANTORO; PIMENTA, 2008).

Classificação de risco – Análise dos diagnósticos médicos

A Figura 3 ilustra a porcentagem dos diagnósticos encontrados nas classificações de risco dos pacientes com dor torácica.

Figura 3 - Distribuição percentual dos diagnósticos médicos encontrados na Classificação dos pacientes com dor torácica. Florianópolis-SC, 2014



Fonte: dados obtidos pela autora (2013-2014).

Identificaram-se, entre os diagnósticos encontrados, 35 (66%) casos de ansiedade, 22 (32,8%) casos de dor muscular, em 7 registros (10,4%) não havia diagnóstico médico formado e 3 (4,5%) foram confirmados casos de Infarto Agudo do Miocárdio.

Reafirmando a característica do setor como porta de entrada aos serviços de saúde, recebendo elevada demanda de pacientes com indicação de atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS), a Figura 3, demonstra que a maior parte dos pacientes classificados com dor torácica no período apresentam quadros considerados de “pouca-urgência”.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), 65% dos casos que são atendidos nos serviços de emergência no Brasil têm indicação de serem resolvidos na APS. Tal condição acaba por “sobrecarregar” com elevada demanda as unidades de emergência. O SACR, não conta com profissional médico exclusivamente para atender a demanda dos pacientes que são classificados, o que acaba por acarretar muitas vezes em demora no atendimento, inquietação de pacientes,

geralmente aqueles classificados como “verdes” que possuem indicação para atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS).

Devido à oferta restrita de atendimentos em saúde, a população excedente tende a procurar um serviço com maior possibilidade de porta de entrada. Os serviços de emergência hospitalar geralmente conferem esta visão de resolutividade (MARQUES; LIMA, 2010).

A elevada procura pelos serviços de emergência por pacientes com indicação de atendimento na APS reflete as falhas na rede de atenção à saúde e sua desarticulação. Lopes (2011) afirma ainda que a desarticulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e o descrédito da população em relação ao atendimento na Atenção Primária à Saúde contribuem seguramente para a superlotação dos serviços de emergência a nível nacional. Souza, et.al (2010) lembram que durante a classificação de risco podemos evidenciar uma situação frequente nos serviços de emergência, atendidos que não caracterizam emergência propriamente dita, ou seja, não se tratam de risco de vida. Cabe ressaltar que o conceito de urgência e emergência é diferente na visão dos usuários de saúde.

Neste sentido, o SEA do HU é visto como serviço de referência. Esses dados sugerem a imagem da população em relação ao hospital como centro de excelência para o atendimento em saúde, conferindo sua caracterização como figura de resolutividade. Dessa forma apesar dos problemas de superlotação e muitas vezes com demora no atendimento o hospital ainda confere à população maior acreditação ou segurança. Reafirmando esta ideia Marques e Lima (2010, p.15) colocam que “Apesar de superlotados”, impessoais e atuando sobre a queixa principal, esses locais reúnem um somatório de recursos, quais sejam consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações.”

Ao fazermos a relação dos dados de Classificação de Risco dos pacientes que procuram o SEA do HU referindo dor torácica e os diagnósticos encontrados, percebe-se que apesar da alta incidência dos casos classificados “pouco-urgentes” (verdes e azuis) como é considerado um quadro de ansiedade (Figura 2), reafirma-se que os enfermeiros valorizaram os

sintomas referidos pelos pacientes com dor torácica utilizando o protocolo sugerido à medida que classificam a maioria dos casos como Fluxo 1 (emergência) 34 (50,7%) dos casos.

Nas classificações encontradas, identificamos maior número de casos classificados como emergentes, em contrapartida o quadro com maior número de diagnósticos é o de ansiedade, considerada uma queixa “pouco-urgente” ou não-emergente. Esse fator nos faz refletir que ao vivenciar a dor torácica, o indivíduo passa pela experiência de sentimentos complexos. O alto grau de gravidade que pode estar associado a este tipo de dor acaba por impulsionar a grande procura pelo ambiente hospitalar por parte dos pacientes com dor torácica e seus familiares. Pacientes que vivenciam a dor torácica em sua maioria procuram o serviço de emergência em situação que considera emergente ou urgente, podendo ou não estar passando por processo patológico (ARAUJO; MARQUES, 2007)

A intensidade dos sintomas clínicos tende a conferir sentimentos de medo, e o principal é o medo da morte à medida que relaciona esta dor como ameaçadora à vida (ARAUJO; MARQUES, 2007).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2002) aponta que a dor torácica também pode surgir como reflexo psicossomático, ou seja, não possuir causa orgânica. Neste sentido, gerada por mecanismos psíquicos, tende a ser difusa e imprecisa. Os sintomas de ansiedade são detectáveis na maioria dos casos e geralmente se observa a utilização inadequada e abusiva de analgésicos (BASSAN *et al.*, 2002).

Considerações Finais

Conhecer o perfil dos pacientes com queixas de dor torácica é fundamental para buscar propostas para um cuidado seguro e qualificado de acordo com suas necessidades.

Os serviços de emergência possuem característica de porta de entrada ao serviço hospitalar, no entanto acabam por atender também os casos com indicação de atendimento em nível de Atenção Primária à Saúde, sendo um retrato da situação

de saúde a nível nacional e o SEA do HU não foge a esta regra. Esse fato acarreta a superlotação, demora no atendimento e tensão aos profissionais de saúde. Como é elevado o número de pacientes atendidos na emergência com casos não urgentes, ao deparar-se com um paciente com queixa de dor torácica o profissional de saúde poderá banalizá-la ou até mesmo desvalorizá-la.

A caracterização dos pacientes que chegam ao SEA do HU foi possível por meio de análise das informações contidas no protocolo “Fluxograma de Triage Cardiológica” do HIAE. A obtenção dessas informações revelou dados importantes para a avaliação do paciente com dor torácica e confirmou a importância de um instrumento científico já validado em um serviço de referência como o HIAE para fundamentar as ações de Enfermagem. Embora o serviço contexto deste estudo não seja referência em cardiologia atende uma demanda expressiva de pacientes que procuram o serviço com queixa de dor torácica, conforme observado neste estudo.

Há ainda que se considerar que o SACR precisa atuar de forma a identificar com agilidade os casos de dor torácica com indício de caso clínico grave, para promover a classificação de risco eficaz em tempo ouro para a recuperação do paciente. Para isso o protocolo específico de Enfermagem ao paciente com dor torácica precisa ser pautado em evidências clínicas, reforçando a necessidade de implantação de um protocolo validado.

Esta pesquisa trouxe a comprovação baseada na evidência científica de uma realidade clássica, porém somente observada, mas agora registrada. E como proposta fica a importante necessidade de sugerir a institucionalização do protocolo de enfermagem do HIAE para pacientes com queixas de dor torácica, que comprovou estar de acordo com a realidade do serviço e com a característica do perfil dos pacientes encontrados.

Para que esta pesquisa não seja apenas uma constatação de fragilidades, e sim se transforme em realidade, em ação, para um serviço de saúde de qualidade e livre de riscos, o protocolo será avaliado e discutido quanto à sua viabilidade ao serviço em estudo distinto. Para que esta proposta seja efetiva, inicialmente

deverá ser avaliado pela equipe de enfermagem e posteriormente ser apresentado à Diretoria de Enfermagem do hospital de estudo para possível institucionalização. Um protocolo de avaliação só torna-se útil quando utilizado com vistas a atender um público comum ao serviço e às necessidades dos profissionais.

Referências

ALVES, D. B; BARBOSA, M. T. S. Desigualdades na Mortalidade por Doenças Crônicas entre Idosos e sua Associação com Indicadores Socioeconômicos no Brasil. RBCEH. Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 22-33, jan./abr. 2010

ANZILIERO, F. A. **Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco:** revisão de Literatura. Trabalho de conclusão de curso da UFRS. Porto alegre, 2011.

ARAUJO R.D; MARQUES I.R. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. **Rev Bras Enferm.** v.60, n.6, 2007

BASSAN R; PIMENTA L; LEÃES P; TIMERMAN A. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de dor torácica na sala de emergência. Definição de graus de recomendação e níveis de evidência. **Arq Bras Cardiol**, v.76, n.2, p.1-22, 2002

BOAVENTURA, L.; SANTOS, C.; PASELLO, S. Atuação do Enfermeiro no Infarto Agudo do Miocárdio. Artigonal: Diretório de Artigos Gratuitos. 2011. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/authors/1166189>.> Acesso em: 08 fev. 2014.

BOUNDY, J. *et al.* **Enfermagem Médico-Cirúrgico: Infarto Agudo do Miocárdio.** Carlos Henrique Cosendey. 3ª ed. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso Editores, v. 2, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as Instâncias do SUS. Série B. Textos Básicos. Brasília: 2004

_____. Ministério da Saúde. Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes. O Serviço de Urgências. Hospitais SA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. - 3 ed. ampliada – Série E – Legislação de Saúde. Brasília/DF, 2006, p.55

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. **Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais**. Manual Operacional. Porto Alegre: 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília/DF: 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Perfil da mortalidade do Brasileiro: Uma análise da situação de saúde. Brasília: 2008. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coletiva_saude_061008.pdf. Acesso em 11/03/12.> Acesso em: 05 jan. 2013

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Princípios e Diretrizes. Brasília: 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf.> Acesso em: 05 jan. 2013

GUIMARÃES *et al.* Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio. **Revista Soc. Cardiol.** Estado de São Paulo, v.16, n.1, p.1-7, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://200.220.14.51/revistasocespedicoes/volume16/pdf/n01.pdf>> Acesso em: 20 mai. 2009.

FERREIRA, A.M.C.; MADEIRA, M.Z.A. **A Dor Torácica na Sala de Emergência: uma revisão de literatura.** Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. v.4, n.1, p.50-56, jan./fev./mar. 2011.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Histórico.** 2014 Disponível em: <<http://www.einstein.br/hospital/Paginas/sobre-o-hospital.aspx>> Acesso em: 02 out. 2013.

JONES, C.; BRISTOL, E.; JONES, F. **Reedman Nurse Practitioner Clinical Protocol Chest Pain 2013.** Disponível em: <http://www.nursing.health.wa.gov.au/docs/career/np/mmc/chest_pain.pdf> Acesso em: 25 jan. 2014.

LOPES, J. B. **Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência: revisão integrativa.** 2011. 36 p. TCC (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/37529>>. Acesso em: 8 jul. 2012

MARQUES, G. Q; LIMA, M.A.D.S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. v.15, n.1, p. 13-19. jan./fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf> Acesso em: 05 jan.2012.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de

evidências na saúde e na enfermagem. **Ver. Texto e Contexto - enferm.** Florianópolis, v.17, n.4, out./dez. 2008.

NASI, L.A. *et al.* **Rotinas em Pronto Socorro.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

OLIVEIRA, R.M.; SILVA, L.M.S.; LEITÃO, I.M.T.A. Análise dos saberes e práticas de enfermeiras sobre avaliação da dor no contexto hospitalar. **Rev enferm UFPE** on line. v.4, n.3, p. 53-6, jul./set 2010.

OLIVEIRA, F.J.G., LEITÃO, I. M. T., A., RAMOS.I. C., Caracterização dos pacientes com Dor Torácica atendidos na Emergência de um Hospital Privado de Fortaleza -Ce. In: 61º Congresso de Enfermagem Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental, 2009, Fortaleza- Ce. **Anais Eletrônicos.** Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben.> Acesso: 29 dez. 2013.

PIEGAS L.S; FEITOSA G; MATTOS LA; NICOLAU J.C, ROSSI NETO J.M, e COLS.SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq. Bras Cardiol**, 2009.

RIOS, D.F.C; BRANDÃO, F.B; FARIA, M.N.Z; ALCANTARA, A.S; SANTOS, M.I.F.O. Tronboembolismo pulmonar como causa de dor torácica na sala de emergência. **Rev Méd Minas Gerais** v.20, p.465-468, 2010.

SANTORO B.D.C; PIMENTA C.A.M. Semelhanças e diferenças da dor nas síndromes torácicas: revisão sistemática da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.29, n.2, p.301-7, jun. 2008.

SOUZA, C.C; TOLEDO, A.D.; TADEU, L.F.R.; CHIANCA, T.C.M. Classificação de Risco em Pronto-Socorro: concordância entre

um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n.1. jan./fev. 2011.

SIMÃO, A.F. PRECOMA, A.D. ANDRADE, J.P. CORREA FILHO, H. Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Sociedade Brasileira de Cardiologia. v.101, n.6, s.2, dez. 2013. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf> Acesso em:07 jan. 2013

VIEIRA, W. F. S.; RAFAEL, D. Hospital de Clínicas (HC). Universidade Federal do Paraná (UFPR). Departamento de Clínica médica. Disciplina de Cardiologia. **Unidade Coronariana. Protocolo de Manejo Hospitalar do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível de segmento ST**. Curitiba, 2011. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/sites/default/files/protocolo_IAMCSST_2011.pdf > Acesso em: 22 abr. 2013

5.2 A AVALIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR SOBRE A UTILIZAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA A DOR TORÁCICA VALIDADO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Aline Costa Vieira¹
Kátia Cilene Godinho Bertoncello²
Juliana Balbinot Reis Girondi³

Resumo: Estudo quantitativo de caráter descritivo que objetivou identificar a avaliação de enfermeiros do Serviço de Emergência de um Hospital Universitário do Sul do Brasil ao utilizar um protocolo de Enfermagem específico para classificar a dor torácica. Foram realizadas sete entrevistas com os enfermeiros participantes por meio de roteiro semiestruturado, entre janeiro e fevereiro de 2014. Para análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva por meio de números absolutos e percentuais. O protocolo utilizado foi construído, validado e é utilizado no Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo/SP. Contempla as características da dor torácica, fatores de risco, antecedentes cardiovasculares e os possíveis fluxogramas de encaminhamentos que conduzem a ação do enfermeiro ao classificar o risco. Os dados obtidos dão conta de que há um consenso entre os enfermeiros de que o protocolo sugerido prioriza o atendimento à Síndrome Coronariana Aguda, identifica mais facilmente os fatores de risco para Infarto Agudo do Miocárdio, além de melhor identifica o tipo de dor. Dentre as avaliações sobressaem as considerações positivas em utilizar o protocolo sobre as negativas. Os enfermeiros em geral consideram o protocolo sugerido aplicável ao serviço, pois fundamentou sua prática e proporcionou respaldo em sua conduta.

Palavras-chave: Dor torácica; Infarto Agudo do Miocárdio; Assistência em Enfermagem; Classificação de Risco; Protocolos.

Abstract: Qualitative descriptive study aimed to identify the evaluation of nurses in the Emergency Department of a University Hospital in Southern Brazil to use a specific protocol to classify Nursing chest pain . Interviews with seven nurses participants through semi-structured, between January and February 2014 were performed. Data analysis used descriptive statistics by absolute numbers and percentages. The protocol used was constructed, validated and is used in the Albert Einstein Hospital in Sao Paulo / SP. Include the characteristics of chest pain, risk factors, cardiovascular history and possible flowcharts referrals that lead to action by nurses to rate the risk. Data obtained realize that there is a consensus among nurses suggested that the protocol prioritizes compliance with Acute Coronary Syndrome, more easily identifies risk factors for Acute Myocardial Infarction, and better identifies the type of pain. Among the positive reviews the highlights considerations in using the protocol on the negative. Nurses generally consider the suggested protocol applicable to service as their practice ground and provided support in their conduct.

Keywords: Chest pain; acute myocardial infarction; Nursing Assistance; Risk Rating; Protocols

Introdução

A dor torácica é apontada como uma das principais queixas referidas pelos pacientes que procuram os atendimentos de emergência. De acordo com estudos da Sociedade Brasileira de Cardiologia, a estimativa é que 4 milhões de pessoas são atendidas por dor torácica anualmente no Brasil (BASSAN *et al.*,2002). Cerca de 5 a 15% dos pacientes que referem dor torácica são diagnosticados com Infarto Agudo do Miocárdio, ou seja, em dados relativos 400 mil por ano em nosso país (BASSAN *et al.*; 2002).

Considerando que esta dor é o sintoma clássico da Síndrome Coronariana Aguda, a atenção precisa ser redobrada em vigência deste tipo de dor. Os enfermeiros que atuam em um serviço de Emergência, na Classificação de Risco, precisam estar atentos em vigência da dor torácica. Frequentemente estes

profissionais deparam-se com a dor torácica por isquemia e diante de sua subjetividade, avaliar e classificar a dor torácica não se constitui em tarefa simples. (ARAUJO; MARQUES, 2007).

Nesse contexto, emerge como tecnologia do cuidado e instrumento para o embasamento da prática de Enfermagem, os protocolos assistenciais que vem ao encontro das necessidades dos enfermeiros para a tomada de decisão durante a classificação de risco.

Com relação aos eventos coronarianos, a redução de casos como o Infarto Agudo do Miocárdio na Síndrome Coronariana Aguda (SCA) ocorre mediante uso de diretrizes com evidência científica comprovada. O uso de protocolos clínicos é útil para otimizar a qualidade do atendimento (FARIAS; MOREIRA, 2012).

Atualmente no Brasil, especificamente ao abordarmos a prática dos profissionais enfermeiros, há que se considerar a escassez de estudos que tratam sobre a utilização de instrumentos que auxiliam a conduta dos profissionais, os protocolos. O uso de protocolos na área da saúde vem a ser uma evolução para o cuidado, à medida que vem com a finalidade de proporcionar embasamento científico ao profissional (SCHNEID, 2003).

O Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco surgiu com a finalidade de melhor “coordenar” a ordem do atendimento, excluindo a ordem de chegada e incluindo a classificação da gravidade ou fatores de risco associados que predisponham a um possível risco ameaçador à vida.–Para a classificação de risco é necessário o trabalho de um profissional de enfermagem de nível superior munido de um instrumento que fundamente a condução do caso e avalie a gravidade ou o potencial de agravamento do caso. Os protocolos assistenciais sistematizam a ação do profissional, além de serem fundamentais para a efetiva classificação de risco e avaliação da vulnerabilidade do paciente (BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva emerge a seguinte pergunta de pesquisa para o estudo: **Qual a avaliação dos enfermeiros de um Serviço de Emergência Hospitalar ao utilizar em sua**

conduta durante a Classificação de Risco um protocolo específico para a avaliação da dor torácica?

Dessa forma, essa pesquisa objetivou: identificar a avaliação dos enfermeiros do Serviço de Emergência de um Hospital Universitário do Sul do Brasil ao utilizar um protocolo de Enfermagem específico para avaliar a dor torácica.

Metodologia

Estudo quantitativo descritivo realizado em Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco (SACR) do Setor de Emergência de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Atualmente o serviço deste estudo utiliza para a Classificação de Risco, um instrumento adaptado do protocolo de Manchester (MACKAWAY-JONES, 1997) confeccionado por um profissional médico da instituição, o qual é utilizado no serviço por consenso entre a equipe médica e de enfermagem deste a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco na instituição, há cerca de 3 anos. O referido instrumento adaptado é comum para todas as queixas referidas pelos pacientes.

No período janeiro a fevereiro de 2014 foi utilizado como experiência no serviço um protocolo específico de Enfermagem para a dor torácica, qual seja o protocolo Fluxograma da Triagem Cardiológica de Enfermagem. Esse instrumento é utilizado no Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), que é um serviço brasileiro de referência ao atendimento à saúde, desde 2010. No referido ano, esse hospital instituiu em sua unidade cardiológica, um protocolo de classificação de risco específico para a Enfermagem na avaliação dor torácica, com a finalidade de reconhecer precocemente um quadro de síndrome coronariana aguda que predisponha a um dano por vezes irreversível. O protocolo de enfermagem desenvolvido no HIAE auxilia o enfermeiro a determinar a gravidade com maior agilidade levando ao atendimento mais rápido e seguro. Embora o serviço em questão não seja referência ao atendimento para a dor torácica, este é sintoma principal em vigência da Síndrome Coronariana Aguda. Assim esta demanda que requer um atendimento especializado, qualificado e seguro.

Para a efetivação dessa experiência foram convidados a participar os enfermeiros que atuam no serviço de emergência hospitalar, de acordo com os critérios de inclusão: ser enfermeiro efetivo da instituição ou residente; atuar no Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco e aceitar participar no estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, foi apresentado a cada enfermeiro o instrumento para a avaliação da dor torácica, bem como fornecida as devidas orientações para a sua utilização. Foi demonstrado a cada enfermeiro o passo-a-passo do funcionamento do protocolo, a sua estrutura, os fluxos de encaminhamentos e a condução para cada caso. Após a demonstração do protocolo foi solicitado a cada enfermeiro que o aplicasse a todo o paciente que procurasse o serviço referindo dor torácica como queixa principal. Cabe ressaltar que a utilização do protocolo do HIAE sugerido neste estudo para a avaliação da dor torácica não excluiu em nenhum momento o protocolo institucional do SACR do HU, utilizado atualmente. Dessa forma o protocolo do HIAE foi aplicado como um instrumento “complementar” para o serviço.

Após a experiência da aplicabilidade do protocolo, a mesma foi avaliada pelos 07 enfermeiros participantes (três enfermeiros residentes e quatro enfermeiros efetivos). A somatória das classificações de risco realizadas pelos enfermeiros nos proporcionou um quantitativo de sessenta e sete classificações de risco de pacientes que procuraram o serviço referindo dor torácica como queixa principal no período estipulado para a pesquisa. Os dados obtidos que caracterizam os pacientes não serão abordados neste estudo, pois serão analisados num outro manuscrito.

A coleta de dados ocorreu no recorte temporal de janeiro a fevereiro de 2014, onde se utilizou como instrumento a entrevista semi-estruturada. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas pela pesquisadora.

Como técnica de análise, utilizou-se a estatística descritiva, ciência que consiste na organização, análise e descrição de um conjunto de variáveis com o intuito de maior

entendimento dos dados que representam (BARBETTA; REIS; BORNIA, 2004)

O estudo seguiu os princípios éticos com o indivíduo de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - CEP/UFSC, sob protocolo nº 12.494 e pela instituição em estudo. Para resguardar o sigilo e o anonimato dos sujeitos da pesquisa, optou-se por identificá-los como Enfermeiro (E), seguida pela ordem alfanumérica (1 a 7).

Resultados

Estes resultados retratam as respostas dos sete enfermeiros para cada uma das cinco perguntas do roteiro semi-estruturado. Cada tabela a seguir caracteriza o conjunto das respostas dos enfermeiros agrupadas para cada pergunta. Em conjunto estes resultados refletem a percepção dos enfermeiros ao utilizar o protocolo de dor torácica do HIAE durante a classificação dos 67 casos de dor torácica deste estudo.

Tabela 2 - Distribuição da avaliação da Utilização do Protocolo: Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem do HIAE, Florianópolis–SC, 2014

Enfermeiros	Positivo	Negativo
Enfermeiro 1	Prioriza o atendimento a SCA	
Enfermeiro 2	Amplia a visão	Não indicaria ECG
Enfermeiro 3	Identifica fatores de risco	É longo
Enfermeiro 4	Boa noção para suspeita de IAM	
Enfermeiro 5	Com o passar do tempo Será útil	Complicado para usar no início
Enfermeiro 6	Guiou melhor a conduta	
Enfermeiro 7	Fácil aplicação	
Total	7	3

Fonte: Dados obtidos pela autora (2014)

Os enfermeiros avaliaram a utilização do instrumento abordando os aspectos positivos e negativos. Em relação aos aspectos positivos 100% reportaram que a utilização do protocolo proporcionou melhores condições para conduzir à terapêutica e o cuidado ao paciente com dor torácica. Foram apontados o fato do instrumento utilizado fornecer prioridade no atendimento à Síndrome Coronariana Aguda (SCA) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), proporcionar identificação mais clara dos fatores de risco, e o fato de ser um protocolo de fácil aplicação.

Protocolos clínicos assistenciais são considerados como instrumentos de tecnologias em saúde, à medida que são documentos que estabelecem critérios ou condução preconizada para o agravo em questão (BRASIL, 2011). Schneid *et al.* (2003) reforça esta perspectiva ao afirmar que os protocolos clínicos são recursos tecnológicos, embasados cientificamente com o propósito de auxiliar o profissional da saúde durante a prática clínica, os beneficiando ao lado de recursos humanos, físicos e materiais. No entanto, o benefício esperado para o atendimento à saúde do paciente vem sendo prejudicada pela falta de estudos e recursos destinados a esta tecnologia (SHNEID, *et al.* 2003).

A variedade de condições clínicas que geram a dor torácica exige uma classificação rápida para o aumento do prognóstico destes pacientes que muitas vezes podem estar desenvolvendo um quadro de Síndrome Coronariana Aguda (SANTOS; ARAÚJO, 2003). No entanto, estudos apontam que a dor torácica está presente em 70% dos casos de Infarto Agudo do Miocárdio (HIGA; ATALLAH *et al.*, 2004).

O Infarto Agudo do Miocárdio é a necrose de parte do músculo cardíaco consequente da isquemia que é causada pela obstrução da irrigação sanguínea ao coração por uma das artérias coronárias. Geralmente esta obstrução ocorre por um embolo ou trombo e pode ocorrer em localizações e intensidades diferentes, dependendo da artéria coronária afetada. (BOUNDY, *et al.*, 2004). De acordo com estudos da American Heart Association, os protocolos são essenciais para a avaliação segura dos casos de dor torácica, pois auxiliam na internação

imediate dos casos graves assim como na identificação dos chamados casos de dor torácica de baixo custo, aqueles sem diagnóstico grave. Embora a maioria dos pacientes com dor torácica não seja diagnosticado com uma condição de risco de vida, o enfermeiro precisa distingui-los daqueles que necessitam de tratamento emergente (EZRA *et al.*, 2010).

A dor torácica é um sintoma de amplitude social, uma vez que atinge milhares de pessoas por todo o mundo (BASSAN *et al.*, 2002). Dentre as causas que podem culminar em dor torácica como causa psicológica, pulmonar, digestiva, ósseo-muscular, aquelas originadas no aparelho cardiovascular são as mais temidas pelos profissionais de saúde e população em geral. Temor este, relacionado aos altos índices de mortalidade por isquemia cardíaca (BASSAN *et al.*, 2002). Por esta razão a causa cardiovascular é a mais percorrida neste estudo.

Corroborando esta ideia Marques (2010) afirmam que para a correta avaliação e manejo da dor torácica torna-se indispensável a aplicação de um protocolo e da educação continuada para melhor embasar a atuação do enfermeiro (MARQUES, 2010)

A dor torácica é um achado clínico importante para a investigação do distúrbio que o paciente possa estar apresentando e para a definição do diagnóstico. O chamado quinto sinal vital, a dor, vem tomando proporção maior para os enfermeiros na literatura acerca de sua valorização na última década. Apesar disso, a avaliação da dor segue como um desafio ao enfermeiro durante a Classificação de Risco, uma vez que o ato de medir este sintoma está relacionado à observação, escuta qualificada e acima de tudo em acreditar na queixa de dor referida (MORAIS *et al.*, 2009).

Ao considerar os aspectos negativos, de avaliação do protocolo, se observou afirmação do “enfermeiro 2” de que não indicaria o Eletrocardiograma (ECG), visto que a solicitação deste exame na instituição não é respaldada para que o profissional enfermeiro o realize. No HIAE, instituiu este protocolo, a solicitação do ECG pelo enfermeiro é uma prática de rotina e assegurada pelo protocolo. Soares (2007) discuta essa situação ao apontar que devido ao alto grau de mortalidade

cardiovascular, o enfermeiro durante a classificação de risco precisa priorizar o atendimento à dor torácica. Para isto é necessário um atendimento com tempo médio de 8 minutos entre a chegada do paciente à Emergência e a realização do ECG, visando reduzir o tempo entre chegada, diagnóstico e tratamento. A maioria dos casos de morte por IAM ocorrem nas primeiras horas do início dos sintomas, sendo 40 a 65% na primeira hora e aproximadamente 80% nas primeiras 24 horas (PIEGAS *et al.*, 2009). Quando respaldado por um protocolo validado e institucionalizado torna-se viável a rotina da solicitação de Eletrocardiograma pelo enfermeiro, assim como acontece no HIAE. Marques (2010) reafirma esta necessidade ao abordar que é nítida a necessidade da implantação de um protocolo avaliar e classificar a dor torácica, visto que quando o enfermeiro indica o ECG em seguida à classificação de risco, agiliza o processo e evita atraso do diagnóstico. Ratificando esta necessidade, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (BASSAN *et al.*, 2002,) considera é primordial que o diagnóstico de IAM por meio do ECG seja realizado até 10 minutos da chegada do paciente, tempo-ouro para o início da terapêutica adequada. Assim à medida que o protocolo está institucionalizado os papéis dos membros da equipe de saúde ficam bem definidos.

A resposta do “enfermeiro 3” evidencia a sua consideração quando relata que o protocolo “é longo”. O protocolo já validado no serviço de referência HIAE é um instrumento que contempla e resgata as diversas possibilidades de agravos, sintomatologias e características que tendem a prever um quadro clínico de gravidade. Desta forma como um documento completo, no sentido de esgotar as possibilidades de gravidade, tornando-o mais extenso que o instrumento utilizado atualmente no setor.

Os protocolos assistenciais referem-se à organização do serviço, e, sobretudo, à organização do processo de trabalho da equipe de saúde. De acordo com a colocação do “enfermeiro 5” existe o pensamento de que inicialmente possa ser “difícil” utilizar uma nova tecnologia e com “o passar do tempo” possa ser útil. Essa concepção denota o período comum considerado

para adaptação de um protocolo assistencial. A incorporação de um protocolo assistencial depende do conhecimento do profissional de saúde em como utilizá-lo corretamente e do compromisso do profissional, o que geralmente requer tempo para adaptação da nova tecnologia. Além disso, para o sucesso da adoção do protocolo, este deve corresponder às expectativas e demandas do serviço e dos profissionais (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Mediante a relevância da dor torácica, da sua importância social e econômica, os estudos relacionados a construção de protocolos de Enfermagem ainda são escassos o que justifica a análise deficitária dos dados com relação à atuação do enfermeiro frente ao paciente com esta sintomatologia nos serviços de Emergência (MARQUES, 2010). Fernandes *et al.* (2009) corroboram com esta situação em saúde ao discorrer que existem poucos estudos de Enfermagem na abordagem de protocolos assistenciais, principalmente tratando-se de situações agudas em Emergência e particularmente para Síndrome Coronariana Aguda.

Tabela 3 - Distribuição da avaliação das vantagens e/ou desvantagens em utilizar o protocolo: Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem do HIAE, Florianópolis–SC,2014.

Enfermeiros	Positivo	Negativo
Enfermeiro 1	É bem completo	É extenso
Enfermeiro 2	Identifica mais fácil o tipo de dor, atendimento mais rápido	Complicado com duas folhas
Enfermeiro 3	Classificação mais qualificada, avalia melhor os riscos	É extenso
Enfermeiro 4	Ajuda a classificar melhor a dor	
Enfermeiro 5	Auto-explicativo	Muito longo
Enfermeiro 6	Auxilia na classificação, triagem mais correta, encaminha certo como	Longo e demorado

Enfermeiro 7	proceder Agiliza o processo, auxilia o enfermeiro na classificação	A instituição não aceitará pedido de ECG assinado pelo enfermeiro
Total	7	6

Fonte: Dados obtidos pela autora (2014)

Observa-se no conjunto destes dados, que 100% dos enfermeiros avaliaram de forma positiva o protocolo em relação às suas vantagens. Os profissionais afirmaram que utilizar este protocolo propiciou uma Classificação de Risco mais correta, qualificada e com identificação mais fácil do tipo de dor. Estudos consideram que é fundamental relacionar os fatores de risco com a descrição da dor, que geralmente em caso de IAM é referida como de forte intensidade em “queimação, aperto, opressão ou sufocação” e superior a 30 minutos, podendo ou não irradiar para os braços, mandíbula, pescoço ou estômago. Para que esta identificação seja fundamentada, o uso de protocolos assistenciais se torna imprescindível (OLIVEIRA; LEITÃO; RAMOS, 2009). Em casos mais incomuns, considerados atípicos, como descritos no protocolo do HIAE, o paciente pode estar apresentando dificuldade para respirar, náuseas, vômitos, vertigem, desmaio, suor frio e palidez. Contudo a sintomatologia nos casos atípicos pode ser branda (OLIVEIRA; LEITÃO; RAMOS, 2009)

Tabela 4 - Distribuição da avaliação da estrutura, formato e fluxos de encaminhamentos contidos no Protocolo: Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem do HIAE, Florianópolis–SC, 2014

Enfermeiros	Positivo	Negativo
Enfermeiro 1	Fácil compreensão	
Enfermeiro 2		Deveria ser de apenas uma folha
Enfermeiro 3		Já estamos acostumadas a usar o outro

Enfermeiro 4		Não tem a cor laranja
Enfermeiro 5	Auxilia bastante na tomada de decisão; é auto-explicativo	É mais demorado
Enfermeiro 6	Contém bastante informações	Um pouco complicado de entender
Enfermeiro 7	Facilita encaminhamento e tomada de decisão	
Total	4	5

Fonte: Dados obtidos pela autora (2014)

Em relação à estrutura e formato foi demonstrado que a percepção do enfermeiro de que o protocolo é um documento extenso, quando comparado ao que é adotado na instituição atualmente. O “enfermeiro 5” afirma ser “mais demorado” para preenchimento e aplicabilidade. Em contrapartida, coloca que “auxilia na tomada de decisão e é auto-explicativo”. Percebe-se que apesar de ser um protocolo mais extenso que o utilizado atualmente pode-se considerar que aborda uma visão mais detalhada da condição clínica que o paciente com dor torácica possa estar apresentando. Esse fator a princípio percebido como negativo poderá ser um diferencial na classificação de risco da dor torácica, conferindo segurança para o enfermeiro ao avaliar amplamente a dor e principalmente agilidade no atendimento na proporção em que sanar as dúvidas do profissional de saúde que poderá identificar mais rapidamente uma condição clínica grave. A rápida e correta avaliação da dor torácica desde a chegada do paciente no hospital interfere não somente na diminuição de riscos e agravos ao paciente, como economicamente, à medida que evita terapêuticas e encaminhamentos inadequados e internações desnecessárias (BASSAN *et al.*, 2002).

Justifica-se a necessidade de implantação de um protocolo específico para a dor torácica pelo fato de que o tempo que decorre do início da dor e a sua correta avaliação é fundamental para definir o diagnóstico e principalmente o tratamento do IAM. Quando existem dúvidas de classificação da gravidade, com conseqüente atraso do encaminhamento adequado existe aumento proporcional do risco de mortalidade (PIEGAS *et al.*,

2004). Bassan *et al* (2002) corroboram com esta afirmação ao discorrerem que à falta de domínio e de fundamentação para a abordagem do paciente com dor torácica por parte do enfermeiro durante a classificação da gravidade tende a ocasionar o retardo do atendimento terapêutico.

O protocolo proposto considera as cores vermelho (emergente), amarelo (urgente) e verde (não-urgente), diferente do protocolo da instituição que além destas cores considera também a cor laranja (muito-urgente). Uma resposta também negativa na avaliação do “enfermeiro 4” traz essa consideração da diferença de ambos. Cabe ressaltar aqui que o protocolo do HIAE proporciona maior autonomia ao enfermeiro ao permitir, por exemplo, que indique o exame ECG como discutido anteriormente. A realização mais rápida do ECG, sem necessariamente ser uma indicação exclusiva da medicina auxilia na condução terapêutica com maior agilidade e exclui a necessidade de maior número de cores graduais para avaliação da gravidade do quadro clínico.

Outro aspecto importante na discussão estrutural do protocolo é a sua apresentação impressa. O enfermeiro 2 considera que “deveria ser de apenas uma folha”. O documento original desenvolvido no HIAE é impresso em apenas uma folha utilizando-se uma fonte menor. Optou-se neste estudo em distribuí-lo em duas folhas para proporcionar melhor visibilidade ao enfermeiro. A proposta inicial deste estudo trata de que se este protocolo sugerido fosse avaliado majoritariamente como positivo, seria apresentado à Diretoria de Enfermagem da instituição e adaptado de acordo com a necessidade e comodidade dos profissionais enfermeiros de acordo com a sua própria avaliação. Logo, seria de fácil realização a reestruturação desse instrumento, conforme sugerido pelos sujeitos desse estudo.

Tabela 5 - Distribuição da avaliação da diferença em utilizar o Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem e do Protocolo Institucional Adaptado de Manchester

Enfermeiro	Positivo	Negativo
Enfermeiro 1	Classificação mais adequada	Mais extenso
Enfermeiro 2	Este é mais completo; O outro é incompleto	
Enfermeiro 3	Identifica melhor o risco de uma situação grave; O outro é incompleto	
Enfermeiro 4	Este é completo, dá a noção de fatores de risco; O outro é incompleto	
Enfermeiro 5	Para a dor torácica esse é melhor, é mais explicativo. O nosso é mais rápido, mas é muito genérico	
Enfermeiro 6	É mais completo, facilita a identificação de um evento cardíaco; Da instituição é mais genérico	
Enfermeiro 7	Este dá mais segurança para classificar a sintomatologia do paciente	
Total	7	1

Fonte: Dados obtidos pela autora (2014)

Identifica-se 100% de avaliações positivas para utilizar o protocolo do HIAE em relação ao protocolo institucional. O consenso das respostas dá conta de que o protocolo do HIAE “é mais completo” para a avaliação da dor torácica. Um protocolo assistencial está em consonância com a realidade de um serviço quando contempla as situações previstas e imprevistas, o que caracteriza um instrumento mais “completo”. Ao abordar o protocolo institucional adaptado do protocolo de Manchester, devem-se considerar os riscos no emprego de protocolos. Algumas vezes as adaptações de protocolos internacionais nem sempre estão apropriados ou bem adaptados às necessidades do serviço, pois não são abrangentes e não consideram todas as questões, inclusive as imprevistas. Para esta apropriação é fundamental a realização de estudos acerca do público-alvo, profissionais, vantagens e desvantagens envolvidos (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Aconselha-se para a classificação de risco adequada, considerando as situações imprevistas, que o enfermeiro identifique junto ao paciente as características da dor torácica em típica ou atípica. Em alguns casos o paciente pode desenvolver a síndrome pós IAM com dor torácica que deve ser diferenciada da recidiva, do infarto pulmonar e da insuficiência cardíaca congestiva (BOUNDY *et al.*, 2004)

Quando não sustentados por critérios adequados às reais demandas do serviço, os protocolos podem instituir processo de trabalho fragmentado e sem planejamento, não garantindo impactos positivos na saúde das pessoas (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Tabela 6 - Distribuição da avaliação da aplicabilidade do protocolo ao serviço: Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem ao acolhimento da emergência, Florianópolis–SC, 2014

Enfermeiro	Positivo	Negativo
Enfermeiro 1	Sim, menor tempo para o atendimento	
Enfermeiro 2	Sim	Enfermeiro indicar

		ECG é complicado no serviço
Enfermeiro 3	Sim, ajuda a classificar. Identifica melhor os casos graves	
Enfermeiro 4	Sim, pois temos muitos casos de dor torácica	
Enfermeiro 5	Sim, precisa apenas se habituar a usar	
Enfermeiro 6	Sim	Mas precisa ser melhorado para aplicação mais rápida
Enfermeiro 7	Sim, pela facilidade da aplicação e diferenciação dos casos de dor torácica	
Total	7	2

Fonte: Dados obtidos pela autora (2014)

Verifica-se quanto à aplicabilidade ao serviço, 100% de avaliações positivas dos enfermeiros em relação à implementação do protocolo de dor torácica do HIAE para o SACR do SEA/HU. Quando são adequados às necessidades dos profissionais de saúde e à demanda característica do serviço, os protocolos assistenciais tendem a responder satisfatoriamente, trazendo segurança aos profissionais (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Observa-se a correlação das respostas do “enfermeiro 1”, do “enfermeiro 3” e do “enfermeiro 7”, quando afirmam que o protocolo utilizado possibilitou menor tempo de atendimento, melhor identificação dos casos graves e melhor diferenciação dos casos de dor torácica, ou seja, relacionam os benefícios para a classificação de risco da dor torácica. Nos atendimentos em emergência, um instrumento científico específico para a dor torácica, ou associada a outros sintomas sugestivos de Síndrome Coronariana Aguda facilita a tomada de decisão do profissional de saúde durante a Classificação de Risco (HOFFMANN *et al.*, 2012)

Considerações Finais

Identificar a avaliação dos enfermeiros ao utilizar o protocolo para dor torácica foi um aspecto essencial para reconhecer a validade do instrumento para o serviço. Um protocolo assistencial, só se torna efetivo quando abrange as necessidades específicas do público atendido e quando corresponde às expectativas dos profissionais de saúde que o utilizarão.

A avaliação dos enfermeiros que utilizaram o protocolo reflete a necessidade de uma tecnologia em saúde consistente e eficaz para uma classificação de risco segura. Contudo, algumas adaptações simples necessitam ser realizadas a fim de instituir um protocolo de acordo com a necessidade dos profissionais e a realidade do serviço em questão.

Houve prevalência das avaliações positivas em relação às negativas. Quanto às positivas, o uso do protocolo foi importante pra sanar as dúvidas de classificação, torná-la mais rápida, segura, pautar a prática do profissional de Enfermagem durante a classificação de risco. As avaliações negativas consideram principalmente o formato impresso do protocolo e sua extensão. O formato poderá ser facilmente reformulado de acordo com a necessidade dos profissionais e do serviço. Quanto à sua extensão, fica evidente que um instrumento específico a fim de descartar diversas as condições clínicas graves tende a conter mais informações que os instrumentos generalistas. Situação que poderá ser superada satisfatoriamente mediante tempo de adaptação dos profissionais.

O estudo possibilitou reconhecer que o protocolo sugerido está em consonância com a realidade da atuação dos enfermeiros na classificação de risco, que utilizam atualmente um instrumento generalista, não direcionado à Enfermagem.

Referências

ARAUJO R.D; MARQUES I.R. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. **Rev Bras Enferm.** v.60, n.6, 2007

BARBETTA, P.A.; REIS, M.M.; BORNIA, A.C. Estatística para cursos de Engenharia e informática. São Paulo: Ed. Atlas S.A., 2004.

BASSAN R; PIMENTA L; LEÃES P; TIMERMAN A. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de dor torácica na sala de emergência. Definição de graus de recomendação e níveis de evidência. **Arq Bras Cardiol**, v.76, n.2, p.1-22, 2002

BOUNDY, J. *et al.* **Enfermagem Médico-Cirúrgico: Infarto Agudo do Miocárdio**. Carlos Henrique Cosendey. 3ª ed. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso Editores, v. 2, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilhas da Política Nacional de Humanização**. Cadernos de Textos. Humaniza SUS. 2011.

Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf> Acesso em: 05 jan. 2013

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

EZRA. Testing of Low-Risk Patients Presenting to the Emergency Department With Chest Pain AHA Scientific Statement, 2010 - Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/122/17/1756>> Acesso: 23 jan. 2014.

FARIAS, M.M; MOREIRA D.M. Impacto de protocolo de dor torácica sobre a adesão às diretrizes societárias: um ensaio clínico. **Rev Bras Cardiol**. v.25, n.5, p.368-76. 2012

FERNANDES, J. C.; SILVA, C. O. L.; SOUZA, S. E. M.; SILVA, P. R.; BRASILEIRO, M. E.; ARMENDARIS, M. K. Base de Dados para Elaboração de um Instrumento para Coleta de Dados de

Enfermagem na Unidade de Dor Torácica – Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2009.

HIGA, S; ATALLAH, L, *et al.* Focal Atrial Tachycardia: new insight from noncontact mapping and catheter ablation *Circulation*. V. 109, p.84-91, 2004. Disponível em: <<http://worldwidescience.org/topicpages/d/da+dor+aguda.html>. > Acesso em: 09 mar. 2014.

HOFFMANN, U.; TRUONG, Q.A.; SCHOENFELD, D.A.; CHOU, E.T.; WOODARD, P.K; NAGURNEY, J.T; POPE, J.H; HAUSER, T.H; WITE, C.S. Coronary CT Angiography versus Standard Evaluation in acute chest pain. *N Engl J Med*; v.367, n.4, p. 299-308, jul. 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de indicadores sociais. **Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; n.27, 2010.

LEMOS, C. *et al.* Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Fundação Universitária de Cardiologia. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v.24, n.4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun. 2009

MACKAWAY-JONES, K. Emergency Triage. **British Medical Journal Publishing**, 1997.

MORAIS, *et al.* Avaliação da dor como quinto sinal vital na classificação de risco: um estudo com enfermeiros. **Rev. Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 73-77, jul./dez. 2009.

EZRA, Testing of Low-Risk Patients Presenting to the Emergency Department With Chest Pain AHA Scientific Statement, 2010 - Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/122/17/1756>> Acesso: 23 jan. 2014.

OLIVEIRA, F.J.G., LEITÃO, I. M. T., A., RAMOS.I. C.,
Caracterização dos pacientes com Dor Torácica atendidos na Emergência de um Hospital Privado de Fortaleza -Ce. In: 61° Congresso de Enfermagem Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental, 2009, Fortaleza- Ce. **Anais Eletrônicos**. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben> Acesso: 29 dez. 2013.

PIEGAS, L.S; FEITOSA, G; MATTOS, L.A; NICOLAU, J.C;
ROSSI NETO, J.M, *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol.** v.93, n.6, p.179-264, 2009

PIEGAS, L.S., *et al.* III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.83, n.4, s.4, São Paulo: set. 2004

SANTOS, F.L.M.M; ARAÚJO, T.L. Vivendo o infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. **Rev Latinoam Enferm.** v.11, n.6, p.742-8. 2003

SCHNEID S, *et al.* Protocolos Clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 47, n.2, p. 104-114, abr./jun. 2003.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C.
Protocolos de Cuidado à Saúde e Organização do Serviço. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina. UFMG. Minas Gerais: Coopmed, 2009.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que a aplicação e avaliação do protocolo de Enfermagem para a Dor Torácica no Serviço de Emergência fossem viáveis, este estudo precisou ser definido em duas vertentes essenciais. A princípio o reconhecimento da demanda foco desta pesquisa, o paciente com dor torácica. Um protocolo institucional só será útil quando se encontra em consonância com o perfil atendido e o possível benefício que poderá oferecer a esta demanda justifica a sua investigação. Em um segundo momento, o protocolo precisa estar de acordo com a realidade do serviço em questão e atender às necessidades também dos profissionais de saúde.

Os Serviços de Acolhimento com Classificação de Risco são uma proposta do Ministério da Saúde com a finalidade de “administrar” a demanda de pacientes de um serviço de Emergência de modo a humanizar o cuidado, em outras palavras permite uma mudança no fluxo de atendimento ao excluir o atendimento por ordem de chegada e incluir o atendimento por ordem de maior gravidade. Atuar no SACR, contudo se constitui em uma atividade complexa para o enfermeiro. O profissional precisa ser detentor de conhecimento científico, qualificação profissional, avaliação criteriosa e tomada rápida de decisão, a fim de estipular os encaminhamentos corretos para os diferentes quadros clínicos, minimização o risco de agravos.

A dor torácica, em específico, foi a sintomatologia elencada para este estudo, visto que a avaliação da dor em si é fundamental para que o profissional ofereça um serviço de qualidade. O sintoma álgico é valioso no sentido de identificar a afecção que possa estar a gerando, à medida que forem observadas suas características e fatores de risco associados. Tratando-se da dor torácica, entende-se como principal sintoma em casos de Síndrome Coronariana Aguda, que predispõe ao Infarto Agudo do Miocárdio. Os protocolos assistenciais são tecnologias em saúde que tem o objetivo de fundamentar a prática profissional, organizar o atendimento e diminuir o tempo

para a instituição terapêutica adequada. Ao utilizar um protocolo pautado em evidência científica, a classificação de risco fica padronizada, o enfermeiro atua de forma mais segura e eficaz. Esta condição ficou evidenciada na avaliação do protocolo realizada pelos enfermeiros, que demonstrou-se majoritariamente positiva em relação ao uso do protocolo para classificar a dor torácica.

Durante esta investigação foi possível constatar que os protocolos de enfermagem, apesar de sua magnitude e comprovada eficácia para a organização do serviço e benefícios no atendimento ao paciente são pouco explorados na literatura, deixando uma lacuna importante para a assistência de Enfermagem. Esta condição demonstra a necessidade de mais estudos e maiores investimentos na temática de protocolos específicos de Enfermagem. Para este estudo optou-se por um protocolo de Enfermagem para a dor torácica construído por uma instituição de excelência, o Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo/SP. Contudo devido à falta de estudos de Enfermagem com relação aos protocolos assistenciais, particularmente para a classificação de risco da dor torácica, o estudo escolhido foi desenvolvido por um médico cardiologista.

Quanto à identificação do perfil do paciente com dor torácica atendido no serviço, embora não seja serviço de referência em cardiologia, comprovadamente existe a necessidade da incorporação de um protocolo assistencial para a dor torácica, devido à sua importância enquanto sinal indicio de uma possível condição cardiológica grave de alta incidência mundial e no Brasil e pela expressiva demanda com esta queixa a procurar o serviço.

A padronização no manejo da dor torácica interferiu significativamente para o trabalho do enfermeiro à medida que este dispõe de um instrumento de acordo com o público atendido, que fundamenta suas ações, tornando-o detentor de mais segurança e conhecimento. A utilização do protocolo organiza o trabalho da equipe de Enfermagem e unifica a linguagem dos profissionais, o que ficou evidenciado nas afirmações dos profissionais.

Os dados obtidos neste estudo que identificou o perfil do paciente com dor torácica e a avaliação do protocolo de dor torácica realizada pelos próprios enfermeiros do serviço e em vigência deste protocolo ter sido validado e utilizado em um serviço de Excelência no país, o estudo deixou evidente que este protocolo de Enfermagem para a avaliação da dor torácica durante a Classificação de Risco é passível de implantação na instituição. Desse modo, será apresentado à Diretoria de Enfermagem do HU para possível institucionalização.

REFERÊNCIAS

- ANZILIERO, F. A. **Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco**: revisão de Literatura. Trabalho de conclusão de curso da UFRS. Porto alegre, 2011.
- ALBUQUERQUE P.L.M.M; COSTA L.B; BASTOS B.B; SILVA JÚNIOR G.B. Dor precordial não usual. Relato de Caso. **Rev Bras Cardiol**. v.23, n.2, p.200-1, 2010
- ALVES, D. B; BARBOSA, M. T. S. Desigualdades na Mortalidade por Doenças Crônicas entre Idosos e sua Associação com Indicadores Socioeconômicos no Brasil. RBCEH. Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 22-33, jan./abr. 2010
- AMERICAN PAIN SOCIETY. Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain.4. Glenview, IL: American Pain Society; 1999.
- ARAUJO R.D; MARQUES I.R. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. **Rev Bras Enferm**. v.60, n.6, 2007
- BASSAN R; PIMENTA L; LEÃES P; TIMERMAN A. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de dor torácica na sala de emergência. Definição de graus de recomendação e níveis de evidência. **Arq Bras Cardiol**, v.76, n.2, p.1-22, 2002
- BARBETTA, P.A.; REIS, M.M.: BORNIA, A.C. Estatística para cursos de Engenharia e informática. São Paulo: Ed. Atlas S.A., 2004.
- BEZERRA A.A; BEZERRA A.A; BRASILEIRO M.E. A conduta de enfermagem frente ao paciente infartado. **Rev Eletrônica Enferm**. v.1, n.1, p.1-10, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as Instâncias do SUS. Série B. Textos Básicos. Brasília: 2004

_____. Ministério da Saúde. Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes. O Serviço de Urgências. Hospitais SA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. - 3 ed. ampliada – Série E – Legislação de Saúde. Brasília/DF, 2006, p.55

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. - 3 ed. ampliada – Série E – Legislação de Saúde. Brasília/DF, 2006, p.77

_____. Ministério da Saúde. Perfil da mortalidade do Brasileiro: Uma análise da situação de saúde. Brasília: 2008. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coletiva_saude_061008.pdf>. Acesso em 11 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais. Manual Operacional. Porto Alegre: 2008.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Princípios e Diretrizes. Brasília: 2008. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2013

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília/DF: 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilhas da Política Nacional de Humanização**. Cadernos de Textos. HumanizaSUS. 2011. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf> Acesso em: 09 jan. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627>. Acesso em: 03 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. DATASUS. 2013. Disponível em:<
<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 15 out. 2013.

BOAVENTURA, L.; SANTOS, C.; PASELLO, S. Atuação do Enfermeiro no Infarto Agudo do Miocárdio. **Artigonal**: Diretório de Artigos Gratuitos. 2011. Disponível em:
<<http://www.artigonal.com/authors/1166189>>. Acesso em: 08 fev. 2014.

BORDALO, A.A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Rev. Para. Med.** Belém, v.20, n.4, dez. 2006

BOUNDY, J. *et al.* **Enfermagem Médico-Cirúrgico: Infarto Agudo do Miocárdio**. Carlos Henrique Cosendey. 3ª ed. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso Editores, v.2, 2004.

EZRA, Testing of Low-Risk Patients Presenting to the Emergency Department With Chest Pain AHA Scientific Statement, 2010 - Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/122/17/1756>> Acesso em: 23 jan. 2014.

FARIAS, M.M; MOREIRA D.M. Impacto de protocolo de dor torácica sobre a adesão às diretrizes societárias: um ensaio clínico. **Rev Bras Cardiol.** v.25, n.5, p.368-76. 2012

FERNANDES, J. C.; SILVA, C. O. L.; SOUZA, S. E. M.; SILVA, P. R.; BRASILEIRO, M. E.; ARMENDARIS, M. K. Base de Dados para Elaboração de um Instrumento para Coleta de Dados de Enfermagem na Unidade de Dor Torácica – Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2009.

FERREIRA, A.M.C.; MADEIRA, M.Z.A. A Dor Torácica na Sala de Emergência: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.4, n.1, p.50-56, jan./fev./mar. 2011.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5 ed. 8. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação de Risco.** Classificação de Risco na Urgência e Emergência. 1º ed. BRASIL, 2010.

GUIMARÃES *et al.* Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio. **Revista Soc. Cardiol.** Estado de São Paulo, v.16, n.1, p.1-7, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://200.220.14.51/revistasocesp/edicoes/volume16/pdf/n01.pdf>> Acesso em: 20 mai. 2009.

HIGA, S; ATALLAH, L, *et al.* Focal Atrial Tachycardia: new insight from noncontact mapping and catheter ablation *Circulation*. V. 109, p.84-91, 2004. Disponível em: <<http://worldwidescience.org/topicpages/d/da+dor+aguda.html>. > Acesso em: 09 mar. 2014.

HOFFMANN, U.; TRUONG, Q.A.; SCHOENFELD, D.A.; CHOU, E.T.; WOODARD, P.K; NAGURNEY, J.T; POPE, J.H; HAUSER, T.H; WITE, C.S. Coronary CT Angiography versus Standard Evaluation in acute chest pain. *N Engl J Med*; v.367, n.4, p. 299-308, jul. 2012.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Histórico**. 2014 Disponível em: <<http://www.einstein.br/hospital/Paginas/sobre-o-hospital.aspx>.> Acesso em: 02 out. 2013.

IASP - International Association for the Study of Pain (IASP) Pain terms: a list with definitions and notes on usage. v.6, p. 249-252, 1979

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de indicadores sociais. **Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; n.27, 2010.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **Princípios do Manejo da Dor nos Departamentos de Emergência para Pacientes com Condições Médicas Dolorosas Agudas**. 2011. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets3&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=13141> Acesso em: 05 mar. 2014.

JONES, C.; BRISTOL, E.; JONES, F. **Reedman Nurse Practitioner Clinical Protocol Chest Pain 2013**. Disponível em:

<http://www.nursing.health.wa.gov.au/docs/career/np/mmc/chest_pain.pdf> Acesso em: 25 jan. 2014.

LEMOS, C. *et al.* Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Fundação Universitária de Cardiologia. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v.24, n.4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000400010&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun. 2009

LOPES, J. B. **Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência: revisão integrativa**. 2011. 36 p. TCC (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/37529>>. Acesso em: 8 jul. 2012.

MACKAWAY-JONES, K. Emergency Triage. **British Medical Journal Publishing**, 1997.

MAY, N. L. Manual de Operacionalização de Protocolos. **Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição**. Mom. e Perspec. Saúde - Porto Alegre, v. 13, n.1/2, jan./dez. 2000.

MARQUES, G. Q; LIMA, M.A.D.S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. v.15, n.1, p. 13-19. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf. > Acesso em: 05 jan.2012.

MATEUS, A.M.L. *et.al.* DOR – Guia orientador da Boa Prática. Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem, 2008.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de

evidências na saúde e na enfermagem. **Ver. Texto e Contexto - enferm.** Florianópolis, v.17, n.4, out./dez. 2008.

MERSKEY H, ALBE-FESSARD DG, BONICA JJ, *et al.* Pain terms: a list with definitions and notes on usage: recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain.* 1979;6:249-252

MILLER, MD.; GRANGER, Christopher B. Evaluation of patients with chest pain at low or intermediate risk for acute coronary syndrome. Gordon M Saperia, MD, FACC, 2014.

MORAIS; *et al.* Avaliação da dor como quinto sinal vital na classificação de risco: um estudo com enfermeiros. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 73-77, jul./dez. 2009.

NASI, L.A. *et al.* **Rotinas em Pronto Socorro.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

OLIVEIRA, R.M.; SILVA, L.M.S.; LEITÃO, I.M.T.A. Análise dos saberes e práticas de enfermeiras sobre avaliação da dor no contexto hospitalar. **Rev enferm UFPE** on line. v.4, n.3, p. 53-56. jul./set. 2010.

OLIVEIRA, F.J.G., LEITÃO, I. M. T., A., RAMOS.I. C., Caracterização dos pacientes com Dor Torácica atendidos na Emergência de um Hospital Privado de Fortaleza -Ce. In: 61º Congresso de Enfermagem Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental, 2009, Fortaleza- Ce. **Anais Eletrônicos.** Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben.> Acesso: 29 dez. 2013.

ORTIZ, M; BITTENCOURT, M. Protocolo de dor torácica. UTI cardiológica. Curitiba: Hospital das Clínicas. Universidade Federal do Paraná; 2010. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/gwcabral/d/49109978-Prot-Dor-Toracica.>>

Acesso em: 15 out. 2013.

PIEGAS, L.S; FEITOSA, G; MATTOS, L.A; NICOLAU, J.C; ROSSI NETO, J.M, *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol.** v.93, n.6, p.179-264, 2009

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paul. Enferm.** São Paulo, v.22, n.4, 2009.

RIOS, D.F.C; BRANDÃO, F.B; FARIA, M.N.Z; ALCANTARA, A.S; SANTOS, M.I.F.O. Tronboembolismo pulmonar como causa de dor torácica na sala de emergência. **Rev Méd Minas Gerais** v.20, p.465-8, 2010.

ROCHA, A.S.C; ARAÚJO, M.P; CARVALHO, A.F; RIBEIRO, A; MESQUITA, E.T. Evidência de melhora na qualidade do cuidado assistencial no infarto agudo do miocárdio. **Arq Bras Cardiol.** v.94, n.6, 2010

SANTOS, F.L.M.M; ARAÚJO, T.L. Vivendo o infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. **Rev Latinoam Enferm.** v.11, n.6, p.742-8. 2003

SANTORO B.D.C; PIMENTA C.A.M. Semelhanças e diferenças da dor nas síndromes torácicas: revisão sistemática da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.29, n.2, p.301-7, jun. 2008.

SCHNEID S, *et al.* Protocolos Clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição.

Revista AMRIGS, Porto Alegre, v. 47, n.2, p. 104-114, abr./jun. 2003.

SIMÃO, A.F. PRECOMA, A.D. ANDRADE, J.P. CORREA FILHO, H. Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Sociedade Brasileira de Cardiologia. v.101, n.6, s.2, dez. 2013. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf> Acesso em: 07 jan. 2013

SOARES FILHO G.L.F, *et al.* Dor torácica no Transtorno de Pânico: sintoma somático ou manifestação de doença arterial coronariana? **Rev. Psiq. Clín.**v.34, n.2, p. 97-101, 2007.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 10 jun. 2010

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR.

Hospital sem Dor, Diretrizes para Implantação da Dor como 5º Sinal Vital. BRASIL, 2013. Disponível em:

<http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp>. Acesso em 21 mar.2013.

SOUSA V.E.C; LOPES M.V.O; ROCHA D.H; PASCOAL L.M, MONTORIL, M.H; MELO R.P. Troca de gases prejudicada: análise em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Rev Enferm**. Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.545-9. 2008

SOUZA, C.C; TOLEDO, A.D.; TADEU, L.F.R.; CHIANCA, T.C.M. Classificação de Risco em Pronto-Socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n.1. jan./fev. 2011.

VIEIRA, W. F. S.; RAFAEL, D. **Protocolo de Manejo Hospitalar do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível de segmento ST**: Unidade Coronariana. Hospital de Clínicas.

Departamento de Clínica médica. Disciplina de Cardiologia. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/sites/default/files/protocolo_IAMCSST_2011.pdf>. 22 abr. 2013

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K.S.; MONTICELLI, M. Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. **Rev Bras Enferm**, Brasília. 2010 mar-abr; 63(2): 334-9.

WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Protocolos de Cuidado à Saúde e Organização do Serviço**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina. UFMG, Editora Coopmed, 2009.

APENDICES

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO 01)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL ASSOCIADO À
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Você está convidado a participar da pesquisa “**Aplicação e Avaliação de um Protocolo de Enfermagem para Dor Torácica em um Serviço de Emergência Hospitalar**” que está sendo desenvolvida pela mestranda Aline Costa Vieira sob orientação da Prof^o Dra Kátia Cilene Godinho Bertoncello.

Objetivo da pesquisa – auxiliar a equipe de Enfermagem na Classificação de Risco do paciente com dor torácica, disponibilizando um protocolo específico para esta dor e analisando seus benefícios.

Este estudo faz parte da Dissertação do Programa de Mestrado Profissional Associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Caso você concorde em participar solicitamos que assine no final deste documento. No entanto salientamos que sua participação não é obrigatória e sua recusa não trará qualquer prejuízo em relação às pesquisadoras ou discriminação e atraso no seu atendimento nesta instituição.

O estudo se concretizará com a aplicação de um protocolo para a avaliação da dor torácica durante a Classificação de Risco, elaborado e utilizado por um serviço de referência, o Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo.

Dados obtidos para o estudo – na hipótese de sua participação serão utilizados os dados referentes à sua Classificação de Risco, ou seja, seu horário de chegada, idade, queixa principal, início e tipo de dor e fatores de risco associados.

Sigilo – Contando com sua participação será garantido total sigilo em relação a sua identidade, que não será apontada durante o estudo ou em suas publicações.

Potenciais riscos – A pesquisa oferece riscos de desconforto/incômodo ao participante à medida que for abordado no sentido de participação no estudo. A abordagem poderá gerar temor ao

participante no que se refere à exposição de sua condição clínica. Desse modo, o participante será esclarecido detalhadamente acerca das etapas da pesquisa e das informações a serem utilizadas, ressaltando o sigilo absoluto de sua identidade. Terá todas as suas dúvidas esclarecidas antes e durante sua aplicação. De qualquer forma será garantida a possibilidade de desistência e retirada do consentimento.

Benefícios previstos – Esta pesquisa propõe a utilização de um instrumento científico para a avaliação da dor torácica pelos enfermeiros do Serviço de Emergência Adulto com o intuito de prevenir condutas inadequadas no manejo do paciente com esta dor e otimizar seu atendimento. Os resultados desta pesquisa serão submetidos à devida aprovação, corrigidos e posteriormente enviados à divulgação como artigo científico.

Custos – Os custos relacionados a essa pesquisa serão de inteira responsabilidade das pesquisadoras. Sua participação não acarretará em nenhum custo ou em reembolso ou gratificação.

Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou não quiser mais fazer parte dela, poderá entrar em contato pelo telefone com as responsáveis pela pesquisa a seguir: Aline Vieira (48) 9615-2850 e/ou e-mail: alievieira_spo@hotmail.com e Kátia Bertoncello (48) 9919-9084 e/ou kbertoncello@yahoo.com.br

Consentimento de Participação no Estudo

Eu, _____, declaro que li e estou de acordo em participar do estudo proposto por este documento. Fui devidamente informado (a) pela pesquisadora Aline Costa Vieira dos objetivos, dados que serão obtidos, sigilo, riscos, benefícios e custos inerentes à pesquisa. Estou ciente ainda que, posso retirar meu consentimento a qualquer momento e que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Florianópolis, _____

Assinatura do participante

APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO 02)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL ASSOCIADO À
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Com objetivo de compreender os benefícios para os enfermeiros da utilização de um protocolo de avaliação da dor torácica durante a Classificação de Risco no Serviço de Emergência de um Hospital Universitário (HU) do sul do Brasil, a mestrande Aline Costa Vieira sob a orientação da Prof^a Dr^a Kátia Cilene Godinho Bertonecello, está desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Aplicação e Avaliação de um Protocolo de Enfermagem para Dor Torácica em um Serviço de Emergência Hospitalar**”. Esta pesquisa faz parte da Dissertação do Programa de Mestrado Profissional Associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

O estudo se concretizará com a aplicação e a avaliação de um protocolo para a avaliação da dor torácica, elaborado e utilizado por um serviço de referência, o Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo.

Procedimentos da Pesquisa – mediante sua participação no estudo, em um primeiro momento você utilizará o Protocolo de Enfermagem para Dor Torácica desenvolvido pelo Hospital Israelita Albert Einstein durante sua atuação enquanto enfermeiro no Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco no HU, quando estiver escalado neste setor. Salientamos que este protocolo terá como finalidade auxiliar na designação da classificação de risco, o que não excluirá o uso do instrumento de classificação disponibilizado atualmente na instituição. Lembramos ainda que para utilizar este protocolo você receberá devido treinamento e todas as informações referentes ao estudo que serão fornecidos pelas pesquisadoras. O segundo momento da pesquisa contará com sua participação para avaliar qual o benefício de dispor deste Protocolo para Dor Torácica durante a Classificação de Risco. Esta avaliação se consumará com o preenchimento de um instrumento de avaliação disponibilizado pelas pesquisadoras ao final da coleta de dados.

Os procedimentos inerentes à implementação do estudo requerem a sua autorização mediante assinatura ao final do documento para a utilização dos dados obtidos durante a Classificação de Risco

realizada ao paciente que apresentar dor torácica como queixa principal, bem como, o registro da condição clínica deste paciente. Dados referentes à sua prática profissional enquanto enfermeiro do Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco (SACR). No entanto sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir dela sem qualquer prejuízo junto às pesquisadoras ou à instituição.

Sigilo – Com sua participação na pesquisa fica garantida a confidencialidade das informações obtidas durante a classificação de risco. Sua identidade não será apontada no decorrer do estudo e em suas publicações.

Potenciais riscos – A pesquisa oferece riscos de incômodo ao participante à medida que poderá gerar constrangimento para este em recusar a participação. Desse modo, o participante será esclarecido de que sua recusa não acarretará em quaisquer desconfortos com relação às responsáveis pela pesquisa, tampouco junto à instituição da qual é servidor. De qualquer forma será garantida a possibilidade de desistência e retirada do consentimento, sem prejuízo de nenhuma natureza.

Benefícios previstos – Esta pesquisa propõe a utilização de um instrumento científico para a avaliação da dor torácica pelos enfermeiros do Serviço de Emergência Adulto com o intuito de prevenir condutas inadequadas no manejo do paciente com esta dor, sanar dúvidas e otimizar seu atendimento. Os resultados desta pesquisa serão submetidos à devida aprovação, corrigidos e posteriormente enviados à divulgação como artigo científico.

Custos – Todos os custos referentes à pesquisa serão de inteira responsabilidade das pesquisadoras. Sua participação não acarretará em nenhum gasto ou gratificação.

Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou não quiser mais fazer parte dela, poderá entrar em contato pelo telefone com a responsável pela pesquisa a seguir: Aline Vieira (48) 9615-2850 e/ou e-mail: alievieira_spo@hotmail.com e Kátia Bertoncello (48) 9919-9084 e/ou kbertoncello@yahoo.com.br

Consentimento de Participação no Estudo

Eu, _____, declaro que li e estou de acordo em participar do estudo proposto por este documento. Fui devidamente informado (a) pela pesquisadora Aline Costa Vieira dos objetivos, dados que serão obtidos, sigilo, riscos, benefícios e custos inerentes à pesquisa. Estou ciente ainda que, posso retirar meu consentimento a qualquer momento e que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Florianópolis, _____

Assinatura do participante

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

Roteiro semi-estruturado para entrevista: Utilização do Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem: Albert Einstein Hospital Israelita

1. Dados de identificação

Nome do profissional:

Idade:

Cargo:

Tempo de trabalho na profissão:

Tempo de trabalho na instituição:

Tempo de trabalho na emergência:

Possui Pós graduação? () Não

() Sim: () Especialização. Especificar:

() Mestrado

() Doutorado

2. Roteiro para Entrevista

2.1 Como você avalia a utilização do Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem utilizado?

2.2 Como você avalia a estrutura, o formato e os fluxos de encaminhamentos contidos no Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem utilizado?

2.3 Aponte as vantagens/facilidades e desvantagens/dificuldades em utilizar o Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem pelo enfermeiro no acolhimento do HU?

2.4 Você considera este Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem aplicável para o acolhimento na emergência do HU? Justifique.

2.5 Na sua opinião qual (quais) a (s) diferença (s) em utilizar este Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem em relação ao protocolo que já vêm sendo utilizado na instituição?

APÊNDICE D – ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS

1. Dados de identificação (ENTREVISTA 1)

Nome do profissional: “Enfermeiro 1”.

Idade: 26

Cargo: Enfermeira Efetiva

Tempo de trabalho na profissão: 1 ano e 11 meses

Tempo de trabalho na instituição: 1 ano e 11 meses

Tempo de trabalho na emergência: 1 ano e 11 meses

Possui Pós graduação? () Não

(x) Sim: (x) Especialização. Especificar:

Gestão Pública

() Mestrado

() Doutorado

2. Roteiro para Entrevista

2.1 Como você avalia a utilização do Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem utilizado?

R: Acho que é valido para fazer uma classificação das síndromes coronarianas agudas. E ele possibilita um tempo de atendimento que prioriza os pacientes com sintomas compatíveis com síndrome coronariana aguda. É melhor que o adaptado de Manchester para avaliação da dor torácica.

2.2 Como você avalia a estrutura, o formato e os fluxos de encaminhamentos contidos no Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem utilizado?

R: De fácil compreensão.

2.3 Aponte as vantagens/facilidades e desvantagens/dificuldades da utilização deste Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem pelo enfermeiro no acolhimento do HU?

R: Vantagens – tem como meta o atendimento porta-eleto de 10 minutos. É bem completo.

Desvantagens – é extenso.

R: Facilidade – é um fluxograma simples, de fácil compreensão.

Dificuldade – é extenso

2.4 Você considera este Fluxograma de Triage Cardiológica de Enfermagem aplicável para o acolhimento na emergência do HU? Justifique.

Sim. Porque iria colaborar com a diminuição do tempo de atendimento a um paciente infartado, por exemplo.

2.5 Na sua opinião qual (quais) a (s) diferença (s) em utilizar este Fluxograma de Triage Cardiológica de Enfermagem em relação ao protocolo que já vêm sendo utilizado na instituição?

Este é mais extenso, porém possibilita uma classificação de risco mais adequada.

1. Dados de identificação (ENTREVISTA 2)

Nome do profissional: "Enfermeiro 2".

Idade: 33

Cargo: Enfermeira Efetiva

Tempo de trabalho na profissão: 4 anos

Tempo de trabalho na instituição: 4 anos

Tempo de trabalho na emergência: 3 anos

Possui Pós graduação? () Não

(x) Sim: (x) Especialização. Especificar:

Enfermagem do trabalho (em andamento).

(x) Mestrado (em andamento)

() Doutorado

2. Roteiro para Entrevista

2.1 Como você avalia a utilização do Fluxograma de Triage Cardiológica de Enfermagem utilizado?

R: Eu achei assim que ele amplia a visão, o paciente chega com tal dor tu vai seguindo, só que nesta parte aqui oh, que a gente fica no acolhimento fazendo, do eletro, eu achei que fica, não fica, como posso dizer, é difícil pro enfermeiro ficar lá vendo a hora que vai fazer, porque tu vai tocando ficha, tocando ficha, paciente chega com dor, outro que briga porque quer ser atendido. Essa parte é que eu achei mais complicada. Eu não indicaria o eletro, eu deixaria para o "doutor" (risos). Porque na hora assim oh, eu pensei, será que na rotina, como a gente vai vai fazer? Como a gente vai se organizar? Será que não vai ter intriga entre a equipe de enfermagem e médicos. Mas nada que a gente não entre num consenso igual quando começou o acolhimento, a enfermagem que era chefia com um médico que já saiu. Eles entraram num consenso, treinaram os enfermeiros, tiveram que "forçar" na cabeça da medicina e hoje eles aceitam.

2.2 Como você avalia a estrutura, o formato e os fluxos de encaminhamentos contidos no Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem utilizado?

R: No começo eu achei complicado, porque daqui tem que vir pra cá e pra cá. Deveria ser tudo na mesma folha porque ajuda e não precisa pular de uma folha para outra.

2.3 Aponte as vantagens/facilidades e desvantagens/dificuldades da utilização deste Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem pelo enfermeiro no acolhimento do HU?

R: A vantagem é que deixa o atendimento mais rápido e tu identifica mais facilmente o tipo de dor, se é uma dor típica, desconforto ou atípica. Já te ajuda a encaminhar porque às vezes tem dúvida ou deixando no amarelo e não é, poderia deixar no verde.

Desvantagem – para aprender a usar isso aqui no começo é difícil, é complicado, tem que seguir aqui e voltar, olhar, ver se perguntei isso ou não para o paciente.

Pelo que eu percebi, pelas setas apontando, às vezes complica para seguir em duas folhas, mas nada que com um treinamento não se aprenda

2.4 Você considera este Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem aplicável para o acolhimento na emergência do HU? Justifique.

R: Acredito que é aplicável, só esta questão do eletro, teria que rever, isto é mexer com medicina, ego de medicina.

2.5 Na sua opinião qual (quais) a (s) diferença (s) em utilizar este Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem em relação ao protocolo que já vêm sendo utilizado na instituição?

R: Aquele adaptado lá é fraco, meu deus, não tem nem o que falar, este aqui é completo, é como eu te falei ele vai indicando as dores, tipos e os tipos de encaminhamento, se preenche este, se preenche aquele, se é dor típica ou atípica. É 100% melhor e outra coisa a dificuldade de aplicar este no começo para quem trabalha aqui na unidade, tá, quem é que vai fazer o eletro? É o enfermeiro do acolhimento ou o enfermeiro lá dentro? Ou é um residente? Porque todo mundo quer aprender, já vê o traçado é interessante. Mas tem dia que tá calmo, mas tem dia que é uma loucura, tu não sabe para que lado olhar, estes dias eu cheguei, olhei pra Ana e ela olhou pra mim e a gente ficou assim oh: o que fazer? Ai tem que ver quem vai fazer o eletro. Porque às vezes para o

enfermeiro do acolhimento é uma ficha atrás da outra e às vezes tu pensa: ah não é nada, o paciente ta ali quietinho e pode ser um infarto, um AVC.

1. Dados de identificação (ENTREVISTA 3)

Nome do profissional: "Enfermeiro 3"

Idade: 33

Cargo: Enfermeira Residente

Tempo de trabalho na profissão: 10 anos

Tempo de trabalho na instituição: 2 anos

Tempo de trabalho na emergência: 2 anos

Possui Pós graduação? () Não

(x) Sim: () Especialização. Especificar: Saúde

Pública

() Mestrado

() Doutorado

2. Roteiro para Entrevista

2.1 Como você avalia a utilização do Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem utilizado?

R: Eu achei bem válido, vai auxiliar para triar melhor, mas achei meio longo, demorado para usar, tem vários detalhes que não perguntamos na triagem, como antecedentes cardiovasculares, hábitos como tabagismo, isso nem sempre a gente pergunta. Mas eu acho que ajuda de qualquer maneira, qualifica mais a triagem porque identifica mais fatores de risco ou não.

2.2 Como você avalia a estrutura, o formato e os fluxos de encaminhamentos contidos no Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem utilizado?

R: Para a gente usar no HU, fica um pouco confuso para aplicar na prática pois já estamos acostumadas a usar o outro modelo. Este modelo não tem a cor laranja, e como eu disse antes são muitas perguntas para a pessoa que já está com dor ter que responder. Fazer ele completo é difícil, tu não vai ter tempo para perguntar tudo isso.

2.3 Aponte as vantagens/facilidades e desvantagens/dificuldades da utilização deste Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem pelo enfermeiro no acolhimento do HU?

Vantagens – qualifica a triagem, vai avaliar melhor os riscos de ser mesmo um infarto, uma síndrome coronariana. Ele é mais específico para a dor torácica, o nosso usado é mais geral.

Desvantagens – achei ele um pouco longo, o modelo do nosso é mais objetivo porque é numa folha só, é mais objetivo. Para nós demora fazer todas aquelas perguntas.

2.4 Você considera este Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem aplicável para o acolhimento na emergência do HU? Justifique.

R: Sim. É aplicável com certeza, a gente atende vários casos de dor torácica e vai estar ajudando a classificar, vai estar facilitando. É mais um instrumento além de só a intensidade da dor, tem mais parâmetros, avalia melhor uma situação grave.

2.5 Na sua opinião qual (quais) a (s) diferença (s) em utilizar este Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem em relação ao protocolo que já vêm sendo utilizado na instituição?

R: como eu falei, apesar da dificuldade pelo tamanho, tem mais perguntas a fazer, mas ele aborda mais aspectos para identificar o risco de uma situação grave. Ele pode ser readequado para a gente ter mais embasamento. Eu acho que dá para tentar adaptar, deixar mais objetivo, numa folha só, mas é válido sim, tem essa necessidade. O nosso é incompleto, às vezes é insuficiente.

1. Dados de identificação (ENTREVISTA 4)

Nome do profissional: “Enfermeiro 4”.

Idade: 38

Cargo: Enfermeira Efetiva

Tempo de trabalho na profissão: 16 anos

Tempo de trabalho na instituição: 1 ano

Tempo de trabalho na emergência: 1 ano

Possui Pós graduação? () Não

(X) Sim: () Especialização. Especificar:

Saúde da família

() Mestrado

() Doutorado

2. Roteiro para Entrevista

2.1 Como você avalia a utilização do Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem utilizado?

R: Eu acho que ele ajudou porque no momento eu consigo ver no fluxograma um suspeita no caso de IAM ou se é uma dor atípica, acho

que ele me deu uma boa noção porque a gente tem muitos casos de dor torácica aqui.

2.2 Como você avalia a estrutura, o formato e os fluxos de encaminhamentos contidos no Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem utilizado?

R: A única coisa que ficou complicado é que nós usamos aqui o vermelho, não o laranja é aqui neste não tem. Mas eu achei legal.

2.3 Aponte as vantagens/facilidades e desvantagens/dificuldades da utilização deste Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem pelo enfermeiro no acolhimento do HU?

R: A vantagem é que o fluxograma me ajuda a avaliar maior chance de ter uma dor típica ou atípica ne, considerando os fatores de risco, considerando se a pessoa ta com o sintoma no momento, se tem antecedentes, isso ajuda.

Desvantagem – não vi desvantagem, achei bem legal.

R: Ah, é porque aqui se tem dor torácica, só ir seguindo, é parecido com o que a gente usa ali, eu achei fácil.

2.4 Você considera este Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem aplicável para o acolhimento na emergência do HU? Justifique.

R: Eu acho que dá porque a gente tem bastante caso de dor torácica e ajuda a ter uma idéia, porque chega pessoa de 60 anos e chega pessoa com 20 anos e dormência no braço, então acho que ele ajuda bastante.

2.5 Na sua opinião qual (quais) a (s) diferença (s) em utilizar este Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem em relação ao protocolo que já vêm sendo utilizado na instituição?

R: Ele te dá uma noção do que se trata os fatores de risco, antecedentes cardiovasculares, sabendo que isso influencia ne em ter uma maior chance de IAM, ajuda muito e ali no outro não tem. Esse é bem completo eu acho.

1.Dados de identificação (ENTREVISTA 5)

Nome do profissional: "Enfermeiro 5".

Idade: 29 anos

Cargo: enfermeira efetiva

Tempo de trabalho na profissão: 4 anos

Tempo de trabalho na instituição: 4 anos

Tempo de trabalho na emergência: 4 anos

Possui Pós graduação? () Não

(x) Sim:(X) Especialização. Especificar: Saúde

Pública.

() Mestrado

() Doutorado

2. Roteiro para Entrevista

2.1 Como você avalia a utilização do Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem utilizado?

R: Eu achei ele um pouco complicado de usar. Eu não tive oportunidade de usar muitas vezes, acho que umas 5 ou 6 vezes, então eu acho que talvez por isso. A primeira vez que eu usei, fiquei um pouco perdida, por mais que eu tivesse lido, vc tivesse me mostrado. Então eu achei ele um pouco difícil, mas eu acredito que com o passar do tempo, ele se torne bem útil, porque ele é bem detalhado. Só que no momento que tu vai fazer a entrevista do paciente, como tu não tinha muita intimidade com ele, prática, eu me sentia muito perdida, porque tinha que olhar para muitos itens sabe, mas eu acredito que com o passar do tempo e tendo experiência nele, assim como no de Manchester, no início também foi um pouco complicado ne. Mas por ser novo e eu ter usado pouco, pois fiquei 2 meses de férias.

2.2 Como você avalia a estrutura, o formato e os fluxos de encaminhamentos contidos no Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem utilizado?

R: Ele auxilia bastante na tomada de decisão, realmente ele traz o motivo, traz as coisas básicas que tem que perguntar para o paciente, para ver se é uma dor típica, atípica, se ele precisa ser atendido dentro de um protocolo de dor torácica ne, que fala de eletro em 10 minutos, tempo porta-agulha, porta-balão, então pra isso ele é bom porque tem fatores de risco, antecedentes, tudo isso são coisas que tem que saber. E o Manchester ele é bem mais pontual ne. Esse é um pouquinho mais demorado, ele é grande eu acho, ele é, pra ti usar assim rápido ele é um pouco grande. Eu acho o Manchester mais fácil. Ele é bem auto-explicativo sabe, mas as vezes eu ficava meio em dúvida na hora de que eu usava sabe, porque por exemplo se era só 1 já caia no dor típica, eu sentia um pouco de dúvida na hora de usar. Ele é bem auto-explicativo, acredito que com o tempo seria fácil de usar. Eu tinha um pouco de dificuldade, não com a dor típica, a dor típica era fácil de

identificar dentro desse instrumento, mas a dor atípica eu tive dificuldade.

2.3 Aponte as vantagens/facilidades e desvantagens/dificuldades da utilização deste Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem pelo enfermeiro no acolhimento do HU?

R:Eu acho que o tamanho dele, eu já falei, a desvantagem, era realmente muito longo e por não ter intimidade com ele eu acho ele meio difícil de usar, essa é a desvantagem.E a vantagem é que ele é bem auto-explicativo, não tem como tu não esquecer de nada, porque ta tudo aqui, os fatores de risco, de ne, sintomas, se tem problema na família, isso tudo explica tudo. Neste ponto ele é muito bom.

2.4 Você considera este Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem aplicável para o acolhimento na emergência do HU?Justifique.

R:Eu acho que sim. Só precisa realmente ter mais, é, mas realmente intimidade com ele, se habituar a usar, saber como usar ele adequadamente.

2.5 Na sua opinião qual (quais) a (s) diferença (s) em utilizar este Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem em relação ao protocolo que já vêm sendo utilizado na instituição?

R:Eu acho o protocolo de dor torácica, ele é mais rápido do que esse aqui, ele tem poucos pontos para se observar, só que ele é muito genérico assim, ele não traz coisas...é qualquer dor torácica. Aqui ele traz mais com casos na dor torácica cardiológica. Então neste ponto voltado para a cardiologia, esse aqui é melhor neste ponto. Mas pela facilidade e agilidade aquele é melhor, ele é mais rápido. Só que voltado para a dor torácica é melhor, é mais explicativo. Acredito que ele te leva a fazer uma triagem bem feita, cardiologicamente falando.

1.Dados de identificação (ENTREVISTA 6)

Nome do profissional: Enfermeiro 6

Idade: 27 anos

Cargo: enfermeira residente

Tempo de trabalho na profissão: 4,5 anos

Tempo de trabalho na instituição: **2 anos**

Tempo de trabalho na emergência: **2 anos**

Possui Pós graduação? () Não

(x) Sim:(X) Especialização. Especificar:

urgência, emergência e APH

() Mestrado

() Doutorado

2. Roteiro para Entrevista

2.1 Como você avalia a utilização do Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem utilizado?

O instrumento foi importante, guiou melhor a conduta a ser seguida ao realizar o acolhimento.

2.2 Como você avalia a estrutura, o formato e os fluxos de encaminhamentos contidos no Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem utilizado?

Eu achei o formato do fluxograma um pouco complicado de entender, continha bastante informações, mas ao mesmo tempo auxiliava para a triagem das cores que o paciente se encaixaria.

2.3 Aponte as vantagens/facilidades e desvantagens/dificuldades da utilização deste Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem pelo enfermeiro no acolhimento do HU?

Vantagens: auxilia na classificação por cores/gravidade.

Desvantagem: longo e demorado para aplicar. Leva mais tempo para realizar o acolhimento.

Facilidades: melhora a triagem, sendo mais corretas, pois verifica-se comorbidade e encaminha bem certo como proceder, conforme sintomas e comorbidades.

Dificuldades: de contatar o pós atendimento com o medico (diagnóstico), verificar se fez ECG....

2.4 Você considera este Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem aplicável para o acolhimento na emergência do HU? Justifique.

Ele é aplicável, mas deve ser melhorado (facilitado a leitura para aplicação mais rápida), acho que para o desfecho é complicado a enfermeira do acolhimento conseguir acompanhar.

2.5 Na sua opinião qual (quais) a (s) diferença (s) em utilizar este Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem em relação ao protocolo que já vêm sendo utilizado na instituição?

O Fluxograma de Triagem Cardiológica é bem mais completo e facilita a identificação real de um provável evento cardíaco. Já o protocolo da instituição é mais sucinto.

1. Dados de identificação (ENTREVISTA 7)

Nome do profissional: "Enfermeiro 7".

Idade: 28

Cargo: Enfermeira Residente

Tempo de trabalho na profissão: 2 anos

Tempo de trabalho na instituição: 2 anos

Tempo de trabalho na emergência: 2 anos

Possui Pós graduação? (x) Não

() Sim: () Especialização. Especificar: -

() Mestrado

() Doutorado

2. Roteiro para Entrevista

2.1 Como você avalia a utilização do Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem utilizado?

R: Achei que ele é prático, didático e de fácil aplicação.

2.2 Como você avalia a estrutura, o formato e os fluxos de encaminhamentos contidos no Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem utilizado?

R: De fácil aplicação e facilita encaminhamento e tomada de decisão.

2.3 Aponte as vantagens/facilidades e desvantagens/dificuldades da utilização deste Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem pelo enfermeiro no acolhimento do HU?

R: Vantagens – avaliação do enfermeiro, agilidade do processo, recuperação do paciente;

Desvantagens – não tem.

R: Facilidade – aplicação, agilidade.

Dificuldade – o serviço não aceitará pedido de ECG com carimbo do enfermeiro.

2.4 Você considera este Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem aplicável para o acolhimento na emergência do HU? Justifique.

R: Sim. Pela facilidade de aplicação e diferenciação do caso de dor torácica ser IAM ou não. Agilidade do atendimento do paciente.

2.5 Na sua opinião qual (quais) a (s) diferença (s) em utilizar este

Fluxograma de Triagem Cardiológica de Enfermagem em relação ao protocolo que já vêm sendo utilizado na instituição?

R: Este dá mais segurança na hora de classificar a sintomatologia do paciente.

ANEXOS

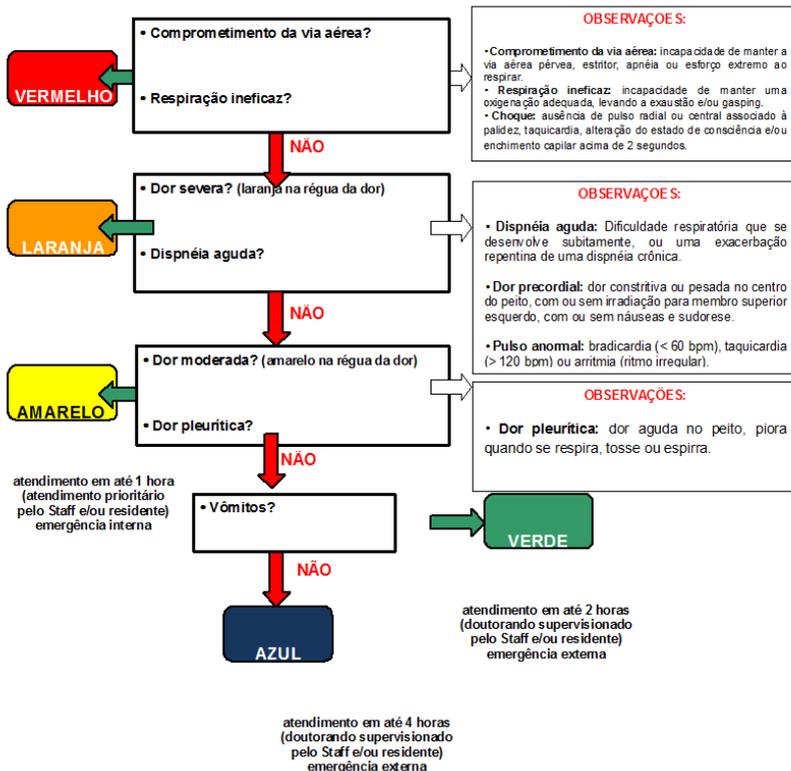
**ANEXO A - INSTRUMENTO ADAPTADO DO PROTOCOLO DE
MANCHESTER****ÍNDICE DE FLUXOGRAMAS**

Nº	QUEIXA PRINCIPAL (motivo da vinda ao hospital)	PÁGINA
01	ASMA	01
02	AUTO-AGRESSÃO (TENTATIVA DE SUICÍDIO)	02
03	CEFALEIA	03
04	COMPORTAMENTO ESTRANHO	04
05	CONVULSÕES	05
06	CORPO ESTRANHO	06
07	DIABETES, HISTÓRIA DE	07
08	DIARREIA	08
09	DISPNEIA	09
10	DOENÇA HEMATOLÓGICA	10
11	DOENÇA MENTAL	11
12	DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	12

13	DOR ABDOMINAL	13
14	DOR CERVICAL	14
15	DOR DE GARGANTA	15
16	DOR LOMBAR	16
17	DOR TESTICULAR	17
18	DOR TORACICA	18
19	EMBRIAGUES APARENTE	19
20	ERUPÇÃO CUTÂNEA	20
21	ESTADO DE INCONSCIÊNCIA	21
22	EXPOSIÇÃO A AGENTES QUÍMICOS	22
23	FERIDAS	23
24	GRAVIDEZ	24
25	HEMORRAGIA DIGESTIVA	25
26	HEMORRAGIA VAGINAL	26
27	MAL ESTAR EM ADULTO	27
28	INFECCÇÕES LOCAIS E ABSCESSOS	28
29	MORDEDURAS E PICADAS	29
30	PROBLEMAS DENTÁRIOS	30
31	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES (MEMBROS)	31

32	PROBLEMAS NASAIS	32
33	PROBLEMAS NOS OUVIDOS	33
34	PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS	34
35	PROBLEMAS URINÁRIOS	35
36	QUEDAS	36
37	QUEIMADURAS	37
38	QUEIXAS ANAIS	38
39	SUPERDOSAGEM E ENVENENAMENTO (intoxicações exógenas)	39
40	TRAUMA CRÂNIO-ENCEFALICO	40
41	VERTIGEM E TONTURAS	41
42	VÔMITOS	42

FLUXOGRAMA 18 - DOR TORÁCICA



ANEXO B - FLUXOGRAMA DE TRIAGEM CARDIOLÓGICA DE ENFERMAGEM

Fluxograma de triagem cardiológica de enfermagem

Programa Einstein de Cardiologia - UPA		UPA		Folha de triagem e registro cardiológicos - UPA	
Nome: _____ Data: ____/____/____ Pontuação: _____ Passagem: _____ Idade: _____		UPA Triagem		Chegada à UPA: Hora: _____ Enferm: Ass./COREN: _____	
3 perguntas-chave:					
A. Qual o motivo principal do atendimento? (anotar apenas UM) <input type="checkbox"/> 1. Dor torácica (0 11; 20 min 0 12 - 20 min) <input type="checkbox"/> 2. Dispneia <input type="checkbox"/> 3. Palpações anormais <input type="checkbox"/> 4. Síncopes/pré-síncope/hipotensão <input type="checkbox"/> 5. HAS/ Crise hipertensiva <input type="checkbox"/> 6. Hipertensão/ choque <input type="checkbox"/> 7. PCR <input type="checkbox"/> 8. Outros (descrever): _____		B. Possui fatores de risco? (anotar todos os existentes) <input type="checkbox"/> 1. Diabetes <input type="checkbox"/> 2. Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> 3. Dislipidemia <input type="checkbox"/> 4. Tabagismo 0 4 1 Ativo 0 4 2 Ex-tab. <input type="checkbox"/> 5. Uso regular de antiagregantes 0 5 1 nas últimas 24 h 0 5 2 nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 6. História familiar DAC/ angiosc. cr. (MJA) <input type="checkbox"/> 7. Não possui		C. Possui antecedentes cardiovasculares? (anotar todos os existentes) <input type="checkbox"/> 1. DAC: 0 1 IAM 0 1 2 Angio 0 1 3 PM Angio 0 1 4 ATC 0 1 5 Arritmia (TC, marcapólo, apneia/obstrução TC, etc) <input type="checkbox"/> 2. Outros doenças arterioscleróticas: 0 2 1 AVC AT 0 2 2 Doença cerebral vascular periférica 0 2 3 Doença de aorta 0 2 4 Doença da aorta 0 2 5 Doença da artéria renal <input type="checkbox"/> 3. Outras cardiopatias: 0 3 1 ICC 0 3 2 Arritmia 0 3 3 Valvulopatia 0 3 4 Defeito congênito 0 3 5 Outras ("especificar") <input type="checkbox"/> 4. Não possui	
D. Triagem para SCA: assinar apenas 1 destas 3 opções de fluxo baseado na seguinte principal:					
Fluxo 1: SUSPEITA DE SCA TÍPICA <input type="checkbox"/> 1.1 Dor torácica típica <small>(No sentido da descrição de pressão ou pressão ou retrosternal)</small> <input type="checkbox"/> 1.2 Síncopes/pré-síncope <small>(Neste sentido convencional. Sinais: total (mitral) fechamento)</small>		Fluxo 2: POSSÍVEL SCA ATÍPICA <input type="checkbox"/> 2.1 Dor/desconforto torácico atípico (# 1.1) ou <input type="checkbox"/> 2.2 Dor de outra localização (epigástrica, doras, peitoral, mandibular, torácica, braço) <input type="checkbox"/> 2.3 Outros sintomas atípicos (dispnéia/mal-estar súbito/náuseas/vômitos/palidez/sudorese fria/hipotensão) na ausência de sinais e/ou sintomas de trauma/infecção/GECA		Fluxo 3: SEM SUSPEITA DE SCA <input type="checkbox"/> 3. Queixa diferente dos fluxos 1 e 2 mas de causa potencialmente cardiovascular	
<input type="checkbox"/> a. Informou ser Diabético <input type="checkbox"/> b. Idade > 60a <input type="checkbox"/> c. Possui 2 fatores de risco		<input type="checkbox"/> d. Assinalou itens 1 ou 2 (lista antec. CV) <input type="checkbox"/> e. Não preenche critérios no todo		Paciente instável? (sinais vitais) <input type="checkbox"/> 3.1 Sim <input type="checkbox"/> 3.2 Não	
E. EMERGÊNCIA / ECG imediato + monitor/ acionar cardiologista					
G. Diagnóstico de Saída da UPA: 1. SCA: 0 1.1 AI 0 1.2 IAM s/ supra 0 1.3 IAM s/ supra 0 1.4 Não definida 2. Angina estável: <input type="checkbox"/> 3. Doença da Aorta* <input type="checkbox"/> 4. Embolia pulmonar 5. Síncopes-pré-síncope* <input type="checkbox"/> 6. Arritmias cardíacas* <input type="checkbox"/> 7. PCR (distúrbio rítmico) 8. ICC/ EAP/ Choque cardiogênico (BREXCHER VERSO) <input type="checkbox"/> 9. HAS/ crise hipertensiva* <input type="checkbox"/> 10. Outros diagnósticos cardiológicos <input type="checkbox"/> 11. Diagn. não cardiológico* *detalhadamente		H. Exames na UPA: 0 1. manuseios 0 2. MBI rep* 0 3. TE: 0 4. ECG stress* 0 5. MBI stress* 0 6. cine* 0 7. AngioCorTC* 0 8. RT 0 9. ECG repouso 0 10. Exames 0 11. BAP 0 12. Outros: _____		F. Seguir fluxo de triagem <input type="checkbox"/> 5. amarelo <input type="checkbox"/> 6. verde	
I. Destino: AIC: 0 1 1 médico 0 1 2 3 período avaliado Internação: 0 2 1 Não 0 2 2 Sim/UCO 0 2 3 UTI Targem: 0 3 1 HME Morumbi 0 3 2 outra hospital <input type="checkbox"/> 4. Obito		J. Saída da UPA: Data: ____/____/____ Hora: _____ Enferm/ Dr(a): Assinatura/COREN/CRM: _____			

Objetivos:

- Priorizar o atendimento a pacientes com queixas de dor torácica ou outros sintomas compatíveis com síndromes coronárias agudas (SCA);
- Agilizar o ECG inicial em sala de emergência dos casos com maior probabilidade de IAM;
- Identificar um subgrupo de pacientes com manifestações atípicas, mas com maior perfil de risco cardiovascular, visando agilizar a realização do ECG inicial em sala de emergência também nestes casos;
- Identificar com maior sensibilidade os casos de IAM em geral, em que pese uma menor especificidade na triagem.

Meta: Tempo Porta-ECG ≤ 10 min