



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE PROFISSIONAL

THÁBATA LARISSA AGOSTINI DOS SANTOS

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA O CUIDADO DE PACIENTES
COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO**

FLORIANÓPOLIS
2019

THÁBATA LARISSA AGOSTINI DOS SANTOS

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA O CUIDADO DE PACIENTES
COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO**

Dissertação de Mestrado Profissional submetido ao Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, modalidade profissional para a obtenção do Grau de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Gestão e Gerência em saúde e enfermagem

Orientadora: Dra. Eliane Matos

Apoio CAPES/COFEN

FLORIANÓPOLIS
2019

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

Santos, Thábata Larissa Agostini dos
Procedimento Operacional Padrão para Cuidado de
Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda em Unidade de
Pronto Atendimento. / Thábata Larissa Agostini dos Santos
; orientador, Eliane Matos, 2019.
112 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em
Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Cuidados de
enfermagem. 3. Enfermagem Cardiovascular. 4. Síndrome
Coronariana Aguda. 5. Emergências. I. Matos, Eliane . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. III. Título.

THÁBATA LARISSA AGOSTINI DOS SANTOS

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA CUIDADO DE PACIENTES
COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem

Profa. Nádia Chiodei Salun, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Lúcia Narazeth Amante, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Keyla Cristiane do Nascimento, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Cecília Arruda, Dra.
Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Profa. Dra. Jane Cristina Anders
Coordenadora do Programa

Profa. Dra. Eliane Matos
Orientadora

Florianópolis, 26 de julho de 2019.

Este trabalho é dedicado à minha família.

AGRADECIMENTOS

A vida não significa nada se não tivermos fé, agradeço a proteção e força ao longo do caminho enfrentando os desafios.

Aos meus pais, Antonio e Ivete, pelo exemplo de paciência, sabedoria e generosidade que encontro no meu lar. Ao apoio e encorajamento diante a minha escolha profissional. Amo Vocês.

Ao meu sobrinho e afilhado Benjamin, luz e amor de nossas vidas.

Aos meus familiares, Leandro, avós e avô (*in memorian*), tios, tias, primos e primas, que fazem parte da minha vida, do meu exemplo e me trazem boas recordações.

Os amigos, ninguém é feliz sozinho! Não tenho palavras para expressar o quanto foram significantes em minha vida, os amigos antigos e novos que contribuem com minha evolução como ser humano.

A minha orientadora Eliane Matos por estar junto comigo compartilhando seu conhecimento, ter me acolhido e ser fonte de inspiração.

Aos professores que participaram da banca de qualificação e de sustentação por aceitarem participar deste importante momento do estudo e contribuir com a evolução da pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC por seus ensinamentos e por compartilhar conhecimentos e aos enfermeiros com quem pude trabalhar ou estudar, agradeço eternamente por ajudarem no meu desenvolvimento profissional.

Aos participantes da pesquisa que disponibilizaram seu tempo e a Secretaria de Saúde de Itajaí que oportunizou a realização do estudo.

SANTOS, Thábata Larissa Agostini dos. **Procedimento Operacional Padrão para Cuidado de Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda em Unidade de Pronto Atendimento.** Dissertação Programa Pós-Graduação em Enfermagem em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Mestrado Profissional. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. 112p.

RESUMO

Introdução: Este estudo teve como objetivo identificar os cuidados de enfermagem necessários para o atendimento do paciente com síndrome coronariana aguda atendido em Unidade de Pronto Atendimento e construir um Procedimento Operacional Padrão para os cuidados de enfermagem ao paciente com Síndrome Coronariana Aguda em Unidade de Pronto Atendimento. **Metodologia:** O cenário do estudo foram as unidades de pronto atendimento de um município da região do vale do Itajaí. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a abril de 2019 e participaram 19 enfermeiros atuantes nos serviços. A construção foi guiada pelos conceitos da pesquisa metodológica e utilizou as duas etapas do modelo do *design instrucional contextualizado*. A primeira etapa de análise se deu com a coleta de opiniões dos participantes por meio de entrevista semiestruturada e revisão narrativa da literatura. A segunda etapa consistiu o design e desenvolvimento, no qual, através das entrevistas e os achados da revisão de literatura, foi elaborado o Procedimento Operacional Padrão. **Resultados:** Os resultados do estudo foram organizados em dois manuscritos, o primeiro com as categorias: identificando sinais e sintomas da síndrome coronariana aguda, definindo as condutas e proposta de cuidados de enfermagem no atendimento ao paciente. Os enfermeiros citam como cuidados necessários a realização de eletrocardiograma, limitação de esforços, estabilização na sala de emergência com monitorização cardíaca, acesso venoso, administração de medicação, coleta de exames de sangue e controle de sinais vitais. Reforçam pontos a melhorar como os registros de enfermagem, transferência do paciente ao centro de referência e treinamentos. O segundo manuscrito emergiu as categorias: instrumentos para realização do acolhimento com avaliação e classificação de risco, dificuldades na classificação da doença coronária aguda e facilidades na classificação de risco da doença coronariana aguda. Os participantes do estudo relatam dificuldades encontradas na classificação de risco, destacam que a dor é o sinal/sintoma de alerta para a classificação, porém é complexo e reforçam a importância de avaliar outros critérios como doenças preexistentes, sinais vitais e sinais clínicos. Relatam também outras dificuldades como alta demanda de pacientes e o tempo disponível para realizar a avaliação inicial do paciente. Apontaram que não há uma padronização no atendimento e que cada enfermeiro realiza a avaliação e os cuidados conforme suas experiências anteriores e/ou conhecimentos adquiridos por iniciativa individual. Aliada à prática dos enfermeiros, a revisão da literatura apontou sinais e sintomas e cuidados de enfermagem direcionados aos aspectos cardiológicos permitiu determinar os cuidados de enfermagem necessários ao atendimento dos pacientes nesta condição clínica, possibilitando a elaboração do procedimento operacional padrão, produto final da pesquisa. **Conclusão:** Os enfermeiros percebem a complexidade no atendimento da síndrome coronariana aguda, realizam os cuidados com base na sua formação e em experiências anteriores, reconhecem a importância de instrumentos que contribuam para o atendimento seguro do paciente e que apoiem a tomada de decisão do enfermeiro, para tanto a elaboração do procedimento operacional padrão vem de encontro com a necessidade apontada pelos enfermeiros e irá contribuir para o cuidado sistematizado na urgência e emergência ao paciente com síndrome coronariana aguda.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Enfermagem Cardiovascular. Síndrome Coronariana Aguda. Emergências.

SANTOS, Thábata Larissa Agostini dos. **Standard Operating Procedure for the Care of Patients with Acute Coronary Syndrome in an Emergency Care Unit.** Thesis (Masters Profesional Degree) Postgraduate Program in Nursing Care Management, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. 112p.

ABSTRACT

Introduction: This study aimed to identify the nursing care needed to care for patients with acute coronary syndrome treated at an emergency care unit and to build a standard operating procedure for nursing care for patients with acute coronary syndrome at an emergency care unit. **Methodology:** The study scenario was the emergency units of a municipality in the Itajaí Valley region. Data collection took place from January to April 2019 and 19 nurses working in the services participated. The construction was guided by the concepts of methodological research and used the two steps of the contextualized instructional design model. The first stage of analysis was the collection of participants' opinions through semi-structured interviews and narrative literature review. The second stage consisted of design and development, in which, through interviews and literature review findings, the Standard Operating Procedure was developed. **Results:** The results of the study were organized in two manuscripts, the first with the categories: identifying signs and symptoms of acute coronary syndrome, defining the conduct and proposal of nursing care in patient care. Nurses cite as necessary care electrocardiogram, effort limitation, emergency room stabilization with cardiac monitoring, venous access, medication administration, blood test collection and vital sign control. They reinforce points for improvement such as nursing records, patient transfer to the referral center, and training. The second manuscript emerged from the following categories: instruments for conducting reception with risk assessment and classification, difficulties in classifying acute coronary disease, and facilities in risk classification for acute coronary disease. Study participants report difficulties found in risk classification, highlight that pain is the warning sign / symptom for classification, but it is complex and reinforce the importance of evaluating other criteria such as pre-existing diseases, vital signs and clinical signs. They also report other difficulties such as high patient demand and the time available for initial patient assessment. They pointed out that there is no standardization in care and that each nurse performs the evaluation and care according to their previous experiences and / or knowledge acquired by individual initiative. Allied to the practice of nurses, the literature review pointed signs and symptoms and nursing care directed to the cardiological aspects allowed to determine the nursing care needed to care for patients in this clinical condition, enabling the development of the standard operating procedure, the end product of the research. **Conclusion:** Nurses realize the complexity of care for acute coronary syndrome, perform care based on their education and previous experience, recognize the importance of instruments that contribute to safe patient care and support nurses' decision-making, To this end, the elaboration of the standard operating procedure meets the need pointed out by nurses and will contribute to the systematic care in urgent and emergency care for patients with acute coronary syndrome.

Keywords: Nursing Care. Cardiovascular Nursing. Acute Coronary Syndrome. Emergencies.

SANTOS, Thábata Larissa Agostini dos. **Procedimiento operativo estándar para la atención de pacientes con síndrome coronario agudo en una unidad de atención de emergência.** Disertación (Maestría Profesional Gestión de Cuidados de Enfermería) Programa de Postgrado en Gestión de Cuidados de Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. 112p.

RESUMEN

Introducción: Este estudio tuvo como objetivo identificar la atención de enfermería necesaria para atender a pacientes con síndrome coronario agudo tratados en una unidad de atención de emergencia y construir un procedimiento operativo estándar para la atención de enfermería para pacientes con síndrome coronario agudo en una unidad de atención de emergencia.

Metodología: El escenario de estudio fue las unidades de emergencia de un municipio en la región del Valle de Itajaí. La recolección de datos tuvo lugar de enero a abril de 2019 y participaron 19 enfermeras que trabajan en los servicios. La construcción se guió por los conceptos de investigación metodológica y utilizó los dos pasos del modelo de diseño instruccional contextualizado. La primera etapa de análisis fue la recopilación de opiniones de los participantes a través de entrevistas semiestructuradas y revisión de literatura narrativa. La segunda etapa consistió en el diseño y desarrollo, en el cual, a través de entrevistas y hallazgos de revisión de literatura, se desarrolló el Procedimiento Operativo Estándar.

Resultados: Los resultados del estudio se organizaron en dos manuscritos, el primero con las categorías: identificación de signos y síntomas del síndrome coronario agudo, definición de la conducta y propuesta de atención de enfermería en la atención al paciente. Las enfermeras citan como cuidados necesarios el electrocardiograma, la limitación del esfuerzo, la estabilización de la sala de emergencias con monitoreo cardíaco, acceso venoso, administración de medicamentos, recolección de análisis de sangre y control de signos vitales. Reforzan los puntos de mejora, como los registros de enfermería, la transferencia de pacientes al centro de referencia y la capacitación. El segundo manuscrito surgió de las siguientes categorías: instrumentos para llevar a cabo la recepción con evaluación y clasificación de riesgos, dificultades para clasificar la enfermedad coronaria aguda e instalaciones en la clasificación de riesgo para la enfermedad coronaria aguda. Los participantes del estudio informan dificultades encontradas en la clasificación de riesgos, destacan que el dolor es el signo / síntoma de advertencia para la clasificación, pero es complejo y refuerza la importancia de evaluar otros criterios, como enfermedades preexistentes, signos vitales y signos clínicos. También informan otras dificultades, como la alta demanda del paciente y el tiempo disponible para la evaluación inicial del paciente. Señalaron que no hay estandarización en la atención y que cada enfermera realiza la evaluación y la atención de acuerdo con sus experiencias y / o conocimientos previos adquiridos por iniciativa individual. Aliado a la práctica de las enfermeras, la revisión de la literatura señaló signos y síntomas y la atención de enfermería dirigida a los aspectos cardiológicos permitidos para determinar la atención de enfermería necesaria para atender a los pacientes en esta condición clínica, lo que permite el desarrollo del procedimiento operativo estándar, el producto final de la investigación. **Conclusión:** las enfermeras se dan cuenta de la complejidad de la atención del síndrome coronario agudo, realizan la atención según su educación y experiencia previa, reconocen la importancia de los instrumentos que contribuyen a la atención segura del paciente y apoyan la toma de decisiones de las enfermeras, Con este fin, la elaboración del procedimiento operativo estándar satisface la necesidad señalada por las enfermeras y contribuirá a la atención sistemática en la urgencia y emergencia de pacientes con síndrome coronario agudo.

Palavras-chave: Atención de Enfermería. Enfermería Cardiovascular. Síndrome Coronario agudo. Urgencias Médicas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AACR	Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DECS	Descritores
ECG	Eletrocardiograma
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MPENF	Mestrado Profissional de Enfermagem
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
POP	Procedimento Operacional Padrão
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	19
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	21
3.1.1 Terapêutica	25
3.1.2 Atuação de enfermagem frente à Síndrome Coronariana Aguda	27
3.2 ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	29
3.3 PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	30
4 MÉTODO	33
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	33
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	35
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	38
4.4 COLETA DOS DADOS.....	39
4.5 ORGANIZAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	42
5 RESULTADOS	43
5.1 MANUSCRITO 1 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - ESTUDO METODOLOGICO	43
5.2 MANUSCRITO 2 - SÍNDROME CORONARIANA AGUDA NO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PRONTO ATENDIMENTO	61
5.3 PRODUTO - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM SUSPEITA E/OU SÍNDROME CORONARIANA AGUDA INSTALADA	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	103
ANEXOS	107

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados de 2015, o Sistema Único de Saúde (SUS) atende em torno de 71,1% da população brasileira e as unidades de emergência estão entre os serviços públicos mais procurados pela população, sejam eles as emergências hospitalares ou as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (BRASIL, 2015).

As UPA 24 horas integram a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) desde 2003, através do Ministério da Saúde, que instituiu a política de forma a estruturar e organizar as redes de urgência e emergência no país com o objetivo de integrar a atenção às urgências. O principal objetivo das UPAs é disponibilizar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes que estão em situação de urgência e emergência e prestar os primeiros atendimentos, de forma a reduzir as filas de esperas dos Prontos Socorros dos Hospitais (BRASIL, 2013; NOVAES *et al.*, 2016).

As UPA se estabeleceram como os principais componentes fixos de urgência pré-hospitalar e hoje se destacam como importantes pontos de acesso ao sistema de saúde, caracterizando-se enquanto unidades intermediárias entre a atenção básica e as emergências hospitalares. Foram pensadas considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser realizado em todas as portas de entrada do SUS (KONDER; O'DWEYR, 2015).

Embora o principal objetivo das UPA seja o atendimento de quadros agudos de urgência e emergência, Pagliotto *et al.* (2016) e Medeiros *et al.* (2018) demonstram que predominam nestes serviços os atendimentos de baixo risco ou pouca urgência, sendo que a principal queixa dos pacientes que procuram o serviço é a dor, especificamente, dor abdominal, dor em membros superiores e cefaleia, queixa esta que, muitas vezes, poderia ser atendida em Unidade Básica de Saúde.

Considerando o perfil de atendimento nas urgências e emergências, caracterizados como de baixo risco, Konder e O'Dwyer (2016) identificam que as UPA ao minimizarem a alta demanda das emergências hospitalares, passaram a atender uma demanda reprimida oriunda de um déficit nos serviços oferecidos na atenção básica e de especialidade.

Por outro lado, essas unidades passaram a atender ainda, uma demanda alternativa dos usuários, o atendimento as urgências hospitalares. Observa-se que mesmo pacientes com doenças graves, que necessitariam de uma estrutura hospitalar, em situações de emergência, buscam como primeira escolha as UPA, onde o paciente é estabilizado e transferido para um serviço hospitalar.

A busca pela oferta de uma melhor assistência à saúde em situações de urgência e emergência à população através das UPA e a reorganização da porta de entrada do usuário trouxe impactos importantes nos indicadores de saúde na dinâmica do SUS. Rocha e Fernandes (2016), ao analisarem o impacto da implantação das UPA nos municípios do estado do Rio de Janeiro em relação as taxas de mortalidade, demonstram que houve diminuição dos indicadores de mortalidade nos hospitais. No entanto aumentou em outras instituições de saúde, como nas UPA, sugerindo que mesmo com baixa demanda de pacientes graves, as mesmas possam estar recebendo as demandas de alto risco que seriam de responsabilidade dos hospitais.

A respeito do perfil das doenças graves, estatísticas do Ministério da Saúde sinalizam que as doenças crônicas não transmissíveis se destacam dentre os mais relevantes problemas de saúde da atualidade, sendo importante destacar os óbitos por infarto agudo de miocárdio, acidente vascular cerebral e angina instável (BRASIL, 2013).

As doenças cardiovasculares destacam-se como a primeira causa de mortalidade no Brasil sendo no ano de 2009 responsáveis por cerca de 30% dos óbitos e a causa de 1 milhão de internações, com custo de 1,9 bilhão de reais no âmbito do SUS. Estatísticas mundiais revelam que, somente em 2011, houve aproximadamente 20 milhões de indivíduos acometidos por doença cardiovascular (ESCOSTEGUY *et al.*, 2011; HUGUENIN *et al.*, 2016; MIRANDO; RAMPELLOTTI, 2019).

A magnitude das doenças cardiovasculares demanda que os serviços de saúde ofereçam atendimento ágil e resolutivo. É cada vez maior o número de pacientes que procuram os serviços de saúde devido a um evento agudo cardiovascular, o que requer um atendimento emergencial, pois o índice de mortalidade ocorre na primeira hora de manifestação dos sintomas (MISSAGLIA; NERIS; SILVA, 2013; PEREIRA *et al.*, 2018).

Sendo assim, no que tange as doenças cardiovasculares, as Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) têm recebido atenção específica por ser uma das maiores causas de atendimentos nas unidades de emergência e, devido à sua gravidade, o tempo de atendimento do paciente desde a sua chegada ao serviço de saúde é essencial para a sua sobrevivência.

Conforme diretrizes e recomendações, nacionais e internacionais de atendimento à SCA, o tempo alvo desde o início dos sintomas até a reperfusão é ≤ 120 minutos. O tempo alvo de chegada do paciente ao serviço e realização do ECG é de ≤ 10 minutos. O tempo alvo desde o primeiro contato médico até a fibrinólise é ≤ 30 minutos. O tempo alvo desde o

primeiro contato médico até a intervenção coronária percutânea é ≤ 90 minutos (PIEGAS *et al.*, 2015; CHEW *et al.*, 2016; NAKASHIMA; TAHARA, 2018).

Considerando que o atendimento as SCA nas UPA se tornam cada dia mais frequentes, é necessário refletir acerca das necessidades destes pacientes. As UPA como serviços de estabilização, precisam ter o manejo adequado das SCA desde a entrada do paciente na unidade até a sua transferência para o centro de referência em cardiologia, assegurando um atendimento resolutivo que minimize os danos à saúde do paciente.

Porém um dos problemas que interfere no cuidado ao paciente com suspeita ou com SCA instalada nas UPA se refere as múltiplas abordagens e a ausência de instrumentos que orientem as equipes. As abordagens indicadas no tratamento das SCA, embora estejam disponíveis em cadernos de orientação ao profissional no SUS, não são de domínio de todos os profissionais. A mortalidade nas SCA ainda continua elevada, evidenciando as lacunas que existem na prática para a implementação de padrões de atendimento (BRASIL, 2013).

Há que se considerar que a implantação das UPA é recente, por isso ainda são escassas as pesquisas relacionadas ao atendimento realizado nessas unidades, voltado para o manejo e cuidado dos pacientes. A falta de padronização do atendimento é algo que preocupa os profissionais que atuam nessa esfera de atenção (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Doravante, se faz necessário focar o olhar para a qualidade dos atendimentos prestados nestes espaços assistenciais, com vistas à segurança dos pacientes graves de maior risco, pois mesmo não sendo a grande demanda de atendimento, é uma das que mais exige dos profissionais.

As UPA, do mesmo modo que as emergências hospitalares utilizam-se do Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco (AACR) para a organização do atendimento e, conforme indicação do Ministério Saúde no Brasil. Nesse modelo prioriza-se o quadro clínico do paciente e não a ordem de chegada (BRASIL, 2009). Dessa forma busca-se acolher a queixa de todos os pacientes que procuram o serviço, diminuir o tempo de espera do paciente grave e priorizar o atendimento para os de maior risco (SANTOS *et al.*, 2014).

Nos serviços de emergência, assim como nas UPA, o enfermeiro tem sido o profissional que assume esta atividade, em função do conhecimento generalista que detém, o qual lhe confere competência técnica, científica e relacional. Também pesa nessa formatação da classificação de risco a racionalidade de recursos humanos e custos para o sistema. Assim, por desenvolver essa atribuição, o enfermeiro é o profissional que tem o primeiro contato com o paciente no AACR. É ele que realiza a primeira avaliação clínica do mesmo, sendo que para

essa atividade utiliza instrumentos institucionais pactuados de classificação de risco que o auxiliam na tomada de decisão. Utiliza também conhecimentos próprios da profissão (COFEN, 2012).

Apesar de seguir protocolos para basear a tomada de decisão da prioridade de atendimento e desenvolver o AACR, se faz necessário a elaboração de fluxos internos e de indicativos clínicos e de cuidado que orientem a avaliação e manejo de pacientes, principalmente pacientes graves com doenças cardiovasculares (SOUZA *et al.*, 2015; NAKASHIMA; TAHARA, 2018).

A atuação do enfermeiro desde a chegada do paciente é determinante para o manuseio clínico adequado, a avaliação que o profissional faz do paciente no AACR, o conhecimento acerca dos sintomas da SCA e a anamnese para identificação de fatores de predisposição determinam a priorização do atendimento, abordagem e intervenção precoce quando necessárias (CAVEIÃO *et al.*, 2014).

Neste contexto o enfermeiro, utiliza-se também da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), para o planejamento adequado da assistência de enfermagem, o que permite detectar as prioridades de cada paciente quanto as suas necessidades, fornecendo assim, uma direção para as possíveis intervenções. A SAE é um instrumento da profissão que tem por finalidade a organização do cuidado seguro ao paciente. Maria, Quadros e Grassi (2012) reforçam que quanto mais debilitado estiver o paciente mais necessário se faz a sistematização da assistência de enfermagem para que o atendimento ao paciente aconteça de maneira organizada e eficiente. Essa perspectiva vai ao encontro daquilo que Costa e Silva (2018) destacam a respeito da SAE, ou seja, ela dispõe instrumentos para gerir e otimizar a assistência de enfermagem de forma organizada, segura e dinâmica, constitui uma ferramenta norteadora para as práticas de enfermagem (COSTA; SILVA, 2018).

Em relação às SCA, Ribeiro, Silva e Lima (2016) lembram ainda que além da identificação precoce da SCA, até que o paciente seja transferido ao serviço de referência, o atendimento de enfermagem deve acontecer baseado em metas e cuidados sistematizados de forma a organizar as atribuições e prestar uma assistência de qualidade, cautelosa e centralizada.

Assim, tendo em vista a imprevisibilidade do serviço de urgência e emergência e a complexidade ao atendimento da SCA, é necessário um trabalho de enfermagem articulado, sendo o planejamento da assistência peça fundamental para o desenvolvimento de estratégias

que potencializam o trabalho em equipe e organização do ambiente assistencial (SANTOS *et al.*, 2014).

Considerando a reflexão supracitada, volto-me para a realidade atual das UPA do município onde realizo minhas atividades laborais e a importância destes serviços para o paciente do SUS. Como enfermeira, tenho inquietudes sobre o atendimento aos pacientes que apresentam SCA nesses serviços. Atendemos com segurança, em tempo hábil e adequadamente esse perfil de paciente?

Entendo que essa temática representa um importante foco de pesquisa para o município onde atuo, assim como para outras realidades nas quais as UPA integram os serviços públicos de saúde.

A alta demanda que é atribuída a esses serviços, os quais são relativamente novos na realidade brasileira, colocam a necessidade de estratégias e a criação de fluxos e protocolos internos, que assegurem aos pacientes a assistência segura.

Para Sales *et al.* (2018), as ferramentas de padronização apoiam a tomada de decisão do enfermeiro, possibilitam repensar a prática rotineira, permitem que os trabalhadores prestem cuidados padronizados aos pacientes de acordo com os princípios técnico-científicos.

Diante dessa realidade, busco respostas aos seguintes questionamentos: Como acontece o atendimento aos pacientes com síndrome coronariana aguda nas Unidades de Pronto Atendimento e quais cuidados de enfermagem, referenciados na literatura, são primordiais para o atendimento em urgência e emergência ao paciente portador de síndrome coronariana aguda (SCA)?

2 OBJETIVOS

Identificar os cuidados de enfermagem necessários para o atendimento do paciente com síndrome coronariana aguda atendidos em Unidade de Pronto Atendimento.

Construir um Procedimento Operacional Padrão para os cuidados de enfermagem ao paciente com Síndrome Coronariana Aguda em Unidade de Pronto Atendimento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo é apresentando a revisão narrativa, abrangendo a síndrome coronária aguda, seus conceitos, apresentação clínica, atuação do enfermeiro, importância do atendimento precoce na urgência e emergência para o prognóstico favorável ao paciente, aspectos referentes ao acolhimento e avaliação com classificação de risco e a utilização de procedimento operacional padrão na área da saúde.

A revisão narrativa apresenta uma discussão rica acerca de um tema, de forma a contribuir para o desenvolvimento ou o estado da arte sobre determinado assunto. Nesse tipo de revisão a subjetividade do autor representa um elemento de grande influência no desenvolvimento do estudo, permite ao pesquisador se aproximar do tema de seu estudo, perceber quais conhecimentos sobre determinado tópico estão sendo produzidos, identificar os estudos mais relevantes, além de proporcionar embasamento para uma pesquisa significativa. São basicamente, análises da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas ou digitais, baseadas na interpretação e análise crítica do autor (POLIT; BECK, 2011).

Para o desenvolvimento desta revisão de literatura buscou-se artigos científicos nas seguintes bases de dados: MEDLINE/PUBMED, SCOPUS, Web of Science, CINAHL, LILACS, BDEF e Scielo. Foram utilizados os seguintes descritores: *Cuidados de Enfermagem*, *Atención de Enfermería*, *Nursing Care*, *Enfermagem Cardiovascular*, *Enfermería Cardiovascular*, *Cardiovascular Nursing*, *Proceso de Enfermagem*, *Proceso de Enfermería*, *Nursing Process*, *Enfermagem em Emergência*, *Enfermería de Urgencia*, *Emergency Nursing*, *Síndrome Coronariana Aguda*, *Síndrome Coronario Agudo*, *Acute Coronary Syndrome*, *Triagem*, *Triage*, *Triage*, *Acolhimento*, *User Embracement*, *Acogimiento*, *Protocolos*, *Protocols*.

Os descritores utilizados para busca foram selecionados de acordo com o tema proposto, através dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e do Medical Subject Heading (MESH).

A busca foi realizada em Julho de 2018 e posteriormente atualizada com publicações pertinentes até Julho de 2019. Os critérios de inclusão do estudo foram: trabalhos em português, inglês ou espanhol, publicados nos últimos cinco anos, ou seja, de 2013 a 2018, com publicação do texto na íntegra, disponíveis gratuitamente. Os critérios de exclusão do estudo foram: editoriais; cartas; artigos de opinião; comentários; resumos de anais; artigos repetidos nas bases de dados.

Além da busca em bases de dados, foram pesquisados livros, resoluções governamentais, guias de sociedades científicas e institutos que enfocam a temática, independente do ano de publicação. Estas publicações foram incluídas na revisão sempre que trouxeram contribuições indispensáveis ao estudo da temática.

A revisão foi organizada nos tópicos: síndrome coronária aguda, acolhimento com classificação de risco, procedimento operacional padrão.

3.1 SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

A síndrome coronariana aguda permanece como a principal causa de morte no mundo ocidental. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 29% das mortes por causas conhecidas, sendo as maiores geradoras de atendimento nas unidades de emergência (HUGUENIN *et al.*, 2016; BRANT *et al.*, 2017).

Estima-se que morram, a cada dia, no Brasil, quase 500 pessoas em decorrência de infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares-cerebrais e que até 2020 a maior incidência de doenças crônicas será de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e câncer. As doenças cardiovasculares são condições crônicas, em que o paciente irá apresentar um evento agudo e necessitar de um atendimento imediato, considerando a sua gravidade (MENDES, 2011).

As estatísticas das doenças cardíacas mostram uma mortalidade elevada, demandando ações integradas do Ministério da Saúde, das sociedades científicas, dos gestores estaduais e municipais, dos profissionais de saúde e prestadores de serviços (BRASIL, 2013).

As doenças crônicas não transmissíveis e os fatores cardiovasculares possuem forte associação, há os fatores de risco não modificáveis como idade e sexo, sendo prevalente no sexo masculino, na faixa etária de 65 aos 79 anos, com a presença de fatores de risco modificáveis como hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes mellitus e tabagismo (NICOLAU *et al.*, 2014; MEDEIROS *et al.*, 2018).

Isto é ocasionado pela mudança do perfil da faixa etária da população, o aumento da exposição aos fatores de risco associados às doenças do aparelho circulatório, tais como o sedentarismo, aumento do consumo de carnes e gorduras, redução do consumo de frutas e verduras, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e aumento da prevalência de obesidade, além das desigualdades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde (SANTOS *et al.*, 2018).

A expressão síndrome coronária aguda (SCA) refere-se ao conjunto de manifestações clínicas que refletem um quadro de isquemia miocárdica aguda. A SCA apresenta-se três formas clínicas principais: angina instável, infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAM SSST) e infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAM CSST) (PIEGAS *et al.*, 2015; ASKANDAR *et al.*, 2017).

A angina instável tem sua causa relacionada à doença aterosclerótica coronariana, ocorre devido ao estreitamento da artéria coronária ocasionada por um trombo que se desenvolve em uma placa aterosclerótica interrompida que não é oclusiva. De forma menos comum, pode ocorrer também mecanismos de ativação plaquetária, inflamatórios e dos fatores de coagulação que causarão a formação de trombos, levando a vasoespasmos com maior ou menor importância, gerando redução do fluxo sanguíneo miocárdico e consequentemente isquemia miocárdica (SILVA *et al.*, 2015; PATEL; ZELTSER, 2018).

No infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST e no infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST, ocorre uma completa interrupção do fluxo coronariano para o tecido miocárdico (ASKANDAR *et al.*, 2017).

Apesar da diferenciação da SCA em três formas clínicas, todo quadro de isquemia é resultado do desequilíbrio abrupto entre a oferta e o consumo de oxigênio, cujo mecanismo mais frequente é a cessação do fluxo sanguíneo no miocárdio (PIEGAS *et al.*, 2015).

O reconhecimento dos sinais e sintomas e o conhecimento para o tratamento adequado da SCA é fundamental para o prognóstico do paciente. É através do processo fisiopatológico que o profissional consegue realizar o raciocínio clínico para a tomada de decisão correta no atendimento ao paciente, bem como, entender a oportunidade de atendimento de emergência para a sobrevivência de pacientes com doença coronariana (SPROCKEL *et al.*, 2015; DÁVILA *et al.*, 2016).

Uma das principais manifestações da SCA é a dor torácica, porém, mesmo com o indicativo desse sintoma típico, a dificuldade de se diferenciar a dor torácica de origem cardíaca é o desafio para os profissionais que prestam o atendimento inicial aos pacientes. É necessário que os profissionais confirmem a presença de angina ou doença coronariana, pois dor torácica aguda de origem cardíaca deve ser detectada precocemente e receber assistência prioritária e isto requer um raciocínio rápido e preciso, uma vez que para o próprio paciente é difícil diferenciar a percepção da dor e especificar seus sinais e sintomas (LEITE *et al.*, 2016; VIEIRA *et al.*, 2016; CLAEYS *et al.*, 2017).

Clinicamente a dor torácica aguda é avaliada por diferentes indicadores, também comuns a outros tipos de dor, como localização, tipo de início, intensidade, irradiação, tipo, duração, recorrência, desencadeamento, piora ou melhora dos fatores, sinais e sintomas associados, comorbidades, fatores de risco e história de morbidades pessoais e familiares (PIEGAS *et al.*, 2015).

Além da dor torácica como principal sintoma, o paciente pode apresentar dispneia, palpitação, fraqueza, fadiga, vertigem, síncope ou dor epigástrica. A dor se inicia na mandíbula e estende-se para o abdômen, incluindo ambos os braços, a região posterior do tórax, pescoço e estômago (CAVELÃO, 2014).

A morbimortalidade de paciente com SCA está relacionada com o início dos sintomas e o tempo de atendimento. Embora muitos avanços terapêuticos para SCA tenham ocorrido nas últimas décadas, o atraso no início do tratamento impacta no prognóstico do paciente, pois sua evolução é fatal em 1/3 dos casos, sendo que 50% das mortes por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ocorrem na primeira hora dos sintomas (SPROCKEL *et al.*, 2015; DÁVILA *et al.*, 2016).

Sendo assim, uma questão de extrema relevância diz respeito ao tempo que o paciente leva para procurar o serviço médico após o início dos sintomas, assim como o tempo que os profissionais levam para o primeiro atendimento, diagnóstico e início da terapêutica.

Nessa premissa, a extensão territorial do Brasil é algo relevante quando se trata em atender em tempo hábil o paciente com SCA, pois um dos fatores de atraso na chegada do paciente ao serviço de saúde diz respeito à distância dos serviços de referência, aumentando o tempo para o atendimento do paciente (BASTOS *et al.*, 2012; TAKAGUI *et al.*, 2018).

Para tanto, a sociedade brasileira de cardiologia sugere sistemas adaptados e focados nas características regionais a fim de reduzir atrasos no atendimento e proporcionar uma melhor chance de sobrevivência aos pacientes (OLIVEIRA JÚNIOR *et al.*, 2015)

No Brasil e no mundo, a incorporação da telemedicina através do telessaúde vem sendo utilizada como uma estratégia tecnológica que auxilia no diagnóstico e tomada de decisão profissional em muitos casos onde as diferenças geográficas podem refletir na qualidade do atendimento ao paciente (MALDONATO; MARQUES; CRUZ, 2016).

A telessaúde é responsável pela transmissão de informações e dados médicos, a fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, realizada por meio de telecomunicação bidirecional, nas modalidades síncrona ou assíncrona a centros especializados ou profissionais de referência. Como

vantagem está a possibilidade de quebrar barreiras físicas no acesso à assistência e melhorar a comunicação de forma mais abrangente para os profissionais de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2011; MALDONATO; MARQUES; CRUZ, 2016; MAEYAMA; CALVO, 2018).

No âmbito do atendimento cardiológico, Marcolino *et al.* (2013) citam na implantação da telessaúde o sistema tele-eletrocardiologia, como essencial para a condução da linha de cuidado ao IAM. Em Minas Gerais, o tele-eletrocardiograma foi instalado em sete Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Após treinamento dos profissionais, ao fazer o ECG, o solicitante transmite o exame para uma unidade de referência ou para o serviço de cardiologia a fim de emitir o laudo do ECG; e, em caso de SCA, é realizado o contato imediato com o serviço de cardiologia de referência. Esse procedimento, o ECG, constitui-se umas das etapas essenciais na linha de cuidados ao infarto, culminando na reorganização do cuidado de pacientes com suspeita de SCA, com maior integração entre os serviços, facilitando o acesso a laboratórios de hemodinâmica e leitos de terapia intensiva e, ainda, redução da taxa de mortalidade hospitalar por IAM (BRASIL, 2013).

Mesmo com estratégias para minimizar o impacto da distinção territorial do país, os tempos de chegada dos pacientes ao serviço de emergência é alto, mesmo nos grandes centros, como mostra o estudo de Marino *et al.* (2016). Segundo estes autores, na região de São Paulo, os pacientes com IAM demoram uma média de 9 a 18 horas para chegar à unidade de emergência, sendo que o tempo mínimo do início dos sintomas até a chegada ao serviço de saúde foi 23 minutos e o maior tempo de 96 horas (MARINO *et al.*, 2016).

As possíveis condições que dificultam o atendimento precoce estão relacionadas a não valorização, pelo paciente, dos sintomas de dor torácica como sendo de IAM, a atribuição dos sintomas a condições crônicas preexistentes ou a uma doença comum (gripe ou dor muscular), desconhecimento dos benefícios que podem ser obtidos com o tratamento rápido, e atendimento extra-hospitalar de urgência não disponível a todos de forma homogênea (PIEGAS *et al.*, 2015).

Ressalta-se, no entanto, que o atendimento precoce é necessário para a sobrevivência do paciente, como aponta o estudo retrospectivo de análise dos registros dos pacientes hospitalizados na unidade de cuidados coronarianos na Colômbia onde a mortalidade foi maior nos pacientes que foram atendidos em tempo superior a 70 minutos (DÁVILA *et al.*, 2015).

Uma estratégia para o manejo do paciente em tempo hábil diz respeito ao atendimento pré-hospitalar, em unidades intermediárias até que o paciente seja transferido para unidades

de referência cardiológica. O objetivo é reduzir o tempo entre o início do evento isquêmico até o tratamento efetivo, restaurando a perfusão miocárdica e minimizando os danos ao paciente. Para tanto, o atendimento é feito por profissionais de saúde capacitados e o local possui a disponibilidade de exame de ECG e medidas farmacológicas (PIEGAS *et al.*, 2015).

O estudo realizado por Maier e Martins (2016) em um hospital do sul do Brasil, ao analisar os indicadores de qualidade referentes à assistência ao paciente com SCA mostra as fragilidades ainda existentes no país como: atraso para realizar ECG em até 10 minutos, atendimentos realizados fora da sala de emergência, pacientes de alto risco tratados com medidas invasivas somente após 24 horas da admissão, baixa admissão em UTI e uma alta mortalidade.

3.1.1 Terapêutica

O atendimento e a conduta terapêutica assertiva são fundamentais para um atendimento seguro ao paciente com SCA. O estudo de Luz *et al.* (2015) evidencia a importância de padronização para o atendimento correto e ágil, bem como a realização de treinamentos com base na educação permanente nos serviços de emergência, de forma a garantir menor tempo até a terapêutica necessária, melhorar a qualidade da assistência e reduzir os agravos e complicações geradas pela demora na assistência. Para o autor o reconhecimento dos sinais e sintomas de SCA ainda ocorre de forma tardia, os atendimentos na classificação de risco e a realização do ECG não atendem ao tempo preconizado, dificultando e estendendo ainda mais o início do tratamento.

Na perspectiva do atendimento precoce, todo paciente que apresenta desconforto torácico sugestivo de isquemia deve receber atendimento profissional o mais rápido possível, iniciando com realização de ECG em até 10 minutos e, se indicado, terapias de reperfusão farmacológicas e não farmacológicas, aumentando as chances do sucesso terapêutico associado ao tempo decorrido entre o início dos sintomas e a instituição da terapêutica (PIEGAS *et al.*, 2015, MAIER; MARTINS, 2016).

No que tange a fase aguda da SCA, a Sociedade Brasileira de Cardiologia também reforça a necessidade de instituir a conduta terapêutica para um prognóstico favorável. No primeiro momento é importante o alívio da dor e ansiedade e dos sintomas de hipoxemia do paciente, por meio de medicações analgésicas, como a morfina e suplementação de oxigênio quando saturação menor que 94% (PIEGAS *et al.*, 2015).

No que diz respeito ao tratamento, as condições clínicas do paciente é que irão definir a melhor opção. Pode ser realizado a *terapia medicamentosa* que é a utilização de medicamentos da classe antiplaquetários, heparina, anticoagulantes orais, nitratos, betabloqueadores, magnésio, bloqueadores dos canais de cálcio, bloqueadores do sistema renina-angiotensina-aldosterona ou estatinas. Também a *terapia de reperfusão com fibrinolíticos* que consiste na utilização de agentes fibrinolíticos para a recanalização da artéria relacionada ao infarto em pacientes com IAM; a *intervenção coronariana percutânea* que é o procedimento que utiliza o cateter balão, com ou sem implante do *stent* coronário, com o objetivo de restabelecer o fluxo coronário anterógrado de maneira mecânica. Ainda há a *revascularização cirúrgica* que somente é indicada em pacientes com anatomia coronária favorável, quando houver contra-indicação ou falhas das terapêuticas trombolítica e de revascularização percutânea, na presença de complicações como isquemia recorrente, choque cardiogênico e alterações mecânicas do infarto (PIEGAS *et al.*, 2015)

No que diz respeito aos exames laboratoriais de marcadores de necrose miocárdica, estes são fundamentais para auxiliar tanto no diagnóstico quanto no prognóstico de pacientes com SCA. É possível identificar a lesão miocárdica através dos níveis sanguíneos de biomarcadores sensíveis e específicos, tais como a troponina cardíaca (cTn), que possuem 3 subunidades: Troponina T (TnTc), Troponina I (TnIc) e troponina C ou da fração MB da creatina quinase (CK-MB), que é um marcador mais limitado, pois costuma elevar-se após dano em outros tecidos não cardíacos (falso-positivos). Estes marcadores quando estão aumentados são indicativos de lesão. As troponinas cardíacas I e T fazem parte do aparelho contrátil das células miocárdicas e são expressas no coração. O biomarcador mais indicado para o diagnóstico do IAM é a cTn (I ou T), que tem alta especificidade para tecido do miocárdio e significativa sensibilidade clínica. A detecção de elevação e/ou queda dos níveis de cTn são essenciais para o diagnóstico do IAM, embora as troponinas sejam importantes fatores prognósticos de risco, elas não devem ser utilizadas isoladamente para definir o risco de pacientes com SCA. (PIEGAS *et al.*, 2015, BODY; HENDRY, 2018).

Considerando a importância clínica dos sinais e sintomas da SCA, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (PIEGAS *et al.*, 2015) traz a necessidade de reconhecer as medidas bioquímicas de necrose miocárdica, mas ressalta que o diagnóstico de SCA é clínico. Os marcadores não devem ser utilizados com a finalidade diagnóstica e não se devem aguardar seus resultados para iniciar o tratamento dos pacientes.

3.1.2 Atuação de enfermagem frente à Síndrome Coronariana Aguda

Nesse complexo cenário de manejo, cabe destacar a atuação do enfermeiro frente à SCA desde o início do atendimento, incluindo a recuperação até a manutenção da saúde do paciente. O enfermeiro proporciona em sua prática uma assistência à saúde de qualidade voltada para o indivíduo em sua integralidade atento a uma prática eficaz, eficiente, rápida e com conhecimento clínico e científico (DAL SASSO *et al.*, 2013; TEIXEIRA *et al.*, 2015).

No contexto dos serviços públicos no Brasil, normalmente, o paciente ao procurar o serviço de emergência, inicia seu atendimento através do acolhimento com classificação de risco, realizado quase sempre pelo enfermeiro. Assim o enfermeiro é o profissional que deve estar atento as manifestações coronarianas e iniciar os encaminhamentos adequados, de forma assertiva. Para tanto, se faz necessário disponibilizar de protocolos institucionais que conduzam e orientam o atendimento, reduzindo o tempo de atendimento e definindo os papéis dos membros da equipe de saúde (VIEIRA *et al.*, 2016).

Como ressalta Teixeira *et al.* (2015), o enfermeiro planeja a assistência que será prestada ao paciente e acompanha todas as etapas. A sistematização da assistência de enfermagem proporciona a execução de um cuidado centrado e direcionado, é o enfermeiro que possui o foco na integralidade da provisão, promoção, manutenção e restauração do conforto do paciente, tornando-o um profissional essencial no cuidado e recuperação da SCA apresentada pelo paciente.

Dal Sasso *et al.* (2013), seguindo a linha de cuidado ao IAM, propõem alguns cuidados de enfermagem para a SCA como: administrar medicamentos analgésicos conforme prescrição médica e observar reações adversas; avaliar nível de dor conforme escala; administrar morfina para alívio da dor e diminuição do consumo de oxigênio; manter paciente em repouso absoluto; monitorizar frequência cardíaca no monitor e oxímetro; controlar, avaliar registrar no prontuário do paciente os sinais vitais; realizar ausculta cardíaca e atentar alterações nas bulhas cardíacas; monitorar traçado eletrocardiográfico preferencialmente em DII e comunicar alterações; manter carrinho de emergência equipado e testado; atentar para débito urinário; observar alterações do padrão respiratório; avaliar sons pulmonares por meio de ausculta; observar aparecimento de dispneia, sudorese; observar alterações como: hipotensão, sonolência, hipertermia, taquicardia, bradicardia e presença de arritmias ventriculares; observar presença de palidez cutânea e de mucosas, hematúria, melena, hematêmese e epistaxe.

Para Teixeira *et al.* (2015) o cuidado do enfermeiro é essencial na construção da conduta adequada ao paciente. Exige capacitação e competência técnica, pois ele assume o papel de liderança da equipe de enfermagem em prol de uma assistência de qualidade frente às atividades de maior complexidade. O enfermeiro pode atuar nos diversos níveis da saúde-doença, com a responsabilidade de organizar e conduzir o atendimento como também capacitar-se para atuar com competência técnico-científica, ética e humanística no cuidado e no tratamento dispensados.

Cabe também ao enfermeiro, atuar nos objetivos fundamentais que fazem parte do tratamento da doença arterial coronariana, que incluem além do manejo emergencial, a prevenção, a redução dos sintomas anginosos, a redução da mortalidade e o aumento da qualidade de vida. Atualmente, a prevenção secundária e reabilitação são medidas realizadas para reduzir as chances de um novo evento cardiovascular (HERDY *et al.*, 2014).

O enfermeiro compartilha de ações voltadas para a reabilitação cardiovascular e prevenção secundária, pois auxiliam o paciente na melhor adesão ao tratamento e reduzem o risco de um novo evento cardiovascular. As atividades propostas são pautadas em modificações no estilo de vida com ênfase na atividade física regular, adoção de hábitos alimentares saudáveis, abandono do tabagismo, controle das dislipidemias, hipertensão arterial, diabetes melito e obesidade, do uso de drogas e estratégias de controle do estresse (HERDY *et al.*, 2014; NICOLAU *et al.*, 2014).

Um programa de reabilitação cardiovascular e prevenção secundária tem como objetivo melhorar o estado fisiológico e psicológico dos pacientes cardíacos e deve ser norteada com propostas multidisciplinares, através de programa de exercícios, educação, avaliação clínica, avaliação nutricional, redes de apoio e adesão correta do tratamento medicamentoso, pois seu maior objetivo é proporcionar ao paciente cardiopata o retorno a suas atividades de vida diária de forma a restaurar sua condição fisiológica, social e laborativa; prevenir a progressão ou reverter o processo aterosclerótico; reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular; melhorar os sintomas de angina e evitar um novo episódio agudo. A educação em saúde é um elemento fundamental para que as estratégias preventivas sejam implementadas e aderidas pelo paciente cardiopata e o enfermeiro um profissional essencial sob esse aspecto (HERDY *et al.*, 2014; NICOLAU *et al.*, 2014; CHAVES *et al.*, 2015).

3.2 ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

No fim dos anos 80, surgiu na Austrália, um novo conceito de trabalho: os sistemas de acolhimento com classificação de risco, um sistema de classificação, *Australasian Triage System* (ATS) e na década seguinte surge o sistema mais utilizado nas triagens atualmente, o Sistema de Manchester (*Manchester Triage System*). O Sistema de Manchester surgiu no *Manchester Royal Infirmary* com a equipe do Dr. Kevin MackWay-Jones e difundida para todo o Reino Unido e internacionalmente (CORDEIRO JÚNIOR; MAFRA, 2010).

O Decreto 2048/2002, que regulamenta os serviços de Urgência e Emergência no Brasil, sugere a implementação de cuidados e triagem de classificação de risco em unidades de pronto atendimento. Assim, através da Política Nacional de Humanização (PNH) iniciada em 2003, com o eixo Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco (AACR), o sistema de triagem foi ganhando corpo e crescendo no Brasil. O Ministério da Saúde passou a adotar a terminologia para classificação, pois a proposta de AACR no Brasil, não representa definição de diagnóstico e exclusão de usuários e sim uma priorização ao atendimento de acordo com o risco (BRASIL, 2003). De forma que, para a Rede de Atenção às Urgências, instituída em 2011, o AACR compõe a base do processo e dos fluxos assistenciais (BRASIL, 2011).

O acolhimento se caracteriza pela agilidade em determinar a necessidade de atender imediatamente ou não, por meio de uma análise baseada em um protocolo pré-estabelecido previamente pela instituição ou treinado por algum programa internacional como o de Manchester (BRASIL, 2003; 2009).

De maneira geral os protocolos de acolhimento, pressupõem que o usuário seja acolhido e atendido baseado em critérios de avaliação de risco pré-definidos, através da avaliação do profissional de nível superior. Permitem a classificação do potencial de agravamento de cada caso em um sistema de cores assim classificados: Vermelho significa emergência; Amarelo significa urgência; Verde significa menor Urgência; Azul significa não Urgência. O AACR busca garantir aos usuários a humanização da assistência, a acessibilidade e o atendimento mais acolhedor e menos excludente (BELUCCI JÚNIOR *et al.*, 2015).

Desta forma, realiza-se uma análise com a ordenação conforme a necessidade do indivíduo, avaliando os sinais vitais e a queixa informada ao profissional treinado e orientado. No âmbito do SUS o enfermeiro tem sido preferencialmente o profissional capacitado para

realizar esta função (COREN, 2005). A escolha do enfermeiro para a AACR decorre de vários fatores, dentre eles o preparo generalista deste profissional (PRUDÊNCIO *et al.*, 2016).

Diante desse cenário e mediante as necessidades de implantação da classificação de risco na Rede de Atenção à Saúde no Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), conforme a Resolução Nº 423/2012, ressalta que o acolhimento com classificação de risco pode ser realizado pelo enfermeiro desde que não haja exclusão de pacientes, que o atendimento médico seja garantido e que sejam firmados protocolos, promovendo a agilidade do atendimento de forma digna e harmonizada (COREN, 2005; COFEN, 2012).

O Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco apresenta-se como uma ferramenta de gestão ao cuidado, que se articula com a Política Nacional de Saúde, na perspectiva de atendimento humanizado e seguro para os pacientes que buscam os serviços de saúde. O AACR é uma ferramenta fundamental para os serviços de emergência, uma vez que preconiza a priorização do atendimento pela necessidade de cuidado/condição da pessoa e não por ordem e chegada, além de estabelecer tempos para o atendimento dependendo da situação do paciente o que tende a assegurar uma assistência mais segura (HERMIDA, 2016; PRUDÊNCIO *et al.*, 2016).

Na atenção à pessoa com SCA, o acolhimento e classificação de risco tem papel fundamental. A adequada classificação de risco nos estabelecimentos de saúde, o pronto atendimento e o uso de tecnologias adequadas podem representar a vida ou a qualidade de vida futura da pessoa acometida por uma SCA. Considerando o alto grau de mortalidade cardiovascular e a importância do atendimento no tempo adequado, durante a classificação de risco, o enfermeiro precisa priorizar o cuidado com a dor torácica e para isso a utilização de protocolos na classificação de risco se torna uma necessidade na avaliação da dor torácica, pois com uma avaliação assertiva e bem conduzida o enfermeiro a partir do AACR consegue acelerar o atendimento e evitar qualquer atraso no diagnóstico (VIEIRA *et al.*, 2016).

3.3 PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

A busca pela padronização das atividades vem sendo amplamente discutida na área da saúde. Padronizar é uma importante conduta gerencial com foco na uniformização dos fluxos e na realização das atividades pertinentes aos setores de serviços em saúde. A padronização das atividades pode contribuir para a manutenção da qualidade da assistência e atividades

realizadas pelos profissionais (ALMEIDA *et al.*, 2011; BARBOSA *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2017).

O enfermeiro exerce múltiplas funções nos serviços de saúde, dentre elas a administração dos ambientes de trabalho e o gerenciamento da assistência de enfermagem. Neste sentido é procedente que desenvolva e utilize ferramentas de gestão que auxiliem os profissionais em suas rotinas de trabalho com vistas a segurança e assertividade nas condutas. A padronização de processos de trabalho envolve a equipe como um todo e para que sejam promovidas as mudanças necessárias para a melhoria da assistência e desempenho da equipe de trabalho, é importante a compreensão de como ocorre o processo de trabalho e as necessidades de melhoria (ALMEIDA *et al.*, 2011).

Os cuidados padronizados são diretrizes detalhadas representadas por uma ferramenta gerencial utilizada para melhorar a qualidade da assistência prestada, em um atendimento previsível, indicado para situações específicas, que impulsionam as organizações para o desenvolvimento da melhoria de seus processos e resultados (SALES *et al.*, 2018).

Especificamente o Procedimento Operacional Padrão (POP), de que trata este estudo, é uma das ferramentas de gestão que representa a forma sistematizada de um procedimento padronizado, pois descreve passo a passo o que deve ser realizado para garantir o resultado esperado. No POP, os padrões são definidos visando o estabelecimento das diretrizes para o controle e melhoria contínua da qualidade (AGUIAR, 2017). Além de o POP permitir que o conjunto dos trabalhadores preste cuidado padronizado para o paciente dentro dos princípios técnicos e científicos, ele ainda contribui para minimizar distorções adquiridas na prática e conhecimentos distintos (ALMEIDA *et al.*, 2011; SALES *et al.*, 2018).

Na enfermagem, os autores Honório, Caetano e Almeida (2011) contextualizam que os POPs estão presentes em manuais com a finalidade de esclarecer dúvidas e direcionar a execução das ações. Devem estar de acordo com as diretrizes e normas da instituição, ser atualizados periodicamente e sempre que necessário, de acordo com princípios científicos que deverão ser seguidos por todos (médicos, enfermeiros e auxiliares).

Assim, os POPs são recursos tecnológicos importantes na prática de saúde a ponto de serem eficazes no processo de mudança da prática assistencial, bem como na melhoria do resultado do desempenho dos profissionais. Os POPs ajudam a sintetizar a informação mediante uma estrutura concisa e promovem a tradução do conhecimento para melhorar a prática (HONÓRIO; CAETANO; ALMEIDA, 2011; SALES *et al.*, 2018).

Um estudo realizado por Walter *et al.* (2016) relata a percepção dos enfermeiros acerca dos benefícios da utilização de POPs como referência para a prática. Muitos enfermeiros relataram aspectos positivos enaltecendo que são a base para conduzir as atividades, exercendo o papel de guia para as instituições, além de ser uma forma de assegurar as atividades de enfermagem com qualidade e segurança.

Outro estudo realizado em duas Unidades de Terapia Intensiva no Rio Grande do Sul evidenciou a importância dos POPs, principalmente na efetivação das normas de biossegurança, demonstrando eficácia e melhor qualidade após sua implementação (BRANDI; FONTANA, 2014).

Dessa forma, tornam-se relevantes ações gerenciais do enfermeiro, as quais se relacionam com a organização e a qualidade do serviço de enfermagem e estas podem se apropriar do POP como uma tecnologia facilitadora de quem cuida (MORORÓ *et al.*, 2017).

Para os autores Ulbrich *et al.* (2010), a utilização de ferramentas de padronização na enfermagem, aliado à classificação de risco nos setores de urgência e emergência, pode subsidiar o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, de forma sistematizada e organizada, no acolhimento emergencial aos pacientes que dão entrada em serviços de emergência, com segurança e qualidade, garantindo agilidade e a integralidade do atendimento.

Walter *et al.* (2016) destacam a importância de uma equipe qualificada para implementação dos POPs dentro das unidades, diminuindo, dessa forma, os problemas existentes com relação ao cuidado ao paciente, priorizando a qualidade do atendimento. Segundo os autores compete ao enfermeiro, ao elaborar os POPs junto à sua equipe, implementar e controlar as ações assistenciais de enfermagem permeado pela visão de integralidade do paciente (WALTER *et al.*, 2016).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, organizado e guiado pelas contribuições do modelo de Design Instrucional Contextualizado, que, segundo Galvão e Puschel (2012, p. 109) “diz respeito a uma proposta construtivista e consiste na ação intencional de planejar, desenvolver e aplicar situações didáticas específicas disponibilizando ferramentas e recursos para responder as necessidades de aprendizagem”.

Filatro e Piconez (2004, p. 2) explicam o termo Design Instrucional Contextualizado (DIC):

compreendido como o planejamento do ensino-aprendizagem, incluindo atividades, estratégias, sistemas de avaliação, métodos e materiais instrucionais. Tradicionalmente, tem sido vinculado à produção de materiais didáticos (FILATRO; PICONEZ, 2004, p. 2).

Segundo esses autores, os modelos convencionais de design instrucional estruturam geralmente, os processos de planejamento do ensino aprendizagem em quatro estágios distintos, quais sejam: análise, design e desenvolvimento, implementação e avaliação (FILATRO; PICONEZ, 2004).

A **análise** envolve a identificação de necessidades de aprendizagem, a definição de objetivos instrucionais e o levantamento das restrições envolvidas; no **design e desenvolvimento** ocorre o planejamento da instrução e a elaboração dos materiais e produtos instrucionais; a **implementação** se dá a capacitação e ambientação à proposta elaborada e a realização do evento ou situação de ensino aprendizagem propriamente ditos; e por último a **avaliação** que envolve o acompanhamento, a revisão e a manutenção do sistema proposto (FILATRO; PICONEZ, 2004).

Neste estudo, a proposta foi a elaboração de um POP para o cuidado de enfermagem ao paciente com SCA, que busca atendimento na UPA. Esse instrumento desempenha um papel orientador para o profissional desenvolver a assistência padronizada, ao mesmo tempo em que se constitui em material educativo. Foram utilizadas as duas primeiras etapas da proposta de design instrucional contextualizado: a análise e o design e desenvolvimento, considerando o limite de tempo para realização da pesquisa. No entanto prevê-se a continuidade do estudo trabalhando as etapas de implementação e avaliação, tendo em vista que um dos objetivos do mestrado profissional é a produção de instrumentos para a prática.

Assim, depois de finalizado o esse primeiro momento, a proposta será encaminhada à gestão do serviço para continuidade e efetivação do material proposto na prática.

A etapa de **análise** foi o primeiro momento do desenvolvimento da pesquisa metodológica proposta, quando foram identificadas as necessidades de aprendizagem acerca das SCA, a definição dos objetivos do instrucional, aqui definido como um POP institucional, as potencialidades e restrições para sua efetivação na realidade.

Essa etapa consistiu de dois momentos: o primeiro buscou conhecer o desenvolvimento do atendimento ao paciente com suspeita de SCA e a percepção dos enfermeiros acerca das necessidades dos cuidados de enfermagem dos pacientes atendidos em Unidade de Pronto Atendimento através de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A).

O segundo momento, que se refere a uma revisão narrativa da literatura nacional e internacional, em que se pretendeu buscar subsídios que sustentam os cuidados de enfermagem na atenção ao paciente com SCA em serviços de pronto atendimento e emergências.

A segunda etapa seguiu o modelo do **design e desenvolvimento** e a partir dos dados obtidos na etapa anterior, por meio das entrevistas com os enfermeiros e também dos indicativos científicos acerca dos cuidados necessários a este grupo de pacientes, presentes na literatura os quais deram sustentação ao POP.

A formatação do POP usualmente apresenta um padrão de apresentação e segue as normativas da instituição para a qual é designado. A instituição onde foi realizado o estudo não disponibiliza de um padrão definido, portanto, ficou a critério da autora a elaboração dos elementos e design do material.

A elaboração do modelo do POP atendeu as necessidades da instituição, disponibilizando o conteúdo de maneira clara e objetiva e de forma acessível. Neste estudo optou-se por seguir o modelo de POP constante no manual de padronização da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (BRASIL, 2014). Destaca-se que alguns elementos são importantes para a organização do material que compõe o POP, tais como: um número de identificação e controle do POP, o nome do processo/atividade padronizado, versão e ano do documento, numeração da página, histórico de revisões no qual consta a data prevista da revisão do material, versão, descrição, gestor do POP, autor ou responsável pelas alterações e referências bibliográficas.

Para a definição das necessidades a serem contempladas no POP, na fase da análise foram identificadas as necessidades de cuidados através de uma entrevista com perguntas

abertas abordando a experiência do enfermeiro no AACR com foco na SCA, questionando as facilidades e dificuldades enfrentadas, os sinais e sintomas que o alertam, a definição da dor, as condutas realizadas pelos enfermeiros diante da suspeita de SCA, os cuidados que costumam ser realizados e quais cuidados julgam necessário realizar. As entrevistas individuais possibilitaram relacionar as questões pertinentes ao projeto do POP, com base nos temas pontuados pelos enfermeiros. Permitiu também identificar o conhecimento dos profissionais acerca do tema e as necessidades de aprendizado, assim como auxiliou na elaboração de um instrumento para a prática. O confronto dos achados das entrevistas com a literatura que aborda a prática profissional com foco da SCA permitiu que fosse elencado os cuidados de enfermagem a constar no POP.

Na fase do design e desenvolvimento foram retomados os objetivos do instrumento, organizado os cuidados (listados nas entrevistas e na revisão de literatura) e estes foram estruturados seguindo o fluxo do atendimento do paciente. Estes foram dispostos seguindo o modelo escolhido, o POP da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (BRASIL, 2014). A elaboração do POP primou pela descrição dos cuidados listados, dos profissionais executores do cuidado, organização do conteúdo com foco na clareza e objetividade da atividade a ser executada, com cabeçalho descritivo constando título, objetivo, público alvo, setor, número do POP, versão e planejamento para a próxima revisão.

A atividade desenvolvida, no caso, os cuidados de enfermagem, está descrita no POP conforme as etapas e sequência elaborada no estudo abordando a introdução ao tema, conceitos, o procedimento/atividade a ser realizada e os anexos caso seja necessário disponibilizar algum conteúdo ou material e referências bibliográficas.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Itajaí, localizado no litoral norte de Santa Catarina. O município conta com 31 unidades básicas de saúde, um hospital geral, um hospital especializado em pediatria, uma unidade avançada e uma básica do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e duas unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas). O estudo foi realizado com os enfermeiros das unidades de Pronto Atendimento.

Para o atendimento pelo SUS à população o município conta com profissionais de saúde: assistente social, enfermeiros, farmacêuticos, médicos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, técnicos de enfermagem e terapeuta ocupacional. Especificamente em relação à

enfermagem, a rede municipal de saúde do município conta com 162 enfermeiros para atuação nas unidades básicas de saúde, atenção especializada, gestão municipal e pronto atendimento, sendo que destes, 36 atuam nas UPAS.

As UPAS 24 horas do município de Itajaí estão localizadas em regiões distintas facilitando à população o acesso descentralizado. A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Cordeiros está localizada no bairro Cordeiros e a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas Dr. José Eliomar da Silva localizada no bairro São Vicente.

A **UPA de Cordeiros** foi inaugurada em 2012, para atendimento de pacientes adultos. Possui 10 leitos de observação e capacidade de atendimento acima de 150 pacientes por dia, sendo a população na área de abrangência estimada entre 50 a 100 mil habitantes. Essa unidade recebe pacientes de livre demanda, SAMU, bombeiros, autopista litoral e ambulância do município. Disponibiliza exames complementares como raios-X, eletrocardiograma e exames laboratoriais (que incluem enzimas cardíacas). Sua estrutura segue o programa arquitetônico proposto pelo Ministério da Saúde, sendo assim possui os seguintes ambientes: recepção, sala de classificação de risco adulto, dois consultórios médicos, uma sala de observação, sala de medicação rápida, sala de nebulização, sala de sutura, sala de emergência, esterilização, farmácia, repouso de funcionários, necrotério, expurgo e sala de guarda de materiais.

O atendimento 24 horas da UPA é organizado com uma escala de trabalho distribuída em seis turnos, sendo três diurnos e três noturnos. Em cada turno atuam: dois enfermeiros, seis técnicos de enfermagem, dois médicos, um motorista, um recepcionista e um técnico em radiologia.

Quanto aos pacientes atendidos, caracterizam-se como adultos e idosos, residentes em Itajaí e municípios da região do vale do Itajaí.

A **UPA Dr. José Eliomar da Silva, chamada de UPA/CIS** (Centro Integrado de Saúde) foi inaugurada em 2017, para atendimentos de adultos, pediátrico e odontologia. Possui 30 leitos de observação, capacidade de atendimento acima de 350 pacientes por dia, sendo que conta com uma população na área de abrangência de cerca de 200 mil a 300 mil habitantes. Recebe pacientes de livre demanda, SAMU, bombeiros, autopista litoral e ambulância do município. Disponibiliza exames complementares como raios-X, eletrocardiograma e exames laboratoriais (que incluem enzimas cardíacas).

Em sua estrutura, conforme o programa arquitetônico proposto pelo Ministério da Saúde possui os seguintes ambientes: recepção, sala de classificação de risco adulto e sala de

classificação de risco pediátrica, quatro consultórios médicos para adultos, três consultórios médicos pediátricos, um consultório odontológico, três salas de observação sendo masculina, feminina e pediátrica com 10 leitos cada, uma sala de medicação rápida, uma sala de nebulização, sala de sutura, sala de emergência e esterilização, farmácia, repouso de funcionários, necrotério, expurgo e sala de guarda de materiais.

O funcionamento da unidade se dá pela organização de uma escala de trabalho composta por seis turnos, sendo três diurnos e três noturnos, em cada turno atuam quatro enfermeiros, 12 técnicos de enfermagem, quatro médicos clínico geral, três médicos pediatras, um motorista, dois recepcionistas e um técnico em radiologia.

Quanto aos pacientes atendidos, caracterizam-se como crianças, adultos e idosos, residentes em Itajaí e municípios da região do vale do Itajaí.

As atribuições da equipe de enfermagem seguem uma escala mensal que é realizada pelos enfermeiros responsáveis do plantão, a equipe é dimensionada conforme área operacional: salas de observação, medicação rápida, emergência e sutura, esterilização e transporte, classificação de risco.

As duas UPAS funcionam com AACR. O paciente inicia seu atendimento conforme risco definido na avaliação realizada pelo enfermeiro, baseada no protocolo de Santa Catarina para o Sistema de Acolhimento e Classificação de Risco No AACR, o paciente recebe uma fita de identificação de acordo com o risco a que está sujeito. Esta classificação utiliza um sistema de cores que são definidas em: cor branca (eletivo) é utilizada para identificar atendimentos externos como aplicação de medicação e atendimento odontológico, cor azul (prioridade mínima), cor verde (prioridade baixa), cor amarela (prioridade média), cor laranja (prioridade alta) ou cor vermelho (prioridade máxima) (SANTA CATARINA, 2014).

O atendimento do paciente em todas as suas etapas é registrado no prontuário eletrônico do paciente, pelo sistema informatizado institucional, que inicia na chegada do paciente ao realizar o cadastro para o atendimento. Finalizada a classificação, esta fica disponível para a visualização da equipe médica que dá prosseguimento ao atendimento.

Nas UPA as atividades de enfermagem são distribuídas entre os profissionais de acordo com as atribuições e área operacional. As áreas operacionais são divididas em: acolhimento com classificação de risco, sala de emergência, observação/medicação.

Na organização do trabalho os enfermeiros realizam atividades em todas as áreas operacionais, em esquema de revezamento. Não há escala fixa de atividade e um enfermeiro de cada turno é responsável por elaborar a escala com rodízio de atividade, de acordo com a

orientação da gerência. Assim, a cada plantão o enfermeiro é designado para uma atividade. Dentre as atividades o AACR é realizado exclusivamente pelo enfermeiro.

Especificamente na UPA Cordeiros, um enfermeiro fica responsável por realizar o AACR e um enfermeiro fica responsável pelas salas de emergência e observação.

Na UPA/CIS, um enfermeiro fica responsável por realizar o AACR Adulto, um enfermeiro realiza o AACR Pediátrico, um enfermeiro para sala de emergência e um enfermeiro para as salas de observação e medicação.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi realizado no período de janeiro a abril de 2019. Do total de 36 enfermeiros atuantes nas UPA do município, 19 (53%) participaram do estudo.

A definição do número de participantes foi estabelecida pelo critério de saturação de dados. Para Minayo (2017), a amostra ideal, na pesquisa qualitativa, é a que reflete as diversas dimensões de um determinado fenômeno e busca qualidade das ações e interações, sendo mais importante que o número de pessoas, a ação de enxergar todas as possibilidades de se aproximar do objeto de estudo empiricamente, prestando-se atenção a todas as suas dimensões e interconexões.

Foram incluídos no estudo enfermeiros que atuam nas duas UPAS, de modo a contemplar enfermeiros das duas unidades, com atuação tanto nos turnos, diurno como noturno. Foram entrevistados 6 enfermeiros da UPA Cordeiros, do total 3 atuavam no período diurno e 3 no período noturno e em plantões distintos. Na UPA III/Cis foram entrevistados 13 enfermeiros, sendo 7 enfermeiros do turno diurno e 6 enfermeiros do turno noturno e de plantões distintos.

Os enfermeiros foram convidados a participar do estudo a partir da comunicação prévia da realização da pesquisa realizada via coordenação e pela abordagem individual do profissional durante o plantão com explicação prévia dos objetivos do estudo e forma de participação no mesmo.

A definição dos participantes seguiu os seguintes critérios de inclusão: atuar como efetivo na UPA, por um período superior a 30 dias e realizar todas as funções assistenciais pertinentes ao setor. A definição do critério tempo de atuação superior a 30 dias se deu em função da importância deste participante já ter alguma experiência na realização da classificação de risco.

Foram excluídos os enfermeiros afastados das atividades, seja por férias, atestados ou licença de saúde durante o período da coleta de dados.

4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada com os enfermeiros (APÊNDICE A) com a perspectiva de conhecer como os enfermeiros desenvolvem a classificação de risco; os instrumentos utilizados nessa atividade; as facilidades e dificuldade que enfrentam na classificação de eventos graves e os cuidados que realizam na atenção ao paciente com suspeita e ou SCA instalada. Buscou também subsídios para elaboração de um procedimento operacional padrão para o atendimento da SCA.

Segundo Polit (2014) as entrevistas semiestruturadas encorajam os respondentes a definir as dimensões importantes de um fenômeno e elaborar o que é relevante para eles, o pesquisador utiliza de um guia de tópicos que serão respondidos, de forma a garantir que todas as áreas das questões sejam contempladas.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho no horário escolhido pelo participante. Para realização da entrevista buscou-se propiciar um local tranquilo, privativo, de modo a facilitar o diálogo, o conforto do entrevistado e conforme escolha do participante.

As entrevistas foram gravadas em áudio e tiveram duração variável entre 20 e 45 minutos, sendo que a transcrição, e processo de organização dos achados ocorreram simultaneamente à coleta de dados possibilitando a visualização do ponto de saturação, ou seja, o momento em que não surgiram novas contribuições ao estudo.

A definição do critério de saturação tomou como base as indicações de Minayo (2017) acerca da pesquisa qualitativa e os trabalhos de Nascimento *et al.* (2018) e Fontanella *et al.* (2011).

Segundo Nascimento *et al.* (2018), para definição do número de participantes o pesquisador pode valer-se do critério de saturação. Um modo recomendado de trabalhar a saturação é a aplicação de entrevistas semiestruturadas de forma sequencial, com respostas em aberto. A medida que as entrevistas são realizadas o pesquisador identifica os tipos de resposta e anota as repetições. No momento que não houver nova informação ou nenhum novo tema é registrado, identifica-se o ponto de saturação (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Ainda para determinar o ponto de saturação desse estudo, foram utilizados os oito passos procedimentais propostos por Fontanella *et al.* (2011). No **Passo 1** foi disponibilizado

os registros de dados “brutos”, momento que o pesquisador tem acesso aos registros integrais de áudio e ao material das entrevistas já transcritas. No **Passo 2** foram realizadas as leituras do material e audições individuais, quando foi possível identificar núcleos de sentido nas manifestações dos sujeitos participantes. No **Passo 3** foram compiladas as análises individuais com foco nas entrevistas, unidos os temas e tipos de enunciados identificados em cada uma delas. No **Passo 4** foram reunidos os temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria com foco nos enunciados, depois que cada entrevista foi analisada. As falas consideradas exemplares dos núcleos de sentido identificados foram agregadas. No **Passo 5** codificaram-se os temas identificados e os tipos de enunciados contidos em cada pré-categoria ou nova categoria. No **Passo 6** os temas e tipos de enunciados foram organizados complementando cada categoria e destacando quando se deu a primeira ocorrência. No **Passo 7** constatou-se saturação teórica para cada pré-categoria ou nova categoria. Por último, no **Passo 8** foi possível “visualizar” a saturação. Para tal, desde a primeira entrevista, os dados obtidos, foram transcritos e distribuídos utilizando o programa *word* e assinalados de maneira que foi possível acompanhar visualmente, passo a passo, o surgimento de novas informações, assim como a repetição delas, assegurando a visualização do ponto de saturação.

Com a verificação da saturação as entrevistas foram finalizadas.

4.5 ORGANIZAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados qualitativos tem por finalidade organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados da pesquisa (POLIT; BECK 2011).

Para Minayo (2013) a análise de conteúdo diz respeito à técnica de pesquisa que permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto.

As entrevistas foram transcritas individualmente, armazenadas em arquivo do programa Word, após a transcrição foi feita a leitura de cada entrevista em sua totalidade e posteriormente a leitura das entrevistas em seu conjunto, com o objetivo de apropriação do conteúdo e das falas dos participantes.

Nesse processo foram reunidos os núcleos de sentido que deram origem as categorias de análise. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas evidencia estruturas de relevância, valores de referência e comportamentos presentes nos discursos dos participantes da pesquisa, é necessário identificar o foco da comunicação e dos modelos de comportamento presentes ou subjetivos. Para tanto Minayo (2013), propõe 3 etapas:

Pré-análise, momento em que o pesquisador retoma seus objetivos e entra em contato direto e profundo com o conteúdo produzido de forma a determinar a unidade de registro, de contexto, os recortes, a categorização, codificação e conceitos teóricos gerais, informações que irão orientar na compreensão e interpretação do material. Essa etapa iniciou desde a primeira entrevista, na medida em que se realizou a transcrição e a pré-organização dos dados para definição da saturação.

Etapa da Exploração do material, momento que o pesquisador define categorias que são expressões ou palavras significativas que reduzem o texto em significados semelhante.

Etapa do Tratamento dos resultados obtidos e interpretação é o momento de realizar inferências e interpretações inter-relacionando com as questões teóricas propostas.

Assim, os achados das entrevistas foram organizados de modo a extrair as informações relevantes as quais deram origem as categorias de análise, quais sejam: desenvolvendo o acolhimento e avaliação com classificação de risco no pronto atendimento, identificando sinais e sintomas da SCA, definindo as condutas de enfermagem na SCA e cuidados de enfermagem no atendimento ao paciente com suspeita e /ou SCA instalada. Posteriormente foi elaborado o POP que contempla aquilo que os enfermeiros apontam como necessidade de cuidado ao paciente com SCA bem como os aspectos presentes na literatura acerca do tema.

Para a elaboração do POP, seguindo os indicativos do modelo de design instrucional contextualizado seguiu-se a seguinte sequência:

1-Seleção dos dados para formatação do cabeçalho do procedimento, incluindo: identificação da instituição, título do POP e numeração do POP, versão e número da página, objetivo, público alvo e setor.

2-Definição do prazo de revisão do POP.

3-Conceituação do POP e de síndrome coronariana aguda.

4-Objetivos do POP.

5-Organização dos achados, segundo as etapas propostas no modelo de POP utilizado e de acordo com o espaço de cuidado: AACR, sala de emergência, sala de observação, transferência.

6-Fundamentação teórica dos cuidados, com base na revisão narrativa de literatura.

7 – Referências.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, e submetido a gestão responsável pela Rede de Urgência da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí para obtenção de autorização para sua realização. Após as aprovações pertinentes foi informado aos coordenadores dos serviços a fim de comunicar a equipe de enfermeiros que os mesmos seriam convidados a participar de uma pesquisa e então iniciou o convite pessoal e na sequência a coleta de dados.

O estudo respeitou os princípios fundamentais do código de ética dos profissionais de enfermagem, por meio da Resolução COFEN N°. 564/2017 (COFEN, 2017). Primeiramente, foram reforçados aos enfermeiros os objetivos, forma de participação e sobre a garantia do anonimato da identidade, bem como o direito de desistirem de participar a qualquer momento durante a realização do estudo.

Todos os enfermeiros participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em que constavam os objetivos do estudo, a garantia do anonimato e do uso dos dados para fins científicos.

Para assegurar o anonimato foi utilizada a identificação alfanumérica (E - entrevista, seguido de uma ordem numérica de 1 a 19) dos participantes.

O estudo teve aprovação de n. 3.057.593 (ANEXO) foi desenvolvido obedecendo a Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012 e a Resolução N° 510 de 07 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012; 2016), a qual preconiza diretrizes que respeitam os princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Tais princípios foram observados e respeitados incondicionalmente durante todo o processo do estudo.

5 RESULTADOS

O presente capítulo está organizado seguindo a Instrução Normativa 01/MPENF/2014 de 03 de dezembro de 2014 que define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem (Mestrado Profissional) da UFSC e que orienta que os resultados sejam apresentados em formato de manuscrito e produto final (MPENF, 2014).

5.1 MANUSCRITO 1 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - ESTUDO METODOLOGICO

RESUMO

Introdução: Estudo que teve por objetivo identificar os cuidados de enfermagem necessários ao atendimento do paciente com síndrome coronariana aguda em unidade de pronto atendimento. **Metodologia:** estudo metodológico que utilizou as etapas do modelo de design instrucional contextualizado, na etapa análise. A coleta de dados ocorreu de janeiro a abril de 2019, através de entrevista semiestruturada com 19 enfermeiros de um município do litoral norte de Santa Catarina no sul do Brasil e os dados foram submetidos à análise temática. **Resultados:** foram reunidos em três categorias: identificando sinais e sintomas da Síndrome Coronariana Aguda, definindo as condutas e a proposta de cuidados de enfermagem no atendimento ao paciente. Os enfermeiros baseiam a avaliação no conjunto dos sinais clínicos e sinais vitais do paciente e em suas experiências anteriores, destacam a realização do eletrocardiograma e restrição de esforço físico. Destacam ainda a preocupação com os cuidados realizados na sala de emergência até estabilização do caso, ou transferência para o hospital de referência. Sugerem padronização dos cuidados voltados à síndrome coronariana aguda e capacitação profissional. **Conclusão:** Os enfermeiros percebem a complexidade no atendimento da síndrome coronariana aguda, realizam os cuidados com base na sua formação e em experiências anteriores, reconhecem a importância de instrumentos que contribuam para o atendimento seguro do paciente.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Cardiovascular; Síndrome Coronariana Aguda; Enfermagem em Emergência; Emergências.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam um grave problema de saúde pública em todo o mundo, atingindo tanto países desenvolvidos quanto os países em desenvolvimento (OPAS, 2017). Dentre as doenças cardiovasculares, a Síndrome Coronariana Aguda (SCA)

vem se destacando, em função do aumento progressivo da morbidade e mortalidade relacionada a ela em todas as regiões do Brasil (SANTOS *et al.*, 2018).

Trata-se de um evento agudo e grave que compreende diversas manifestações clínicas desencadeadas pela isquemia miocárdica que inclui a angina instável (AI) e o infarto agudo do miocárdio com ou sem supradesnivelamento do segmento ST (SILVA *et al.*, 2015).

Santos *et al.* (2017) afirmam que a SCA se caracteriza como um grave problema mundial de saúde pública, uma vez que o prognóstico é pouco favorável podendo levar a sequelas ou à morte. Por isso a importância de equipes de saúde profundamente conhecedoras do curso da doença, preparadas para atuar na prevenção dos fatores de risco, na promoção da adesão terapêutica para as doenças de risco ou na manifestação súbita da doença.

A atuação dos profissionais de saúde na SCA é desafiadora; o tempo de atendimento é primordial e um importante indicador na qualidade do atendimento para a sobrevivência do paciente, estando diretamente relacionado com a recuperação da isquemia miocárdica (MAIER; MARTINS, 2016). Esse desafio exige profissionais aptos a reconhecer e atuar precocemente diante dos sinais e sintomas que dizem respeito ao desencadeamento de síndromes coronarianas agudas, bem como dispor de instrumentos que auxiliem a rápida identificação da SCA para proporcionar um atendimento ágil e seguro capaz de reduzir a morbidade e mortalidade pela doença (SANTOS *et al.*, 2017).

Nos serviços de saúde, os enfermeiros estão entre os profissionais presentes em todo o ciclo de atendimento desde a chegada do paciente até seu desfecho. Segundo Ribeiro, Silva e Lima (2016) o enfermeiro, em muitos momentos, é o primeiro a identificar os sinais e sintomas da SCA e participa diretamente na assistência ao paciente com dor torácica e IAM. Confirma-se assim que as SCA se constituem em um desafio para os enfermeiros nos serviços de saúde.

Sobre este aspecto, os protocolos clínicos, os fluxogramas e os protocolos de cuidados, dentre outros podem garantir a adequada atenção e condução às condições graves de saúde e auxiliar o enfermeiro na tomada de decisão (MARCOLINO *et al.*, 2013; GOUVÊA *et al.*, 2015).

Estes instrumentos podem contribuir significativamente para orientar a atuação dos enfermeiros em unidades de pronto atendimento no serviço público, uma vez que na atualidade estes serviços atendem uma importante parcela da população e a cada dia recebem mais situações graves de saúde, como por exemplo, as SCA. Atuando em um destes serviços na qual contamos com ocorrências frequentes de SCA, constato que não há protocolos

disponíveis e padronizados para conduzir o atendimento ao paciente e a tomada de decisão. Levando em consideração a complexidade do atendimento ao paciente com SCA questionei como os enfermeiros conduzem os cuidados de enfermagem a estes pacientes, assim como quais melhorias poderiam contribuir para a qualidade da atenção.

Diante desse questionamento, o objetivo desse estudo foi identificar os cuidados de enfermagem realizados no atendimento do paciente com SCA em uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico, organizado e guiado conforme o modelo de Design Instrucional Contextualizado (DIC), que constitui em uma proposta construtivista, com a ação intencional de planejar, desenvolver e aplicar situações didáticas específicas disponibilizando ferramentas e recursos para responder as necessidades de aprendizagem (GALVÃO; PUSCHEL, 2012, p. 109).

Os modelos convencionais de design instrucional estruturam geralmente, os processos de planejamento do ensino aprendizagem em 4 estágios distintos, quais sejam: análise, design e desenvolvimento, implementação e avaliação (FILATRO; PICONEZ, 2004).

Nesse manuscrito concentrou-se nas etapas de análise que envolve a identificação de necessidades de aprendizagem, a definição de objetivos instrucionais e o levantamento das restrições envolvidas (FILATRO; PICONEZ, 2004).

O estudo foi realizado em duas unidades de pronto atendimento 24 horas (UPA), de um município do litoral norte de Santa Catarina. As unidades de pronto atendimento fazem parte da Rede de Urgência do município; estão localizadas em regiões distintas da cidade e realizam cerca de 600 atendimentos dia.

Atuam nas duas unidades um total de 36 enfermeiros dos quais 19 participaram do estudo. Os critérios de inclusão consideraram: atuar em uma das duas Unidades de Pronto Atendimento do município por um período superior a 30 dias, nos turnos noturno e/ou diurno, realizando as diversas funções pertinentes ao setor. Foram critérios de exclusão: estar afastado das atividades seja por férias atestado ou licença durante o período da coleta de dados. O total de participantes foi definido considerando os critérios de saturação de dados (FONTANELLA, 2011; MINAYO, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A coleta e dados se deu no período de janeiro a abril de 2019, por meio de entrevista semiestruturada, composta por perguntas abertas e abrangentes que abordavam questões sobre a atuação do enfermeiro frente à SCA. As entrevistas foram realizadas e transcritas na íntegra, simultaneamente, permitindo ao pesquisador identificar as repetições até o ponto de saturação, quando se esgotaram as informações e nenhum novo tema foi identificado (NASCIMENTO *et al.*, 2018). Foram realizadas durante o horário de trabalho, conforme disponibilidade no enfermeiro, sendo gravadas e tendo uma duração média de 20 a 40 minutos.

Os dados passaram pela análise do conteúdo conforme proposto por Minayo (2013). Realizou-se a leitura minuciosa de cada entrevista, e posteriormente a leitura destas em seu conjunto, de forma que foi possível a apropriação do que os enfermeiros apontaram como rotina de atendimento e necessidade de cuidado ao paciente com SCA. Os achados das entrevistas foram organizados, destes foram extraídas as informações relevantes, que deram origem as categorias de análise, as quais tratam da identificação de sinais e sintomas da SCA, da definição de condutas de enfermagem, e de propostas de cuidados de enfermagem no atendimento ao paciente com suspeita e/ou SCA instalada.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da UFSC (CEP/UFSC), conforme preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo parecer n. 1.744.247 do CEP/UFSC. A aceitação dos participantes foi obtida por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato foi mantido utilizando-se identificação alfanumérica (E- entrevista, seguido de uma ordem numérica de 1 a 19).

RESULTADOS

Os resultados mostram que os enfermeiros participantes do estudo são predominantemente mulheres (89%) na faixa etária de 30 a 40 anos. Destas, 84% possui especialização, 11% mestrado e 5% possui apenas a graduação. Quatro enfermeiros possuem especialização na área de urgência e emergência. A média de tempo de formação foi de 13 anos, sendo que de atuação na rede de urgência do município a média ficou entre seis anos e 5 meses.

As falas dos participantes são apresentadas em três categorias: identificando sinais e sintomas da SCA, definindo as condutas de enfermagem na SCA, proposta de cuidados de enfermagem no atendimento ao paciente com suspeita e/ou SCA instalada.

Identificando sinais e sintomas da Síndrome Coronariana Aguda

A dor torácica é considerada fundamental pelos participantes do estudo para a definição de conduta no caso das SCA. Assim quando questionados sobre quais sinais e sintomas observados na avaliação do paciente costumam alertá-los para SCA, de imediato apenas dois enfermeiros não citaram a dor torácica.

Sempre a questão da dor tem que ser valorizada né? Então, são três sinais de alerta tanto dor precordial, dor epigástrica, dor nas costas a gente sempre dá uma atenção mais especial (E-2).

Sendo a dor a característica principal de alerta, definir e classificar a dor torácica é algo difícil, pois além da subjetividade presente no relato do paciente a mesma está associada a diferentes etiologias.

Muito difícil fazer essa diferença, por conta disso a gente sempre acaba aumentando a classificação, pelo menos eu, acabo sempre dando mais valor para queixa do paciente, principalmente quando é associado a algum outro fator ou algum outro sinal vital alterado, paciente idoso, paciente diabético, hipertenso, com sinais alterados (E-16).

As pessoas simulam muito, então é difícil, a gente chega uma hora do dia que tu não ouves mais nada e dor de todo mundo acaba sendo igual, infelizmente [...] a demanda é muito grande. Só que é um sinal que a gente se atenta pelo fato de estar com muita dor, mas não dá pra identificar se é uma dor epigástrica ou uma dor, sei lá, uma gastrite (E-5).

De qualquer forma, os enfermeiros ficam atentos a algumas características da dor que remetem a origem coronariana. Sobre este aspecto a maioria dos entrevistados mostra alguma preocupação com as características da dor.

Geralmente pergunto para o paciente há quanto tempo se instalou a dor (E-8).

Pergunto: como é essa dor? Dor esternal, se é tipo agulhada, tipo peso, tipo aperto, dor que queima, dor que comprime, se é uma dor que irradia (E-4).

Dor mais aguda que é ininterrupta, dor constante, independente de tu tocar ou não no peito, ela vai estar ali e a própria face de dor do paciente assim, ele tem mais dificuldade para falar, tu vê que ele está realmente com uma dor importante (E-17).

Assim como diferenciam características que possam descartar questões cardíacas e suspeitar de outras origens.

Eu tenho dúvida sim, mas eu vejo quando tem muitas outras queixas junto, que é uma possibilidade de não ser coronariana, [...] normalmente quando a dor é de muitos dias eu já repenso outras coisas (E-7).

Se fez alguma atividade física ou alguma coisa que possa ter causado essa dor, eu toco, faço palpação do tórax, porque geralmente quando eles relatam que a gente aperta, dói mais ou alguma coisa assim, é difícil que seja a síndrome coronariana, né? Porque não vai aumentar a dor (E-8).

Tento sempre questionar a questão do esforço muscular, para descartar essa possibilidade. Ou alguma coisa respiratória, ver se está com estado gripal, ou se teve algum trauma (E-10).

Além da dor, os enfermeiros costumam considerar os sinais clínicos que o paciente está apresentando na hora da avaliação, o histórico e os sinais vitais.

Hipertensão, dor que irradia, sudorese, algum histórico já cardiológico, doença pré-existentes, principalmente hipertensão, diabetes (E-12).

[...] história familiar ou um risco cardiovascular por alguma doença prevalente naquele paciente como diabetes, fumante, hipertenso [...] e também sinais vitais colhidos ali naquele momento, frequência cardíaca alterada, paciente hipertenso ou hipotenso, sudorese, palidez (E-16).

A importância de verificar os sinais vitais ficou evidente na fala dos enfermeiros, no entanto, há divergências quanto aos parâmetros dos sinais vitais na SCA.

Nem sempre há alteração de sinais vitais, como a pressão arterial, então eu vejo muito mais pela frequência cardíaca do que propriamente a pressão arterial. Já peguei pacientes enfartando e a pressão normal, então não [serve] como parâmetro, a gente sempre fala de verificar a pressão como um parâmetro, para controle e tal, especialmente não é o que define né? (E-6).

Frequência cardíaca alterada, paciente hipertenso ou hipotenso, sudorese, palidez esses sinais também são importantes para determinar uma classificação mais fiel (E-16).

Hipotensão é pior que a hipertensão, eu acho, arritmias, se tá com uma taqui ou uma bradi, tudo isso (E-1).

Definindo as condutas de enfermagem na Síndrome Coronariana Aguda

Segundo os participantes do estudo não há um protocolo orientador da conduta a ser implementada no atendimento ao paciente com suspeita de SCA ou mesmo de SCA instalada, após a classificação de risco.

Não existe nenhum protocolo então cada um faz conforme a sua vivência, digamos chegou uma dor precordial cada plantão pode ter uma rotina (E-2).

Cada um faz muito de um jeito, eu vejo, nem sei se o caminho que eu faço é certo; alguns se preocupam demasiadamente às vezes para as coisas que nem são e outros não se preocupam [...] conduta é muito variada, não consigo definir, acho que cada um faz o seu jeito, os médicos inclusive (E-7).

Embora não haja padronização formal, observa-se pelos relatos que os enfermeiros mantêm uma conduta regular de encaminhamento do paciente para um atendimento prioritário e tomam medidas que entendem ser importantes.

Encaminho para sala de emergência, faço monitorização cardíaca, acesso venoso e peço pra fazer eletrocardiograma enquanto eu chamo o médico para avaliação (E-10).

[...] avisar o profissional médico para que possa já estar avaliando esse paciente e com o resultado do eletro, já iniciando o protocolo de IAM (E-6).

Evito que ele caminhe, coloco na cadeira de rodas e já levo direto para salinha do eletro e aviso o médico assistente. Conforme protocolo tem que fazer já o eletro em até “tantos” minutos e se precisar cateterismo e angioplastia já tá tudo encaminhado para o hospital (E-4).

Na classificação de risco eu faço na seguinte maneira: cadeira de rodas ou maca, leva para a sala de emergência, vai fazer o eletro e aguardar a avaliação médica lá (E-18).

Tranquilizar [...] a gente sempre tem que ter um cuidado com familiar de deixar um familiar ciente por que isso gera todo um estresse no paciente também (E-2).

Para os enfermeiros a equipe tem a preocupação em atuar com agilidade realizando os exames e fazendo os encaminhamentos e cuidados necessários. Constata-se que a maior parte das condutas adotadas é semelhante, sendo as mais citadas: realizar eletrocardiograma, verificar sinais vitais, puncionar acesso venoso, coleta de sangue, monitorização, medicação.

Fazem o eletro e daí já conversam com o enfermeiro ali ou já passa direto para o médico, já passa o eletro direto para o médico, geralmente já leva o paciente. Quando é mais grave, fica já direto na sala de emergência; daí já chama o médico ali, senão já leva o paciente no consultório na cadeira e médico faz a avaliação, junto com o eletro, já vai com o eletro (E-13).

Acesso calibroso, já deixa separado as medicações que geralmente são usadas, e claro que primeiro médico tem que solicitar [...] não se faz nada sem o médico pedir, mas já deixa tudo em mãos pra fazer o procedimento mais rápido, medicação, acesso, coleta sangue, já adianta, pro laboratório levar o quanto antes e vir o resultado. Monitora e se necessário, se estiver com dispneia, já instala o oxigênio [...] a gente avalia o quadro clínico do paciente e toma conduta (E-14).

Ainda assim alguns participantes do estudo apontam divergências de condutas a depender da equipe.

Ela é bem distinta, em todos os plantões, então depende do trabalho de cada equipe (E-12).

Nem todos os enfermeiros fazem da mesma maneira (E-18).

Dos médicos, depende, tem uns que são mais incisivos, mais rápidos na sua decisão, mas aí é uma questão de conduta, de experiências, enfim de cada um (E-6).

As diferentes experiências vivenciadas pelos enfermeiros trouxeram contribuições quanto aos cuidados importantes no atendimento ao paciente com SCA, as quais contribuem para pensar a padronização dos cuidados de enfermagem.

Uma questão levantada pela maioria dos entrevistados é sobre a continuidade do atendimento ao paciente atendido na UPA. A continuidade depende do encaminhamento do paciente com SCA ao hospital de referência e transferir esse paciente é algo que não é padronizado. Frequentemente há dificuldades no acesso ao hospital de referência.

Hoje nossa maior dificuldade, nosso maior transtorno em termos desses pacientes é a transferência para o Hospital. Às vezes o médico fica 2 horas tentando falar com o cardiologista para passar o caso e não consegue, aí quer encaminhar o paciente sem contato, e a enfermagem que acaba ficando exposta. Porque o médico não vai junto conduzir o paciente e a enfermagem chega lá e tem que tá ouvindo as grosserias da parte do cardiologista (E-9).

Além da dificuldade do contato com a referência, a equipe enfrenta a falta de padronização em relação ao transporte de pacientes graves, o que depende do profissional médico que atendeu o paciente. É ele quem decide se o paciente vai ser transferido com a equipe do SAMU ou com a ambulância da UPA. Nessa última opção é necessário definir se necessita ir com médico e enfermeiro ou somente o técnico de enfermagem.

Às vezes no transporte, tem médico que está bem-disposto pra ir e acompanhar um paciente desses que é um paciente grave, e às vezes não, às vezes chama o SAMU, mas nem sempre vem de imediato, tem esses entraves (E-18).

A coisa do transporte, também acho que às vezes eles demoram um pouco pra passar para o SAMU e o SAMU também acaba demorando bastante pra chegar, tem alguns que não querem transportar com a ambulância da nossa instituição, às vezes o médico tá sozinho aqui (E-8).

Se o SAMU avançada não conseguir vir na transferência, nós vamos ter que fazer essa transferência. A nossa ambulância não é a mais adaptada para fazer transporte avançado. E nem a gente também teve treinamento para isso, então você vai retirar um profissional do setor dele para fazer o transporte [...] (E-12).

Proposta de cuidados de enfermagem no atendimento ao paciente com suspeita e/ou SCA instalada.

Na indicação dos cuidados do paciente com suspeita ou SCA instalada os enfermeiros destacam o AACR, com priorização do pronto atendimento desde a chegada do

usuário à recepção. Destaca ainda a avaliação de dor torácica, início rápido dos cuidados com restrição de esforço físico e encaminhamento à avaliação médica.

Primeira coisa, chegou na recepção anotar pra gente que é dor torácica, ou avisar que o paciente está com dor no peito, é a primeira coisa que faz a gente chamar ele, esse paciente no tempo, pra priorizar ele no atendimento da classificação [...] esse olhar de classificar ele da forma certa (E-4).

Então primeiro eu acho que é sair da classificação de risco de cadeira de rodas e acompanhado pelo enfermeiro (E-11).

Outro aspecto indicado pelos participantes é a necessidade padronização do atendimento, com autonomia pactuada para o enfermeiro iniciar algumas medidas logo após a classificação, destacando a realização de eletrocardiograma.

Paciente com dor torácica, nesse padrão de dor de queimação, de pressão, acho que esse paciente deveria sim ter encaminhamento no mínimo pra sala de eletro, a gente poderia ajudar muito e agilizar o atendimento desse paciente, acho muito importante, identificar a questão da dor e encaminhar precocemente e aí a comunicação então do profissional médico para que inicie um protocolo o mais rápido possível (E-6).

Eu acho que o fluxo da cadeira de rodas, pra esse paciente não estar se locomovendo, já ter essa questão de já a gente iniciar o eletro, já ter esse fluxo de pegar o acesso, sem ser questionada, de ter essa liberdade de fazer esse fluxo, e esses cuidados de manter com a enfermagem para que ela continue mesmo dentro de algum resultado negativo de troponina, enfim que seja, pra manter o cuidado até o desfecho do paciente (E-15).

Outros aspectos citados são: monitorar o paciente, puncionar acesso venoso calibroso, instalar oxigênio, repouso restrito no leito, controle do débito urinário e controle dos sinais vitais.

Quando chegar lá na emergência o que fazer já, ah vamos primeiro puncionar? Não, vamos monitorizar? Vamos rodar o eletro? Vamos colocar um oxigênio? Entende? O que fazer primeiro? Ou já vamos, claro, fazer o eletro e aí vai ter médico para iniciar o protocolo (E-11).

Bem importante a questão do cuidado: todos vai ser repouso, monitorização cardíaca, é um suporte de O2 para conforto, comadre ou sonda, sala de emergência. Então eu acho que tem que ser padronizado essas ações e também essa autonomia da enfermagem (E-2).

Controle de sinais vitais [...] não deixar o paciente sozinho [...] e eliminação, acaba não registrando, acaba não cuidando e quando está sondado tudo bem, mas e quando não está? [...] histórico de enfermagem, se tem histórico familiar [...] hipertenso, diabético (E-13).

E a coleta dos exames, o mais rápido possível pra ser encaminhado para o laboratório, também pra chegar o resultado o mais rápido possível para definir a conduta (E-14).

Controle de sinais vitais, monitorização [...] Em relação às medicações, acredito que seja importante treinamento para que a gente consiga administrar corretamente as medicações para esses pacientes, utilização de AAS, utilização dos medicamentos

antiarrítmicos, enfim acho que é importante manter assim uma conduta também igual de forma padrão, transporte do paciente, acredito que é importante, fazendo com mínimos esforços possíveis, em cadeira de rodas (E-16).

Para um dos participantes do estudo é importante a orientação do paciente e o acolhimento ao familiar.

Acho que uma boa orientação para o paciente, pra família, manter o paciente calmo, porque não dá pra apertar o botão do pânico do paciente também nesse momento, a cabeça tá equipe tem que estar bem focada nisso, esse paciente precisa ter toda essa harmonia no atendimento também [...] Tem que deixar ele calmo, a família também e tentar fazer tudo da maneira mais rápida possível. A enfermagem precisa ser eficaz (E-8).

De maneira menos frequente, também é citada a importância de buscar um padrão de atendimento para a continuidade do cuidado após estabilização na emergência, no caso quando o paciente é encaminhado para a sala de observação e/ou o encaminhamento e transporte ao hospital de referência.

A gente sempre tem um olhar para esses pacientes que ficam na sala de emergência que é realmente de monitorá-lo, de atende-lo de uma maneira geral para um risco de deterioração, porém quando esse paciente sai de lá e vem para a observação se perde isto, então aqui a gente não tem isto. [...] a gente estabelecer alguns critérios para permanência desse paciente na sala de observação ou até a liberação do paciente da sala de emergência para a sala de observação. (E-16).

Qual maneira fazer esse encaminhamento para o hospital, quem é o contato telefônico, [...] quem vai no transporte e de que maneira esse transporte tem que ser feito, paciente em maca, com ou sem acompanhante, com laudos impressos ou não, presença do médico e do enfermeiro? E o que a ambulância precisa ter para transportar, precisa só do O2, só da maca ou tem algum outro equipamento específico que precisa ter? (E-18).

Reforçam ainda a importância de um instrumento para conduzir o atendimento ao paciente com suspeita e/ ou com SCA instalada.

Um instrumento que quando a gente for questionada, olha eu estou seguindo, esse instrumento, implantado, isso já estaria de bom tamanho, já seria muito bom (E-3).

Eu acredito que seja muito importante o POP, esse protocolo, para todo mundo estar bem com esse olhar para a dor torácica, para que não ocorra erro de classificação, não ocorra atraso no eletro, não ocorra atraso na transferência e na medicação desse paciente, acredito que seria de suma importância (E-4).

A padronização é importante, porque é em todo, fazer o POP e treinar todo mundo nesse POP, inclusive os médicos. É pra todo mundo, é para agilizar o atendimento, para minimizar o risco de agravamento (E-17).

Destacam ainda a necessidade de capacitação do pessoal para o atendimento das SCA.

Focar na questão de capacitação, não só da gente como enfermeiro, mas também dos técnicos que são peças muito importantes em todo o processo. Médico também, porque não é porque são médicos que estão sempre atualizados, tem muita gente que a gente vê trabalhando na emergência e não tem perfil, não tem conhecimento e não tem vontade, então isso prejudica não só a gente, mas muito mais o paciente (E-10).

No quadro abaixo (quadro 1), são apresentados os cuidados de enfermagem destacados pelos enfermeiros como importantes para a elaboração de um instrumento que oriente o atendimento na SCA.

Quadro 1 - Cuidados essenciais no atendimento do paciente com suspeita e ou síndrome coronariana aguda, na percepção de enfermeiros de unidade de pronto atendimento (UPA), de um município do estado de Santa Catarina, 2019.

Avaliar sinais vitais
Restringir de esforço, cadeira de rodas
Realizar ECG
Realizar monitorização cardíaca
Estabelecer acesso venoso
Instalar oxigênio
Administrar medicação
Coletar exames laboratoriais
Manter repouso no leito
Controlar débito urinário
Realizar histórico e evolução
Acolher e orientar familiares
Organizar a transferência

Fonte: Autora, 2019

Os diversos aspectos abordados pelos participantes do estudo são fundamentais para a elaboração de um POP institucional que oriente o atendimento ao paciente com suspeita e/ou SCA instalada.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo apontam que o cuidado de enfermagem nas UPA é realizado por profissionais mulheres, jovens, com experiência de emergência de pouco mais de cinco anos.

Salienta também, o destaque dado a dor torácica na identificação e no tratamento das SCA, estando em consonância com a literatura estudada. Para Ayerbe *et al.* (2016), a SCA pode ser confirmada ou descartada por motivos clínicos em paciente com dor torácica. As características clínicas da dor torácica, idade, história médica pregressa de doença cardiovascular, gênero e anormalidades no ECG são as características mais comuns preditoras (AYERBE *et al.*, 2016). Avaliar a dor torácica é complexo e de suma importância.

Abid *et al.* (2015) reforçam a necessidade de diagnóstico diferencial uma vez que a dor pode ser de origem coronariana, gastrointestinal, pulmonar ou muscular. Para o autor as variações na descrição da dor pelo paciente podem levar a suspeitar de etiologia não cardíaca. No entanto, devido à alta taxa de mortalidade associada a infarto do miocárdio é crucial descartar com segurança um possível evento coronariano.

Os aspectos abordados por autores Ayerbe *et al.* (2016) e Abid *et al.* (2015) estiveram presente na fala dos participantes do estudo, constituindo-se em fator gerador de ansiedade e inseguranças na realização da atividade.

Essa condição levou os participantes do estudo a pensar e indicar alguns aspectos que podem contribuir para a qualidade da classificação de risco, do atendimento precoce ao paciente e também para a segurança do profissional. Da mesma forma como estudos de Banol-Betancur *et al.* (2015) e Geysler e Smith (2016) os participantes percebem que a dor torácica relatada pelos pacientes em serviços de emergência, embora semelhantes a apresentação clínica da SCA, nem sempre são de etiologia cardíaca.

Um aspecto importante para a definição da etiologia da dor é discutido por Galinski *et al.* (2015). Segundo os autores a intensidade da dor em pacientes em atendimento pré hospitalar não é um fator útil para distinguir o IAM de outras condições. Neste sentido sugere que uma característica importante para diferenciar a dor do IAM é o tipo de dor associado a história do paciente e alteração no ECG.

Neste sentido ganham destaques nos estudos acerca da SCA a atenção a outros sinais e sintomas como: falta de ar, fadiga, tontura, náuseas, dor no braço, suor, dor no ombro, dor nas costas, palpitação, dor epigástrica (ZÈGRE-HEMSEY; BURKE; DEVON, 2018)

Em conjunto com a avaliação dos sintomas relatados pelo paciente, a verificação dos sinais vitais também é essencial para avaliação do paciente segundo Roth *et al.* (2015) e Ma *et al.* (2016). Outras alterações que podem ser encontradas ao avaliar o paciente na classificação de risco são as alterações relacionadas aos fatores fisiológicos da dor como taquicardia, taquipneia, palidez, sudorese ou tensão muscular (CAVEIÃO *et al.*, 2014). Sobre estes

aspectos os participantes do estudo reforçaram a importância da verificação e análise dos sinais vitais na classificação de risco nas SCA.

Destacam ainda a importância do pronto atendimento destes casos de modo a permitir a intervenção em tempo hábil para a manutenção da vida do paciente e para a redução de sequelas. Essa condição é reafirmada pelos enfermeiros que se preocupam com a realização de uma avaliação o mais precisa possível. Essa perspectiva vem ao encontro da literatura, através dos autores Nonnenmacher *et al.* (2018) e ao protocolo de Manchester, que é semelhante ao utilizado no local da pesquisa.

No protocolo os níveis de prioridade vermelho (emergência) e laranja (muito urgente) são os mais indicados aos pacientes com SCA, visto que preveem o atendimento em até 10 minutos e a intervenção precoce, conforme previsto nas diretrizes atuais da *American Heart Association* (AHA). Segundo as diretrizes o tempo alvo do início dos sintomas pelo paciente até a reperfusão é de ≤ 120 min. Nesta faixa de tempo é considerado o primeiro contato médico até a fibrinólise um tempo ≤ 30 min e o tempo alvo desde a chegada do paciente na instituição até a intervenção coronária percutânea ≤ 90 min. No caso dos serviços que não possuem serviço cardiológico e de hemodinâmica, é imprescindível a transferência o quanto antes do paciente para um serviço que realize a reperfusão (AMSTERDAM *et al.*, 2014; NAKASHIMA; TAHARA, 2018).

Em relação à continuidade do atendimento ao paciente, após a classificação de risco, os participantes identificam limitações em relação a condutas de enfermagem, tais como a ausência de prescrições de cuidados, sendo que a tomada de decisão se dá com base na indicação do profissional médico. A literatura corrobora essa percepção dos enfermeiros e aponta que a inexistência de padronização fragiliza a tomada de decisão do enfermeiro, pois a organização do cuidado de enfermagem é essencial para uma prática assistencial sistematizada, assertiva e com vista à segurança no atendimento ao paciente (FLORES; SOBRINHO; VERNAGLIA, 2013; PERTSEW; PEROZIN; CHAVES, 2018)

Sobre este aspecto Caveião *et al.* (2014) reforça que o atendimento ao paciente com SCA é baseado em protocolos e *guidelines* médicos de consenso científico, e que o enfermeiro deve assumir-se como protagonista no cuidado a esse paciente realizando um histórico organizado, elaborando um plano de cuidados na fase aguda, e prestando cuidados sistematizados que atendam o paciente em suas necessidades humanas básicas.

Ressalta-se que a adesão de padrões assistenciais, com embasamento nas evidências científicas impacta em indicadores de qualidade de atendimento, no aumento da sobrevivência do

paciente e na diminuição da mortalidade (RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016; PERTSEW; PEROZIN; CHAVES, 2018).

Sobre a transferência do paciente, com SCA para o ambiente hospitalar para dar sequência ao tratamento, possivelmente as dificuldades encontradas pelos integrantes do estudo têm relação com a falta de estruturação da referência e contra referência na rede de atenção, fato esse abordado também por Hoepfner *et al.* (2018) na análise que realizaram quanto a rota de atendimento dos pacientes com SCA nos serviços públicos de saúde do sul do Brasil. Segundo os autores as dificuldades na transferência de pacientes para o hospital de referência e o transporte do paciente, que raramente é realizado pelos serviços médicos de emergência, o que pode ocasionar atraso na reperfusão cardíaca.

Essa realidade indica que as equipes precisam discutir e seguir as diretrizes de transferência desses pacientes com base na resolução CFM n.1.672/2003 que prevê a composição da equipe e condições para o transporte destes pacientes (CREMERO, 2016). Também há que se destacar que o enfermeiro, de acordo com a resolução COFEN 588/2018 é responsável pela definição das condições de transporte de pacientes pela enfermagem. (COFEN, 2018). A adoção de protocolos institucionais de transporte e a educação permanente para os profissionais de enfermagem envolvidos no transporte do paciente, a fim de garantir uma assistência de Enfermagem segura, sem riscos ou danos ao exercício profissional e ao paciente é fundamental (COREN, 2017).

Outro aspecto bastante discutido pelos integrantes do estudo diz respeito à necessidade de capacitação e educação continuada para os profissionais, porém há um consenso entre eles que a oferta de treinamento é escassa ou inexistente. No entanto a educação permanente é apontada como fundamental para a eficácia do atendimento por autores como Oliveira Júnior *et al.* (2015) e Marcolino *et al.* (2013).

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo reforçam a necessidade de elaboração de instrumentos que estabeleçam um padrão de atendimento nas unidades de pronto atendimento, especialmente em relação às situações graves de saúde, como é a SCA. Destaca-se também a urgência de treinamentos e atualizações voltados para o atendimento dos pacientes nesta condição clínica. Estes dois aspectos são fundamentais para a segurança do paciente e do profissional enfermeiro.

Isso porque o manejo adequado, diante da suspeita de SCA é imprescindível para o prognóstico favorável ao paciente. A sistematização e padronização da avaliação e do cuidado de enfermagem são essenciais para a continuidade do cuidado profissional. Sobre este aspecto a constatação da inexistência de padronização de avaliação e de cuidados de enfermagem, a variação de abordagem de enfermagem e mesmo médica é entendida como elemento dificultador para um atendimento de excelência e um forte indicativo para a elaboração e adoção de um POP.

Deste modo, positivamente, observa-se a abertura a mudança dos profissionais que entendem suas vulnerabilidades, possuem interesse em aprimorar a maneira como realizam sua prática e anseiam por rotinas padronizadas e aperfeiçoamento profissional.

O estudo, portanto, se faz importante na medida em que reforça a necessidade de se buscar melhorias na assistência de enfermagem realizada nas UPA.

REFERÊNCIAS

ABID, S. *et al.* Chest Pain Assessment and Imaging Practices for Nurse Practitioners in the Emergency Department. **Advanced Emergency Nursing Journal**. Estados Unidos, v. 37, n.1, p. 12-22, mar. 2015. Disponível em: 10.1097/TME.000000000000048. Acesso em: 02 maio 2019.

AMSTERDAM, E.A. *et al.* AHA/ACC Guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **Circulation**, Dallas, v. 130, n. 25, p. 2354-2394, dez. 2014. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.000000000000133>. Acesso em: 02 maio 2019.

AYERBE, L. *et al.* Clinical assessment of patients with chest pain; a systematic review of predictive tools. **BMC Cardiovascular Disorders**, London, p. 16-18, jan. 2016. Disponível em: <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-016-0196-4>. Acesso em: 30 abr. 2019.

BANOL-BETANCUR, J.I. *et al.* Caracterización del dolor torácico en pacientes que consultan al Servicio de Urgencias de una institución de salud de alto nivel de complejidad, en el periodo 2014-2015, en Medellín, Colombia. **Revista de la Sociedad Española del Dolor**, Madri, v. 24, n. 6, p. 288-293, dez. 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462017000600288&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2019.

CAVEIÃO, C. *et al.* Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v.4, n. 1, p.

921-928, jan./abr. 2014. Disponível em:
<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/427>. Acesso em 13 jul. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 588/2018**. Atualiza e normatiza a atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde. Brasília: COFEN, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-588-2018_66039.html. Acesso em: 10 maio 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN-SC). **Resposta Técnica COREN/SC Nº 055/CT/2017**. Parecer sobre Transporte de pacientes extra-hospitalar. Florianópolis: COREN, 2017. Disponível em: <http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/RT-055-2017-Transporte-de-pacientes-extra-hospitalar.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE RONDÔNIA (CREMERO). **Parecer nº 1/2016**. Transporte intra-hospitalar de pacientes. Porto Velho: CREMERO, 2016. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmro/pareceres/2016/1_2016.pdf. Acesso em: 10 maio 2019.

FONTANELLA, B.J.B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, fev. 2011. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2018.

FILATRO, A.; PICONEZ, S.C.B. Design Instrucional Contextualizado. In: 11º Congresso Internacional da ABED 2004, 11, 2004, Salvador. **Anais do 11º Congresso Internacional da ABED 2004**. São Paulo: ABED, 2004. v. 1. p. 1-8.

FLORES, P.V.P.; SOBRINHO, N.P.; VERNAGLIA, T.V. Atuação da enfermeira na dor no cliente cardiológico: um estudo frente ao reconhecimento das intervenções de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 716-726, out. 2013. Disponível em:
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2415/pdf_96>. Acesso em: 30 abr. 2019.

GALINSKI, M. *et al.* Chest Pain in an Out-of-Hospital Emergency Setting: No Relationship Between Pain Severity and Diagnosis of Acute Myocardial Infarction. **Pain Practice**, Paris, v. 15, issue 4, p. 343-347, mar. 2015. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/papr.12178>. Acesso em: 03 maio 2019.

GALVÃO, E.C.F.; PUSCHEL, V.A.A. Aplicativo multimídia em plataforma móvel para o ensino da mensuração da pressão venosa central. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. spe, p. 107-115, out. 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2018.

GEYSER, M.; SMITH, S. Chest pain prevalence, causes, and disposition in the emergency department of a regional hospital in Pretoria. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**, Cape Town, v. 8, n. 1, p. 1-5, 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-29362016000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2019.

GOUVÊA, V.E.T. *et al.* Avaliação do Sistema de Triagem de Manchester na Síndrome Coronariana Aguda. **Internacional Journal of Cardiovascular Sciences**, Brasil, v. 28, n. 2, p. 107-113, mar. 2015. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/28/pdf/v28n2a05.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2019.

HOEPFNER, C. *et al.* Knock on the Right Door. How we are Treating the Patient with Acute Myocardial Infarction. **Int. J. Cardiovasc. Sci.**, Brasil, v. 31, n. 5, p. 520-526, maio 2018. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-914765>. Acesso em: 10 maio 2019.

MA, Wen-Fang *et al.* Comparison of 4 Admission Blood Pressure Indexes for Predicting 30-Day Mortality in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. **American Journal of Hypertension**, China, v. 29, n. 3, p. 332-339, mar. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26158853>. Acesso em: 03 maio 2019.

MAIER, G.S.O.; MARTINS, E.A.P. Assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda segundo indicadores de qualidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 757-764, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400757&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 abr. 2019.

MARCOLINO, M.S. *et al.* Implantação da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio no município de Belo Horizonte. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 100, n. 4, p. 307-314, abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000400001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2019.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

NAKASHIMA, T.; TAHARA, Y. Achieving the earliest possible reperfusion in patients with acute coronary syndrome: a current overview. **Journal of Intensive Care**, Japão, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://jintensivecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40560-018-0285-9>. Acesso em: 05 maio 2019.

NASCIMENTO, L.C.N. *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 228-233, fev. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100228&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019.

NONNENMACHER, C.L. *et al.* Factors that influence care priority for chest pain patients using the manchester triage system. **J. Clin Nurs.**, Porto Alegre, RS, p. 940-950, jul. 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.14011>. Acesso em: 30 abr. 2019.

OLIVEIRA JÚNIOR, M.T. *et al.* Diretriz de Telecardiologia no Cuidado de Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda e Outras Doenças Cardíacas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 105, n. 2, p. 105-111, ago. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015002100105&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019.

PERTSEW, P.E.; PEROZIN, M.; CHAVES, P.L.L. Gerenciamento do protocolo de dor torácica no setor de emergência. **Revista Sociedade Brasileira Clínica Médica**, Santa Catarina, v. 16, n. 2, p. 77-79, 2018 abr./jun., 2018.

RIBEIRO, K.R.A.; SILVA, L.P.; LIMA, M.L.S. Conhecimento do Infarto agudo do miocárdio: implicações para assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem, UFPI**, Teresina, v. 5, n. 4, p. 63-68, 2016. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5546>. Acesso em: 05 maio 2019.

ROTH, D. *et al.* Admission blood pressure and 1-year mortality in acute myocardial infarction. **Int. J. Clin. Pract.**, Austria, p. 812-819, ago. 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijcp.12588>. Acesso em: 30 abr. 2019.

SANTOS, A.A. *et al.* Identificação precoce da síndrome coronariana aguda: uma revisão bibliográfica. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 4, n. 2, p. 219-236, out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/4609>. Acesso em: 26 abr. 2019.

SANTOS, J. *et al.* Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1621-1634, maio 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000501621&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2019

SILVA, F.M.F. *et al.* Tratamento atual da síndrome coronária aguda sem supradesnivelamento do segmento ST. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 454-461, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000300454&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 maio 2019.

ZÈGRE-HEMSEY, J.K.; BURKE, L.A.; DEVON, H.A. Patient reported symptoms improve prediction of acute coronary syndrome in the emergency department. **Res. Nurs. Health**, Estados Unidos, p. 459-468, out. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6195799/>. Acesso em: 26 abr. 2019.

5.2 MANUSCRITO 2 - SÍNDROME CORONARIANA AGUDA NO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PRONTO ATENDIMENTO

RESUMO

Introdução/objetivo: Estudo que buscou identificar como é realizado o acolhimento e avaliação com classificação de risco ao paciente com suspeita e/ou Síndrome coronariana aguda instalada, em uma Unidade de Pronto Atendimento **Metodologia:** estudo metodológico que utilizou as etapas do modelo de design instrucional contextualizado, na etapa análise. A coleta de dados ocorreu de janeiro a abril de 2019, através de entrevista semiestruturada com 19 enfermeiros de um município de um estado do sul do Brasil. Os dados foram submetidos à análise temática. **Resultados:** foram reunidas três categorias: instrumentos para realização do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, dificuldades na classificação da doença coronária aguda e facilidades na classificação de risco da doença coronariana aguda. O protocolo institucional de classificação de risco é considerado insuficiente para assegurar o a avaliação do paciente. As dificuldades encontradas dizem respeito a alta demanda do serviço, ao tempo disponível para a classificação, a subjetividade da dor torácica, escassez em capacitação profissional relacionada ao tema e a falta de fluxos e protocolos institucionais definidos. Ressaltam como facilidades: autonomia dos enfermeiros na tomada de decisão acerca da realização do eletrocardiograma e a satisfação com resultado do trabalho quando este é ágil e rápido. **Conclusão:** Os enfermeiros percebem a complexidade em identificar os sinais e sintomas da SCA no momento de classificar o risco do paciente e citam a importância de fluxos e protocolos que apoiem e conduzam a tomada de decisão do enfermeiro.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Cardiovascular; Síndrome Coronariana Aguda; Enfermagem em Emergência; Emergências; Triage

INTRODUÇÃO

Com vistas a qualificar o atendimento dos pacientes que chegam nas emergências, foi introduzido nos serviços de saúde no Brasil, no ano 2000 a proposta ministerial de avaliação e acolhimento com classificação de risco (ACCR) (BRASIL, 2009). Nos serviços de urgência e emergência a AACR se coloca como uma estratégia de organização dos serviços que, diante da alta demanda, visa atender os pacientes em tempo adequado, conforme a gravidade de seus sinais e sintomas (GOUVÊA *et al.*, 2015).

Diversos são os sistemas de classificação que podem ser aplicados nos serviços, sendo o mais conhecido, o protocolo inglês de Manchester – *Manchester Triage System*, e adaptações decorrentes dele. Também são utilizados outros protocolos adaptados, conforme perfil da instituição e instrumentos validados que atenda às necessidades de atendimento do serviço de emergência (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

O AACR normalmente é realizado por enfermeiro, que por sua formação generalista é considerado o profissional mais bem preparado para a atividade. O enfermeiro é respaldado pela resolução 423/2012 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), para a execução da

Classificação de Risco e Priorização da Assistência em Serviços de Urgência (GOUVÊA *et al.*, 2015).

No cotidiano dos serviços, quando da realização do acolhimento e classificação de risco, o enfermeiro depara-se com situações diversas, com diferentes níveis de gravidade, para as quais precisa estar preparado técnica e humanisticamente para responder as necessidades assistenciais. Uma destas situações é a atenção ao paciente com Síndrome Coronariana Aguda (SCA).

A SCA atinge homens e mulheres, sendo predominante no sexo masculino. A progressão e conseqüente manifestação da doença estão atreladas a fatores de risco como hipertensão arterial, dislipidemias e diabetes, bem como a fatores não modificáveis como antecedentes familiares, e idade média de 55 a 60 anos. Fatores comportamentais tais como: estilo de vida da população, hábitos como sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade, etilismo e tabagismo influenciam na manifestação da doença e contribuem para o comprometimento e deterioração da saúde gerando as complicações (BRUNORI *et al.*, 2014).

Neste contexto, é possível relacionar a SCA como um problema da população contemporânea, passível de prevenção, a partir do controle dos fatores de risco. Para Santos *et al.* (2017) a mudança na exposição aos fatores de risco reflete nas taxas de mortalidade da doença.

No entanto, embora programas de promoção e prevenção à saúde estejam disponíveis no SUS a realidade mostra a dificuldade na adesão à mudança no estilo de vida pela população, que associa a dificuldade de mudar hábitos de vida com falta de tempo e condições financeiras (TOLETO; ABREU; LOPES, 2013; MEDEIROS *et al.*, 2018).

Essa realidade eleva as estimativas de aumento das condições crônicas de saúde, quando associada a transição demográfica do Brasil e do mundo, que aponta para o processo de envelhecimento da população e conseqüente mudança no perfil epidemiológico da saúde. Estima-se que morram, a cada dia, no Brasil, quase 500 pessoas em decorrência de infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares-cerebrais (MENDES, 2011).

O aumento das condições crônicas de saúde, incluindo as SCA elevam a busca pelos serviços de pronto atendimento (HOEPFNER *et al.*, 2018; TEMPASS *et al.*, 2016) e exigem que o enfermeiro desenvolva habilidades para a identificação rápida do problema ainda na classificação de risco, uma vez que o tempo de identificação dos sinais e sintomas e início do tratamento é considerado um fator crucial para o prognóstico favorável deste tipo de paciente.(SPROCKEL *et al.*, 2015).

Como enfermeira, atuo em uma Unidade de Pronto Atendimento realizando a atividade de AACR e, percebo a complexidade dessa atribuição, que exige do profissional enfermeiro conhecimento técnico, científico e relacional para a tomada de decisão, já que a classificação deve ser rápida, precisa e assertiva.

Em se tratando da avaliação do paciente no AACR, vivencio o desafio em realizar a identificação precoce dos sinais e sintomas da SCA, e em minha atuação profissional questioneei se as práticas realizadas em minha rotina diante de uma suspeita de SCA estavam adequadas e passíveis de melhorias.

Diante desse questionamento, o objetivo desse estudo foi identificar como é realizado o AACR ao paciente com suspeita e/ou SCA instalada, em uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico, organizado e guiado conforme o modelo de Design Instrucional Contextualizado (DIC). Este modelo constitui-se em uma proposta construtivista de pesquisa, que traz a ação intencional de planejar, desenvolver e aplicar situações didáticas específicas disponibilizando ferramentas e recursos para responder as necessidades de aprendizagem (GALVÃO; PUSCHEL, 2012, p. 109). Neste sentido compatibiliza a pesquisa com a elaboração de produtos para a prática.

Autores que tratam dos modelos convencionais de design instrucional dissertam sobre esse modelo estruturando-o, geralmente, em quatro em 4 estágios distintos do processo de planejamento do ensino aprendizagem quais sejam: análise, design e desenvolvimento, implementação e avaliação (FILATRO; PICONEZ, 2004).

A discussão apresentada neste estudo é parte da pesquisa que objetivou a elaboração de um procedimento operacional padrão para o cuidado ao paciente com suspeita ou SCA instalada, em unidade de pronto atendimento e concentrou-se nos achados da fase de análise, que envolve a identificação de necessidades de aprendizagem, a definição de objetivos instrucionais e o levantamento das restrições envolvidas (FILATRO; PICONEZ, 2004).

O estudo foi realizado em duas unidades de pronto atendimento 24 horas (UPA), de um município do litoral norte de Santa Catarina. As unidades de pronto atendimento fazem parte da Rede de Urgência do município; estão localizadas em regiões distintas da cidade e realizam cerca de 600 atendimentos dia.

Atua nas duas unidades um total de 36 enfermeiros dos quais 19 (53%) participaram do estudo. Os critérios de inclusão consideraram: atuar em uma das duas Unidades de Pronto Atendimento do município por um período superior a 30 dias, nos turnos noturno e/ou diurno, realizando as diversas funções pertinentes ao setor. Foram critérios de exclusão: estar afastado das atividades seja por férias atestado ou licença durante o período da coleta de dados. O total de participantes foi definido considerando os critérios de saturação de dados (FONTANELLA, 2011; MINAYO, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A coleta de dados se aconteceu no período de janeiro a abril de 2019, por meio de entrevista semiestruturada, composta por perguntas abertas e abrangentes que abordavam questões sobre a atuação do enfermeiro frente à SCA. As entrevistas foram realizadas e transcritas na íntegra, simultaneamente, permitindo ao pesquisador identificar as repetições até o ponto de saturação, quando se esgotaram as informações e nenhum novo tema foi identificado (NASCIMENTO *et al.*, 2018). Foram realizadas durante o horário de trabalho, conforme disponibilidade no enfermeiro, sendo gravadas e tendo uma duração média de 20 a 40 minutos.

Os dados passaram pela análise do conteúdo conforme proposto por Minayo (2013). Realizou-se a leitura minuciosa de cada entrevista, e posteriormente a leitura destas em seu conjunto, de forma que foi possível a apropriação do que os enfermeiros relataram sobre como acontece a realização do AACR voltada para identificação da SCA. Os achados das entrevistas foram organizados, destes foram extraídas as informações relevantes, que deram origem as categorias de análise, as quais tratam sobre os instrumentos para realização do AACR, as dificuldades na classificação da doença coronária aguda e as facilidades na classificação de risco da doença coronariana aguda.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da UFSC (CEP/UFSC), conforme preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo parecer n. 1.744.247 do CEP/UFSC. A aceitação dos participantes foi obtida por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato foi mantido utilizando-se identificação alfanumérica (E- entrevista, seguido de uma ordem numérica de 1 a 19).

RESULTADOS

Os participantes do estudo são formados por uma maioria de mulheres na faixa etária de 30 a 40 anos, sendo que 84% possui alguma especialização; destas 4 enfermeiras tem especialização em urgência e emergência e 11% possui curso de mestrado. Estes enfermeiros em média estão formados há 13 anos, e tem um tempo de atuação na rede de urgência do município que varia ente 5 meses e 6 anos

Ao tratarem do modo como desenvolvem o Acolhimento com Classificação de Risco no Pronto Atendimento os enfermeiros abordam três aspectos, os quais se constituem as categorias de análise: instrumentos para realização do AACR, dificuldades na classificação da doença coronária aguda, facilidades na classificação de risco da doença coronariana aguda.

O AACR é a primeira avaliação do paciente ao chegar no serviço de saúde, a partir dali é tomada a decisão sobre o tempo que o paciente pode aguardar para ser atendido com segurança e os cuidados que devem ser iniciados ainda no AACR. Os participantes do estudo relatam que:

Desenvolvo essa atividade baseado no protocolo do Estado de Santa Catarina (...) basicamente são fluxos simples, algoritmos simples de classificação que são semelhantes ao protocolo de Manchester, então a gente tem ali os sintomas do paciente e as prioridades, que são laranja, vermelho para os casos mais urgentes, mais graves, a emergência é vermelho e as demais outras classificações menos urgentes, então o amarelo, verde e azul (E – 16).

Sobre ao colhimento destacam primeiramente os instrumentos utilizados na atividade.

Instrumentos para a realização do AACR

O estado de Santa Catarina, através da deliberação 366/CIB/2014 definiu a utilização de um protocolo de AACR padrão para todo o estado, principalmente nas Redes de Atenção a Urgência. O protocolo tem como propósito a identificação dos pacientes classificando-os de acordo com o risco estabelecido; reúne 49 fluxogramas e possui 5 cores para definição da prioridade: azul (mínimo), verde (baixa), amarelo (média), laranja (alta) e vermelho (máxima) (SANTA CATARINA, 2013).

Para os entrevistados essa ferramenta de classificação de risco não é o suficiente para assegurar a qualidade do atendimento. É necessário que o enfermeiro tenha conhecimento técnico e desenvolva a prática clínica.

Sempre me remeto ao protocolo do Estado, já que é o que a gente usa, né? Mas eu vejo que tem que ir muito pelo *feeling*, do que você está vendo no momento. Mas não me sinto segura, protegida 100%, com certeza não (E-7).

A gente usa o protocolo de Santa Catarina, apesar dos pesares, porque também não é completo. E o conhecimento adquirido pela experiência (E-10).

[...] ou mais pela minha avaliação, da clínica, do que ele refere, sinais vitais, mais ou menos isso (E-12).

É mais pelo conhecimento pessoal, porque realmente dentro do protocolo não tem, você não vai conseguir classificar, até consegue classificar, mas as vezes não como deveria[...] então é pelo conhecimento pessoal (E-9).

Evidencia na fala dos participantes a importância do preparo técnico para conduzir a entrevista e o exame físico no espaço de tempo dedicado a classificação de risco. É fundamental uma avaliação precisa e objetiva, especificamente na identificação de situações graves como a SCA e de outras situações graves, nas qual o tempo para o início da intervenção é reduzido. Sobre este aspecto reforçam a dificuldade do protocolo que pouco contribui para a identificação da dor torácica, principal queixa deste paciente.

Considerando a fragilidade, que apontam os participantes do estudo quanto ao protocolo existente, questionou-se quanto à utilização de alguma outra ferramenta para a tomada decisão na classificação da dor torácica. Os participantes afirmaram que lançam mão apenas do conhecimento adquirido na prática ou de atualizações realizadas fora do contexto do trabalho.

Me baseio pelo conhecimento que eu tenho, que eu adquiri (E-4).

Não, não tenho. O paciente que eu tenho dúvida, que eu vejo que tem alguma alteração, peço pra vir aqui atrás fazer um eletro, deu alterado eu já peço para levar pro médico, não deu alterado, volta fica na classificação aguardando ali na frente (E-5).

Dificuldades na classificação de risco da doença coronariana aguda

Os desafios na classificação de risco dos pacientes em pronto atendimento são inúmeros, pois enquanto porta de entrada, o serviço recebe pessoas com todos os tipos de queixas clínicas. Interfere na atividade a alta demanda de atendimento existente os e o tempo disponível do profissional enfermeiro para avaliar o paciente. Essa realidade exige habilidades do profissional, principalmente no que diz respeito a casos graves, como a SCA, na qual é necessário um tempo de atendimento rápido e preciso.

Nesta perspectiva os enfermeiros se preocupam com o tempo de chegada desse paciente desde a recepção até a classificação de risco.

Se eu demoro 1 hora para chamar esse paciente e elas [recepção] não colocam que é dor no peito e acontece alguma coisa com o paciente lá na frente a culpa é de quem tá na triagem [classificação de risco] (E-4).

Outra dificuldade é o tempo, a gente tem pouco tempo para triar porque tem uma demanda grande, o tempo pra nós é péssimo, então tu tens que olhar muito rápido. [...] Eu não me sinto confortável triando porque é uma pessoa que está ali e eu posso deixar de avaliar melhor, e eu não tenho tempo hábil (E-5).

Tem uma tela enorme [de atendimentos], né? Pacientes que na hora que você está classificando entrando de novo, perguntando qual é vez, tentando [ser] reclassificado, fazendo barraco, enquanto tu estas tentando fazer todo o roteiro de avaliação de paciente. Isso atrapalha, porque você precisa ver pra onde vai, qual o tempo, pra conseguir fechar realmente (E-15).

Além do tempo e demanda, as peculiaridades dos pacientes e as características clínicas da SCA tornam difícil a avaliação e identificação dos sintomas na classificação de risco, pois é preciso considerar a subjetividade do paciente e a forma clínica como o problema se apresenta e isto é um gerador de dúvidas para a tomada de decisão.

Só se ele está apresentando realmente ali na nossa frente, só pelo relato é difícil, você não sabe se o relato realmente está de acordo, eles podem realmente fingir, o que acontece. Só que se o paciente está apresentando uma sudorese, alguma dificuldade [...] isso para a gente é mais palpável, consegue ver. Agora se não tem, a gente tem que confiar nos aparelhos, que as vezes não estão calibrados, e a experiência e vivência (E-5).

Fico inseguro em relação a queixa típica, mas sinais vitais estão normais (E-3). O paciente não saber referir exatamente o que ele está sentindo, então não tem como saber exatamente quando é uma angina, uma dor torácica clássica porque eles referem de diversas formas (E-12).

Dificuldade é identificar porque são sintomas que parecem muito com ansiedade (E-18).

Um aspecto destacado como dificultador é a falta de capacitação, de educação continuada que prepare o profissional para a AACR, em especial na SCA, e de experiência profissional.

Eu tenho experiência, mas não tenho embasamento, nunca tive treinamento nem nada disso (E-1).

Não recebe o treinamento nenhum. A gente entra, né? enfermeiro e tem que assumir a prática e os colegas lá uma vez o outro quando sentem vontade de dar [treinamento] [...] é a única questão realmente é as vezes a falta de padrão entre colegas que não tem treinamento (E-6).

Acho que a gente não recebe treinamento para estar no UPA, os profissionais não são especialistas em urgência e emergência, isto é um problema e a gente não é treinado constantemente (E-2).

As dificuldades na avaliação dos sinais e sintomas de SCA, a falta de experiência, a inexistência de capacitação contínua estabelece uma tendência de os enfermeiros classificarem os pacientes, quando há suspeita de SCA, nas cores que asseguram um atendimento mais rápido, porém esse não é um padrão geral.

Sempre classificado com no mínimo amarelo, pois referiu dor, chegou e tem algum sinal vital alterado (E-2).

Eu já classifico conforme a nossa classificação, porque dor retroesternal já está como laranja [...] em 10 minutos que ele tem que ser atendido (E-4).

Classifico como laranja coloco esse paciente na cadeira de rodas e já levo para o eletro ou já entro com ele no consultório (E-15).

Ter o cuidado de classificar pra mais e não pra menos (E-13).

Outro aspecto que interfere negativamente são os entraves em relação à disponibilidade de materiais e a qualidade dos mesmos para o atendimento.

Temos poucas cadeiras rodas, tem que sair correndo atrás de cadeira, então acaba sendo um dificultador (E-6).

[...] nas salas de observações a gente não tem monitores para manter ele monitorado, eu vejo que esse detalhe é importante e que não consegue cumprir, se fosse cumprir um protocolo de atendimento ao paciente com dor torácica (E-16).

O exame laboratorial não ser feito aqui, quando precisa pedir alguma enzima, demora para vir o resultado, acho que isso é uma coisa que prejudica (E-17).

Dificuldade pode ser logística de uma maneira que nem sempre a gente tem uma cadeira disponível [...] às vezes o eletro nem sempre funciona da melhor maneira (E-18).

Os registros de enfermagem insuficientes ou inexistentes são considerados aspectos que dificultam a atenção ao paciente com SCA e a própria classificação de risco, e que, portanto, dão pouca visibilidade ao trabalho realizado pela enfermagem.

Acho muito fraco a questão do registro, a gente não consegue sentar e fazer uma boa evolução, porque que tá com mais tarefas para fazer, mais coisas, vai depender do paciente, tu tens outros procedimentos a fazer nesse paciente, então às vezes acaba a gente pecando muito na questão do registro, das informações e sendo muito superficial ou muito direta [...] não tem uma evolução padrão (E-6).

Uma falha que eu vejo é pouca anotação da enfermagem. [...] não aparece. Parece que a enfermagem não faz nada, e não fica registrado no prontuário (E-11).

Outras dificuldades citadas pelos enfermeiros dizem respeito à falta de fluxo e protocolos institucionais definidos.

A dificuldade [...] é a falta de fluxo e protocolo (E-15).

Os fluxos não existem [...] não tem eles para nos auxiliar, então a gente vai aprendendo na prática, no dia a dia e conduta a gente fica à mercê da experiência do médico (E-5).

Percebe-se nas falas dos participantes que a ausência de um protocolo firmado por todos os profissionais os deixa vulneráveis a críticas quanto as suas condutas na classificação.

Muitas vezes você faz toda essa dinâmica e aí um técnico de enfermagem ou próprio médico [falam]: “aí é fez demais”, entendeu? [...] “Aí não precisa vir cadeira de rodas”, sabe eles desmerecem uma classificação no momento, porque não ouviu todo contexto ou de repente o eletro não deu (E-15).

Não são todos os colegas que fazem ou que aceitam, tem médicos que acham que já é uma conduta médica solicitação de exame, realmente é, sem o protocolo né? (E-2).

Mesmo predominando o relato das dificuldades enfrentadas na realização da atividade, os enfermeiros destacam também aspectos facilitadores, conforme destacado a seguir.

Facilidades na classificação de risco da doença coronariana aguda

Para os participantes a classificação de risco tem se apresentado como um caminho para a conquista de autonomia. Neste sentido destacam como exemplo o fato de poder definir a necessidade de um eletrocardiograma sem a prescrição médica.

A gente tem hoje uma sala de classificação de risco mais próxima da sala de emergência, a gente conta com um fluxo tímido para realizar o eletrocardiograma [...] na verdade são comportamentos individuais de alguns enfermeiros que ao ver um paciente mais com características de dor torácica prioriza realizar o eletro na sala de emergência ou na sala de eletro e chamar o médico para atendimento (E-16).

Facilidade é porque a gente tem essa autonomia de pelo menos já colocar ele no eletro, né? (E-13).

Outro aspecto positivo diz respeito à satisfação do trabalho. Os participantes do estudo consideram positivo e citam como fator de satisfação a agilidade da classificação de risco e a rapidez do atendimento a partir da classificação, quando o paciente é levado a sala de emergência.

Eu vejo como um atendimento rápido, porque uma vez que você classifica já leva ele [paciente] para sala de emergência (E-17).

Eu acho que a gente consegue dar um atendimento eficiente a partir do momento que ele vem para sala de emergência, consegue ser rápido no atendimento e prevenir lesões mais severas (E-2).

Quando a gente coloca qualquer paciente lá [sala de emergência], a equipe prontamente já procura garantir, digamos, essas possibilidades que é questão da

ventilação, da rede venosa, enfim e de controle de sinais vitais, acabam repetindo novamente de imediato, para fazer todo o controle e já manter conforme foi admitido na sala (E-6).

Já entendem [equipe] bem a importância, acredito, dessa queixa [dor torácica], então de prontidão já é feito o eletro, o médico já vem, já atende (E-4).

Eu acredito que a equipe já vai dar um valor pra dor, já investiga realmente se é [...] tem médico que já vê na tela o que a gente coloca e já vem atrás. Tem médico realmente que eles já são mais preocupados, outros a gente tem que falar, avisar, óh doutor, tem uma dor importante, dá uma olhadinha (E-5).

O enfermeiro que tá emergência já fica, ele assume o paciente [...] tem o técnico que está na emergência também, e não tem muita demora o médico já assume o caso, mas geralmente tu tá até com o eletro pronto, os procedimentos realizados, o médico já está avaliando também (E-10).

Destaca-se que os aspectos salientados pelos participantes do estudo como positivos, são ambos, fundamentais para o paciente com SCA.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que os participantes do estudo são na maioria mulheres jovens que apresentam uma vivência média de pouco mais de 5 anos no atendimento de urgência. Permite também identificar os cuidados de enfermagem que estes profissionais julgam necessários para o atendimento ao paciente com SCA em Unidade de Pronto Atendimento.

A classificação da dor coronariana se coloca como um desafio aos enfermeiros das UPA.

Em relação à primeira avaliação que acontece no ACCR, constata-se que essa é realizada pela utilização de Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco do Estado de Santa Catarina, e que este é percebido como insuficiente para a avaliação e definição do nível de prioridade de atendimento na classificação de risco. Auxiliam na tomada de decisão do enfermeiro a avaliação de sinais vitais, julgamento clínico e experiências profissionais anteriores. No entanto, a atividade é permeada de subjetividade e a tomada de decisão está baseada em critérios individuais e na experiência de cada profissional.

Sobre esse aspecto, Sanders e Devon (2016) ao avaliar a precisão da triagem para os sintomas de IAM, no serviço de emergência de 2 cidades dos Estados Unidos, demonstraram que a característica do profissional enfermeiro e do paciente são fatores que influenciam na assertividade quanto a prioridade de atendimento. Segundo os autores, os enfermeiros que

atuam há mais tempo em emergências possuem mais habilidade para a avaliação do paciente e capacidade de sintetizar a história e a condição clínica deste.

Nonnenmacher *et al.* (2018), em estudo realizado em serviço de triagem no sul do Brasil, o qual utiliza a ferramenta do Sistema de Triagem de Manchester para dor torácica, mostra que os enfermeiros classificaram paciente com IAM como baixa prioridade, evidenciando que somente possuir um protocolo não garante assertividade. Destacam os autores a necessidade de qualificação profissional para a coleta e interpretação de dados clínicos, a necessidade de treinamentos para o uso correto da ferramenta, reforçando a complexidade da avaliação deste perfil de pacientes, que possui variabilidade dos sintomas e/ou manifestações atípicas.

Também autores como Ryan *et al.* (2016) avaliaram a acurácia da triagem para pacientes com IAM em serviço de emergência na Austrália, utilizando a Escala Australiana de Triagem e identificaram que uma em cada cinco apresentações recebeu uma categoria de triagem de urgência menor do que a recomendada.

Os achados destes autores vêm ao encontro das falas dos integrantes do presente estudo os quais apontam que apenas a existência de uma ferramenta para a classificação de risco, como por exemplo, o protocolo utilizado na rede de atenção à saúde do município, não garante a assertividade. São necessários enfermeiros treinados para avaliação e interpretação dos sinais clínicos, ambiente favorável para o atendimento, dimensionamento profissional adequado e fluxos que apoiem a decisão do enfermeiro.

Destacam ainda a importância do pronto atendimento destes casos de modo a permitir a intervenção em tempo hábil para a manutenção da vida do paciente e para a redução de sequelas. Essa condição é reafirmada pelos enfermeiros que se preocupam com a realização de uma avaliação a mais precisa possível. Essa perspectiva vem ao encontro da literatura, através dos autores Nonnenmacher *et al.* (2018) e ao protocolo de Manchester, que é semelhante ao utilizado no local da pesquisa.

No protocolo os níveis de prioridade vermelho (emergência) e laranja (muito urgente) são os mais indicados aos pacientes com SCA, visto que preveem o atendimento em até 10 minutos e a intervenção é precoce, conforme previsto nas diretrizes atuais da American Heart Association (AHA) (PIEGAS *et al.*, 2015).

Conforme Piegas *et al.*, 2015 a abordagem do paciente com suspeita de IAM deve, preferencialmente ser realizado por profissional habilitado, com foco na história clínica direcionada, investigando os sintomas de início, tempo de duração, qualidade, intensidade,

relação com o esforço e repouso e presença de doença coronária estabelecida de maneira que possibilite a identificação precoce e manejo imediato para atingir o tempo máximo aceitável para iniciar as estratégias de intervenção para reperfusão que é de 120 minutos, sendo ideal o tempo de até 90 minutos da chegada do paciente na instituição até a intervenção coronária percutânea, ressalta também a importância da transferência do paciente para serviços de referência em cardiologia quando o primeiro atendimento acontecer em instituições de saúde que não disponibilizem recursos para realização da intervenção de reperfusão primária.

CONCLUSÃO

A alta demanda de pacientes aliado a complexidade dos sinais e sintomas da SCA constituem-se num desafio maior para os enfermeiros que estão na linha de frente de atendimento realizando a AACR, o que vem a reforçar a necessidade instrumentos que auxiliem e deem mais segurança ao enfermeiro ao estabelecer o risco dos pacientes.

Destaca-se também a urgência de treinamentos e atualizações voltados para o preparo dos enfermeiros para a realização do acolhimento e classificação de risco. Também é fundamental que a academia prepare os profissionais para a avaliação clínica do paciente no AACR, especialmente nas situações prevalentes que acarretam risco iminente de morte. As doenças graves exigem do profissional enfermeiro conhecimentos e habilidades que podem ser aprofundadas pela educação permanente nas instituições de saúde. Esse é um aspecto fundamental para a segurança do paciente e do profissional.

O estudo, portanto, se faz importante na medida em que identifica as potencialidades e as fragilidades do AACR e reforça a necessidade de se buscar melhorias para o aperfeiçoamento da atividade nas unidades de pronto atendimento.

REFERÊNCIAS

- BELLUCCI JUNIOR, J.A.; MATSUDA, L.M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-757, out. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 maio 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- BRUNORI, E.H.F.R. *et al.* Association of cardiovascular risk factors with the different presentations of acute coronary syndrome. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**,

Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 538-546, ago. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400538&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 maio 2019.

FILATRO, A.; PICONEZ, S.C.B. Design Instrucional Contextualizado. In: 11º Congresso Internacional da ABED 2004, 11, 2004, Salvador. **Anais do 11º Congresso Internacional da ABED 2004**. São Paulo: ABED, 2004. V. 1. P. 1-8.

FONTANELLA, B.J.B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, fev. 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2018.

GALVÃO, E.C.F.; PUSCHEL, V.A.A. Aplicativo multimídia em plataforma móvel para o ensino da mensuração da pressão venosa central. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. spe, p. 107-115, out. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2018.

GOUVÊA, V.E.T. *et al.* Avaliação do Sistema de Triagem de Manchester na Síndrome Coronariana Aguda. **Internacional Journal of Cardiovascular Sciences**, Brasil, v. 28, n. 2, p. 107-113, mar. 2015. Disponível em:

<http://www.onlineijcs.org/english/sumario/28/pdf/v28n2a05.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2019.

HOEPFNER, C. *et al.* Knock on the Right Door. How we are Treating the Patient with Acute Myocardial Infarction. **Int. J. Cardiovasc. Sci.**, Brasil, v. 31, n. 5, p. 520-526, maio 2018.

Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-914765>. Acesso em: 10 maio 2019.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf. Acesso em: 20 jul. 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MEDEIROS, T.L.F. *et al.* Mortalidade por infarto agudo do miocárdio. **Revista de Enfermagem (UFPE on line)**, Recife, v. 12, n. 2, p. 565-572, fev. 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230729>. Acesso em: 30 abr. 2019.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NASCIMENTO, L.C.N. *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 228-233, fev. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100228&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019.

NONNENMACHER, C.L. *et al.* Factors that influence care priority for chest pain patients using the manchester triage system. **J. Clin Nurs.**, Porto Alegre, p. 940-950, jul. 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.14011>. Acesso em: 30 abr. 2019.

PIEGAS, L.S. *et al.* V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 105, n. 2, supl. 1, p. 1-105, ago. 2015. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf. Acesso em: 20 jul. 2018.

RYAN, K. *et al.* Factors associated with triage assignment of emergency department patients ultimately diagnosed with acute myocardial infarction. **Australian Critical Care**, Australia, v. 29, issue1, p. 23-26, fev. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731415000454?via%3Dihub>. Acesso em: 30 abr. 2019.

SANDERS, S.F.; DEVON, H.A. Accuracy in ED Triage for Symptoms of Acute Myocardial Infarction. **Journal of Emergency Nursing**, Chicago, v. 42, n. 4, p. 297-298, jul. 2016. Disponível em: 10.1016/j.jen.2015.12.011. Acesso em: 30 abr. 2019.

SANTOS, A.A *et al.* Identificação precoce da síndrome coronariana aguda: uma revisão bibliográfica. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 4, n. 2, p. 219-236, out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/4609>. Acesso em: 26 abr. 2019.

SPROCKEL, J.J. *et al.* Calidad de la atención de los síndromes coronarios agudos: implementación de una ruta crítica. **Revista Colombiana de Cardiología**, Bogotá, v. 22, n. 3, p. 119-126, mai./jun. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563315000418>. Acesso em: 10 dez. 2018.

TOLEDO, M.T.T.; ABREU, M.N.; LOPES, A.C.S. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 540-548, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000300540&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 maio 2019.

TEMPASS, L.R. *et al.* Características do atendimento pré-hospitalar de pacientes com suspeita ou diagnóstico de síndrome coronariana. **Journal of Nursing, UFPE**, Recife, v.10, n.9, p. 3293-301, set., 2016. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30074&indexSearch=ID>. Acesso em: 02 set. 2019.

5.3 PRODUTO - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM SUSPEITA E/OU SÍNDROME CORONARIANA AGUDA INSTALADA

O procedimento operacional padrão aqui apresentado tem como foco principal o cuidado de enfermagem em todas as etapas de atendimento ao paciente com suspeita e/ou Síndrome Coronariana Aguda (SCA) instalada.

Entende-se o Procedimento Operacional Padrão (POP) como uma das ferramentas de gestão que representa a forma sistematizada de um procedimento padronizado, pois descreve passo a passo o que deve ser realizado para garantir o resultado esperado, além de permitir que todos os trabalhadores prestem cuidado padronizado para o paciente dentro dos princípios técnicos e científicos (ALMEIDA *et al.*, 2011; AGUIAR, 2017).

Em relação à atuação da enfermagem na SCA, a utilização de uma tecnologia padronizada como um POP pode contribuir para o melhor planejamento da assistência de enfermagem na SCA, favorecendo a conduta assertiva para no manejo precoce e adequado desta condição clínica em urgência e emergência.

O POP tem como objetivo conduzir o atendimento de enfermagem ao paciente com suspeita de SCA e foi elaborado a partir do conhecimento dos enfermeiros que atuam na urgência e emergência, coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e achados da literatura pertinente que deram sustentação ao instrumento.

O estudo e a elaboração do POP se deram a partir da pesquisa metodológica, utilizando-se especificamente as etapas metodológicas do modelo de design instrucional contextualizado, na fase do design e desenvolvimento.

Na fase da análise, foram identificadas as necessidades de cuidados a fim de definir quais seriam contemplados no POP. Para tal foi elaborado um questionário com perguntas abertas abordando a experiência do enfermeiro no AACR com foco na SCA, questionando as facilidades e dificuldades enfrentadas, os sinais e sintomas que o alertam, a definição da dor, as condutas realizadas pelos enfermeiros diante da suspeita de SCA, os cuidados que costumam ser realizados e quais cuidados julgam necessário realizar. Através disso, foi possível levantar as questões pertinentes ao tema pontuados pelos enfermeiros, bem como, as possíveis soluções, as necessidades de aprendizado e implementação, o conhecimento e

atitude, quais áreas de atendimento realizam cuidado, quais as necessidades do serviço são consideradas importantes, qual método de padronização é mais adequado e de que forma pode ser implementado. Paralelamente as entrevistas, foram realizadas a busca na literatura das atuais práticas de cuidados com foco na SCA em atendimento de urgência e emergência. Com os achados das entrevistas e a literatura foram elencados os cuidados de enfermagem para compor o POP (Quadro 2).

Na fase do design e desenvolvimento foi planejada a construção do POP. Foram retomados os objetivos do instrumento, organizados os cuidados listados e estruturados seguindo as etapas de atendimento do paciente, desde a sua chegada a UPA até o desfecho do atendimento. Na sequência, optou-se pela organização do POP utilizando o modelo de estrutura da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (BRASIL, 2014). O POP foi organizado a partir da descrição dos cuidados listados, os profissionais executores do cuidado, a organização do conteúdo com foco na clareza e objetividade da atividade a ser executada, com cabeçalho descritivo constando título, objetivo, público alvo, setor, número do POP, versão e planejamento para a próxima revisão.

O POP contemplou os cuidados descrito no quadro 2, estando em consonância com a prática dos enfermeiros, corroborados e/ou acrescidos com os achados na literatura. Abordam os cuidados de enfermagem nas seguintes etapas de atendimento de enfermagem, conforme área operacional: acolhimento com classificação de risco, sala de emergência, sala de observação e transferência do paciente.

Quadro 2 - Cuidados elencados pelos enfermeiros para o paciente com suspeita e/ou SCA instalada. Florianópolis, 2019.

Cuidado	Fonte
Realizar ECG	Entrevistas/Literatura
Avaliar sinais vitais	Entrevistas/Literatura
Restringir de esforço, cadeira de rodas	Entrevistas/Literatura
Estabelecer acesso venoso	Entrevistas/Literatura
Instalar oxigênio	Entrevistas/Literatura
Manter repouso no leito	Entrevistas/Literatura
Realizar monitorização cardíaca	Entrevistas/Literatura
Controlar débito urinário	Entrevistas/Literatura
Coletar exames laboratoriais	Entrevistas/Literatura

Administrar medicação	Entrevistas/Literatura
Realizar histórico e evolução	Entrevistas/Literatura
Acolher e orientar familiares	Entrevistas/Literatura
Organizar a transferência	Entrevistas/Literatura
Avaliar fatores de risco cardiovascular	Literatura
Avaliar descrição da dor	Literatura
Avaliar sinais e sintomas	Literatura
Manter decúbito 30° a 45°	Literatura
Proporcionar ambiente de repouso	Literatura
Monitorar condição respiratória	Literatura
Monitorar estado neurológico	Literatura
Avaliar circulação periférica	Literatura
Atentar para eliminações	Literatura
Realizar RX	Literatura
Controlar a dor	Literatura

Fonte: Autora, 2019.

<i>LOGO DA INSTITUIÇÃO</i>	<i>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</i>		<i>LOGO DO SERVIÇO</i>	
	Cuidados de Enfermagem na Síndrome Coronariana Aguda			
	Número do POP: 001		Versão: 1	Página:1
OBJETIVO:	Conduzir o atendimento de enfermagem ao paciente com suspeita de SCA			
PÚBLICO ALVO:	Equipe de Enfermagem			
SETOR:	Acolhimento com Classificação de Risco, Sala de Emergência, Sala de Observação			

1. Conceito – A expressão *síndrome coronária aguda (SCA)* refere-se ao “conjunto de manifestações clínicas que refletem um quadro de isquemia miocárdica aguda, incluem-se três formas clínicas principais (SILVA et al., 2015):

- Angina instável
- Infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST
- Infarto agudo do miocárdio com supradesnivalamento do segmento ST”

O atendimento ao paciente com SCA é baseado em protocolos e *guidelines* de consenso científico, sendo que o cuidado de enfermagem dispensado a esse perfil de paciente, seja com foco na fase aguda e de forma sistematizada e que atendam o paciente em suas necessidades humanas básicas até o desfecho do atendimento (SALES et al., 2018).

LOGO DA INSTITUIÇÃO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP Cuidados de Enfermagem na Síndrome Coronariana Aguda		LOGO DO SERVIÇO	
	Número do POP: 001		Versão: 1	Página:2
OBJETIVO:	Conduzir o atendimento de enfermagem ao paciente com suspeita de SCA			
PÚBLICO ALVO:	Equipe de Enfermagem			
SETOR:	Acolhimento com Classificação de Risco, Sala de Emergência, Sala de Observação			

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
<i>DOR TORÁCICA</i>				
Roteiro para avaliação	Avaliar os seguintes critérios da dor	Momento do início, tempo de duração, qualidade, intensidade, relação com o esforço e o repouso.		
	Questionar o início dos sintomas	<24 horas ou >24 horas		
	Verificar os fatores de risco	Diabetes/ Hipertensão/ Dislipidemia/ Tabagista/ Uso de cocaína ou anfetaminas / Histórico familiar		
	Verificar antecedentes cardiovasculares	IAM/ Angina/ Revascularização/ Arritmias/ Marcapasso/ Exames cardiovasculares com alterações		
Descrição da dor		Sinais e sintomas associados		
Típica	Queimação, aperto/peso, compressão ou sufocação e superior a 30 minutos, podendo ou não irradiar para os braços, mandíbula, pescoço ou estômago.	Dispneia, sudorese, palidez, náuseas, vômitos, vertigem, desmaio.		
Atípica	Facada, agulhada, pontada, piora ao respirar			
Localização	Retroesternal, ombro esquerdo, pescoço, epigástrica			
Fator desencadeante	Exercício, excitação, estresse, frio			
Conduta	Dor torácica típica e/ou síncope e associado a outros sinais e sintomas	Laranja		Encaminhar ao ECG
	Dor torácica atípica associado a outros sinais e sintomas / Diabético e/ou >60 anos e/ou possui 2 fatores de risco e/ou possui antecedente cardiovascular	Laranja		Encaminhar ao ECG
	Dor torácica atípica/ não apresenta outros sinais e sintomas / Diabético e/ou >60 anos e/ou possui 2 fatores de risco e/ou possui antecedente cardiovascular	Laranja ou	Amarelo	Encaminhar ao ECG, se necessário, reclassificar após ECG
	Dor torácica atípica/ sem fatores de risco/ não apresenta outros sinais e sintomas	Amarelo ou	Verde	Encaminhar à sala de espera
Paciente laranja - Encaminhar direto ao ECG em cadeira de rodas				

LOGO DA INSTITUIÇÃO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		LOGO DO SERVIÇO	
	Cuidados de Enfermagem na Síndrome Coronariana Aguda		Número do POP: 001	Versão: 1 Página:3
OBJETIVO:	Conduzir o atendimento de enfermagem ao paciente com suspeita de SCA			
PÚBLICO ALVO:	Equipe de Enfermagem			
SETOR:	Sala de Emergência			

SALA DE EMERGÊNCIA					
<i>Enfermeiro Emergência</i>	1.Exame	Realizar e avaliar o ECG e/ou encaminhar o exame para avaliação médica.			
	2. Monitorização Cardíaca	Manter o paciente na sala de emergência e instalar monitorização cardíaca de 5 derivações.			
	3.Acesso venoso	Puncionar acesso venoso, em veia calibrosa, com cateter intravenoso de calibre 20, 18 ou 16. Dê preferência em membro superior esquerdo. Identificar a punção venosa.			
	4.Exames	<u>Laboratório</u>	Realizar coleta de enzimas cardíacas em tubo de coleta específico e entrar em contato com o transporte de amostra para encaminhar com urgência ao laboratório, conforme prescrição médica		
		<u>Eletrocardiograma</u>	Repetir ECG, conforme prescrição médica.		
		<u>Raio X</u>	Encaminhar paciente em maca ou cadeira ao RX, conforme prescrição médica.		
	5.Oxigenação/ventilação	Administrar oxigênio suplementar em cateter tipo óculos se SpO2 <94% ou conforme prescrição médica.			
	6.Medicação	Administrar medicamentos para aliviar/prevenir dor e isquemia, conforme prescritos.			
	7.Decúbito	Manter decúbito de 30° a 45°			
	8.Locomoção	Restringir esforço físico, manter paciente restrito no leito ou uso de cadeira de rodas			
	<i>Técnico de Enfermagem</i>	9.Eliminações	-Atentar para eliminações vesicais e intestinais, evoluir quando presentes -Orientar o paciente a evitar atividades que resultem na manobra de Valsalva (p. ex., esforço durante movimento intestinal). -Auxiliar na mobilização até o banheiro. Oferecer cadeira higiênica, comadre ou papagaio.		
		10.Sinais Vitais	Manter controle de sinais vitais e anotar no prontuário, conforme aprazamento.		
		11.Sinais clínicos	-Monitorar o estado neurológico do paciente seguindo escala de coma de Glasgow (ANEXO 2) -Monitorar dispneia, sudorese, palidez, náuseas, vômitos, vertigem.		
12. Conforto/Controle dor		-Manter controle da dor, comunicar o médico caso não haja melhora após medicação. -Manter um ambiente propício ao repouso.			
13. Registro		Realizar o registro no prontuário.			

LOGO DA INSTITUIÇÃO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP Cuidados de Enfermagem na Síndrome Coronariana Aguda		LOGO DO SERVIÇO	
	Número do POP: 001		Versão: 1	Página:4
OBJETIVO:	Conduzir o atendimento de enfermagem ao paciente com suspeita de SCA			
PÚBLICO ALVO:	Equipe de Enfermagem			
SETOR:	Sala de Observação			

SALA DE OBSERVAÇÃO

Quem realiza	<i>Cuidados de Enfermagem</i>
Enfermeiro Observação	1. Obter histórico da admissão, inclusive doenças passadas, medicamentos e alergias.
	2. Realizar o exame físico dirigido na admissão, conforme apropriado.
Técnico de Enfermagem	1. Monitorar os sinais vitais, realizar na admissão e durante a permanência do paciente na sala de observação.
	2. Monitorar a condição respiratória, como ocorrência de dispneia, fadiga, taquipneia e ortopneia.
	3. Monitorar o estado neurológico e nível de consciência, seguindo escala de coma de Glasgow (ANEXO 2)
	4. Realizar os exames laboratoriais e eletrocardiograma, conforme intervalo prescritos
	5. Reduzir ou eliminar estímulos geradores de medo ou ansiedade
	6. Restringir esforço físico, manter paciente restrito no leito ou uso de cadeira de rodas
	7. Atentar para eliminações vesicais e intestinais, evoluir quando presentes
Enfermeiro Obs. / Téc. Enfermagem	8. Orientar o paciente a evitar atividades que resultem na manobra de Valsalva (p. ex., esforço durante movimento intestinal)
	9. Realizar o registro no prontuário na admissão no paciente e qualquer intercorrência.
	10. Avaliar a dor no peito, conforme avaliação numérica da dor (ANEXO 3)
	11. Orientar o paciente sobre a importância de informar imediatamente qualquer desconforto no peito.
	12. Realizar uma avaliação abrangente da circulação periférica (p. ex., verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura da extremidade).
	13. Monitorar a liberação do resultado dos exames laboratoriais

LOGO DA INSTITUIÇÃO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP		LOGO DO SERVIÇO
	Cuidados de Enfermagem na Síndrome Coronariana Aguda		
	Número do POP: 001		Versão: 1 Página:5
OBJETIVO:	Conduzir o atendimento de enfermagem ao paciente com suspeita de SCA		
PÚBLICO ALVO:	Equipe de Enfermagem		
SETOR:	Sala de Emergência		

TRANSFERÊNCIA		
<i>Enfermeiro Emergência</i>	1. Verificar a folha de encaminhamento de referência e contra referência.	
	2. Checar se houve contato médico, caso não tenha, registrar no prontuário	
	3. Checar o tipo de transporte, se acionado SAMU ou ambulância própria da UPA, registrar no prontuário	
AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO/UPA		
<i>Enfermeiro Emergência</i>	1. Comunicar o motorista da ambulância	1. Checar com o médico o momento do contato com o SAMU
	2. Acionar o médico assistente para o transporte	2. Comunicar e orientar o paciente e familiar
	3. Organizar material de transporte: maleta do transporte, ambú, estetoscópio, monitor, oxigênio.	4. Verificar se os dispositivos estão identificados
	5. Acompanhar o transporte	3. Verificar os sinais vitais
	6. Passar o caso ao enfermeiro responsável pela instituição que irá receber	4. Passar o caso ao enfermeiro do SAMU.
	7. Registrar no prontuário o desfecho do encaminhamento.	5. Registrar no prontuário o desfecho do encaminhamento.
SAMU		

Elaborado por:		Próxima revisão:
Revisado por:		
Aprovado por:		

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DOS CUIDADOS

Sustentando os achados do estudo, a literatura aponta que na avaliação inicial da dor torácica de origem coronária, o enfermeiro deve estar atento a dor em conjunto com a história do paciente e alteração no ECG. A dor torácica de origem cardíaca classicamente ocorre com início agudo de dor torácica retroesternal grave ou pressão frequentemente irradiada para o pescoço, braço, mandíbula ou estômago. O início e a exacerbação da dor geralmente estão relacionados ao esforço, estresse emocional e exposição ao frio, é importante avaliar a dor do ponto de vista da qualidade, localização, irradiação, duração e os sintomas associados (ABID, 2015; CAVEIÃO *et al.*, 2014).

Além das características da dor, é importante observar os sinais clínicos que o paciente possa apresentar que são: falta de ar, fadiga, tontura, náuseas, vômito, desmaio, suor (ZÉGRE-HEMSEY; BUKE; DEVON, 2018; GALINSKI *et al.*, 2015).

Na perspectiva de atendimento dentro do tempo porta-balão, diz respeito a chegada do paciente ao serviço até a revascularização do miocárdio, deve ser de até 120 minutos a partir do início dos sintomas, o tempo de atendimento do paciente deve ser prioritário, sendo assim, no acolhimento com classificação de risco, o nível de prioridade laranja (muito urgente) é o mais indicado aos pacientes com SCA, visto que prevê o atendimento destes casos em 10 minutos e intervenção precoce (NONNENMACHER *et al.*, 2018).

E ainda, diminuir o esforço físico do paciente deve ser proporcionado já no início do atendimento, pois o repouso diminui o consumo de oxigênio do miocárdio, por isso é recomendado utilizar cadeira de rodas e evitar que o paciente faça esforço ao deambular (SMELTZER; BARE, 2016).

A realização do ECG de forma imediata proporciona agilidade no atendimento e segurança para tomada de decisão do enfermeiro, por isso a realização do ECG de 12 derivações em pacientes sugestivos de IAM é recomendado (PIEGAS *et al.*, 2015).

Após a classificação de risco, para a continuidade do atendimento ao paciente, se faz necessário um monitoramento rigoroso, a literatura indica que o paciente primeiramente deve ser encaminhado para atendimento na sala de emergência para monitoramento e tratamento das complicações potenciais causados pela lesão do miocárdio (ANDERSON; MORROW, 2017).

Pacientes que se apresentam a urgência e emergência com dor torácica ou sintomas de equivalentes anginosos devem ser monitorados por 8 a 12 horas em combinação com biomarcadores séricos para avaliar isquemia nova, transitória ou resolvida (ACLS, 2013).

O paciente deve permanecer com monitorização cardíaca de 5 derivações para monitorar o traçado cardíaco, pois pode ocorrer arritmias, alterações do segmento ST em diferentes derivações devido à natureza dinâmica do processo do trombo oclusivo coronariana, presente nas síndromes agudas (ANDERSON; MORROW, 2017).

Em continuidade aos cuidados ao paciente, o enfermeiro deve buscar como meta o alívio da dor ou dos sintomas isquêmicos, prevenir lesão do miocárdio, monitorar disfunção respiratória, atentar para perfusão tecidual adequada (SMELTZER; BARE, 2016).

O alívio da dor diminui a ansiedade, a demanda miocárdica de oxigênio e o risco de arritmias, a dor aumenta a resposta simpática, elevando a frequência cardíaca, a resistência vascular sistêmica e a pressão arterial, o que, por sua vez, aumenta o consumo de oxigênio do miocárdio (ACLS, 2013).

A punção do acesso venoso em situações de emergência garante uma via de infusão de medicamentos para administração de fluídos e medicamentos com efeito rápido e sistêmico (NUNES, 2018).

Os exames são fundamentais para auxiliar tanto no diagnóstico quanto no prognóstico de pacientes com SCA, a literatura evidência que a coleta de enzimas cardíacas auxilia na avaliação do paciente, os marcadores bioquímicos troponina, CK-MB e mioglobina são úteis para confirmar o diagnóstico de infarto, devido a associação entre a elevação dos marcadores séricos e o risco de eventos cardíacos em curto e médio prazos (NAKASHIMA; TAHARA, 2018).

Troponina cardíaca são marcadores bioquímicos de escolha para detecção de necrose miocárdica, pois possui alta sensibilidade e especificidade, a troponina I e T são componentes contráteis das células miocárdicas e são apresentadas exclusivamente no coração, a CK-MB não é exclusiva de tecido cardíaco e ocorre seu aumento após danos em outros tecidos, como no músculo liso e esquelético, o que pode gerar falso-positivo, já a mioglobina é detectada nas primeiras horas de evolução do IAM, não sendo também um marcador cardiospecífico (PIEGAS *et al.*, 2015).

A radiografia de tórax é outro exame que pode ser solicitada pelo médico com fins de auxílio no diagnóstico e na avaliação da gravidade da doença arterial coronária (NAKASHIMA; TAHARA, 2018).

No que tange o suporte de oxigenação, como mostra os estudos, o uso do oxigênio deve ser cauteloso, é indicada sua administração em pacientes com saturação de oxigênio <94%, congestão pulmonar ou na presença de desconforto respiratório, pois a administração de oxigênio por tempo prolongado pode causar vasoconstrição sistêmica, e aumento da resistência vascular sistêmica e da pressão arterial, reduzindo o débito cardíaco (CHEW *et al.*, 2016; PIEGAS *et al.*, 2015).

Faz-se importante iniciar o tratamento farmacológico, pois a administração da terapia medicamentosa é a primeira linha de ação a fim de preservar o tecido miocárdico (SMELTZER; BARE, 2016).

Proporcionando conforto ao paciente, deve-se acomodar o paciente em repouso físico no leito e a cabeceira elevada, pois ajudam a diminuir o desconforto torácico e a dispneia de forma a melhorar a expansão do pulmão, a drenagem dos lobos pulmonares superiores melhora e a pré-carga diminui, reduzindo o trabalho miocárdico (SMELTZER; BARE, 2016).

A limitação da mobilidade e o repouso no leito devem continuar até que o paciente esteja sem dor e hemodinamicamente estável, de forma que enquanto estiver em repouso é necessário ofertar cadeira higiênica, comadre ou papagaio a fim de evitar esforço físico no momento das eliminações e consequente aumento do stress e aumento do consumo de oxigênio do miocárdio (SMELTZER; BARE, 2016).

Com a estabilização do paciente, a continuidade do cuidado deve ser mantido durante toda a permanência do paciente até o desfecho do atendimento, sendo assim, após a estabilização do quadro e quando encaminhado para observação, os sinais vitais são avaliados com frequência enquanto o paciente estiver apresentando dor e outros sinais ou sintomas de isquemia com o foco em detectar precocemente alterações orgânicas graves, obter dados vitais sobre o estado de saúde do paciente, monitorar sua condição e identificar alterações precocemente e avaliar a resposta a uma determinada intervenção (PAZ *et al.*, 2016).

Os sinais clínicos da isquemia miocárdica devem ser avaliados concomitantes aos sinais vitais, como persistência da dor e pulso irregular devido à alteração do rítmico cardíaco, falta de ar, dispneia, pois pode ocorrer congestão pulmonar ou edema pulmonar, náuseas e

vômitos, diminuição do débito urinário, pele fria, pegajosa e pálida, sudorese em virtude de estimulação simpática que pode indicar choque cardiogênico e inquietação, tontura que pode indicar diminuição da contratilidade e oxigenação cerebral (SMELTZER; BARE, 2016).

As alterações no nível de consciência também devem ser monitoradas, com atenção a alteração cognitiva ou comportamental (SMELTZER; BARE, 2016).

Um dos aspectos de suma importância é o histórico do paciente e os registros de enfermagem, o histórico estabelece a base do cuidado e orientações ao paciente de forma a auxiliar na determinação das prioridades, pois permite ao enfermeiro realizar o diagnóstico e planejar as ações de enfermagem, acompanhar e avaliar a evolução do paciente, e ainda, os registros fornecem uma visão geral sobre as condições do paciente, para assegurar uma intervenção assertiva em qualquer situação envolvendo o atendimento (NUNES *et al.*, 2018).

A literatura aponta que os pacientes que necessitam de continuidade no tratamento e intervenção coronariana percutânea e o serviço de emergência não dispõem, é recomendada a transferência para o centro de referência (NAKASHIMA; TAHARA, 2018).

Conforme institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada do SUS possibilitando a resolução de seu problema ou transportando-o, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado (BRASIL, 2003).

Transportes intra-hospitalares estão relacionados à incidência de complicações e eventos adversos clínicos como instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória, agitação psicomotora, rebaixamento do nível de consciência e eventos adversos não clínicos como falha de comunicação, falta de oxigênio, falha na bateria de monitores multiparamétricos. Sendo assim, se faz importante garantir que o transporte seja realizado por profissionais capacitados e experientes com materiais e equipamentos adequados (VIEGA *et al.*, 2019).

REFERÊNCIAS

ABID, S. *et al.* Chest Pain Assessment and Imaging Practices for Nurse Practitioners in the Emergency Department. **Advanced Emergency Nursing Journal**. Estados Unidos, v. 37,

n.1, p. 12–22, mar. 2015. Disponível em: 10.1097/TME.0000000000000048. Acesso em: 29 maio 2019.

AEHLERT, B. ACLS. **Suporte avançado de vida em cardiologia**: emergência em cardiologia. Tradução de Bianca Tarrise da Fontoura. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

AGUIAR, M.M. **Coleta de sangue arterial para gasometria**: construção de um procedimento operacional padrão. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

ALMEIDA, M.L. et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. spe, p. 131-137, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 maio 2019.

ANDERSON, J.L.; MARROW, D.A. Acute Myocardial Infarction. **The New England Journal of Medicine**, New England, v. 376, p. 2053-2064, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. **Manual de Padronização de POPs**. Brasília: EBSEH, 2014.

CAVEIÃO, C. *et al.* Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v.4, n. 1, p. 921-928, jan./abr. 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/427>. Acesso em 26 jun. 2019.

CHEW, D.P. *et al.* National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand: Australian clinical guidelines for the management of acute coronary syndromes 2016. **The Medical Journal of Australia**, v. 205, e. 3, p. 128-133, ago. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27465769>. Acesso em: 30 abr. 2019.

GALINSKI, M. *et al.* Chest Pain in an Out-of-Hospital Emergency Setting: No Relationship Between Pain Severity and Diagnosis of Acute Myocardial Infarction. **Pain Practice**, Paris, v. 15, issue 4, p. 343-347, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/papr.12178>. Acesso em: 03 maio 2019.

NAKASHIMA, T.; TAHARA, Y. Achieving the earliest possible reperfusion in patients with acute coronary syndrome: a current overview. **Journal of Intensive Care**, Tokyo, v. 6, n. 20, p. 1-20, 2018. doi: 10.1186/s40560-018-0285-9. eCollection 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5856388/pdf/40560_2018_Article_285.pdf. Acesso em: 28 abr. 2018.

NONNENMACHER, C.L. *et al.* Factors that influence care priority for chest pain patients using the manchester triage system. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 5-6, p. 940-950, jul. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28793384>. Acesso em: 30 abr. 2019.

NUNES, B.X. *et al.* Atribuições do Enfermeiro frente ao paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio admitido em uma unidade de pronto atendimento: uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais**, Inhumas, v. 12, n. 1, p. 96-112, abr. 2018.

PAZ, A.A. *et al.* **Manual de procedimentos básicos de Enfermagem**. Porto Alegre: UFCSPA, 2016.

PIEGAS, L.S. *et al.* V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 105, n. 2, supl. 1, p. 1-105, ago. 2015. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf. Acesso em: 20 jul. 2018.

SALES, C.B. *et al.* Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 71, n. 1, p. 126-134, fev. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100126&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019.

SILVA, F.M.F. *et al.* Tratamento atual da síndrome coronária aguda sem supradesnivelamento do segmento ST. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 454-461, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000300454&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Tratamento de pacientes com distúrbios neurológicos. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. v. 2, p. 485-1117.

VEIGA, V.C. *et al.* Eventos adversos durante transporte intra-hospitalar de pacientes críticos em hospital de grande porte. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 15-20, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2019000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019.

ZÈGRE-HEMSEY, J.K.; BURKE, L.A.; DEVON, H.A. Patient reported symptoms improve prediction of acute coronary syndrome in the emergency department. **Research in Nursing & Health**, Estados Unidos, v. 41, n. 5, p. 459-468, out. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6195799/>. Acesso em: 26 abr. 2019.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como foco o atendimento as síndromes coronarianas agudas pelo Sistema Único de Saúde, em unidades de pronto atendimento 24 horas. As SCA são apontadas como um problema de saúde pública que necessitam de estratégias adequadas de manejo, pois estas refletem no prognóstico do paciente. Assim, os serviços de pronto atendimento como referência para situações agudas precisam de profissionais preparados para o atendimento das gravidades, e de instrumentos que auxiliem estes profissionais para a excelência do atendimento.

Nesta perspectiva é que se buscou através da pesquisa conhecer as estratégias utilizadas pelos profissionais enfermeiros na atenção ao paciente com SCA nas UPA, as facilidades e dificuldades encontradas por estes profissionais em relação ao atendimento da SCA. Deu-se enfoque especial ao acolhimento e avaliação com classificação de risco, atividade essa realizada pelo enfermeiro, determinando então que este profissional seja o primeiro a ter contato com o paciente, colocando-o em uma posição de responsabilidade em relação aos rumos do atendimento.

A pesquisa com os profissionais enfermeiros demonstra que a avaliação e acolhimento com classificação de risco (AACR) nos serviços de pronto atendimento são de suma importância e de grande responsabilidade; sendo considerado um desafio para estes profissionais, devido à complexidade em avaliar o paciente de forma rápida e assertiva, e ainda, definir o risco para o tempo de espera.

A atividade é guiada pelo protocolo de classificação de risco institucional, que segue o modelo de Manchester, porém os participantes do estudo consideram o mesmo insuficiente para avaliar situações específicas, como os sinais e sintomas da SCA. Para eles o protocolo é uma ferramenta incompleta e que se faz necessário utilizar outros instrumentos associados, como protocolos específicos, bem como é necessário valer-se da experiência profissional, e do conhecimento da clínica.

Como dificuldade no AACR os profissionais identificaram a falta de padronização para tomada de decisão, o tempo para avaliar o paciente associado a alta demanda do serviço, a complexidade dos sinais e sintomas apresentados na SCA, escassez ou deficiência de alguns materiais e falta de treinamento e capacitações. Essas dificuldades agem como fatores

geradores de insegurança ao profissional que realiza a classificação de risco, por isso destacam como positivo a possibilidade de elaboração de instrumentos que contribuam para o bom andamento da atividade.

Os participantes entendem que as limitações de cunho organizacional são passíveis de melhorias com estratégias que visem planejamento, organização e padronização de forma a articular os profissionais para os desafios que o atendimento em emergência traz. Para isso, a gestão deve trabalhar em conjunto com a assistência para que ambos possam entender as necessidades do serviço e as viabilidades de mudança e melhorias. Destacam como fundamental para este processo a educação permanente dos profissionais e o preparo para o atendimento as situações mais graves que se apresentam às UPA, como é o caso da SCA.

Os profissionais apontam também facilidades que auxiliam sua atividade no AACR como a autonomia na definição de algumas condutas diante do paciente grave, como por exemplo, o acordo de poder o enfermeiro decidir sobre a necessidade de realização de eletrocardiograma, já na AACR, dando agilidade e rapidez ao prosseguimento do atendimento. Destacam também como positivo a agilidade e rapidez da equipe ao atender o paciente conforme a classificação de risco apontada pelo enfermeiro.

É possível dizer que para estes profissionais, conduzir de forma correta a avaliação do risco do paciente tenha reflexos positivo para toda a equipe de saúde, pois o trabalho em equipe busca ser resolutivo com a queixa do paciente e prestar um atendimento seguro e de credibilidade fortalece as ações em equipe melhorando o atendimento prestado ao paciente.

Em relação a avaliação do paciente no acolhimento, os enfermeiros relatam insegurança, especialmente porque em se tratando dos sinais e sintomas da SCA, destaca-se a dor torácica como primeiro sinal. A subjetividade da dor e sua diferenciação em relação a outras tantas etiologias, dificulta a definição da mesma como suspeita isoladamente. No entanto, esse é um forte indicativo e o profissional deve estar atento a sua manifestação e aos relatos do paciente.

Nesse sentido, os participantes do estudo concluem que padrões de atendimento podem auxiliar o profissional na tomada de decisão e se fazem importantes até para evitar a não valorização pelo profissional dos sintomas relatados pelo paciente.

Diante da realidade vivenciada os enfermeiros trouxeram os cuidados que são dispendidos ao paciente com suspeita ou SCA já instalada, e mesmo não havendo um padrão,

de forma positiva, há similaridade na decisão dos profissionais entrevistados. Eles entendem que é necessário priorizar o atendimento para que o eletrocardiograma seja realizado para dar continuidade para um atendimento rápido, entre outros cuidados necessários.

Ficou evidente a dificuldade em realizar a contra referência ao serviço de alta complexidade, dificuldades de comunicação entre os serviços é um entrave que os profissionais enfrentam e, no que tange a SCA, pode refletir no prognóstico, visto que o tempo para revascularização é essencial para a sobrevivência do paciente. Essa condição indica a necessidade de estabelecer na rede de atenção um fluxo eficaz para as transferências das SCA, de modo a evitar o estresse profissional e assegurar ao paciente o melhor atendimento possível. Neste sentido, as esferas centrais de planejamento em saúde do município devem ser alertadas para as dificuldades para que estes fluxos possam ser determinados, cumprindo deste modo as diretrizes da rede de atenção para as doenças cardiovasculares.

Considerando o objetivo da pesquisa de elaboração de um produto que viesse ao encontro da melhoria da prática, através do estudo metodológico organizado pela fase de análise, design e desenvolvimento do design instrucional contextualizado, foi possível reunir o conteúdo dos relatos dos participantes para a formulação de uma proposta de Procedimento Operacional Padrão (POP) que oriente a enfermagem em sua prática, especialmente os enfermeiros na AACR e no planejamento da assistência.

Essa elaboração, no entanto, só pode ser concretizada pelos achados da revisão de literatura, que apontou as melhores práticas no cuidado de enfermagem nas SCA. A revisão permitiu aprofundar sobre o tema e embasar cientificamente a tomada de decisão do enfermeiro em sua rotina de trabalho. Apontou temas importantes como a definição correta da dor na avaliação da suspeita de SCA e os cuidados de enfermagem que devem ser realizados diante do paciente com essa gravidade.

Para os participantes do estudo, através de padrões é possível oferecer um atendimento com menos variações de conduta e conseqüente melhor segurança ao paciente. Em se tratando de um serviço de emergência a orientação por instrumentos padronizados de atenção é ainda mais importante, pois a alta demanda, a necessidade de agir de forma imediata e a diversidade de atendimento exige do profissional um conhecimento amplo.

Constata-se no estudo que o cuidado de enfermagem nas unidades de pronto atendimento estudadas não é sistematizado, embora os enfermeiros entendam e prestem os

cuidados de maneira individual. Não há prescrição de enfermagem e nem avaliação de resultados, o que não dá visibilidade à ação da enfermagem na condução do atendimento do paciente com suspeita e/ou SCA já instalada.

A possibilidade de elaboração de um POP condutor do atendimento de enfermagem ao paciente com suspeita de SCA foi bem recebida pelos participantes do estudo, os quais vivenciam em sua prática a carência de capacitação para a realização da AACR e insuficiência de instrumentos e fluxos que auxiliem na atividade.

Sobre esse aspecto, percebe-se que o desenvolvimento do POP, envolvendo os enfermeiros do serviço, com sua participação através da manifestação de suas dificuldades e limitações, assim como de suas potencialidades no momento das entrevistas foi um caminho adequado para a construção do instrumento e possibilitou a reflexão dos profissionais. Essa condição os fez sentir participando, ainda que indiretamente, na construção do POP e na elaboração de um material que pode contribuir para melhorar a prática assistencial com valorização para as ações da enfermagem.

Como pesquisadora e enfermeira do serviço de pronto atendimento, espero que esse material possa auxiliar os profissionais de saúde da urgência e emergência das unidades estudadas, e também de outras, que deste material possam se apropriar a desenvolverem uma assistência de qualidade e segura, tanto para o profissional quando para o paciente. E que os cuidados de enfermagem possam ser vistos como uma prática sistematizada e planejada em benefícios dos resultados esperados na terapêutica do paciente.

Por fim, torna-se extremamente necessário implementar ferramentas de padronização, como POP, nos serviços de pronto atendimento, aliado a estratégias de treinamentos e capacitação profissional, ampliando para um espaço de melhoria profissional e busca por processos de mudança da prática.

Entende-se que a perspectiva de utilização plena deste POP demanda capacitação contínua e revisão sistemática do instrumento para sua atualização. Neste sentido, com a finalização do estudo assume-se o compromisso de dar os devidos encaminhamentos institucionais para inclusão deste instrumento no sistema de prontuário. A inclusão deste material na rotina institucional atende aos objetivos do mestrado profissional de formulação de processos e produtos para a melhoria da prática.

Recomenda-se que outros estudos com foco em padronização de atendimento em unidades de pronto atendimento possam ser realizados para a construção de novos processos de trabalho pensando nesta e em outras condições graves que afetam a saúde da população. Destaca-se se também a necessidade de avançar a discussão envolvendo os demais componentes da equipe multiprofissional de saúde, com a elaboração, no futuro, de um POP multiprofissional envolvendo todas as categorias que atuam nas etapas de atendimento ao paciente.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M.M. **Coleta de sangue arterial para gasometria**: construção de um procedimento operacional padrão. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.
- ALMEIDA, M.L. *et al.* Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. spe, p. 131-137, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jul. 2018.
- ASKANDAR, S. *et al.* Shorter Door-To-Balloon ST-Elevation Myocardial Infarction Time: Should There Be a Minimum Limit?. **Current Problems in Cardiology**, New Orleans/USA, v. 42, n. 3, p. 175-187, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28454639>. Acesso em: 02 dez. 2018.
- BARBOSA, C.M. *et al.* A importância dos procedimentos operacionais padrão (POPs) para os centros de pesquisa clínica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 134-135, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 jul. 2018.
- BASTOS, A.S. *et al.* Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, São José do Rio Preto, v. 27, n. 3, p. 411-418, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382012000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2018.
- BELLUCCI JÚNIOR, J.A. *et al.* Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 82-87, 2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a14.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2019.
- BODY, R.; HENDRY, C. Cardiac Biomarkers in Emergency Care. **Cardiology Clinics**, Reino Unido, v. 36, n. 1, p. 27-36, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29173679>. Acesso em: 23 jan. 2019.
- BRAND, C.I.; FONTANA, R.T. Biossegurança na perspectiva da equipe de enfermagem de Unidades de Tratamento Intensivo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 78-84, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100078&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jul. 2018.

BRANT, L.C.C. *et al.* Variações e diferenciais da mortalidade por doença cardiovascular no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015: estimativas do Estudo Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 116-128, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500116&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. **Manual de Padronização de POPs**. Brasília: EBSEH, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. 71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência. **Biblioteca Virtual em Saúde**, Brasília, 03 jun. 2015. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/ultimas-noticias/1600-71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>. Acesso em: 25 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 20 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 1083, de 02 de outubro de 2012**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dor Crônica. Brasília, 2015. Disponível em: <http://portalarquivos.sau.gov.br/images/pdf/2016/novembro/23/Dor-Cronica---PCDT-Formatado---com-escala-de-dor-LANSS.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2016.

CAVEIÃO, C. *et al.* Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v.4, n. 1, p. 921-928, jan./abr. 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/427>. Acesso em 13 jul. 2018.

CHAVES, G. *et al.* Education to a healthy lifestyle improves symptoms and cardiovascular risk factors – Asuriesgo study. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 104, n. 5, p. 347-355, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015000500002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 set. 2018.

CHEW, D.P. *et al.* National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand: Australian clinical guidelines for the management of acute coronary syndromes 2016. **The Medical Journal of Australia**, v. 205, e. 3, p. 128-133, ago. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27465769>. Acesso em: 30 abr. 2019.

CLAEYS, M.J. *et al.* The organization of chest pain units: Position statement of the Acute Cardiovascular Care Association. **European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care**, Antwerp, v. 6, n. 3, p. 203-211, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28418691>. Acesso em: 05 dez. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 10 jul. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 423/2012**. Normatiza, no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Brasília: COFEN, 2012. Disponível em: www.site.portalcofen.gov.br/node/8956. Acesso em: 22 jul. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN-DF). **Parecer Técnico nº 016/2005**. Parecer sobre o desmembramento da área registrada na matrícula nº 130.019, Município de Imbé. Imbé: COREN, 2005. Disponível em: www.corendf.gov.br. Acesso em: 30 jul. 2018.

CORDEIRO JÚNIOR, W.; MAFRA, A.A. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**: classificação de risco na urgência e emergência. Versão Brasileira. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), 2010.

COSTA, A.C.; SILVA, J.V. Representações sociais da sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de enfermeiros. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser IV, n. 16, p. 139-146, mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832018000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 ago. 2019.

DAL SASSO, G.T.M. *et al.* **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem**: Linha de cuidado nas urgências/emergências cárdio e neurovasculares. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

DAVILA, F.A. *et al.* Análisis de supervivencia según la oportunidad de atención en la enfermedad coronaria. **Revista Colombiana de Cardiología**, Bogotá, v. 23, n. 5, p. 346-350,

out. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332016000500346&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2018.

ESCOSTEGUY, C.C. *et al.* Implementando diretrizes clínicas na atenção ao infarto agudo do miocárdio em uma emergência pública. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 96, n. 1, p. 18-25, jan. 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 jul. 2018.

FILATRO, A.; PICONEZ, S.C.B. Design Instrucional Contextualizado. In: 11º Congresso Internacional da ABED 2004, 11, 2004, Salvador. **Anais do 11º Congresso Internacional da ABED 2004**. São Paulo: ABED, 2004. V. 1. P. 1-8.

FONTANELLA, B.J.B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, fev. 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2018.

GALVÃO, E.C.F.; PUSCHEL, V.A.A. Aplicativo multimídia em plataforma móvel para o ensino da mensuração da pressão venosa central. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. spe, p. 107-115, out. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2018.

HERDY, A.H. *et al.* South American Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 103, n. 2, p. 1-31, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014003000001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 set. 2018.

HERMIDA, P.M.V. **Avaliação de uma unidade de pronto atendimento quanto ao acolhimento com classificação de risco**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

HONÓRIO, R.P.P.; CAETANO, J.Á.; ALMEIDA, P.C. Validação de procedimentos operacionais padrão no cuidado de enfermagem de pacientes com cateter totalmente implantado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 882-889, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 maio 2018.

HUGUENIN, F.M. *et al.* Caracterização dos padrões de variação dos cuidados de saúde a partir dos gastos com internações por infarto agudo do miocárdio no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 229-242, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000200229&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2018.

- KONDER, M.T.; O'DWYER, G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu/SP, v. 20, n. 59, p. 879-892, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400879&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2018.
- KONDER, M.T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200525&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 de jun. 2018.
- LEITE, A.C.S. *et al.* Acute chest pain intensity in a cardiopulmonary emergency unit. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 159-163, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000300159&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2018.
- MAEYAMA, M.A.; CALVO, M.C.M.. A Integração do Telessaúde nas Centrais de Regulação: a Teleconsultoria como Mediadora entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 2, p. 63-72, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000200063&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jul. 2018.
- MAIER, G.S.O.; MARTINS, E.A.P. Assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda segundo indicadores de qualidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 757-764, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400757&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019.
- MALDONADO, J.M.S.V; MARQUES, A.B.; CRUZ, A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 1-11, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001402005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 ago. 2018.
- MARCOLINO, M.S. *et al.* Implantação da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio no município de Belo Horizonte. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 100, n. 4, p. 307-314, abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000400001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 maio 2018.
- MARIA, M.A.; QUADROS, F.A.A.; GRASSI, M.F.O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n.2, p. 297-303, Abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Ago. 2019.

- MARINO, B.C.A. *et al.* Perfil Epidemiológico e Indicadores de Qualidade em Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda na Região Norte de Minas Gerais - Projeto Minas Telecardio 2. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 107, n. 2, p. 106-115, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004100106&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 jun. 2018.
- MEDEIROS, T.L.F. *et al.* Mortalidade por infarto agudo do miocárdio. **Revista de Enfermagem (UFPE on line)**, Recife, v. 12, n. 2, p. 565-572, fev. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230729>. Acesso em: 30 abr. 2019.
- MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf. Acesso em: 20 jul. 2018.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MIRANDA, A.V.S.; RAMPELLOTTI, L.F. Incidência da queixa de dor torácica como sintoma de infarto agudo do miocárdio em uma unidade de pronto-atendimento. **BrJP**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 44-48, mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922019000100044&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019.
- MISSAGLIA, M.T.; NERIS, E.S.; SILVA, M.L.T. Uso de Protocolo de Dor Torácica em Pronto Atendimento de Hospital Referência em Cardiologia. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 374-381, 2013. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/26/pdf/v26n5a10.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2019.
- MORORÓ, D.D.S. *et al.* Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 323-332, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000300323&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2018.
- NAKASHIMA, T.; TAHARA, Y. Achieving the earliest possible reperfusion in patients with acute coronary syndrome: a current overview. **Journal of Intensive Care**, Tokyo, v. 6, n. 20, p. 1-20, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5856388/pdf/40560_2018_Article_285.pdf. Acesso em: 28 abr. 2018.
- NASCIMENTO, L.C.N. *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 228-233, fev. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100228&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019.

NICOLAU, J.C. *et al.* Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 77, n. 2, p. 3-23, out. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2001001400001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2018.

NOVAES, G.P.M.; NASCIMENTO, P.A.; AMARAL, S.H.R. Protocolos de Classificação de Risco utilizados nas unidades de pronto atendimento (UPAS) 24 horas: uma questão de humanização. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, Porto Alegre, v. 9, n.5, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/saude-e-desenvolvimento/article/view/444>. Acesso em: 20 jun. 2019.

OLIVEIRA JÚNIOR, M.T. *et al.* Diretriz de Telecardiologia no Cuidado de Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda e Outras Doenças Cardíacas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 105, n. 2, p. 105-111, ago. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015002100105&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019.

OLIVEIRA, G.L. *et al.* Satisfação de médicos com o cuidado às doenças cardiovasculares em municípios de Minas Gerais: Escala Cardiosatis-EQUIPE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 240-252, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jul. 2018.

PAGLIOTTO, L.F. *et al.* Classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência do interior paulistano. **CuidArte Enfermagem**, Cantanduva-SP, v. 10, n. 2, p. 148-155, jul./dez. 2016. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30344&indexSearch=ID>. Acesso em: 20 jan. 2019.

PATEL, N.; ZELTSER, R. **Angina, Unstable**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2018.

PIEGAS, L.S. *et al.* V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 105, n. 2, supl. 1, p. 1-105, ago. 2015. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf. Acesso em: 20 jul. 2018.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM DA UFSC (MPENF). Define critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de

conclusão do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem (Mestrado Profissional) da UFSC. **Instrução Normativa 01/MPENF, 2014**. Florianópolis: MPENF, 2014. Disponível em: <http://mpenf.ufsc.br/files/2012/09/Instru%C3%A7%C3%A3o-Normativa-01-MPENF-2014-Trabalhos-Terminais.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

PRUDÊNCIO, C.P.G. *et al.* Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, abr./jun. 2016. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14917/pdf_46. Acesso em: 10 dez. 2018.

RIBEIRO, K.R.A.; SILVA, L.P.; LIMA, M.L.S. Conhecimento do Infarto agudo do miocárdio: implicações para assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 5, n. 4, p. 63-68, out./dez. 2016. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5546>. Acesso em: 05 maio 2019.

ROCHA, R.; FERNANDES, L.M.S. O Impacto das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) 24H sobre Indicadores de Mortalidade: evidências para o Rio de Janeiro. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, Brasília, v. 46, n. 3, p. 91-109, dez. 2016. Disponível em: <http://ppe.ipea.gov.br/index.php/ppe/article/viewFile/1626/1234>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SALES, C.B. *et al.* Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 71, n. 1, p. 126-134, fev. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100126&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado da Saúde. Protocolo de Santa Catarina. **Sistema de acolhimento e classificação de risco**. Florianópolis: Governo do Estado de Santa Catarina, 2014.

SANTOS, A.A. *et al.* Identificação precoce da síndrome coronariana aguda: uma revisão bibliográfica. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 4, n. 2, p. 219-236, out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/4609>. Acesso em: 26 abr. 2019.

SANTOS, J. *et al.* Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1621-1634, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000501621&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2018.

SILVA, F.M.F. *et al.* Tratamento atual da síndrome coronária aguda sem supradesnivelamento do segmento ST. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 454-461, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000300454&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019.

SOUZA, C.C.; ARAUJO, F.A.; CHIANCA, T.C.M. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 144-151, fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100144&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2018.

SOUZA, N.R. *et al.* Emergência oncológica: atuação dos enfermeiros no extravasamento de drogas quimioterápicas antineoplásicas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 1-9, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100209&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019.

SPROCKEL, J.J. *et al.* Calidad de la atención de los síndromes coronarios agudos: implementación de una ruta crítica. **Revista Colombiana de Cardiología**, Bogotá, v. 22, n. 3, p. 119-126, mai./jun. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563315000418>. Acesso em: 10 dez. 2018.

TEIXEIRA, A.F.J. *et al.* Atuação da equipe de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro-SP, v. 8, n. 1, p. 300-309, 2015. Disponível em: <http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015185545.pdf>. Acesso em: 01 out 2018.

ULBRICH, E.M. *et al.* Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.15, n.2, p. 286-29, abr./jun. 2010. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17863>. Acesso em: 22 jun. 2019.

VIEIRA, A.C. *et al.* Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação da dor torácica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 7, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100326&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2018.

WALTER, R.R. *et al.* Procedimento operacional padrão no ambiente hospitalar: percepção de enfermeiros. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 5095-5100, out. 2016. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4413>. Acesso em: 10 ago. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Thábata Larissa Agostini dos Santos, mestranda em Enfermagem Profissional Gestão do Cuidado da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, juntamente com a Profa. Dra. Eliane Matos (pesquisadora responsável), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**, que tem como **objetivo**: desenvolver um procedimento operacional padrão (POP) para intervenções de cuidados de enfermagem ao paciente com Síndrome Coronariana Aguda (SCA) na Urgência e Emergência em conjunto com os profissionais enfermeiros da Unidade de Pronto Atendimento. Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) para aprovação. Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo por meio deste termo de consentimento. Sua participação na pesquisa será de forma voluntária e ocorrerá por meio de respostas a uma entrevista previamente agendada, sobre o cuidado de enfermagem ao paciente com SCA, que será áudio-gravada, se você autorizar, com duração de aproximadamente 30 minutos, em lugar privativo. Posteriormente, a entrevista será transcrita por nós, pesquisadoras, mas sem que você seja identificado (a) em qualquer tempo do estudo. Os benefícios desta pesquisa estão relacionados, além do aprendizado em grupo com a reflexão sobre a atuação do enfermeiro no serviço de urgência e emergência e os cuidados necessários no manejo paciente com SCA, a construção de um instrumento de cuidado para maior segurança dos profissionais na tomada de decisão na prática. Os resultados poderão despertar maior atenção sobre essa atividade e isto poderá reverter em melhores cuidados aos pacientes quanto a segurança na conduta do cuidado prestado pelo enfermeiro. Caso você opte por desistir em qualquer uma das etapas da pesquisa basta informar sua decisão nos endereços de contato que estão ao fim deste Termo. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto a sua pessoa. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para os fins desta pesquisa e publicações científicas que dela resultarem. Nos resultados deste trabalho o seu nome não será revelado, ou qualquer informação relacionada à sua privacidade, porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, mesmo assim redobramos os cuidados para que isto não aconteça. A

legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa, bem como, você não terá nenhuma despesa ao participar desta pesquisa, ficando os custos sob a responsabilidade da pesquisadora. Os riscos que podem decorrer da participação nesta pesquisa são desconforto por cansaço, constrangimento pelo conteúdo do questionário ou aborrecimento pelo procedimento metodológico, na ocorrência de qualquer desconforto estaremos à sua disposição para ouvi-lo se assim, o desejar. De igual forma, podemos interromper sua participação durante a coleta de dados até que se sinta confortável em retornar a ela, e como participante, caso você tenha algum prejuízo, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada, poderá ser indenizado diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. O material coletado durante as entrevistas poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação, ficando guardados por 5 anos, sob os cuidados da pesquisadora mestranda Thábata Larissa Agostini dos Santos, após esse período serão incinerados. Este documento está redigido em duas vias, assinado e rubricado em todas as suas páginas por você e por nós, como pesquisadores responsáveis. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados pelos pesquisadores de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo. Você poderá entrar em contato conosco, pesquisadora e Profa. Dra. Eliane Matos (48) 99616-1859, email elianematos@hotmail.com ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 3° andar, sala 303, Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900. Poderá também entrar em contato com a pesquisadora Thábata Larissa Agostini dos Santos pelo telefone (47) 99915-0460, email tata_lari@hotmail.com, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 37216094, email CEP.propesq@contato.ufsc.br ou pelo endereço Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, Rua Des. Vitor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-400.

 Eliane Matos
 Pesquisadora responsável

 Thábata Larissa Agostini dos Santos
 Pesquisadora principal

Eu, _____, RG: _____ CPF: _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me considerar livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, e optar por livre e espontânea vontade em participar da pesquisa, dessa forma, consinto minha participação voluntária, resguardando ao autor do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____ Data: ____ / ____ / ____

APENDICE B - ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA ORIENTAÇÃO DA ENTREVISTA COM ENFERMEIROS

Número da pesquisa:

Endereço eletrônico:

Idade:

Sexo: () Feminino () Masculino

Qual a sua formação: () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado.

Área da especialização:

Qual tempo de formação:

Quanto tempo atua na UPA:

QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Fale um pouco sobre sua experiência na realização do AACR. Como você desenvolve sua atividade da classificação de risco?
2. Quais as facilidades e dificuldades que você enfrenta, em especial na classificação dos eventos graves, como as SCA.
3. Você utiliza algum instrumento/ferramenta para auxiliar na classificação de risco das SCA? Quais?
4. Quais os sinais e sintomas que o alertam de SCA?
5. A dor torácica é um importante sinal da SCA. Como você define e identifica a dor torácica de origem coronariana?
6. E que medidas você toma quando suspeita de SCA? Cite os cuidados que você julga importante no atendimento ao paciente com SCA?
7. Após a classificação de risco, como se dá o atendimento do paciente com SCA pela enfermagem/ equipe de saúde?
8. Sobre as dificuldades encontradas durante o atendimento ao paciente com SCA destaque a mais significativa.
9. Quais os cuidados/aspectos que você considera importante constar em um instrumento de padronização como um POP a fim de orientar o atendimento da pessoa com SCA. Cite pelo menos 4.
10. Você teria mais alguma contribuição a destacar?

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DE PACIENTES COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Pesquisador: Eliane Matos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02531018.1.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.057.593

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado de Thábata Larissa Agostini dos Santos sob orientação de Eliane Matos, do Mestrado em Enfermagem Profissional Gestão do Cuidado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCS/UFSC. Estudo do tipo metodológico, organizado e guiado pelo modelo de Design Instrucional Contextualizado, com 36 participantes. Critérios de inclusão: enfermeiros que atuam nas duas UPAS do município de Itajaí. Critérios de exclusão: não constam. Intervenções: entrevista semiestruturada, com gravação de áudio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Desenvolver um Procedimento Operacional Padrão (POP) para os cuidados de enfermagem ao paciente com Síndrome Coronariana Aguda em Unidade de Pronto Atendimento; Identificar os cuidados de enfermagem necessários para o atendimento do paciente com SCA atendidos em Unidade de Pronto Atendimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Análise adequada dos riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.057.593

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável e pela coordenadora do PPG Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Declaração do Secretário Adjunto da Saúde do município de Itajaí autorizando a pesquisa nos termos da resolução 466/12. Cronograma informando que a coleta de dados iniciará em 07 de janeiro de 2019. Informação de que a pesquisadora se responsabilizará pelos custos do projeto. TCLE aos participantes que atende as exigências da resolução 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1236177.pdf	29/10/2018 10:57:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/10/2018 02:07:26	Eliane Matos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	29/10/2018 02:05:07	Eliane Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DocumentoSMS.pdf	29/10/2018 02:04:48	Eliane Matos	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	29/10/2018 02:04:04	Eliane Matos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.057.593

FLORIANOPOLIS, 05 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B - ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Abertura Ocular	Score-E
Espontânea	4
À solicitação verbal	3
À pressão	2
Sem resposta	1
Não testável	NT

Melhor Resposta Verbal	Score-V
Orientada	5
Confusa	4
Palavras	3
Sons	2
Sem resposta	1
Não testável	NT

Melhor Resposta Motora	Score-M
Obedece aos comandos	6
Localiza a dor	5
Flexão normal	4
Flexão anormal	3
Extensão	2
Sem resposta	1
Não testável	NT

Score: E + V + M	15
------------------	----

Fonte: ACLS, 2013; GCS, 2015

ANEXO C - ESCALA ANALÓGICA DA INTENSIDADE DA DOR

Solicite ao paciente que assinale a intensidade de seus sintomas em uma escala de 0 a 10, correspondendo o zero a ausência de dor e o 10 a pior dor excessiva (BRASIL, 2015).

