

## PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO PACIENTE COM SUSPEITA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

**Resumo:** O estudo teve como objetivo identificar a percepção da enfermeira frente ao atendimento ao paciente com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado na Unidade de Pronto Atendimento do município de Pedro Leopoldo (MG). Fizeram parte do estudo onze enfermeiros. Emergiram categorias empíricas “A percepção do enfermeiro sobre o reconhecimento do paciente com suspeita de IAM” e “Fatores que interferem na atuação do enfermeiro durante o atendimento ao paciente com suspeita de IAM”. Concluímos que os enfermeiros possuem percepção quanto à importância do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas dos pacientes com suspeita de IAM. No entanto, encontram barreiras para realizar esse atendimento. É necessário que se mantenham na busca por capacitação e atualização para continuarem com essa autonomia profissional frente ao paciente com suspeita de IAM, mas espera-se que investimentos sejam feitos pela instituição, visando à melhoria no funcionamento do serviço.

Descritores: Infarto Agudo do Miocárdio, Enfermeiro, Assistência.

Perception of nurse in front of patient with suspected acute myocardial infarction

**Abstract:** The study aimed to identify the nurse's perception of the care provided to patients with suspected acute myocardial infarction (AMI). This is a qualitative, descriptive and exploratory study, carried out at the Emergency Care Unit in the city of Pedro Leopoldo (MG). Eleven nurses took part in the study. Empirical categories emerged: “The nurse's perception about the recognition of the patient with suspected AMI” and “Factors that interfere with the nurse's performance during the care of the patient with suspected AMI”. We conclude that nurses are aware of the importance of early recognition of signs and symptoms of patients with suspected AMI. However, they encounter barriers to perform this service. It is necessary to remain in the search for training and updating to continue with this professional autonomy in the face of patients with suspected AMI, but investments are expected to be made by the institution, aiming at improving the service's functioning.

Descriptors: Acute Myocardial Infarction, Nurse, Care.

Percepción de enfermero delante de pacientes miocardios agudos sospechoso

**Resumen:** El estudio tuvo como objetivo identificar la percepción de la enfermera de la atención brindada a los pacientes con sospecha de infarto agudo de miocardio (IAM). Este es un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado en la Unidad de Atención de Emergencia en la ciudad de Pedro Leopoldo (MG). Once enfermeras participaron en el estudio. Surgieron categorías empíricas: “La percepción de lo enfermero sobre el reconocimiento del paciente con sospecha de IAM” y “Factores que interfieren con el desempeño de la enfermera durante la atención del paciente con sospecha de IAM”. Concluimos que los enfermeros son conscientes de la importancia del reconocimiento temprano de los signos y síntomas de pacientes con sospecha de IAM. Sin embargo, encuentran barreras para realizar este servicio. Es necesario permanecer en la búsqueda de capacitación y actualización para continuar con esta autonomía profesional frente a pacientes con sospecha de IAM, pero se espera que la institución realice inversiones, con el objetivo de mejorar el funcionamiento del servicio.

Descritores: Infarto Agudo del Miocardio, Enfermero, Asistencia.

**Anderson Leonel Ribeiro Mathias**

Enfermeiro. Especialista em Gestão em Saúde e Controle de Infecção Hospitalar (INESP).

E-mail: andersonlrmathias@gmail.com

**Elaine Freitas da Cruz Rocha**

Enfermeira. Pós-graduanda em Urgência Emergência e Trauma PUC Minas - Betim.

E-mail: laine-freitas@hotmail.com

**Luiz Augusto Silva**

Enfermeiro. Pós-graduando em Docência em Urgência e Emergência pela FAVENI.

E-mail: venturettibrasil@gmail.com

**Camila Zilli Palmeiro Fedalto**

Enfermeira do Hospital Pequeno Príncipe. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

E-mail: czpfedalto@usp.br

**Alexis Pereira da Silva**

Enfermeiro infectologista do Núcleo de Infectologia de Carapicuíba. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

E-mail: alexisps@usp.br

Submissão: 12/02/2020

Aprovação: 18/05/2020

**Como citar este artigo:**

Mathias ALR, Rocha EFC, Silva LA, Fedalto CZP, Silva AP. Percepção do enfermeiro frente ao paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio. São Paulo: Revista Recien. 2020; 10(30):38-44.

## Introdução

As cardiopatias são responsáveis pelo maior número de internações hospitalares e óbitos. São conhecidas como Síndrome Coronariana Aguda (SCA) que se caracterizam por uma série de sintomas decorrentes da redução do fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco e podem ser classificadas como um problema de saúde pública<sup>1</sup>. Dentre as cardiopatias, encontra-se o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) que equivale à evolução de uma isquemia miocárdica decorrente do desequilíbrio entre os nutrientes do sangue e a necessidade fisiológica do miocárdio, a partir do acúmulo anormal de substâncias lipídicas na parede das artérias coronárias, responsáveis pela chegada do oxigênio e demais nutrientes ao miocárdio, provocando uma resposta inflamatória do organismo denominada placa de ateroma<sup>2</sup>.

Essa placa cria um bloqueio do vaso que reduz o fluxo sanguíneo para o miocárdio. Ademais, pode acontecer a formação de trombo sobre placa de ateroma, gerando obstrução total das coronárias<sup>2</sup>. Os sintomas clássicos são as dores constantes na região torácica de natureza esmagadora e um aperto que pode irradiar-se para a região superior do corpo. Além disso, o paciente pode apresentar desorientação, agitação, hipertensão ou hipotensão, entre outros sintomas.<sup>3</sup> Merece destacar que algumas doenças como diabetes, hipertensão e dor no tórax, em pacientes idosos, podem não ser reveladas ou não serem o sintoma mais importante relatado por esses pacientes<sup>3</sup>.

É um tipo de cardiopatia que requer internação hospitalar, independentemente do serviço de saúde no qual o paciente tenha sido atendido no primeiro momento, devido a sua magnitude, a despeito da

existência de procedimentos terapêuticos e invasivos capazes de melhorar o prognóstico do paciente, tem sido apontado como um agravo importante no desenvolvimento de indicadores para o monitoramento da qualidade da assistência. Aspectos como utilização de novas tecnologias reconhecidas para continuidade da assistência e o tempo decorrido entre o início dos sintomas e o primeiro atendimento têm mostrado importante impacto na redução da letalidade por IAM<sup>4,5</sup>.

Nos Estados Unidos e em alguns países ocidentais, o tempo médio para atendimento, desde o início dos sintomas até a chegada ao hospital, é de 2h a 3 h para infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (STEMI) e 3 h para infarto do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (STEMI); mas, aproximadamente, 10% dos pacientes ainda chegam ao hospital por mais de 12 horas após perceberem os sintomas<sup>6</sup>. Similarmente, na Austrália, os pesquisadores alertam sobre o tempo entre o início dos sintomas de IAM e a chegada ao hospital que foi de 2h20min e ressaltam quão importante é a decisão do paciente em procurar o hospital no início dos sintomas<sup>7</sup>. Na China, houve aumento das hospitalizações em decorrência de IAM, embora os autores<sup>6</sup> afirmem que poucas pesquisas indicam o tempo entre o início dos sintomas no paciente e a chegada dele ao hospital. O estudo capturou detalhes do início dos sintomas e fatores que se sabe estarem relacionados ao acesso à assistência médica por IAM, para examinar atrasos na busca de cuidados e fatores associados. Os intervalos de tempo prolongados têm sido associados a piores resultados<sup>6</sup>. No Brasil, de janeiro 2015 a janeiro de 2018, foram hospitalizados 330.177 pacientes com esse agravo<sup>8</sup>.

É importante destacar que, quando se trata de superlotação no ambiente hospitalar, alguns critérios devem ser avaliados antes da decisão em ir diretamente ao hospital. É uma postura do paciente que requer dos profissionais de saúde da retaguarda do hospital a referência do atendimento desses pacientes para um serviço de saúde que atende os casos não agudos - Unidades Básicas de Saúde priorizando, assim, os casos agudos ou crônicos agudizados nas Unidades de Pronto Atendimento.

Nessa perspectiva, em 2003, foram criadas pelo Ministério da Saúde as Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) para integrarem a atenção às urgências e fazerem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência<sup>9</sup>. Elas devem estar preparadas para prestarem atendimento resolutivo aos pacientes com os casos agudos ou crônicos agudizados, possuírem estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde, Estratégia de Saúde da Família e retaguarda nas Unidades Hospitalares. É uma esfera de saúde que deve resolver grande parte das urgências e emergências como a suspeita de um IAM. Mesmo tendo como missão diminuir a superlotação nos hospitais de maior complexidade que hoje atendem esta demanda; a UPA, também, é um setor responsável por encaminhar, quando necessário, paciente para hospitalização<sup>9</sup>.

Nesse serviço de saúde, o enfermeiro, também, é responsável pela classificação de risco dos pacientes que é um protocolo seguro e válido, internacionalmente. O sistema de Classificação de Risco Manchester é uma tecnologia que respalda a classificação feita pelos enfermeiros ou médicos que são certificados. Essa prática assistencial pode

contribuir para a redução de mortes evitáveis, como o IAM, nos serviços de urgência e emergência. Por esse motivo, as UPA's, em sua maioria, utilizam essa metodologia de atendimento<sup>10</sup>.

A autonomia do profissional enfermeiro é garantida pelo Código de Ética dos profissionais de Enfermagem brasileiros, a saber, de acordo com o capítulo I do artigo 1º que diz: "é direito do profissional exercer a Enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos"<sup>11</sup>.

Diante do processo fisiopatológico dessa cardiopatia estabelecida no usuário e a autonomia do enfermeiro no que se refere à assistência ao paciente, é de extrema relevância que esse profissional desenvolva uma abordagem rápida e eficaz frente ao paciente com suspeita de IAM nas UPA's; pois, a tempo dessa ação, resulta em piora do prognóstico. Nesse escopo, o presente estudo tem como objetivo identificar a percepção do enfermeiro frente ao paciente com suspeita de IAM.

## **Material e Método**

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado na Unidade de Pronto Atendimento do município de Pedro Leopoldo. Fizeram parte do estudo 11 enfermeiros que atuam, diretamente, com atendimento à população que adentra nesse serviço. Utilizou-se, como critério de inclusão, ser enfermeiro atuante no serviço com o mínimo de seis meses para que se pudesse garantir um grau de percepção em atendimento ao paciente com suspeita de doença cardíaca.

Para a coleta de dados, fez-se uso, como instrumento, da entrevista semiestruturada que contemplava questões relacionadas à abordagem do

enfermeiro frente ao paciente com suspeita de IAM, a partir de uma questão disparadora: “Conte-me sobre sua vivência frente ao paciente com infarto agudo do miocárdio”. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas. Para análise dos dados, serviu-se da análise de conteúdo<sup>12</sup> que possui um conjunto de técnicas de análise das comunicações. A análise de conteúdo busca conhecer os significados manifestos e latentes do material empírico, permite um rigor metodológico como forma de não perder a essência do objeto de estudo, devido a procedimentos sistemáticos e claros de análise, organização e descrição dos conteúdos.

A análise foi realizada em três etapas: 1ª. Pré-análise, na qual foi realizada a ordenação dos dados e a leitura flutuante das entrevistas para familiarização inicial. 2ª. Exploração do material, em que foi realizada a codificação e a categorização das informações. 3ª. Tratamento dos dados, nessa etapa foi realizada a interpretação dos dados.

O estudo seguiu os princípios éticos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>13</sup> e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio do Rio de Janeiro sob o protocolo n. 2.081.541 e pela instituição em estudo. Para resgatar o sigilo e anonimato dos participantes que aceitaram contribuir com a pesquisa, optou-se por identificá-los como enfermeiros (ENF), seguindo pela ordem numérica de 01 a 11.

## Resultados e Discussão

Foram entrevistados onze enfermeiros (ENF), cinco do sexo feminino e seis do sexo masculino. A idade dos profissionais variou entre 29 e 47 anos e o tempo de atuação na UPA foi de um a cinco anos.

Emergiram-se duas categorias: a percepção do enfermeiro sobre o reconhecimento do paciente com suspeita de IAM e os fatores que interferem na atuação do enfermeiro durante o atendimento ao paciente com suspeita de IAM.

### A percepção do enfermeiro sobre o reconhecimento do paciente com suspeita de IAM

Compreende-se que, nesta primeira categoria, há conformidade entre os enfermeiros entrevistados em revelar a importância da percepção quanto ao reconhecimento precoce dos sinais e sintomas dos pacientes com suspeita de IAM.

*“A questão de ser mais ágil para ter um atendimento mais rápido e iniciar o protocolo que, geralmente, tem que ser iniciado e tentar ser mais ágil para causar menos problema possível para esse paciente”. (ENF 1)*

*“O necessário é agir rápido, reconhecer os sintomas como uma suspeita de IAM e você tentar agir o mais rápido possível pra poder intervir”. (ENF 10)*

*“Cê tem que reconhecer né, os primeiros sintomas em relação ao infarto, porque a partir daí, vai estar tomando alguma conduta”. (ENF 11)*

A atuação desenvolvida por uma equipe de UPA tem como propósito tratar a queixa principal e minimizar o sofrimento do paciente. É um processo que exige da equipe um ritmo e dinamismo para lidar com o súbito. Esse tipo de dinamicidade, nesse processo de trabalho, requer habilidades e domínio do profissional. O enfermeiro, como parte dessa equipe, necessita de competência<sup>14</sup>.

Existe estudo<sup>14</sup> que mostra imprecisões durante a classificação de risco e a incapacidade do enfermeiro para identificar os pacientes com sintomas emergenciais. A prática do reconhecimento e a capacidade do enfermeiro em identificar os sinais de suspeita de IAM no primeiro contato do paciente com

o enfermeiro podem ter influência direta para o início das intervenções em busca do diagnóstico desse agravo.

*“Geralmente chego no paciente e olho o que está acontecendo. É dor, a gente analisa, se tiver com falta de ar, coloca oxigênio e comunica o médico, qualquer intervenção clínica a gente não tem um protocolo a seguir”. (ENF 1)*

*“... a gente encaminha, geralmente, para a sala de urgência, oferta oxigênio, monitorização e acesso, e comunicar o médico. Ai ele dá prosseguimento”. (ENF 2)*

*“... começa a fazer as drogas que é o kit básico que a gente tem, né, clopidogrel, AAS e tudo mais. (ENF 6)*

*“... alguns apresentam vômitos; outros, dor abdominal, tem que estar atento a tudo isso, uma alteração da frequência cardíaca é comum, às vezes há saturação então a gente tem que tá atento a todos os fatores para poder agilizar o atendimento”. (ENF 3)*

A prática clínica gira em torno do conceito da queixa inicial que é a dor no tórax o que motiva o paciente a procurar o serviço de urgência devido à persistência da dor nessa região. Nesse sentido, é importante ressaltar que os enfermeiros estão respaldados para os procedimentos assistenciais nos pacientes que estão em investigação de IAM - que vão desde a classificação de risco à realização de medicação - por meio dos protocolos do Sistema Manchester Classificação de Risco, de Dor Torácica e demais protocolos assistencial e gerencial instituídos pelos serviços de saúde<sup>15</sup>.

### **Fatores que interferem na atuação do enfermeiro durante o atendimento ao paciente com suspeita de IAM**

Mostra-se, nessa categoria; que, embora os enfermeiros compartilhem acerca da importância em seguir os protocolos nos pacientes com suspeita de

IAM, há dificuldade na realização de exames em alguns horários na UPA. Isso pode comprometer o processo de transferência do paciente para a continuidade do atendimento no ambiente hospitalar.

*“se eu tiver um paciente com suspeita de IAM agora no meu plantão noturno eu não tenho laboratório pra fazer CK-MB e as enzimas.” (ENF 6)*

*“A maior dificuldade é sobre as condições de trabalho né, porque chega um paciente com suspeita de IAM, a gente protocola, mas não temos laboratório que funciona 24h, aí o paciente tem que ficar aqui aguardando até o outro dia para colher enzima.” (ENF 7)*

*“O problema aqui é à noite que a gente não tem exames, então assim às 16h é o último exame e se chega à noite só no outro dia é que vai fazer exames, então entra só com o protocolo e no outro dia que vai descartar.” (ENF 9)*

Não há dúvida de que haveria redução da mortalidade em decorrência do IAM se houvesse esforços adicionais que melhorassem as abordagens desde a realização de exames iniciais a procedimentos invasivos, principalmente quando confirmado o IAM<sup>16</sup>.

Sobre a transferência para o hospital; percebe-se, na fala desses enfermeiros que estão na retaguarda do hospital, é necessário entendimento a respeito da importância da referência e contra referência de um paciente que necessita ser referenciado para a unidade hospitalar.

*“A gente trabalha com o SUS Fácil que é pra transferir o paciente de uma unidade para uma unidade de grande porte, né, na região de Belo Horizonte. E um dos critérios que se exige para transferir o paciente é para você fazer uma abordagem também mais específica com o paciente. E não tem. Então o que a gente faz é o mínimo que é rodar um eletro e começar a fazer as drogas.” (ENF 6)*

O SUS **hierarquiza** o sistema público de saúde em três níveis de assistência: baixa complexidade

(Unidades básicas de saúde), média complexidade (Unidade de Pronto Atendimento, hospitais secundários e ambulatórios de especialidades) e alta complexidade (Hospitais terciários). O paciente é atendido nas unidades de saúde de baixa e média complexidade e, se houver necessidade, ele é encaminhado para alta complexidade (**referência**). Após a estabilização do quadro clínico, esse paciente é reencaminhado com orientações para uma unidade de destino para o seguimento do tratamento (**contra referência**)<sup>9</sup>.

Esse trâmite ainda é desafiador nos serviços de saúde, um deles é a dificuldade da comunicação entre os três níveis de assistência, mas tentativas estão sendo feitas. Dentre elas, podemos citar o sistema ESUS, em Minas Gerais, que traz como objetivo a troca de informações de regulação entre unidades administrativa e executiva dos serviços de saúde para garantir a melhoria no acesso a esses serviços<sup>17</sup> e, conseqüentemente, contribuir para a qualidade do atendimento prestado aos pacientes com suspeita de IAM.

## Conclusão

Os enfermeiros possuem percepção quanto à importância do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas dos pacientes com suspeita de IAM. Além disso; é fundamental, para uma correta e segura abordagem do enfermeiro frente ao paciente com dor torácica, o treinamento de uma Classificação de Risco adequado, que possibilite uma tomada de decisão rápida e segura e o correto direcionamento para a continuação do tratamento em seus diversos níveis hierárquicos estabelecidos pelo SUS, além disso, o seguimento de protocolos institucionais que

possibilitem a rapidez no atendimento e diagnóstico do IAM.

A segurança da conduta do enfermeiro no atendimento ao paciente com dor torácica está corroborada com o treinamento, atualizações, autonomia no seguimento dos protocolos e na garantia da referência e contra referência garantida pelo SUS. No entanto, esses profissionais encontraram barreiras principalmente sobre a realização de exames em alguns horários na UPA. Isso pode comprometer o processo de transferência do paciente. Portanto, espera-se que investimentos sejam feitos pela instituição, visando à melhoria no funcionamento do serviço e, conseqüentemente, uma melhor assistência ao paciente com esse agravo.

## Referências

1. Organização Pan Americana da Saúde - OPAS Brasil. Doenças cardiovasculares. 2017. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096). Acesso em 24 jan 2020.
2. Santos JCA, Piaggi LFD. Percepção do enfermeiro sobre o atendimento ao paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio. Rev Mineira Ciência Saúde. 2010; 5(2):43-51.
3. Nettina SM. Prática de enfermagem. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2007.
4. Melo ECP, Travassos CMR, Carvalho MS. Infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevida e distribuição espacial. Epidemiologia Serviços Saúde. 2007; 16(2): 121-123.
5. Colombo RCR, Aguillar OM. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. Rev Latino Am Enferm. 1997; 5(2):69-82.
6. Guan W, Venkatesh AK, Bai X, et al. Time to hospital arrival among patients with acute myocardial infarction in China: a report from

China PEACE prospective study. *European Heart Journal*. 2019, 5 (1):63-71.

7. Dracup K, McKinley S, Riegel B, et al. A randomized clinical trial to reduce patient prehospital delay to treatment in acute coronary syndrome. *Circulation Cardiovasc Qual and Outcomes*. 2015; 2(6):524-532.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Brasília: Datasus. 2010. Disponível em:<<http://ww/w3.datasus.gov.br>>. Acesso em 20 dez 2019.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 20418, de 05 de novembro de 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html). Acesso em 1 jan 2020.

10. Mackaway-Jones K, Marsden J, Windle L. Sistema Manchester de Classificação de Risco. 2ª Edição. Folim. 2018.

11. Conselho Federal de Enfermagem. Normatiza no Âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Resolução COFEN 423/2012 1º parágrafo, Art. 1, 15 de fevereiro de 2012.

12. Bardin L. Análise de conteúdo. 70 ed. Lisboa: Edições. 2011.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Resolução 466, de 12 de dez 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em 15 dez 2019.

14. Santos ES, Timerman A. Dor torácica na sala de emergência: quem fica e quem pode ser liberado? *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo*. 2018; 28(4):394-402.

15. Weeks JC. Are emergency department triage nurses knowledgeable about acute coronary syndromes recognition? Master of Science in Nursing Degree in the College of Sciences and Health Professions Albany State University. 2017.

16. Kosyagin DO, Zavyrilina PN, Sedih DY, Bykova IS, Kashtalap. Factors associated with delays in seeking medical care in myocardial infarction. *Rev Esp Cardiol*. 2017; 3:104-112.

17. Secretaria do Estado de Saúde Susfacil-sistema estadual de regulação assistencial. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/464-susfacil-sesmg>. Acesso em 01 jan 2020.