

O papel do Enfermeiro na assistência ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio sob a perspectiva do tempo porta balão: Relato de experiência

The Nurse's role in assisting patients with Acute Myocardial Infarction from the perspective of door to balloon time: Experience report

Hemilly Jovellyna Lopes Campos¹, Thais Silva Maia², Ana Clara Furbino Dias Rufino³, Jéssica Pinheiro Rosa da Silva⁴

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência sobre a atuação da enfermagem durante o atendimento a pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do seguimento ST (IAMCSST) sob a perspectiva do tempo porta balão (TPB). **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência acerca da vivência de uma acadêmica de enfermagem durante o estágio extracurricular no setor de Hemodinâmica, com duração de dois anos, em uma instituição privada de Belo Horizonte. **Relato de experiência:** As atividades executadas aproximaram a estagiária da realidade profissional, permitiu a ponderação de aspectos a serem melhorados no processo de assistência ao paciente com IAMCSST considerando o indicador porta balão. **Conclusão:** A pesquisa agregará conhecimento aos acadêmicos e profissionais atuantes na área de enfermagem a fim de melhorar o cuidado com embasamento técnico-científico para diminuir o índice de TPB excedido e minimizar as sequelas trazidas em decorrência do IAMCSST.

Descritores: Tempo porta balão, Infarto Agudo do Miocárdio, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To report the experience on the role of nursing during the care of patients with acute myocardial infarction (AMI) from the perspective of the door-to- balloon time (D2B). **Methodology:** descriptive study, of the report about the experience of a nursing student during the extracurricular internship in the hemodynamics sector in a private institution in Belo Horizonte for 2 years. **Experience report:** The activities carried out brought the intern closer to the professional reality, allowed the consideration of aspects to be improved in the process of assistance to patients with AMI, considering the D2B indicator. **Conclusion:** The research will add knowledge to academics and professionals working in the nursing field in order to improve care with a technical-scientific basis to reduce the rate of exceeded D2B and minimize the consequences brought about by this pathology.

Descriptors: Balloon Door Time, Acute Myocardial Infarction, Nursing.

Graduandos em Enfermagem pelo Centro Universitário UNA

Autor correspondente: Hemilly Jovellyna Lopes Campos. Email: hemillylopees@gmail.com

Introdução

Um dos sintomas que mais leva o paciente ao serviço de emergência hospitalar é a dor torácica, e neste caso, é fundamental que se tenha o diagnóstico rápido de uma possível Síndrome Coronariana Aguda (SCA) para o melhor prognóstico do caso (GBCR, 2018).

A SCA caracteriza-se por um conjunto de manifestações clínicas e laboratoriais que indicam isquemia do músculo cardíaco. É classificada em três formas: IAM (infarto agudo do miocárdio) com supradesnível do segmento ST (IAMCSST), Angina Instável (AI) e Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnível do segmento ST (IAMSSST) (CANDIOTA, 2014). Sua fisiopatologia se dá principalmente pela instabilidade de placas ateroscleróticas, com ruptura e obstrução do lúmen dos vasos (MODOLO & COELHO, 2016). Dessa forma, comprometem a circulação sanguínea através de bloqueios originados pela gordura em abundância que impossibilitam a chegada, no músculo cardíaco, de oxigênio e nutrientes (OPAS, 2017).

Atualmente, as doenças cardiovasculares representam elevada causa de morbidade e mortalidade no mundo, devido às suas complicações. Estima-se que, 17,1 milhões de indivíduos morrem em virtude dessas patologias. Considera-se que, desses óbitos, 7,4, milhões são classificados como SCA, sendo este um importante problema de saúde na população. Por isso, é de suma importância o estabelecimento de intervenções preventivas visando à redução desses números (BARBOSA *et al.*, 2019).

A SCA é considerada uma emergência

médica e tem grande incidência nos atendimentos de urgência e emergência (AMORAS, 2020). Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) de 2013 revelam que a SCA foi a principal causa de morte por doença cardíaca no Brasil, tendo sido observado aumento de 48% entre 1996 e 2011 (MEDEIROS *et al.*, 2018).

O diagnóstico da SCA ocorre por meio da história clínica do paciente, do Eletrocardiograma (ECG), da análise das enzimas cardíacas CK-MB (troponina e mioglobina) e do cateterismo cardíaco. Detectar a doença precocemente é a melhor maneira de ajudar no tratamento, que acontece de vários ângulos: por meio de antitrombóticos e fibrinolíticos, revascularização cirúrgica ou por meio da reperfusão por angioplastia com ou sem implante de stent na parede do vaso (GONZALES *et al.*, 2013).

O profissional responsável pelo primeiro atendimento ao paciente com suspeita de SCA, nos serviços de urgência e emergência é o enfermeiro, que realiza o processo de triagem inicial. Atualmente o número de pacientes que apresentam dor torácica é elevado nos serviços de atendimento. À vista disso, é primordial que o atendimento a esse paciente seja precoce, ágil e eficiente (RIBEIRO *et al.*, 2016).

Enfatiza-se, todavia, que para o melhor prognóstico do caso o tratamento imediato é um fator importante, considerando-se o tempo favorável nesse processo, tempo esse entre a chegada do paciente ao hospital e o início da angioplastia (CORREIA *et al.*, 2013). Logo, compreende-se a importância da

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no atendimento de SCA, junto de uma equipe qualificada e com conhecimento técnico-científico, uma vez que a SAE viabiliza e melhora a tomada de decisões da operacionalização do processo de enfermagem (MAKDISSE, 2013). Visto que a SAE organiza e direciona o serviço profissional e tem como objetivo primordial sistematizar e qualificar o atendimento ao paciente. Assim sendo, por meio da SAE, o enfermeiro é capaz de implementar seus conhecimentos técnicos e científicos para planejar, organizar e executar a assistência em saúde de forma ágil, segura e precisa. Além disso, a utilização desse instrumento permite que o enfermeiro identifique as demandas de cada paciente e priorize as ações (BARRETO, 2020).

Para condução adequada da SAE e do processo de enfermagem, foram implementados indicadores de qualidade, que são ferramentas que podem ser utilizadas para medir a qualidade do atendimento realizado ao paciente, de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais de SCA, a fim de orientar um padrão e aprimorar a assistência prestada a essa emergência. Esses indicadores são avaliados, controlados e comparados dentre as instituições, com o intuito de aprimorar o atendimento e alcançar a redução da morbimortalidade causada por essa patologia. Por conseguinte, a V diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) definiu como tempo ideal de prestação de assistência, ou seja, da abertura da artéria por meio da realização da angioplastia, ao paciente com IAMCSST, desde a chegada à porta de entrada do hospital até o procedimento de intervenção na sala de Hemodinâmica, como

Tempo Porta-Balão (TPB), e este deve ser 90 minutos (PIEGAS, 2015). Entretanto, de acordo com os dados da Anahp do ano de 2022, o indicador mediana do tempo porta-balão foi de 53,31 minutos em 2021 entre os hospitais - membros da associação, apontando um melhor desempenho do que nos anos anteriores.

Logo, é possível se afirmar que a intervenção coronária percutânea é uma das estratégias mais seguras para o tratamento do IAMCSST (AMORAS, 2021).

Consoante a isso, é necessário tratar sobre este tema devido a necessidade de acrescentar conhecimento aos acadêmicos e profissionais atuantes na área da enfermagem, sobre o manejo e intervenções ao paciente com IAMCSST, bem como sobre os indicadores de qualidade durante a assistência a este doente. Ademais, incentivar os futuros profissionais, seja enquanto assistentes ou enquanto gestores, a atuar de maneira eficaz e ponderar sobre aquilo que podem intervir com auxílio e competência à saúde do indivíduo e comunidade. Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência sobre a atuação da enfermagem durante o atendimento a pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST (IAMCSST) sob a perspectiva do tempo porta balão.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que aborda pontualmente algumas falhas no que diz respeito ao alcance do tempo porta balão em uma instituição de saúde.

A experiência se deu em um hospital da rede privada de Belo Horizonte, onde uma das discentes atuou como estagiária no setor de Hemodinâmica durante dois anos, vivenciando teoria e a prática do manejo dos pacientes com infarto agudo do miocárdio.

A instituição realiza apenas atendimentos particulares e de planos conveniados. Possui diversas especialidades, tais como: oncologia, ortopedia, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia cardiovascular, cirurgia robótica, urologia, ginecologia e obstetrícia, nefrologia, clínica médica, anestesiologia e hemodinâmica, que se encontra funcionando desde julho de 1994. Atualmente, o setor de Hemodinâmica realiza cerca de 60 procedimentos por mês, obtendo uma média de 20 angioplastias coronárias, onde cerca de 5 destas, por mês, são pacientes encaminhados ao setor pelo Pronto Socorro, sob a perspectiva do tempo porta balão.

A obtenção dos dados foi feita pela estagiária e discente do 9º período de Enfermagem, onde a observação e ponderação de fatos se fez necessária, pois assim surgiram anotações, questionamentos e reuniões com a equipe do hospital, equipe essa denominada Heart Time, cujo objetivo era a discussão dos casos para definição de quais entrariam no indicador, bem como uma análise a respeito das condutas escolhidas em cada caso em questão. Posteriormente os dados foram transcritos e transformados em relato de experiência.

Este estudo dispensou a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). No entanto, os aspectos éticos relacionados ao sigilo e a não

identificação dos sujeitos foram seguidos na íntegra.

Relato de experiência

Sabendo da importância da agilidade no atendimento ao paciente com IAMCSST sob a perspectiva do tempo porta balão, é de suma importância o trabalho cooperativo dentro do ambiente hospitalar, para que assim esse indicador seja alcançado. Para tal é necessário cautela na análise dos casos, pois a definição do cuidado deve estar de acordo com os seguimentos de benefícios terapêuticos para alcance de melhores resultados para o paciente.

De acordo com a procedimento operacional padrão (POP) da instituição em questão, os benefícios claros para a terapia de reperfusão são aqueles em que o paciente possui uma dor sugestiva de IAM, com duração maior que 20 minutos, mas de até 12 horas, que não é responsiva a nitrato SL e que possui supradesnível do seguimento ST em 1mm em ao menos duas derivações que explorem mesma parede nas derivações periféricas, e/ou com supradesnível > 2mm pelo menos 2 derivações contíguas no plano horizontal.

Assim, durante o atendimento a pacientes com esse perfil, destaca-se o profissional enfermeiro que possui o primeiro contato com o paciente com IAMCSST.

Ao adentrar no hospital, o paciente passa por uma triagem, baseada no protocolo de Manchester, adaptada aos fluxos do hospital. Tal triagem é feita com o enfermeiro e deve ser rápida, ágil e precisa, visto que, em casos de suspeita de IAMCSST, a mensuração

do tempo porta balão já começa a ser mensurada.

O primeiro e primordial passo para o desfecho satisfatório do caso é a identificação de sinais e sintomas sugestivos de IAMCSST, sendo eles: dor no peito em forma de aperto ou pressão de início a 20 minutos ou até 12 horas, localizada em qualquer parte do tórax, podendo envolver pescoço e braços, náuseas, dispneia, sudorese ou até mesmo perda da consciência.

Entretanto, durante esse primeiro contato entre o enfermeiro e o paciente, observou-se certa dificuldade por parte dos profissionais enfermeiros na identificação de sinais e sintomas que venham a ser sugestivos de IAMCSST.

Durante a recepção desse paciente no Pronto Socorro, o enfermeiro também identifica possíveis alergias, caso o paciente tenha. A sua sinalização é feita por meio de uma pulseira de identificação e após isso, o paciente é direcionado a sala vermelha.

Após a triagem do paciente e durante a sua estadia na sala vermelha, deve-se realizar o primeiro eletrocardiograma (ECG) em um período de até 10 minutos da sua entrada no ambiente hospitalar. Realizado o eletrocardiograma, o enfermeiro é responsável pela passagem do caso e entrega do exame para o médico plantonista. Durante esse percurso, notou-se a deficiência de profissionais enfermeiros capazes de analisar o ECG. O Enfermeiro no hospital em questão não possui responsabilidades definidas sobre a avaliação do ECG.

O médico do Pronto Socorro é que tem papel de avaliar o ECG, dectar e diagnosticar o IAMCSST e comunicar o médico hemodinamicista de plantão, que decidem em comum acordo a realização ou não do cateterismo cardíaco.

Outro fator a ser ponderado é que alguns pacientes foram classificados com quadro suspeito de IAMCSST, suspeita essa confirmada pela equipe médica após analisar alterações sugestivas seja no ECG ou nos níveis de troponina, encaminharam esses pacientes para realização do cateterismo cardíaco em caráter de emergência, sob a perspectiva da TPB, mas ao realizarem o cateterismo cardíaco os mesmos não possuíam lesões indicativas de tal terapêutica.

Ademais, observou-se que durante a comunicação médico cardiologista – médico hemodinamicista falhas ocorreram, isso se deu devido à checagem errônea da equipe do pronto socorro na busca e no contato do hemodinamicista correto que estava de plantão. Tal busca deveria ser realizada pelos profissionais do pronto socorro em uma escala previamente enviada pelo setor de Hemodinâmica ao Pronto Socorro. Em alguns casos, o médico errado era contatado ou até mesmo o setor de Hemodinâmica era contatado para saber essa informação. Assim, uma comunicação que deveria ser rápida e direta passava por diversos infortúnios até que os profissionais corretos fossem informados do caso.

Assim, confirmada a realização do cateterismo cardíaco, fica a cargo da equipe de

enfermagem o preparo desse paciente para o procedimento, sendo necessário: punção de dois acessos venosos periféricos calibrosos, monitorização do paciente para o transporte, administração da dose de ataque dos antiplaquetários necessários.

Já o enfermeiro tem o papel de realizar a reserva de vaga no Centro de Terapia Intensiva (CTI), uma vez que após o cateterismo cardíaco, evoluindo ou não para angioplastia coronária, o paciente é encaminhado ao CTI. Além disso, também é responsabilidade do enfermeiro a comunicação e passagem do caso para a equipe de enfermagem do setor de hemodinâmica que irá receber esse doente.

A passagem de caso entre os setores em alguns momentos se mostrou falha, isso devido ao fato de que a equipe responsável pelo transporte do paciente, em algumas situações, realizava a passagem do caso no momento da subida do paciente para a sala de hemodinâmica. Processo esse que não se mostra ideal, pois a partir do momento que os médicos plantonistas decidem para realização do cateterismo cardíaco, o setor de hemodinâmica deve ser prontamente acionado para que todos ficassem cientes do caso. Assim, a equipe de enfermagem realizaria o preparo da sala e a separação de materiais. No momento do transporte do paciente, o enfermeiro, em uma condição ideal, aciona a hemodinâmica novamente a fim de informar que o paciente já está a caminho. Tal processo se mostra importante e necessário ser seguido, pois ao adentrar na sala o paciente encontra um

ambiente preparado e com os profissionais devidamente paramentados para que os cuidados na sala de hemodinâmica sejam iniciados. Esse processo visa que o TPB seja mitigado e que a abertura da artéria se dê de maneira mais rápida pelo médico hemodinamicista.

O transporte desse paciente até a sala de hemodinâmica é realizado pela equipe do Pronto Socorro que é composta por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. Ao adentrar na hemodinâmica a equipe do setor que é composta por: médico hemodinamicista, médico anestesilogista, enfermeiro, técnico de enfermagem e acadêmico de enfermagem, que assumem os cuidados com esse paciente.

Dentre os cuidados de enfermagem pré-procedimento, destacam-se a monitorização do paciente, preparo dos sítios de punção, sendo eles radial ou femoral, se necessário realização de tricotomia, degermação dos locais de punção, montagem da mesa de procedimento que possui uma bandeja de pequena cirurgia com 20 peças, quatro pacotes de gaze estéreis, dois pacotes de compressas e duas cubas rins. Em uma delas é colocado uma solução de nitroglicerina onde uma ampola de 50mg é diluída em 500ml de solução fisiológica a 0,9% e na outra cuba é colocado 500ml de solução fisiológica a 0,9%, uma agulha 40x12, 25x7 e 13x4,5, duas seringas de 10ml, onde é aspirado 01ml de liquemine e 10ml de xilocaína na outra para analgesia local. Após o término da montagem da mesa, é realizado o preparo do paciente com campos estéreis.

Destarte, ao início do cateterismo

cardíaco a equipe de enfermagem fica responsável pela abertura dos materiais de órteses, próteses, materiais especiais (OPME) e demais insumos que possam ser necessários. Durante o procedimento o técnico de enfermagem do setor de hemodinâmica deve buscar a cama e o monitor que o paciente irá utilizar no CTI. Ao término, é responsabilidade do enfermeiro, auxiliar o médico na retirada do introdutor, se via de punção femoral, realizando compressão local e o curativo compressivo. Quando a via de punção for radial, o enfermeiro deve auxiliar o médico na colocação da pulseira compressiva.

Ao término do procedimento, o enfermeiro responsável pelo setor de hemodinâmica deve acionar o CTI para passagem do caso e transporte desse paciente, para continuidade dos cuidados pós angioplastia ou cateterismo cardíaco.

Por fim, ao término de cada mês, a equipe de cardiologia do hospital sob questão realiza uma reunião, reunião essa denominada heart time, nessa reunião todos os médicos e os enfermeiros responsáveis, se unem para discussão dos casos porta balão do mês, onde analisam os casos, contexto do paciente e exames laboratoriais para definições se os casos entram ou não no indicador do tempo porta balão.

Assim, conforme elucidado, o enfermeiro possui papel fundamental para o alcance do TPB, visto que, suas atribuições durante a triagem tem forte influência no prognóstico do caso, pois auxilia no diagnóstico dos eventos devido ao direcionamento desses

pacientes. Bem como, seu serviço gerencial, que sistematiza e organiza o alcance do TPB.

Discussão:

Sabe-se que atualmente o Brasil tem passado por uma transição demográfica onde a taxa de mortalidade da população aliada ao envelhecimento tem caído. Entretanto, de acordo com Amoras (2020), mesmo com maior expectativa de vida, a população tem vivido com maiores comorbidades, sendo de maior prevalência as Doenças Cardiovasculares. Dentre elas o IAMCSST, maior causador de mortes que vem gerando impactos significativos na saúde pública, o que faz com que o seu atendimento seja priorizado pelo enfermeiro ao entrar no serviço de emergência.

Corroborando com o papel do enfermeiro descrito no relato supracitado, o enfermeiro deve atuar de forma ágil e precisa para alcance do TPB, Mansur & Favarato (2012); Tannure & Pinheiro (2011) reafirmam essa visão, pois tendo em vista que o tempo é um fator importante para o prognóstico do IAMCSST, o profissional enfermeiro deve atuar de forma pré-estabelecida e sincronizada, objetivando com isso uma ação de prioridade, rapidez, eficiência, e atendimento humanizado direcionado ao paciente. Outrossim, mesmo com os problemas encontrados durante o processo, no hospital onde foi vivenciado a experiência, os enfermeiros se mostraram precisos e ágeis e capazes de contornar as adversidades encontradas para maior rapidez durante o atendimento.

Ademais, em alguns casos, os pacientes tiveram um quadro de suspeita de IAMCSST

definido pela equipe médica e ao serem encaminhados para o setor de hemodinâmica para realização do cateterismo cardíaco em caráter de emergência, sob a perspectiva do TPB, não possuíam quaisquer lesões em suas coronárias sugestivas de tal classificação. Situações como essas eram levadas para discussão da equipe com o objetivo de discutir casos elegíveis de se entrar no indicador do TPB. Todavia, nesses casos, após a discussão da equipe, os pacientes não eram considerados como aptos para o indicador TPB.

Somando-se a isso, para Oliveira *et al.* (2018) é de fundamental importância que haja constante atualização dos Protocolos de atendimento relacionados a SCA e que o enfermeiro deve estar comprometido em participar dos treinamentos que são ofertados pelo serviço de educação continuada. Além disso, realizar um planejamento acerca destes, visto que, a enfermagem tem um papel relevante neste tipo de atendimento, atuando de forma a esclarecer possíveis dúvidas, além de manter-se ativamente participativo nos procedimentos hospitalares. Esse profissional, por meio do primeiro atendimento ao paciente, torna-se a base na promoção da conduta adequada ao cuidado do paciente infartado.

Em consonância a isso, o emprego de protocolos utilizados nos serviços de urgência e emergência cardiológica servem para orientar e facilitar o diagnóstico de IAM, promovendo rapidez e qualidade nas ações cruciais que são executadas pelos profissionais no atendimento ao paciente (PERTSEW; PEROZIN e CHAVES, 2018).

GES (2018) menciona que inicialmente o enfermeiro irá classificar o paciente de acordo com suas queixas aplicando o Protocolo de Manchester e se o paciente apresentar dor no tórax sugestivo de SCA, o caso deverá ser encaminhado para a cardiologia, visando garantir assistência de qualidade e o mais importante, evitar possíveis riscos. Tal conduta se mostra essencial e presente no serviço sob questão, visto que o enfermeiro realiza a triagem do paciente e realiza o eletrocardiograma em um período de até 10 minutos da entrada desse doente no ambiente hospitalar. Esse tempo também é fundamentado por Piegas *et al.* (2015) ao argumentar a importância do exame para definição e avaliação de um quadro de IAM. Em sua recomendação, é necessário que este tempo de realização do ECG seja inferior a 10 minutos.

Contudo, mesmo o enfermeiro realizando o eletrocardiograma, percebe-se certa dificuldade por parte desses profissionais no quesito da interpretação desse exame. Assim, de acordo com Saffi & Bonfada (2018) a literatura enfatiza que um programa de educação sistemática sobre ECG é fundamental para instrumentalizar os profissionais na interpretação de anormalidades do ritmo, da frequência e da atividade elétrica cardíaca.

Em consonância, Silva *et al.* (2019), descreve a necessidade da realização da educação permanente e treinamento com a finalidade de contribuir na formação dos profissionais de enfermagem, tendo em vista a real necessidade do conhecimento teórico-prático para interpretação de exames importantes como o ECG, devendo demonstrar

destreza, agilidade e habilidades específicas, com o intuito de manter assistência de forma rápida, consciente e segura ao paciente.

Corroborando, Galliano & Miranda (2017) expõem que durante a admissão desse doente, cabe também ao enfermeiro coletar os dados vitais por meio de ausculta cardíaca e pulmonar, aferição de pressão arterial, frequência respiratória e cardíaca. Descrevem ainda que se faz necessário verificar se o paciente é alérgico a algum medicamento, quais são suas queixas clínicas, verificar o seu histórico médico, bem como sinais/sintomas que indiquem dor torácica. Todavia, a realização da ausculta cardíaca e pulmonar por parte do profissional enfermeiro não é uma realidade no serviço em questão e sabendo da sua importância, tal conduta deve ser trabalhada e preconizada.

Outrossim, para SBC (2012), se no decorrer do atendimento inicial for encontrada dor torácica sugestiva de SCA é essencial que haja ações de intervenções imediatas do enfermeiro realizando ECG, puncionando acesso venoso periférico (AVP), monitorando a atividade elétrica do coração e caso necessário ofertar oxigênio, pois essa fase é primordial para o sucesso do prognóstico do paciente com SCA. Tal afirmação está em conformidade com a experiência vivida, onde a equipe de enfermagem monitoriza, punciona e realiza os demais cuidados que antecedem o cateterismo cardíaco.

De acordo com Pereira & Puggina (2017) a comunicação é um meio de relação interpessoal entre indivíduos que buscam compartilhar ideias e informações. Assim, outro fator importante que

merece ser enfatizado nesse fluxo é a comunicação entre a equipe, onde ocorreram impasses para continuidade do cuidado e para informações acerca do processo médico e assistencial. Tal problemática merece atenção, pois na assistência de saúde, é necessário para estabelecer uma boa relação, receber informações indispensáveis, dentre outros. Nesse contexto entende-se que uma comunicação inadequada, portanto, incorre em compreensões equivocadas sobre o processo saúde e doença (LOUREIRO;CAVACO;FERREIRA, 2015).

Dessa maneira, a comunicação entre a equipe no ambiente hospitalar em questão necessita de melhoras, devendo ser clara e direta, a fim de mitigar adversidades durante o fluxo de atendimento.

Diante do contexto apresentado, também é possível perceber que as falhas influenciaram nos resultados do TPB e em alguns casos o tempo não foi o preconizado pelos protocolos, mas estas falhas, infelizmente, não ocorrem apenas no Hospital onde a vivência aconteceu, elas ocorrem em todo o país.

Fato este corroborado por Amoras (2020) ao relatar que, no cenário nacional, existe um grande desafio em se alcançar os resultados de um TPB ≤ 90 minutos. Para se alcançar tal resultado, ou seja, reduzir o TPB se faz necessário a adoção de processos de trabalhos hospitalares de forma sistematizada, evitando, assim os atrasos desnecessários ocasionados por burocracia, acionamento de equipes, retardo no diagnóstico ou até mesmo no tratamento do IAMCSST.

Já para LIMA *et al.* (2019), ao se utilizara ferramenta de gestão da qualidade para identificar a causa raiz dos casos em que o TPB é excedido é possível evidenciar que o maior ofensor para os resultados está relacionado à adaptação e consolidação do protocolo de atendimento ao paciente. O maior ofensor para o resultado está na mão de obra, sendo necessárias ações de sensibilização da equipe, acompanhamento das equipes, médica e de enfermagem e o dimensionamento adequado para otimizar o tempo de atendimento.

Conclusão

Considerando que a atuação do profissional Enfermeiro é de suma importância para o alcance do TPB, o presente estudo mostrou-se relevante, pois apontou diversas fragilidades no processo que interferem no êxito do procedimento e no bom prognóstico do paciente, como a falha na triagem inicial, acionamento indevido do TPB para início do atendimento, deficiência de profissionais capazes de interpretar o ECG, falta de treinamento e de padronização dos processos nas instituições e comunicação inadequada entre os membros da equipe.

Nesse sentido, é necessário trabalhar essa temática devido à necessidade de disseminar conhecimento aos acadêmicos e profissionais atuantes na área de enfermagem sobre o manejo e intervenções adequadas ao paciente com IAMCSST, por meio de capacitações e reuniões entre a equipe, bem como trabalhar a

importância dos indicadores de qualidade durante a assistência a fim de prestar o melhor cuidado com embasamento técnico-científico ao paciente para diminuir o índice de TPB excedido e minimizar as sequelas trazidas por essa patologia.

Ademais, percebe-se que o maior ofensor para o resultado adequado está nos profissionais, sendo necessário discorrer sobre ações de sensibilização da equipe multidisciplinar, para que compreendam a importância de cada um dentro do processo, com foco no melhor cuidado para o ator mais importante no sistema de saúde, que é o paciente.

Referências

1. AMORAS, T.S.G; RÊGO, H.C.L.J; MENEZES, C.R; FORMIGOSA, J.D.C; SILVA SANTOS, E.S. Avaliação do tempo porta-balão como um indicador da qualidade assistencial. **Ver. enfermagem UFPE online**. v. 14, p 243995, 2020; Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243995/35195>>. Acesso em: 16 de julh. 2022.
2. AMORAS, Tarcio Sadraque Gomes *et al.* Door-to-balloon Time in Cardiovascular Emergency Care in a Hospital of Northern Brazil. **International Journal of Cardiovascular Science**, Pedreira, Belém, Pará - Brazil, ano +, v.34, n. +, 26 jan. 2020. +, p. 53-59. DOI +. Disponível em: [https://www.scielo.br/ijcs/a/JN-GbWtWhKHSk5YX6SgNZYXB/?lang=en&format=pdf#:~:text=Background%3A%20The%20s%20of%20an,elevation%20myocardial%20infarction%20\(STEMI\)](https://www.scielo.br/ijcs/a/JN-GbWtWhKHSk5YX6SgNZYXB/?lang=en&format=pdf#:~:text=Background%3A%20The%20s%20of%20an,elevation%20myocardial%20infarction%20(STEMI)). Acesso em: 24 nov. 2022.
3. BARBOSA, N. O. *et al.* Perfil de internamento de pacientes com infarto agudo do miocárdio no estado de Sergipe, dentre os anos de 2014 a 2018.

In: **II Congresso internacional de enfermagem - cie/13º jornada de enfermagem da UNIT (JEU)**. v.1, n.1, 2019.

4. Barreto, Mayckel da Silva et al. **Sistematização da assistência de enfermagem: a prática do enfermeiro de hospital de pequeno porte**. Escola Anna Nery [online]. 2020, v. 24, n. 4 [Acessado 3 Dezembro 2022], e20200005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0005>>. Epub 29 Jun 2020. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0005>.
5. CAMPOS, H. A. B. et al. Impacto da adoção de processos de trabalho hospitalares na redução do tempo porta-balão. **Rev Bras Cardiol Invasiva**. v. 25, p. 7-11, 2017. CANDIOTA, C.S.S. **Situações problema e seus graus de complexidade em clientes com Síndrome Coronariana Aguda**. [Dissertação – Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial]. Niterói/RJ: Universidade Federal Fluminense, 2014; 162 f.
6. CORREIA, LC; BRITO, M; KALIL, F; SABRINO, M; GARCIA, G; FERREIRA, F; MATOS, I; JACOBS, P; RONZONI, L; NOYARABELO, M; Effectiveness of a myocardial infarction protocol in reducing door-to-balloon time. **Arq Bras Cardiol**. 2013 Jul;101(1):26-34. doi: 10.5935/abc.20130108. Epub 2013 May 24. PMID: 23702814; PMCID: PMC3998180.
7. DIAS, P.A.P, OLIVEIRA, W.A. Avaliação de protocolo de dor torácica no Hospital do coração do Brasil. **Ver. Cient. Sena Aires**, v.5, n.2, p. 136-149, 2016. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/265/138>>. Acesso em: 30/09/2022.
8. GALLIANO, F.T; MIRANDA, C.H. Síndrome Coronariana Aguda (SCA) sem Supradesnivelamento do Segmento ST. **Revista Qualidade HC**, p. 1-8. Ribeirão Preto (SP) jul 2017.
9. GALLIANO, F.T; MIRANDA, C.H. Síndrome Coronariana Aguda (SCA) sem Supradesnivelamento do Segmento ST. **Revista Qualidade HC**, p. 1-8. Ribeirão Preto (SP) jul 2017.
10. GBCR (Grupo Brasileiro de Classificação De Risco). Nota Técnica 001: Sistema Manchester de Classificação de Risco e Protocolo de Dor Torácica. BH, 2018. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1FkGms2Mr6klFYjJ9ZBSRuLJ4E9Ar9RKY/view>> Acesso em: 16 de julh. 2022.
11. GES (Governo do Espírito Santo). Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo do Primeiro Atendimento da Dor Torácica nas Unidades de Saúde**. 2018. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Infarto%20Agudo%20do%20Miocardio/PROTOCOLO%20DO%20PRIMEIRO%20ATENDIMENTO%20DA%20DOR%20TOR%C3%81CICA%20EM%20PRONTO%20ATENDIMENTO%20%20PA%20E%20UPAS.pdf>> Acesso em 30/09/2022.
12. GONZALES, M.M. et al. I **Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 100, n. 2, p. 105-113, 2013.
13. LIMA, L.K.B. et al. Impacto da gestão da qualidade no gerenciamento do indicador tempo porta balão no infarto agudo do miocárdio. **Rev. Eletr. Evid & Enferm**. v. 5, n. 2, p. 36-46, 2019.
14. LOUREIRO, E; CAVACO, A. M; FERREIRA, M. A. Competências de Comunicação Clínica: Objetivos de Ensino- Aprendizagem para um Currículo Nuclear nas Áreas da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 4, p. 491-95, 2015.
15. MANSUR, A.P; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arq Bras Cardiol**. V. 99, n. 2, p. 755-761, 2012.
16. MAKDISSE, Márcia et al. Efeito da implementação de um protocolo assistencial de infarto agudo do miocárdio sobre os indicadores de qualidade. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 357-363, Sept. 2013. Disponível em: . Acesso em 24 out. 2022.
17. MEDEIROS, T.L.F. et al. Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio. **Rev Enferm UFPE On line**, Recife, v.12, n.2, p.565-572, fev, 2018.

18. MODOLO, Rodrigo; COELHO, Otávio Rizzi. Terapia antitrombótica na fase aguda das Síndromes Coronarianas Agudas. **Rev Soc Cardiol, Estado de São Paulo**, v. 26, n. 2, p. 78-85, 2016.
19. OLIVEIRA, C. C. G. *et al.* Processo de trabalho do enfermeiro frente ao paciente acometido por infarto agudo do miocárdio. **Revista humano ser**, v. 3, n. 1, 2018.
20. OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). O que são as doenças cardiovasculares? Brasília, 2017. Disponível: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doen%C3%A7as-cardiovasculares&Itemid=1096>. Acesso em: 16 de julho. 2022.
21. PEREIRA, T.J.; PUGGINA, A.C. Validation of the Self - Assessment of Communication Skills and Professionalism for Nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 588-94, 2017.
22. PERTSEW, Paulo Eduardo; PEROZIN, Melissa; CHAVES, Patrícia Laura Lopez. Gerenciamento do protocolo de dor torácica no setor de emergência. **Rev Soc Bras Clin Me.** v. 16, n. 2, p. 77-9, 2018. Disponível em: <<http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/335/303>>. Acesso em 30/09/2022.
23. 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: 29/09/2022.
24. RIBEIRO, K. R. A.; SILVA, L. P.; LIMA, M. L. S. Conhecimento do Infarto agudo do miocárdio: implicações para assistência de 12 enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 5, n. 4, p. 63 -68, 2016. 2
25. SAFFI, Mal; BONFADA, M.S. Conhecimento de enfermeiros no manejo e interpretação do eletrocardiograma. **Rev baiana enferm** (2018);32:e26004.
26. SBC (Sociedade Brasileira de Cardiologia). Doença Aterosclerótica. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. 2012.
27. SILVA, A.S.S. *et al.* Conhecimento de Enfermeiros sobre a Execução e Interpretação do ECG: uma revisão integrativa. **Revista Interscientia**, v. 7, n. 2, p. 98 -108, jul-dez/2019. Disponível em: <<file:///C:/Users/Thq/Downloads/1015-Texto%20do%20artigo-4075-2-10-20191230.pdf>>. Acesso em 26 out. 2022.
28. TANNURE, M.C; PINHEIRO, A.M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 491 p