

# AValiação DO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA NO HOSPITAL DO CORAÇÃO DO BRASIL

## EVALUATION OF THE PROTOCOL OF CHEST PAIN IN THE HEART HOSPITAL OF BRAZIL

Poliana de Amorim Pereira Dias<sup>1</sup>, Wender Antonio Oliveira<sup>2</sup>

### Como citar:

Dias PAP, Oliveira WA. Avaliação do protocolo de dor torácica no hospital do coração do Brasil. Rev. Cient. Sena Aires. 2016; 5(2): 136-49.

### RESUMO

A criação do protocolo de dor torácica tem como objetivo otimizar o atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio (IAM) e outras doenças cardiovasculares, proporcionando um diagnóstico precoce e tratamento em tempo hábil. Este trabalho tem por objetivo avaliar o funcionamento do protocolo de dor torácica no Hospital do Coração do Brasil (HCB) que acrescentou em sua funcionalidade o acompanhamento do paciente desde a emergência até sua alta. Os indicadores de qualidade do protocolo de dor torácica no HCB são coletados através de uma ficha incorporada no prontuário do paciente que é preenchida pelo enfermeiro durante toda a estadia do cliente no hospital. Após sua alta a ficha é encaminhada ao setor de qualidade da instituição que atua como banco de dados servindo de base para realização desta pesquisa, onde foram coletados, analisados e comparados os indicadores de qualidade ao qual se baseia o protocolo de dor torácica e verificando se há conformidades com as metas previstas de acordo com as diretrizes vigentes na Sociedade Brasileira de Cardiologia e outras instituições hospitalares equivalentes. Os dados obtidos nos meses de Agosto e Setembro servirão como prospecção para a melhora da assistência a dor torácica na instituição, bem como a avaliação do sucesso e eficácia do protocolo de dor torácica.

**Descritores:** Protocolo; Dor torácica; Infarto agudo; Miocárdio; Cardiologia.

### ABSTRACT

The creation of the chest pain protocol aims to optimize the care of patients with acute myocardial infarction (AMI) and other cardiovascular diseases, providing an early diagnosis and timely treatment. This work aims to evaluate the performance of chest pain protocol Heart Hospital of Brazil (HCB) that feature added in your monitoring of the patient from emergence until their high. The quality indicators chest pain protocol in HCB are collected through a built-in patient record that is filled by nurses throughout the client's stay in the hospital record. After discharge plug is referred to the quality sector of the institution that acts as a database providing the basis for carrying out this research, which were collected, analyzed and compared the quality indicators which builds the chest pain protocol and verifying that there conformance with the goals established in accordance with the guidelines in effect on the Brazilian Society of Cardiology and other equivalent hospital institution. The data obtained in the months of August and September will serve as prospecting for improving care for chest pain in the institution, as well as evaluating the success and effectiveness of chest pain protocol.

**Descriptors:** Protocol; Chest pain; Myocardial infarction; Myocardial; Cardiology.

# REVISA

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem,  
Faculdade de Educação e  
Ciências Sena Aires.

<sup>2</sup> Enfermeiro, Doutor em Saúde  
da Família, Faculdades  
Integradas da União Educacional  
do Planalto Central.  
wender.antonio@fациplac.edu.br

Recebido em: 20/04/2016  
Aceito em: 19/06/2016

ORIGINAL

## INTRODUÇÃO

Segundo o ministério da saúde as doenças cardiovasculares é umas das principais causas de mortalidade hoje no nosso país, pela quantidade expressiva da população idosa pois existe uma expectativa maior de vida e consequentemente o aumento da exposição à fatores de riscos sendo um dos principais: a idade avançada, mudança no estilo de vida acompanhado pela urbanização e industrialização que também pode estar relacionado a incidência dessas doenças.<sup>1</sup>

Uma das patologias de grande incidência do grupo das doenças cardiovasculares é o Infarto agudo do miocárdio que se dá pelo acúmulo de gordura nas veias (ateroma), má alimentação, tabagismo, dislipidemia entre outros agravantes que acomete a maior parte da população ao qual pode ser fator acumulativo, resultado no aparecimento da doença e no seu agravamento, talvez de forma reversível ou não. Esta patologia pode ocorrer na juventude do indivíduo, sendo ocasionada por fatores de hereditariedade e agravada pelos fatores citados.<sup>1</sup>

Estima-se que na maioria das unidades de pronto atendimento existe um número altíssimo de pacientes com dor torácica não especificada ou sugestiva para isquemia miocárdica, porém no Brasil não existe números ou estimativas da quantidade de atendimento por dor torácica nas salas de emergências<sup>[1]</sup>. A importância de se estabelecerem uma unidade de atendimento emergencial um protocolo de dor torácica, seria a de minimizar o sofrimento do paciente e evitar possíveis complicações como, morte do músculo cardíaco ou até mesmo do próprio cliente, obter um diagnóstico precoce para norteammento e eficácia do tratamento e diminuir as chances de sequelas no coração.<sup>1</sup>

Em 1982 foi inaugurada a primeira UDT -unidade de dor torácica<sup>2</sup>, pelo Dr. Raymond Bahr, em Baltimore, com o objetivo de identificar pacientes com infarto agudo do miocárdio e rapidamente iniciar a terapêutica apropriada. Essa unidade pode ser localizada dentro da própria emergência em salas adjacentes ou pode ser apenas árvores de tomada de decisões, algoritmos e protocolos estabelecidos pela instituição a ser seguidos pelos profissionais médicos e equipe de enfermagem.<sup>2</sup>

O termo autonomia designa a idéia de que a pessoa se auto gerência tendo por base no seu conjunto de ações, uma motivação intelectual intrínseca, partindo deste ponto a autonomia em enfermagem vem cada vez mais sendo satisfatória no ambiente hospitalar, onde o papel do enfermeiro deixa de ser apenas um expectador ou mero auxiliador. Em seu conceito mais abrangente à autonomia delega a faculdade de se governar a si mesmo, possuir liberdade ou independência moral ou intelectual, a propriedade pela qual o homem pretende poder escolher as leis que regem sua conduta.<sup>3</sup>

A equipe de enfermagem como um todo, atua em um papel indispensável neste atendimento. Está na linha de frente ao atendimento a esses clientes e faz valer as normas estabelecidas seguindo os protocolos que por sua vez contribui para que a equipe tenha uma certa autonomia na hora de prestar assistência.<sup>4</sup>

A autonomia em enfermagem caracteriza a capacidade do enfermeiro de cumprir os seus deveres profissionais de uma forma auto determinada cumprindo os critérios legais, éticos e práticos da profissão.<sup>4</sup> As funções independentes da enfermagem representam todas as atividades ou procedimentos que podem e devem ser realizados sem o auxílio de outros profissionais.<sup>6</sup> A autonomia do profissional enfermeiro é garantida, no Brasil, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a saber, no capítulo I (artigo I), “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>5</sup>

Com base no exposto, o objetivo deste estudo é descrever e avaliar a aplicação do protocolo de dor torácica em utilização no Hospital do Coração do Brasil no período de agosto e setembro de 2014, com os objetivos Específicos de:

- Descrever os pacientes atendidos por meio do protocolo de dor torácica do Hospital do Coração do Brasil por tempo, pessoa e lugar.
- Descrever e avaliar os indicadores do processo do protocolo de dor torácica
- Propor aprimoramentos com base em evidências.

## MÉTODO

Este trabalho possui caráter de estudo de campo, observacional, descritivo, quantitativo e retrospectivo no Hospital do Coração do Brasil. O estudo observacional pode ser classificado como direto ou indireto e encaixa-se na perspectiva do exame minucioso de comportamentos ou atividades<sup>21</sup>, enquanto o estudo retrospectivo desenha fatos do passado podendo delinear fatos do presente até chegar ao passado podendo chegar no ponto de partida do estudo.<sup>22</sup>

A pesquisa descritiva quantitativa que pode ser mensurado em números, classificados e analisados e utiliza-se de técnicas estatísticas<sup>10</sup>, aborda a relação do tema proposto protocolo de dor torácica tendo como foco da análise os dados obtidos do banco de dados do setor de qualidade do Hospital do Coração do Brasil que são coletados através de uma ficha que foi implementada pelo mesmo setor, que em sua composição contém dados individualizados de cada cliente com dor torácica atendidos na emergência. Essa ficha acompanhara o cliente no período em que se mantiver em investigação na emergência ou no setor de internação, permanecendo no prontuário do mesmo até sua alta hospitalar. A pesquisa foi realizada no Hospital do Coração do Brasil, Brasília. Os respectivos dados serão coletados no período de agosto e setembro de 2014.

O levantamento bibliográfico foi realizado pela internet com as palavras chaves: Protocolo, Dor Torácica, Infarto Agudo, Miocárdio, Cardiologia e por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos bancos da LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciência de Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Para o levantamento dos artigos, utilizou-se o descritor Miocárdio combinado com os termos “infarto” e “Dor”, utilizados para refinamento da pesquisa.

Para ser incluído no protocolo de dor torácica, o paciente precisou, na admissão no setor de emergência, apresentar dor torácica do tipo A/B/C ou D que estão especificadas na Tabela 1.<sup>19-20</sup> Em caso de dor relacionada, foi incluso pelo médico em sua consulta em uma das rotas e deu-se início a investigação da dor.

**Tabela 1-** Classificação da Dor torácica.

|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tipo A – Definitivamente anginosa</b><br>As características dão certeza do diagnóstico de síndrome coronariana aguda Independentemente do resultado de exames complementares | Dor/Desconforto retroesternal ou Precordial, geralmente precipitado pelo Esforço físico, podendo ser irradiação para o ombro, a mandíbula ou face interna do Braço, com duração de minutos e aliviada Com o repouso ou nitrato em < 10 minutos. |
| <b>Tipo B – Provavelmente anginosa</b>                                                                                                                                          | Tem a maioria, mas não todas as                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                                                                                                      |                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| As características fazem a síndrome Coronariana aguda a principal hipótese, Porém é necessária a complementação por exames complementares                                            | Características da dor definitivamente Anginosa                                                  |
| <b>Tipo C – Provavelmente não anginosa</b><br>As características não fazem a síndrome Coronariana aguda a principal hipótese, porém precisa de exames complementares para a exclusão | Tem poucas características da dor Definitivamente anginosa, principalmente a relação com esforço |
| <b>Tipo D – Definitivamente não anginosa</b><br>As características não incluem a síndrome coronariana aguda como hipótese diagnóstica                                                | Não tem nenhuma das características da dor anginosa                                              |

**Fonte:** Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio; 2009.

Este presente estudo não oferece risco nem a instituição e nem aos clientes aqui envolvidos, pois trata-se de uma pesquisa de coleta e análise de dados obtidos por meio de utilização de banco de dados secundário do setor de qualidade do Hospital do Coração do Brasil. Os dados coletados foram analisados de forma a relacionar os indicadores de qualidade do processo, com base nos estudos acadêmico do protocolo ,bem como sua relação com a observação a aplicação real do estudo de caso, onde verifica-se a conformidade com as metas previstas e realiza-se uma análise crítica da eficiência do protocolo durante dois meses.

O estudo viabilizado por esta obra, procura respeitar os aspectos éticos e morais previstos no código de ética de enfermagem, bem como o direito de privacidade dos clientes, e da instituição, adotando apenas uma imagem descritiva quantitativa quanto a eles. Também respeitar valores como verdade e justiça, prescritos na coleta de dados e análise e tratamento dos mesmos, abordando somente os aspectos verídicos e relevantes para o desenvolvimento desta obra.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Análise do paciente por Pessoa,Tempo e Lugar.

Analizando o publico da emergência do Hospital do Coração do Brasil, para melhor implantação do protocolo e estabelecimento de ações ,o perfil dos pacientes que sofreram a forma aguda do infarto tem em sua maioria pessoas que são acometidas de algum tipo de doença de base como diabetes ,hipertensão,sedentarismo e idade acima de 50 anos ate 65 anos, demonstrando um publico de pacientes com idade avançada e com chance de mais complicações pelas suas comorbidades ,indicando que quanto mais rápido e eficiente o atendimento, melhor será a resposta do paciente ao tratamento.Porém, como a dor torácica é um desafio para os medicos, podendo ter varias causas e acometendo pacientes de todas as idades sendo gerada ate por ansiedade o que se deve observar sempre, é a característica da dor (tabela 1) observando pessoa ,tempo e lugar ,tendo uma abordagem inicial rápida e precisa, objetivando inicialmente o reconhecimento e tratamento das principais condições que podem oferecer risco de vida ao paciente, a saber: as síndromes coronarianas agudas, dissecação aórtica e trombo-embolia pulmonar.

### Alta probabilidade clínica para Doença Arterial Coronariana (DAC)

São considerados fatores de pacientes de alta probabilidade clínica para DAC segunda a Sociedade Brasileira de Cardiologia:

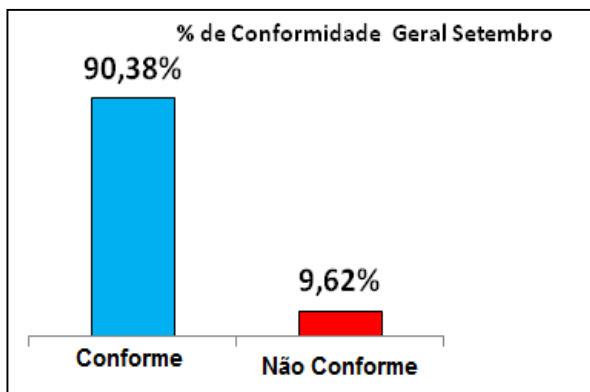
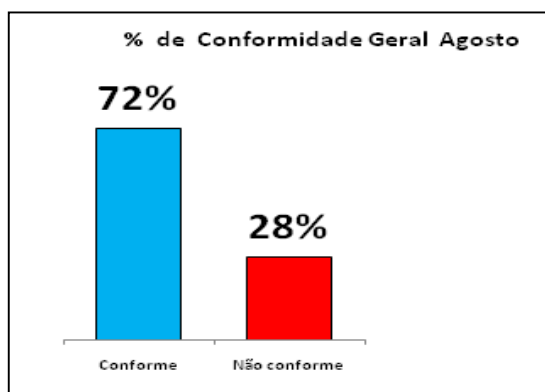
- Doença aterosclerótica manifesta (IAM prévio , Doença Arterial Carotídea , Aneurisma de Aorta, entre outros)
- Procedimento de revascularização arterial prévio (cirúrgico ou percutâneo)
- Insuficiência renal crônica (clearance de creatinina  $\leq 50\text{ml/min}$ )
- Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2
- Idade acima de 75 anos
- Presença de 3 ou mais fatores de risco cardiológico:
  - HAS
  - Obesidade
  - Dislipidemia
  - Tabagismo
  - Estresse emocional / Ansiedade
  - História Familiar de DAC prematura (parentes de primeiro grau com história de DAC: homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 65 anos)
  - Sexo masculino

A tabela 2 é relacionada às causas de dor torácica, podendo ser caracterizadas também como cardíacas e não cardíacas.

**Tabela 2.** Causas da dor. 2016.

| CAUSAS DE DOR TORÁCICA                |                             |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| Dor na Parede do Tórax                | Causa Cardíacas             |
| lesões em costelas                    | isquêmicas                  |
| nervos sensitivos (herpes zoster)     | não-isquêmicas              |
| costocondrite (síndrome de Tietze)    | pericardite                 |
| fibromialgia                          | dissecção de aorta          |
| síndromes radiculares                 | valvular: estenose aórtica  |
| dores musculares inespecíficas        | cardiomiopatia hipertrófica |
| Causas Gastroesofágicas               | Causas Pulmonares           |
| refluxogastroesofágico                | pneumotórax                 |
| espasmo esofágico                     | embolia pulmonar            |
| úlceras pépticas/gastrite             | pneumonia                   |
| ruptura de esôfago                    | pleurite                    |
|                                       | hipertensão pulmonar        |
| Causas Psiquiátricas                  | Outras causas               |
| transtorno do pânico                  | pancreatite                 |
| transtornos da ansiedade generalizada | colecistite                 |
| depressão                             | abscessosubfrênico          |
| transtornossomatoformes               | câncer de pulmão            |

O Protocolo de Dor Torácica em seu gerenciamento ,conta com uma ficha composta por 120 itens que tem em sua totalidade dados que mensuram os indicadores de qualidade e alguns procedimentos realizados no paciente durante sua estadia na instituição, que a principio ,seu preenchimento é atribuído ao Enfermeiro do setor da emergência ,onde é realizado o atendimento inicial, podendo ser encaminhada para os outros setores (UTI, Clínica Cardiológica, Unidade coronariana, Hemodinâmica e Centro Cirúrgico) de acordo com o quadro apresentado pelo paciente pois a mesma é incorporada ao prontuário do paciente. Após a consulta médica o paciente com do torácica é incluso no protocolo e em seguida é dado inicio ao seu tratamento. As fichas têm por destino o setor de qualidade de onde foram coletados os dados apresentados na figura abaixo.

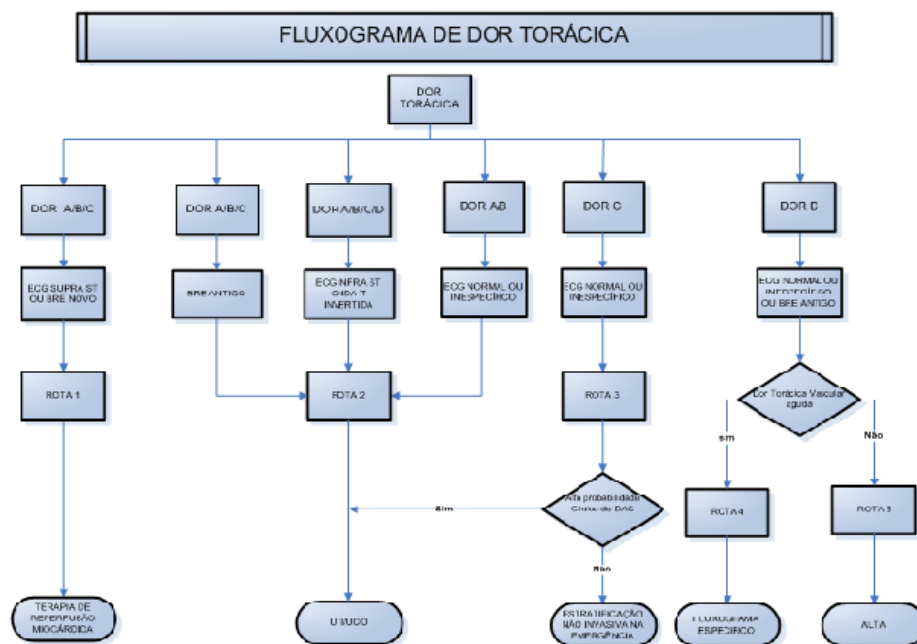


**Figura 1** -Relação de conformidade do mês de agosto. **Figura 2** – Relação de conformidade do mês de Setembro

Analizando os dados expostos percebe-se que no mês de setembro houve mais conformidades no preenchimento das fichas do que em agosto, este parâmetro não pode ser associado com uma base de inserção dos dados, pois não indica necessariamente que houve um número maior de atendimento há paciente com dor torácica, relacionados ao mês de agosto, pois apensar de no mês de setembro haverem ocorridos oitocentos e setenta e nove (879) atendimentos e em agosto oitocentos e cinquenta e oito (858), podemos observar que as diferenças apresentadas nas figuras, sugerem uma falha no preenchimento do formulário ou uma possível perda das fichas no trâmite de transferência do prontuário do paciente para outro setor assim impossibilitando os outros setores de dar continuidade a tabulação dos dados e trazendo um grande questionamento.

O setor de qualidade recebeu quarenta e cinco fichas preenchidas no mês de agosto o que significa 6% apenas dos atendimentos mensal, e no mês subsequente, ele recebeu quarenta e duas fichas 5% dos atendimentos, o que conforme a quantidade e fluxo de pacientes que a unidade de pronto atendimento recebe mensalmente é muito inferior aos dados obtidos onde (72%) que correspondem á 90 itens conformes que são corretamente preenchidos,(28%) que correspondem a 30 itens não conformes no mês de Agosto; no mês subsequente houve um aumento no preenchimento dos itens conformes, sendo 109 que corresponde aos (90,38%) e 11 itens não conforme que correspondem a (9,62%), isto infere-se que existe uma grande deficiência no preenchimento das fichas o que posteriormente acarreta em uma ocultação dos dados reais ao setor de qualidade, que por sua vez realiza uma análise ineficiente das fichas a ele apresentados. Contudo o fator principal desta avaliação seriam as não conformidades desses itens, nelas podem estar dados mensuráveis de grande importância para melhora da assistência ao paciente e para o desenvolvimento do protocolo.

## Indicadores por Rota



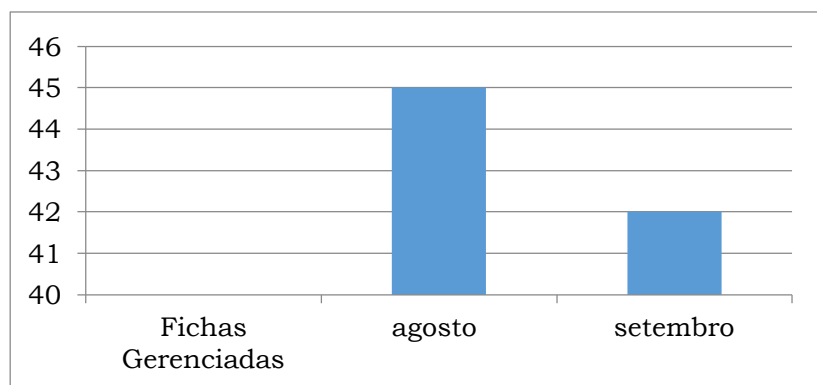
O Protocolo de dor torácica conta com atuação de 5 rotas, sendo que a entrada do paciente no Hospital ocorre no Pronto Atendimento onde acontece a realização do ECG .Na consulta realiza-se a análise do exame onde verifica-se também o tipo de dor que ele está sentindo, que ocorre de acordo com as classificações abaixo:

- Tipo A : Definitivamente Anginosa
- Tipo B: Provavelmente Anginosa
- Tipo C: Provavelmente não Anginosa
- Tipo D: Definitivamente não Anginosa

Depois do exame e da classificação da dor toracica na unidade, verifica-se a rota em que o paciente irá tomar ou caso seja uma classificação do Tipo D, ele sai do protocolo e é tomada outra medidas de investigação das molestias que acometem o paciente, onde ele deverá ser incluso na Rota 4 ou rota 5.

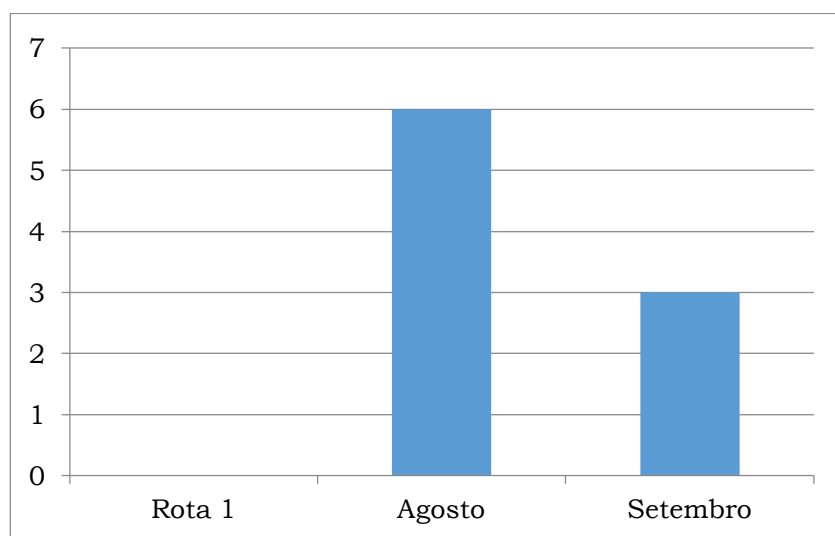
Posteriormente quando é identificado uma dor do tipo Angionsa, o paciente é encaminhado para uma das três primeiras rotas. Rota 1 caso SCA (síndrome coronariana aguda ) com supradesnívelamento do segmento ST ou BRE novo; Rota 2 caso SCA (síndrome coronariana aguda) Sem Supradesnívelamento; Rota 3 caso a dor seja do Tipo C, ECG seja normal e seja inespecífica.

Assim podemos resumir as três primeiras rotas como: a rota 1 sendo aquela para a qual são alocados os pacientes com infartado com alta probabilidade de riscos e sequelas, a rota 2 destinada para aqueles com média probabilidade riscos e sequelas e a rota 3 para os com baixa probabilidade riscos e sequelas,rota 4 indicada para os pacientes com hipótese diagnostica de Trombo embolismo pulmonar e dissecação de aorta e 5 alta ,saindo do protocolo . De acordo com o fluxograma apresentado acima, para melhor entendimento do protocolo de dor torácica.



**Figura 3- Fichas Gerenciadas**

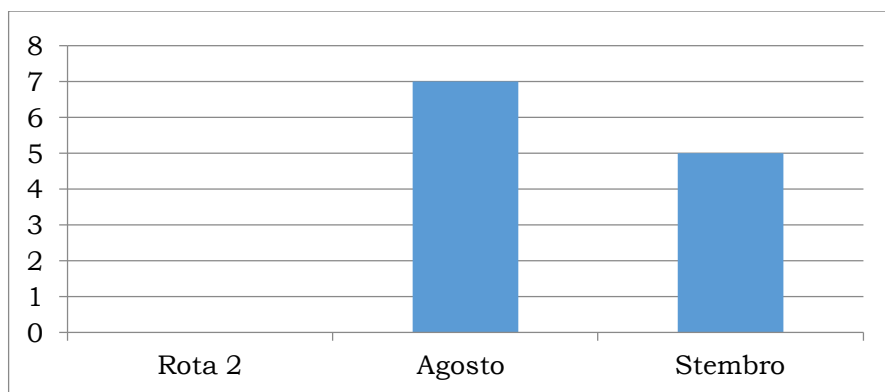
Os dados representados na Figura 3 acima refere-se as fichas coletadas durante os dois meses em todas as unidades da instituição e demonstram que a quantidade de fichas obtidas estão muito aquém da realidade de aplicação do protocolo, pois a rotatividade de pacientes com dor torácica é muito maior do que a quantidade de fichas recebidas pelo setor de qualidade. Isto pode indicar a não inclusão dos pacientes no protocolo, a deficiência no preenchimento das fichas, ou por algum motivo desconhecido pode ter ocorrido a perda das mesmas nos outros setores da instituição ao qual o paciente foi encaminhado para dar continuidade ao seu tratamento, o que prejudica na avaliação do protocolo impossibilitando de fazer uma análise mais profunda.



**Figura 4 - Indicadores de Rota**

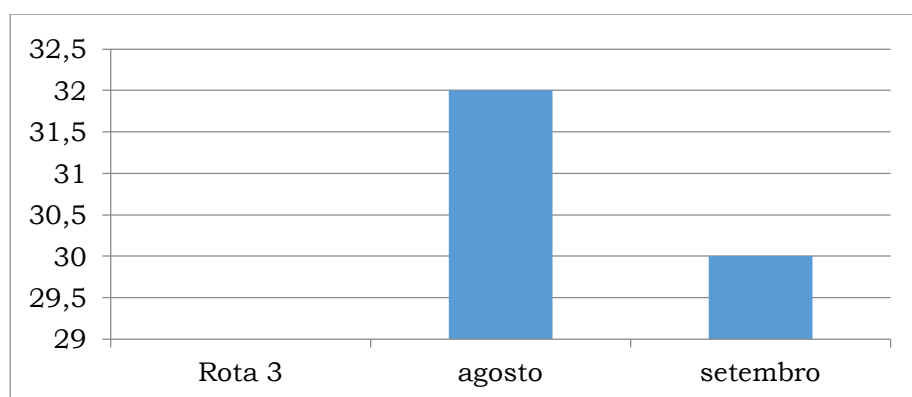
Analisando a quantidade de fichas obtidas ,foi feita avaliação dos indicadores por rota que é a quantitativo de pacientes por rota ,podemos notar de acordo com Figura 4 apresentado, que o Protocolo funcionou muito bem pois houve apenas 6 pacientes em agosto e apenas 3 em setembro que foram encaminhados para Rota 1, nela são alocados paciente com no IAM com supra desnivelamento do segmento ST ou BRE novo. Pode até parecer que as notificações nestas duas etapas foram ineficientes, mas os dados fornecidos pelo setor de qualidade estão em conformidade com os relatos da gestora da unidade de emergência o que é satisfatório para o protocolo pois demonstram que assistência está sendo feita de forma correta seguindo as orientações estabelecidas pelo protocolo de Dor.





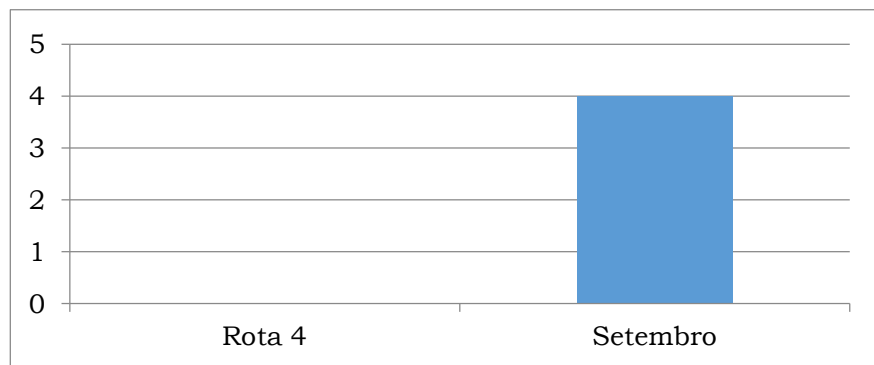
**Figura 5-** Indicadores de Rota

A Rota 2 representada na Figura 5 acima, também apresenta dados satisfatórios pois a quantidade de pacientes incluídos nela está correta e em conformidade com os atendimentos do setor de emergência. O perfil desse paciente são aqueles que apresentam uma dor tipo A/B ou C podendo ser um IAM sem supra de ST apenas com alterações nas enzimas cardíacas ou uma dor há se estratificar.



**Figura 6 -** Indicadores de Rota

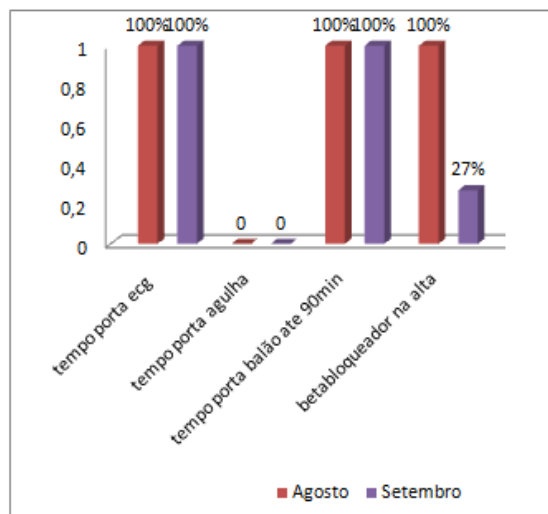
As demais fichas 32 em agosto e 30 em setembro, foram encaminhadas para rota 3 o que indicam que a grande maioria dos pacientes deram continuidade em estratificar sua dor na unidade de emergência podendo ter evoluído para uma internação, onde tiveram uma dor do Tipo C que provavelmente não seria um IAM – estes dados apresentam grande inconsistência, pois de acordo com os relatos da gestora, há grande divergência entre a realidade do protocolo e a exposição dos dados pelo setor de qualidade, pois em agosto houveram muitos casos que foram encaminhados para rota 3 e não estão relatados nos dados fornecidos pelo setor de qualidade que por sua vez obtém os dados do preenchimento das fichas.



**Figura 7.** Indicadores de Rota

Apenas 4 pacientes foram inseridos na rota 4 como mostra a Figura 7 acima, a rota ao qual a dor torácica não é específica cardíaca, de acordo com os sintomas podendo ser uma dissecação de aorta ou uma trombo-embolia pulmonar, o número de fichas é insuficiente relacionados ao número de atendimentos nos dois meses sendo que em agosto não houve nenhuma inserção desses paciente na rota 4 e não havendo nenhuma notificação dos dois meses da rota 5 que são os paciente que vão de alta do consultório nos dois meses, o que é errado, pois mesmo liberado por alta médica, os dados deveriam ser tabulados, para melhor análise e compreensão da implantação do protocolo.

Os indicadores de qualidade são os parâmetros que configuram a performance e alcance do protocolo, para que ele tenha resultados satisfatórios de acordo com os critérios de saúde emergencial. E podemos destacar como prioridades dentro do protocolo os itens descritos na Figura 8.



**Figura 8 -** Indicadores de qualidade

O indicador de tempo porta ECG, que é um dos balizadores do protocolo, demonstra que ele tem cumprido bem seu papel sendo o índice de 100% de conformidade nos dois meses referente as fichas coletadas, este item estava corretamente preenchido e seus resultados foram de acordo com a meta prevista, pois entre o tempo de abrir cadastro na instituição e sua realização é de até 10 minutos. O que denota a sua eficácia para o encaminhamento dos pacientes para consulta, inserção nas rotas e realização de outros exames.

O indicador de betabloqueador e AAS na Alta, demonstrou também grande eficácia na sua utilização no mês de agosto sendo de 100% todos os pacientes de rota 1, 2 e 3 que foram identificados com alto risco para DAC, considerado um item muito importante pois a administração destes

medicamentos que minimizam o risco de reinfarto, saíram em utilização desta medicação. E o que podemos notar também em ambos os períodos é que há uma diferença de porcentagem pois a quantidade de fichas preenchidas em agosto foi maior do que em setembro porém a figura se refere a conformidades de fichas de pacientes que saíram usando essas medicações, o que significa que foi apenas 27% dos pacientes em setembro que saíram utilizando a medicação podendo significar falta de dados nas fichas para análise ou pacientes que realmente não necessitaram desta medicação.

O indicador de trombólise em até 30 minutos, não apresenta nenhum resultado na figura, este conceito apresentado, poderia representar uma grande falha no protocolo, mas de acordo com a complexibilidade dos pacientes este recurso não se fez necessário, pois a unidade de hemodinâmica da instituição cumpre rigorosamente o tempo porta balão.

O conceito de angioplastia primária em 90 minutos que observamos na figura, também conhecido como tempo porta balão demonstrou altos índices de satisfação atingindo 100% nos dois meses, pois esta intervenção é feita nos pacientes de rota 1 sendo 6 em agosto e 3 em setembro, todos os pacientes em ambos os períodos tiveram atendimento em tempo muito mais que satisfatório, de acordo com a gestora do setor de emergência da instituição o que minimizou riscos e cumpriu corretamente com a metas prevista respeitando todos os critérios e procedimentos impostos na rota.

Média de permanência do paciente no hospital, é o último indicador que demonstra a efetividade total do protocolo de acordo com as rotas a serem aderidas. Como é de se supor que o maior tempo de permanência na instituição por rota, se dá pelos pacientes que foram alocados nas rotas 1 e 2, justamente pela gravidade da SCA, podendo variar de acordo com o quadro do paciente, se estendendo e não correspondendo com a meta estipulada, em segundo lugar os pacientes que estão na rota 3, pois este tipo de paciente necessita de uma investigação maior da sua dor. Outro ponto relevante a respeito deste indicador é que ele baliza os custos dos pacientes para a instituição.

Avaliando o mês de agosto, os pacientes ultrapassaram a meta de permanência no hospital, onde deveriam permanecer no máximo 6 dias, houve pacientes que ficaram até 9 dias, não sabemos as causas dessa internação mais prolongada se ocorreu por complicações no seu quadro clínico, problemas na assistência em agilizar os procedimentos ou complicações burocráticas incluindo convênios, autorizações e etc. Entretanto no mês de setembro este dado não foi analisado, não dando base para comparação entre os períodos. Assim podemos inferir que esse indicador não foi eficiente em sua totalidade pois muitos questionamentos surgiram sem respostas deixando dados insuficiente para avaliação.

## CONCLUSÃO

De acordo com os dados tabulados e analisados, o primeiro ponto a considerar, ao observar os dados obtidos e de entrevistas com os responsáveis, é a respeito da diferença nos dados ao qual foram colhidos, assim temos uma quantidade grande de subnotificação (ou seja uma omissão no preenchimento e comunicação dos dados) prejudicando a avaliação dos indicadores principais. Contudo os dados foram levados para discussão juntamente com a gestora da emergência e gestora do setor de qualidade e acessando os prontuários das fichas referentes, foi possível analisar melhor a fundamentação dos erros em questão, onde os questionamentos estavam sobre o erro no preenchimento das fichas não sendo preenchidas adequadamente, o não preenchimento ou simplesmente a não inclusão dos pacientes no protocolo. Podemos inferir que há uma necessidade de realizar a Refatoração dos dados umas mudanças na

estrutura sem alterar a lógica dos procedimentos, para que seja possível levantar questionamentos pertinentes a respeito da omissão na notificação dos dados; erros no preenchimento das fichas, bem como fatores considerados relevantes para o sucesso da implantação do protocolo. Outro ponto a se considerar é que todos setores como: UTIs, Clínica Cardiológica, Hemodinâmica e Centro Cirúrgico e pronto atendimento podem estar realmente falhando na assistência ao paciente incluso no protocolo de dor torácica.

Podemos também inferir que um dos critérios de grande importância e que provavelmente seja o grande entrave entre o sucesso na utilização do protocolo é o critério de Orientação e treinamento pois podemos supor que a própria equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos) e médicos que fazem a inclusão do paciente no protocolo por meio da sua consulta médica e avaliação da dor, não estejam compreendendo bem a utilização do protocolo, o que acarreta em grandes erros e ineficiência dos dados.

Contudo foi realizada uma pesquisa ao prontuário dos pacientes e entrevista com enfermeiros do setor, por motivo de que, os dados foram insuficientes e para melhor analisar o protocolo, que permitiu ver que todo atendimento e assistência prestada ao paciente com dor torácica tem sido realizado corretamente e de acordo com a assistência instituída no protocolo de dor torácica não deixando de citar os outros setores do HCBR, que estão em conformidades com as normas vigentes na instituição comprovando a eficácia da assistência. Porém a parte burocrática do protocolo é o que mais tem gerado a não conformidade ou seja o não cumprimento das metas previstas de acordo com os dados analisados, a não inclusão médica dos pacientes no protocolo o que gera o não preenchimento correto das fichas ou até mesmo o não preenchimento tem sido o ponto principal.

Por fim, para facilitar o preenchimento das fichas do protocolo é sugerida que um novo modelo de ficha seja instituído, separando os dados a serem preenchidos de acordo com a necessidade e urgência, dando mais precisão aos dados extremamente relevantes para execução do protocolo, e deixando em segundo plano dados que podem ser preenchidos depois que os procedimentos foram efetivados. Onde pode-se destacar neste preenchimento o que realmente se faz necessário tendo como indicador de qualidade: tempo porta ECG, tempo porta agulha, tempo porta balão, tempo de permanência no hospital, intercorrências durante a internação, tempo de internação, AAS e betabloqueador na alta, itens como: medicamentos realizados, resultados de exames, quais exames foram realizados são dados que já constarão de forma fácil no prontuário do paciente sendo desnecessário o preenchimento imediato podendo ser preenchida após, utilizando como instrumento Evolução Médica, Evolução de Enfermagem e Prescrição Médica.

Outro fator a se considerar para o aprimoramento do preenchimento e agilidade do protocolo, seria um novo treinamento para toda equipe de Enfermagem e Médica listando os pontos mais importante e crucial para a evolução do Protocolo de dor torácica. Relativo a extensão deles a outros setores é que o preenchimento de todos os campos referentes as fichas, podem também ser estendidos a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos) sendo assim quando um não puder realizar a ação outro membro da equipe o faça, não restringindo essa função apenas ao enfermeiro, minimizando a não conformidade e gerando dados corretos para melhor avaliação e eficiência do protocolo.

E uma terceira sugestão seria a informatização do sistema, onde o preenchimento acusaria campos obrigatórios dos prontuários, para a finalização do protocolo, bem como a associação dos nomes dos integrantes que realizaram o procedimento e preencheram o documento (fichas), o que traria mais segurança e facilidade na análise e auditoria dos dados.

## REFERÊNCIAS

1. Pimentel MA. Instituto do Coração (InCor) – HCFMUSP, São Paulo, SP – Brasil. Mortalidade Por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região metropolitana de São Paulo. Atualização; 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop05812.pdf,01/05/2014>>. Acesso em: 14 out 2014.
2. Clare CM, Araújo CM. Importância da Avaliação da Dor Torácica na Insuficiência Coronariana aguda em unidade de Dor Torácica. Rev SOCERJ. 2014; 12(1): 377-81.
3. Aurélio, Dicionário online, 2008-2014. Disponível em: <<http://www.dicionariodoaurelio.com/Autonomia.html.05/04/2014>>. Acesso em: 12 set 2014.
4. Ribeiro JMS. Autonomia dos Enfermeiros. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]- Universidade do Porto PT; 2009.
5. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Principais Legislações para o exercício da enfermagem. Brasília: Cofen; 2007.
6. Universidade do Paraná. Departamento de Clínica Médica. Hospital das Clínicas. Protocolo de Dor Torácica; 2010.
7. Faht G, Cruz. MF Protocolos de atendimento em enfermagem na ocorrência de Arritmias, Infarto Agudo do Miocárdio e Parada Cardiorespiratoria, baseada nas funções independentes da enfermagem. Monografia [Bacharelado em Enfermagem]- Universidade Tuiuti do Paraná; 2002.
8. Universidade do Paraná. Departamento de Clínica Médica. Hospital das Clínicas. Protocolo de Dor Torácica; 2010.
9. Stefanini E. Infarto Agudo do Miocárdio: Fatores de Risco. Disponível em : <<https://drauziovarella.com.br/hipertensao/infarto-do-miocardio-fatores-de-risco/>>. Acesso 05 de set de 2014.
10. Dugas BW. Enfermagem prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1998.
11. Ferreira CAM. A dor torácica na sala de emergência: revisão da literatura. Rev Inter NOVAFAP. 2011; 4(1): 50-6.
12. Protocolos e Diretrizes. Assistência Albert Einstein. Disponível em <<http://www.einstein.br/Hospital/cardiologia/cardiologia-einstein/protocolos-diretrizes-assistenciais/Paginas/protocolo-de-dor-toracica.aspx>> Acesso em: 16 set 2014.
13. Missaglia MT, NERIS ES, Silva MLT. Uso de Protocolo de Dor Torácica em Pronto Atendimento de Hospital de Referência em Cardiologia. Rev Bras Cardiol. 2013;26(5):374-81
14. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol 2007; 89(4) : e89-e131.
15. Siara LB, Araújo LS, Silva MR. Implantação do Protocolo de Dor Torácica no Hospital das clínicas Dr. Neves de Mineiros –GO. Monografia[Bacharelado em Enfermagem]- Centro De Ensino Superior Rezende & Potrich; 2010.
16. Associação Brasileira de Controle de Qualidade- Conceitos Gerais numa Visão didática; 2014.
17. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2003; 12(4): 189-201.
18. Hospital Albert Einstein. Indicadores do Infarto Agudo do Miocárdio. Disponível em: <http://www.einstein.br/Hospital/cardiologia/cardiologia-einstein/indicadores-de-qualidade/indicadores-infarto-agudo/Paginas/tempo-porta-eletrocardiograma.aspx> . Acesso em: 12 set 2014.
19. Chaves AJ. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Qualidade Profissional e Institucional, Centro de Treinamento e Certificação

Profissional em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (II Edição – 2008). Rev Bras Cardiol Invas. 2008;16(supl.3):1-32.

20. Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, Nicolau JC, Rossi Neto JM. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supra desnível do Segmentos ST. Arq Bras Cardiol. 2009;93 (6 supl.2):e179-e264.

21. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care: International Consensus on Science. Circulation 2000;102(8): 186-9.

22. Leite MRP, Leite FP. A linguagem filmica da formação e no fortalecimento de grupos ,equipes e times de trabalho : aplicações do estudo observacional. Revista de Gestão USP. 2010; 17(1): 75-97.

23. Fontelles J, Simões G. Diretrizes para Elaboração de Projetos de pesquisa. Disponível em : <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>. Acesso em: 10 Out 2014.