



revista científica

LINKSCIENCEPLACE
interdisciplinar

Revista Científica Interdisciplinar. ISSN: 2358-8411
Nº 2, volume 1, artigo nº 8, Outubro/Dezembro 2014
D.O.I: 10.17115/2358-8411/v1n2a8

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: O MANEJO DO TROMBOLÍTICO ESTREPTOQUINASE NO TRATAMENTO INICIAL AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)

Vanuza Batista Motta Gualande¹

Graduanda em Enfermagem

Rodrigo Raposo da Costa²

Graduando em Enfermagem

Franz Viana Borges³

Doutor em Ciências Naturais

Resumo

O tratamento de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) vem apresentando significativa evolução nas últimas décadas, especialmente com o surgimento de intervenções que restauram de forma rápida o fluxo sanguíneo nas artérias obstruídas durante o infarto. Neste contexto, o presente estudo teve por objetivo identificar o nível de conhecimento do profissional de enfermagem a cerca dos cuidados imediatos prestados ao paciente com IAM, enfatizando, o manejo do estreptoquinase como trombolítico de escolha. Os resultados foram obtidos através de pesquisa descritiva, desenvolvida pelo método qualitativo, com pesquisa de campo em uma amostra composta por 30 profissionais de enfermagem, com o intuito de identificar, descrever, caracterizar e mostrar o fato como ele se apresenta. Concluiu-se que é essencial que os profissionais de enfermagem recebam treinamentos periódicos, assim como é importante que as instituições hospitalares desenvolvam protocolos de atendimento que sejam adequados à sua realidade.

Palavras-chave: trombolíticos; estreptoquinase; assistência em enfermagem; infarto agudo do miocárdio.

¹ Faculdade Metropolitana São Carlos – Bom Jesus do Itabapoana – RJ, vanuzabmg72@yahoo.com.br

² Faculdade Metropolitana São Carlos – Bom Jesus do Itabapoana – RJ, r.raposo@hotmail.com

³ Faculdade Metropolitana São Carlos – Bom Jesus do Itabapoana – RJ, franzborges@gmail.com

Abstract

The treatment of Acute Myocardial Infarction (AMI) patients has shown significant growth in recent decades, especially with the emergence of interventions that quickly restore blood flow in blocked arteries during a heart attack. In this context, the present study aimed to identify the level of knowledge of nursing professionals about the oncoming care given to patients with AMI, emphasizing the management of streptokinase as the thrombolytic of choice. The results were obtained through a descriptive research, developed by qualitative methods with field research in a sample of 30 nursing professionals in order to identify, describe, characterize and show it as it stands. We concluded that it is essential that nurses receive periodic training, and hospitals develop protocols for health care that are appropriate to their reality.

Keywords: thrombolytic; streptokinase; nursing care; acute myocardial infarction

1. INTRODUÇÃO

A primeira causa de mortalidade no Brasil são as doenças cardiovasculares, respondendo por cerca de 32% dos óbitos e sendo a terceira maior causa de internações no país. Em todo o mundo, apesar dos avanços tecnológicos para o diagnóstico e tratamento e das ações de prevenção, estas doenças mantêm-se como a maior causa de mortalidade. Dentre estas doenças, o infarto agudo do miocárdio (IAM), está entre as mais prevalentes (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

No mesmo sentido, Damasceno e Mussi (2010) afirmam que um diagnóstico e tratamento precoces podem salvar vidas e melhorar a qualidade de vida, reduzindo a possibilidade de arritmias ventriculares e melhorando a função ventricular esquerda após o IAM, sendo o fator tempo e qualidade da atenção médico-hospitalar fatores críticos após os primeiros minutos do início dos sintomas.

O tratamento de pacientes com IAM vem apresentando significativa evolução nas últimas décadas, especialmente com o surgimento de intervenções que restauram de forma rápida o fluxo sanguíneo nas artérias obstruídas durante o infarto. A partir da década de 1980, com a utilização de fibrinolíticos, e da década de 1990, com as técnicas percutâneas, a morbidade vem apresentando redução, apesar de ainda ser significativa (BASTOS *et al.*, 2012).

A administração, por via venosa, das drogas trombolíticas, vem se mostrando um procedimento simples e seguro, além de eficaz na redução da mortalidade e de

possíveis complicações ocasionadas pelo IAM, não sendo necessárias condições especiais para sua realização (THEISEN; MACHADO, 2012).

A enfermagem está diretamente envolvida na assistência ao paciente com IAM, da sua entrada no pronto socorro até a sua reabilitação. No entanto, os conhecimentos produzidos por estes profissionais para identificar e dar assistência aos pacientes ainda não são totalmente adequados (THEISEN; MACHADO, 2012).

Assim, o objetivo do estudo foi identificar o nível de conhecimento do profissional de enfermagem a cerca dos cuidados imediatos prestados ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), enfatizando, o manejo do estreptoquinase como trombolítico de escolha.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Infarto Agudo do Miocárdio

O IAM se refere a um foco de necrose causado pela perfusão inadequada do tecido, ou seja, quando ocorre a ruptura de uma placa aterosclerótica, ocasionando um processo em cascata, que diminui criticamente o fluxo sanguíneo na artéria coronária por espasmo coronário ou formação de trombo. São considerados fatores predisponentes para esta ruptura a composição da matriz lipídica, o tamanho, composição e estrutura da capa fibrótica e processos inflamatórios (SOUZA; CARVALHO, 2011).

O IAM pode ter como causas a oclusão das artérias coronarianas por placa aterosclerótica e acúmulo de gordura, lesão que provoca a liberação das enzimas creatinocinase, mioglobina e troponina I no músculo cardíaco. A causa mais comum é a aterosclerose, que se constitui em um acúmulo de gordura nas paredes da artéria, o que restringe ou impede totalmente a passagem do sangue, é resultado de hábitos prejudiciais, como o tabagismo, sedentarismo, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, consumo excessivo de álcool e colesterol elevado (PEREIRA *et al.* 2013).

O diagnóstico é feito através da associação de três fatores: alteração do eletrocardiograma (ECG), dor torácica e marcadores séricos, dentre os quais, os mais avaliados são a creatinofosfoquinase massa (CKMB), a mioglobina e a troponina (BRAUWALD *et al.*, 2003).

O IAM é um problema incapacitante e limitador, repercutindo negativamente na qualidade de vida do paciente onde, muitas vezes, este se torna dependente, com restrições em suas atividades e mobilidade, sendo essencial que o diagnóstico seja feito o mais brevemente possível, a fim de se iniciar o tratamento, buscando prevenir ou reduzir possíveis complicações (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Vale ressaltar que, apesar do IAM continuar como uma das maiores causas de mortalidade, nos últimos anos ocorreu uma significativa redução desses índices nas unidades hospitalares, devido aos avanços conquistados, como a criação de unidades coronarianas, agentes fibrinolíticos, angioplastia, dentre outros, mantendo-se, no entanto, os altos índices de mortalidade pré hospitalar (DAMASCENO; MUSSI, 2010).

Para Bastos e colaboradores (2012), 2/3 das mortes ocasionadas por doenças do coração ocorrem fora do ambiente hospitalar, enquanto somente 20% dos pacientes com relato de dor torácica aguda são atendidos nas emergências em até duas horas do início desses sinais. Tal quadro é preocupante, haja vista que o rápido atendimento é um fator que contribui muito para a redução das altas taxas de mortalidade, através de diagnósticos precisos e atendimento direcionado.

As drogas fibrinolíticas mais utilizadas na terapia trombolítica são a estreptoquinase (ESQ), a uroquinase (UK) e o ativador de plasminogênio tipo tecidual (TPA), os dois últimos possuindo custo significativamente mais elevado, sendo, portanto, a estreptoquinase a droga de escolha (LUNARDI, 2011).

2.2 Trombolítico Estreptoquinase

A estreptoquinase (ESQ) é o agente trombolítico mais utilizado no IAM nos serviços de urgência, pois, além dos custos menores, é custeado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (THEISEN; MACHADO, 2012).

As estreptoquinases são um grupo de proteínas extracelulares produzidas por uma variedade de linhagens de *Streptococcus* beta-hemolíticos dos grupos A (SGA), C (SGC) e G (SGG) de Lancefield. Essa proteína é um ativador de plasminogênio composto por 414 aminoácidos com uma massa molecular de 44 – 50 kDa. A identidade entre a sequência de aminoácidos da estreptoquinase produzida pelos grupos A, C e G é de 80–98%, e o primeiro gene de estreptoquinase (*skc*) clonado e seqüenciado foi o de *Streptococcus dysgalatiae* subsp. *equisimilis* (do grupo C de Lancefield). Anos mais tarde, outras sequências nucleotídicas de cepas de *Streptococcus* dos grupos A e G foram elucidadas (LUNARDI, 2011, p. 18).

A ESQ foi o primeiro agente fibrinolítico amplamente utilizado, possuindo meia vida curta, devendo ser administrado em infusão contínua por uma hora. Por ser derivado de um grupo de estreptococo A, os pacientes podem desenvolver anticorpos após a sua administração, o que pode aumentar o risco de reações alérgicas, incluindo anafilaxia, sendo, por isso, recomendado que seja administrado apenas uma vez em toda a vida do indivíduo, não se indicando repetição de sua administração (PAGNONCELLI, 2009).

No final Da década de 1980 a ESQ, que anteriormente era aplicada por infusão intracoronariana, começou a ser utilizada por via intravenosa, reduzindo, quando aplicada nas primeiras três horas após o IAM, em cerca de 19% o risco de mortalidade (LUNARDI, 2011).

A ESQ atua catalisando a conversão do plasminogênio em plasmina ativa, que por sua vez ocasiona a lise do coágulo, restabelecendo, em menos tempo, o fluxo sanguíneo na artéria obstruída, a fim de salvar a maior quantidade de miocárdio (MIYAKE; FERREIRA, 2000).

De acordo com Lunardi (2011), um dos problemas no uso da ESQ diz respeito à sua meia vida curta, pois a plasmina a processa rapidamente em pequenos fragmentos.

Segundo Pimentel Filho e colaboradores (1986, p. 177):

O uso da estreptoquinase (ESQ) como agente fibrinolítico capaz de recanalizar o vaso responsável pela isquemia miocárdica representa, nos dias de hoje, um avanço importante na terapêutica desta complicação. Com essa técnica, consegue-se a reperfusão coronária em aproximadamente 60 a 90% dos casos desde que aplicada nas primeiras horas do acidente agudo.

Vale ressaltar que os benefícios da terapia de reperfusão dependem essencialmente do tempo em que é administrada, apresentando melhor prognóstico se for mais precocemente instituído. Nesse sentido, é de suma importância que os profissionais sejam constantemente treinados para que consigam alcançar, na prática, os benefícios trazidos por esta intervenção (PAGNONCELLI, 2009).

No que se refere às complicações, os fibrinolíticos podem ocasionar acidentes vasculares cerebrais, complicações hemorrágicas, podendo a SGE estar associada à hipotensão. Reações alérgicas são raras. As contra-indicações estão descritas na tabela 1.

Tabela 1: Contra-indicações para a utilização de fibrilínicos

Contra indicações absolutas	Contra indicações relativas
AVC hemorrágico ou AVC de origem desconhecida em qualquer tempo	Ataque isquêmico transitório nos últimos 6 meses
AVC isquêmico nos últimos 6 meses	Terapia com anticoagulantes orais
Dano ou neoplasia no sistema nervoso central	Gravidez ou período de pós-parto na última semana
Recente trauma maior/cirurgia/lesão encefálica (nos últimos 3 meses)	Punções não-compressíveis
Discrasia sanguínea conhecida ou sangramento ativo (exceto menstruação)	Ressuscitação cardiopulmonar traumática
Suspeita de dissecação da aorta	Hipertensão arterial não-controlada
Doença terminal	Doença hepática avançada
	Endocardite infecciosa
	Úlcera péptica ativa
	Exposição prévia a SQE (mais de 5 dias)
	Gravidez

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2004)

São comuns as arritmias de reperfusão, no entanto, geralmente são resolvidas rapidamente, sem a necessidade de um tratamento específico ou após cardioversão. A complicação mais ameaçadora desta terapêutica é a hemorragia grave, ocorrendo em cerca de 5% a 7% dos pacientes, com sangramento mais frequente no local da cateterização arterial ou nos locais de punção (MIYAKE; FERREIRA, 2000).

2.3 Assistência de Enfermagem na Terapia Trombolítica

O paciente com sinais de IAM deve ser avaliado de forma focalizada e com rapidez pelo enfermeiro, que deve realizar um histórico, analisando possíveis complicações, contraindicações para a terapia trombolítica, assim como sua resposta às prescrições médicas (PARANZINI; NAMBA, 2006).

Em caso de terapia trombolítica, cabe à enfermagem acompanhar e prestar contínua assistência aos pacientes, de acordo com os protocolos indicados pelo Ministério da Saúde, realizando anamnese, identificação, sinais vitais, sintomas neurológicos, controle da hipertensão, dentre outros (LIMA *et al.*, 2013).

Segundo Lima e colaboradores (2013), cabe ao enfermeiro, na assistência de enfermagem a pacientes em uso da terapia trombolítica: após 24 horas, iniciar a administração de AAS – 100 a 300mg/dia; notificar imediatamente a UTI na chegada

ao pronto-socorro e após a trombólise, para a transferência do paciente com prioridade máxima; com monitorização rigorosa.

Após a utilização de trombolíticos, o enfermeiro deve observar para que não seja utilizado antiagregantes e heparina nas primeiras 24 horas pós-trombolítico, realizar monitorização neurológica, cardiológica, pressórica, glicêmica, urinária, não devendo passar sonda vesical ou realizar cateterização venosa central ou punção venosa nas primeiras 24 horas (BRASIL, 2008).

3. METODOLOGIA

A pesquisa do presente estudo foi descritiva, desenvolvida pelo método qualitativo, com pesquisa de campo. Seu objetivo foi identificar, descrever, caracterizar e mostrar o fato como ele se apresenta.

Como sujeitos da pesquisa, foram entrevistados 30 profissionais de enfermagem que atuam em hospitais nos municípios de Bom Jesus do Itabapoana, Noroeste do Estado do Rio de Janeiro, e São José do Calçado e Guaçu, Sul do Espírito Santo, nos meses de junho e julho de 2014, com coleta de dados realizada através de questionário estruturado, composto por 16 perguntas.

A tabulação e apresentação dos resultados foi feita através do programa Excel 2010.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, o questionário se deteve no perfil dos profissionais entrevistados. Em relação à idade, detectou-se que a maior parcela de entrevistados possui idade entre 31 e 40 anos (40%), 6% possuem entre 20 e 30 anos; 27% entre 41 e 50 anos; e 13% acima de 50 anos.

Quanto ao sexo dos entrevistados, foi constatado que 21 (70%) são do sexo feminino e 9 (30%) do sexo masculino.

Quando questionados sobre a formação que possuem, 11 (40%) entrevistados são técnicos em enfermagem e 10 (60%) são enfermeiros.

Indagados se possuem especialização, 12 (40%) profissionais responderam afirmativamente e 18 (60%) responderam que não.

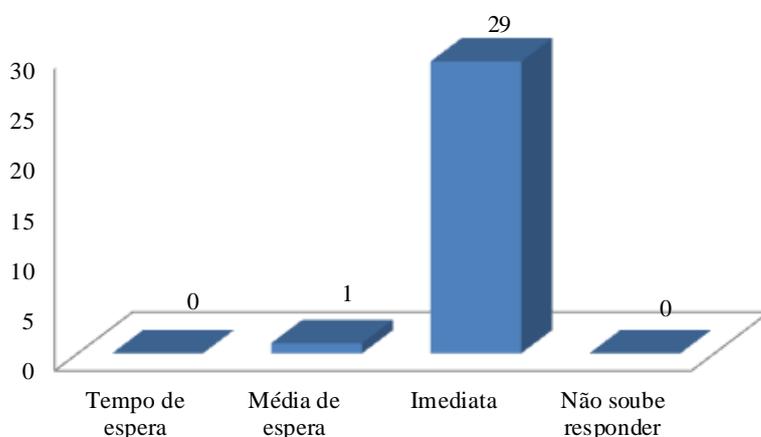
Dentre os que já fizeram alguma especialização, 6 profissionais já concluíram três cursos, 1 profissional já concluiu duas especializações e 5 realizaram uma única especialização em diferentes áreas.

Em relação ao tempo de experiência, a maioria dos entrevistados (60%) possui menos de 10 anos de atividade profissional.

Após o levantamento do perfil profissional dos entrevistados, o questionário buscou detectar o conhecimento dos mesmos sobre a assistência de enfermagem a ser prestada em caso de suspeita do problema e sobre a utilização do trombolítico estreptoquinase.

Ao serem perguntados sobre qual prioridade deve ter o atendimento aos pacientes com dor torácica, 1 (3%) entrevistado respondeu que esta deve ser pela média, com até 1 hora de espera e 29 (97%) afirmaram que esta deve ser imediata (Gráfico 1).

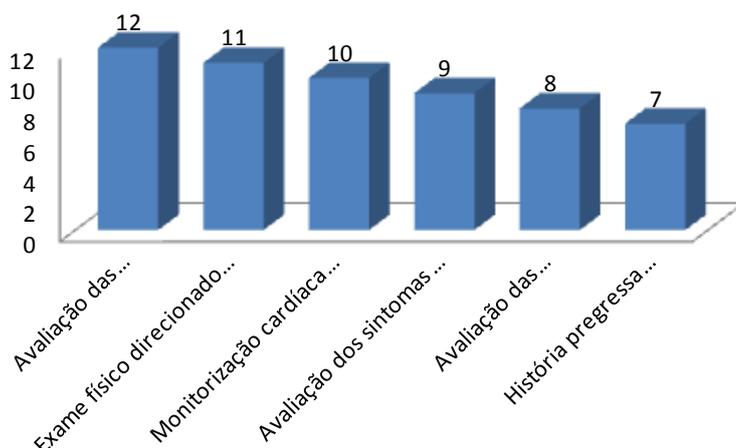
Gráfico 1 – Opinião dos entrevistados sobre qual prioridade deve ter o atendimento aos pacientes com dor torácica



Fonte: Pesquisa

Ao serem solicitados a definir a ordem de prioridade na avaliação inicial do paciente com suspeita de IAM, os entrevistados deram as seguintes prioridades: avaliação das características da dor torácica (21%); exame físico direcionado e ECG (19%); monitorização contínua e oximetria de pulso (18%); avaliação dos sintomas associados (16%); avaliação das características da dor torácica e dos sintomas associados (14%); e história progressiva do relevante (12%) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Opinião dos entrevistados sobre a ordem de prioridade na avaliação inicial do paciente com suspeita de IAM



Fonte: Pesquisa

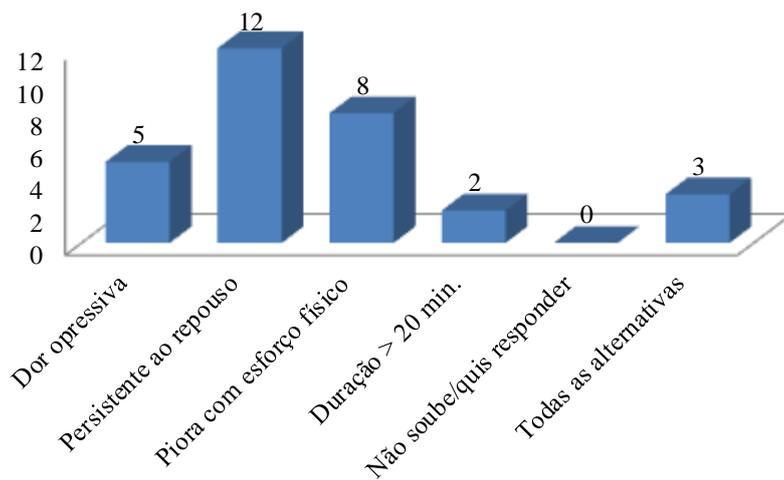
Segundo Mesquita (2003, p. 21):

Após a abordagem inicial e estabelecido que não há necessidade de ressuscitação, deve-se obter a queixa principal e a história da doença atual, com atenção especial aos sinais vitais, que são obtidos e/ou monitorados de acordo com a apresentação do paciente, visto que a interpretação dos dados, o diagnóstico e tratamento constituem etapas simultâneas na abordagem emergencial.

Assim, os profissionais de enfermagem que atuam junto ao paciente com suspeita de IAM, devem possuir capacitação para tal, além de iniciativa, conhecimentos aprofundados, capacidade de trabalho, constante aprendizado de novas técnicas e deve saber fazer um julgamento apropriado, sabendo observar o paciente (CINTRA *et al.*, 2003).

Indagados sobre como pode ser a característica da dor torácica, 5 entrevistados afirmaram que esta se manifesta com dor opressiva; 12 acreditam que é aquela persistente ao repouso; 8 afirmaram que esta piora com esforço físico; 2 acreditam que é aquela que possui duração maior que 20 minutos, e 3 informaram que é a que apresenta todas as características citadas (Gráfico 3).

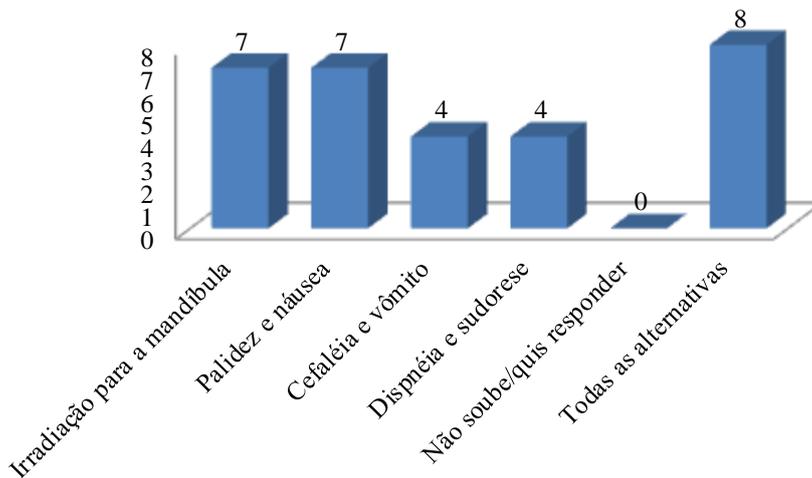
Gráfico 3 – Conhecimento dos entrevistados sobre as características da dor torácica



Fonte: Pesquisa

Solicitados a assinalar as opções que consideravam corretas em relação aos sintomas a serem avaliados na dor torácica, 7 entrevistados responderam ser a irradiação para a mandíbula; 7 afirmaram que deve ser avaliado quadro de palidez e náusea; 4 consideram que se deve avaliar se há cefaleia e vômito; 4 consideram a dispneia e sudorese; e 8 entendem que todas as características devem ser avaliadas conjuntamente (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Opções que os entrevistados consideram corretas em relação aos sintomas da dor torácica

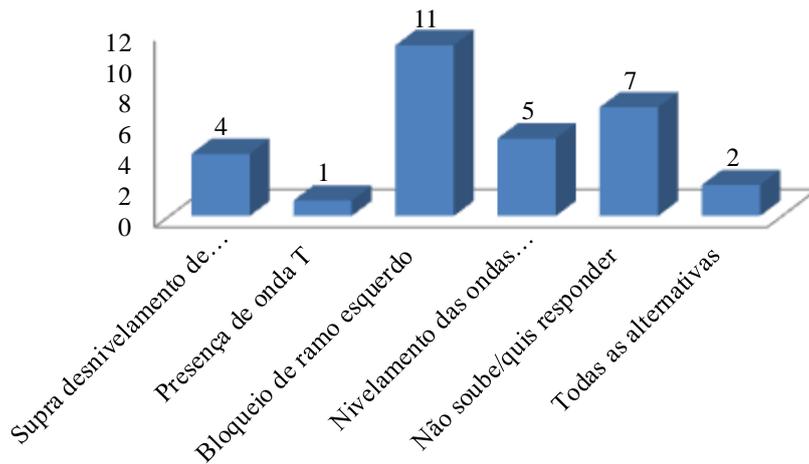


Fonte: Pesquisa

Dentre as manifestações mais comuns, pode-se citar a palpitação, dispneia, fraqueza, vertigem, fadiga, dor epigástrica e síncope, onde a dor tem início na mandíbula, estendendo-se para o umbigo, espalhando-se pelos braços, pescoço, região posterior do tórax e estomago. Assim, é necessário que a intensidade da dor seja avaliada, o que pode ser feito através de uma escala de dor, assim como sua duração, intensidade, localização e sintomas associados (CAVEIÃO *et al.*, 2014).

Ao serem questionados sobre quais alterações podem surgir no ECG de um paciente com IAM, 4 informaram que supra desnivelamento de seguimento ST; 1 afirmou ser a presença de onda T; 11 assinalaram bloqueio de ramo esquerdo; 5 consideraram o nivelamento das ondas QRS; 7 não souberam ou não quiseram responder; e 2 afirmaram ser todas as opções (Gráfico 5).

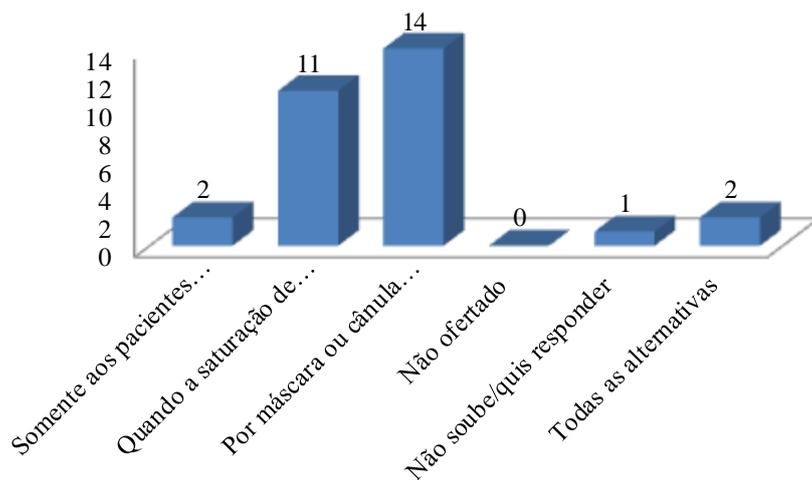
Gráfico 5 – Resposta à pergunta sobre quais alterações podem surgir no ECG de um paciente com IAM



Fonte: Pesquisa

Solicitados a opinar sobre a oferta de O₂ ao paciente com IAM na fase aguda, 2 entrevistados afirmaram que deve ser ofertado somente aos pacientes com sinais clínicos de hipoxemia; 11 responderam que deve ser ofertado quando a saturação de O₂ for menor que 90%; 14 entendem que deve ser oferecido por máscara ou cânula nasal de 2-4 l/min. ainda nos primeiros 10min de atendimento; 1 não soube ou não quis responder; e 2 afirmaram que deve ser ofertado em todos os casos mencionados (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Opinião dos entrevistados sobre a oferta de O₂ ao paciente com IAM na fase aguda

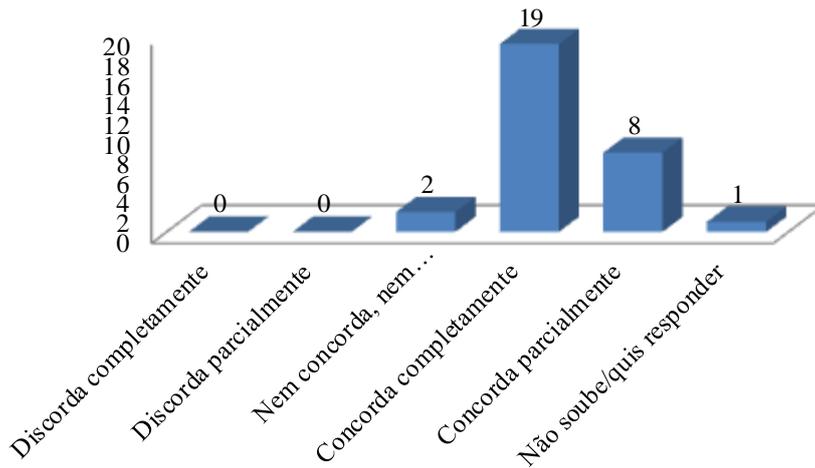


Fonte: Pesquisa

Segundo as Diretrizes da American Heart Association, não se faz necessário o fornecimento de oxigênio suplementar aos pacientes que não apresentam evidência de desconforto respiratório, caso a saturação de oxi-hemoglobinas seja $\geq 94\%$ (HAZINSKI, 2010).

Convidados a analisar a afirmação de que “é essencial que a enfermagem tenha conhecimento acerca dos trombolíticos utilizados, seu mecanismo de ação e seus efeitos adversos”, 2 profissionais afirmaram não discordar nem concordar; 19 concordam completamente; 8 concordam parcialmente; e 1 não quis ou não soube responder (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Análise dos entrevistados sobre a afirmação de que é essencial que a enfermagem possua conhecimento acerca dos trombolíticos, seu mecanismo de ação e efeitos adversos

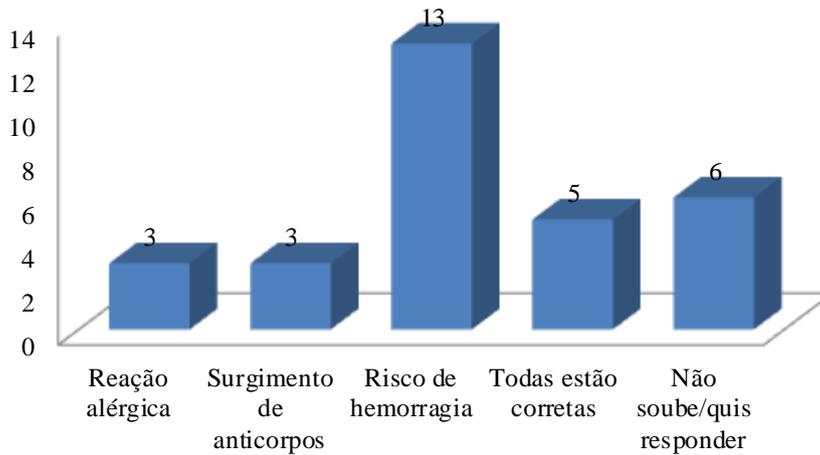


Fonte: Pesquisa

Segundo Nogueira e colaboradores (2009), é essencial que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, por ficarem mais tempo junto ao paciente, possuam conhecimento sobre o IAM, incluindo sua etiologia, fisiopatologia, quadro clínico, exames diagnósticos, tratamento e orientações, a fim de prestar uma assistência adequada.

Indagados sobre o porquê de, em caso de suspeita de reinfarto ou re-oclusão coronariana ser recomendado não repetir a administração do trombolítico estreptoquinase após 5 dias do seu uso, 3 entrevistados afirmaram ser devido a reação alérgica; 3 informaram ser devido a surgimento de anticorpos; 13 entendem ser devido a risco de hemorragia; 5 afirmaram ser por todos estes fatores; e 6 não souberam ou não quiseram responder (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Resposta dos entrevistados sobre o porquê de não ser recomendada a repetição do trombolítico estreptoquinase após 5 dias do seu uso



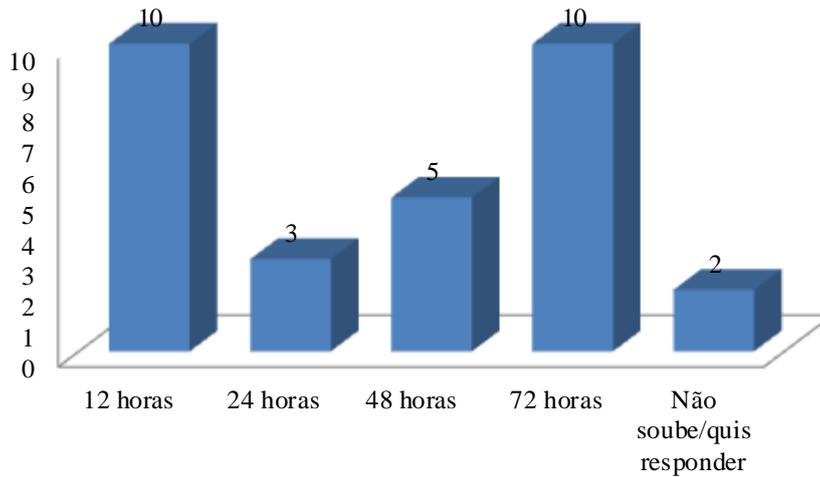
Fonte: Pesquisa

De acordo com Jorge (1993), não se aconselha a repetição da SQN em caso de reinfarto devido a altas incidências de reações alérgicas, devendo ser considerada a terapia com outro trombolítico.

A prática padrão para minimizar o IAM tem sido a reperfusão das artérias, dissolvendo-se o coágulo. Segundo Miyake e Ferreira (2000), todo paciente que apresenta elevação do segmento ST (tempo entre o fim da despolarização e o início da repolarização dos ventrículos) deve ser considerado candidato a esta terapêutica, desde que seja dentro de um período de 6 a no máximo 12 horas após o início dos sintomas, levando em conta que, quanto mais rápido o trombolítico for administrado, ocorrerá maior diminuição da área infartada e melhor será o prognóstico.

Ao serem indagados sobre o tempo em que o paciente deve manter repouso absoluto no leito, após a administração do trombolítico estreptoquinase, 10 profissionais afirmaram que deve ser por 12 horas; 3 afirmaram ser por 24 horas; 5 informaram ser por 48 horas; 10 por 72 horas; e 2 não souberam ou não quiseram responder (Gráfico 9).

Gráfico 9 – Tempo em que o paciente deve manter repouso absoluto no leito

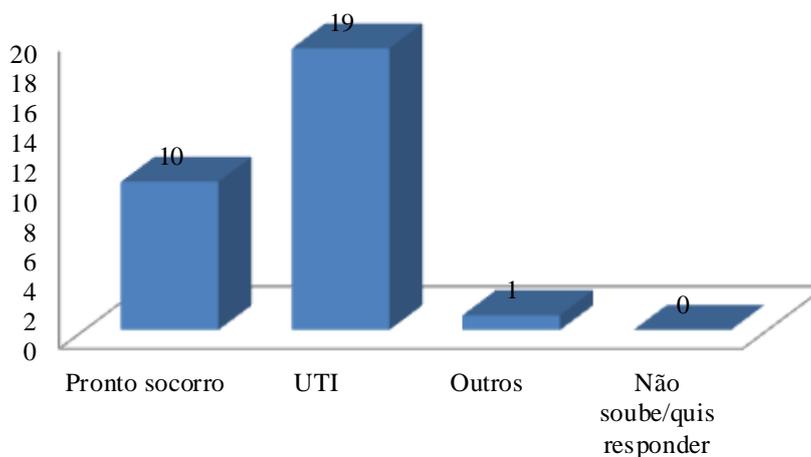


Fonte: Pesquisa

Para Rocha e colaboradores (2000), deve-se manter o paciente em repouso absoluto no leito por 48 horas, devido à ação do trombolítico. Entretanto, outros autores como Bernardino e colaboradores (2002) consideram que o repouso deve ser de 12 horas, em posição de semi *Fowler*.

Questionados sobre qual setor realiza a administração do trombolítico estreptoquinase na unidade hospitalar em que trabalham 10 informaram ser no Pronto Socorro; 19 informaram ser na Unidade de Terapia Intensiva; e 1 informou ser em outro setor (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Local onde se realiza a administração do trombolítico Estreptoquinase na unidade hospitalar



Fonte: Pesquisa

A ESQ está indicada em caso de dor sugestiva de IAM, com duração maior que 20 minutos, que não responda a nitrato SL, a fim de evitar espasmo coronário, levando-se em conta que o tempo máximo recomendado para sua utilização, a partir do início da dor, é de 12 horas, devendo ser cuidadosamente avaliada sua aplicação após 6 horas do início da dor. Assim, o pronto-socorro seria o local mais apropriado para sua utilização (FEITOSA *et al.*, 1995).

5. CONCLUSÕES

No presente estudo, foi possível observar que, apesar da maioria dos entrevistados possuir alto grau de escolaridade, com especializações na área de saúde e um tempo razoável de serviço, estes demonstraram conhecimentos insuficientes no atendimento ao paciente com suspeita de IAM, assim como na terapia trombolítica com estreptoquinase.

Tal situação é preocupante, pois a rapidez no atendimento e na utilização do trombolítico podem significar a diferença entre a vida e a morte do paciente.

Neste contexto, torna-se essencial que os profissionais de enfermagem recebam treinamentos periódicos, assim como é importante que as instituições hospitalares desenvolvam protocolos de atendimento que sejam adequados à sua realidade.

REFERÊNCIAS

BASTOS, A.S.; BECCARIA, L.M.; CONTRIN, L.M. *et. al.* Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 27, n. 3, p. 411-8, jul. 2012.

BRASIL. **Programa Nacional de Atendimento ao Acidente Vascular Cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRAUNWALD, E.; ZIPES, D.P.; LIBBY, P. (Coord.). **Tratado de medicina cardiovascular**. 6..ed. São Paulo: Roca, 2003.

CAVEIÃO, C.; SANTOS, R.B.; MONTEZELI, J.H. *et al.* Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 4, n. 1, p. 921-8, jan./abr. 2014.

CINTRA, E.A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W.A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

DAMASCENO, C.A.; MUSSI, F.C. Fatores de retardo pré-hospitalar no infarto do miocárdio: uma revisão de literatura. **Cienc Cuid Saúde**, v. 9, n. 4, p. 815-21, out./dez. 2010.

FEITOSA, G.S. (Coord.). Trombólise. Consenso sobre tratamento do pós-infarto do miocárdio. **Arq Bras Cardiol**, v. 64, n. 3, p. 273-80, 1995.

HAZINSKI, M.F. **Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE**. Washington: American Heart Association, 2010.

JORGE, S.C. Reinfarto após tratamento trombolítico. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 60, n. 3, p. 177-82, 1993.

LIMA, M.M.N.; SANTOS, M.L.O.; GUEDES, M.V.C. cuidados clínicos de enfermagem para pacientes com acidente vascular cerebral em uso de trombolíticos. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 7, esp, p. 6624-31, nov. 2013.

LUNARDI, J. **Produção de proteína recombinante estreptoquinase (Streptococcus dysgalactiae subsp. equisimilis) em biorreator utilizando diferentes estratégias de batelada alimentar**. Dissertação (Mestrado em Biologia Celular e Molecular). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2011.

MESQUITA, E.T.; CLARE, C.M. **Rotinas de Emergências Cardiovasculares: Hospital pró-cardíaco**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MIYAKE, E.R.N.; FERREIRA, B.A. Infarto Agudo do Miocárdio: tratamento, reabilitação e controle de fatores de risco. **Rev Enferm UNISA**, n. 1, p. 24-9, 2000.

NOGUEIRA, K.V.S.; PAULANI, E.F.; MENEGÃO, L.M. et al. **Assistência humanizada ao paciente revascularizado pós infarto agudo do miocárdio**. In: XIII INIC, IX EPG E III INIC JR. UNIVAP, 2009.

OLIVEIRA, M.A.; ALBUQUERQUE, G.A.; ALENCAR, A.M.P.G. Satisfação do cliente portador de infarto agudo do miocárdio acerca dos cuidados de enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 95-103, jan./mar.2009.

PAGNONCELLI, A. (Coord.). **Sumário das evidências e recomendações para uso de trombolíticos no infarto do miocárdio com elevação do segmento ST**. Porto Alegre: UNIMED, 2009.

PARANZINI, E.G.; NAMBA, M.F. Assistência de enfermagem na trombólise coronariana. **Rev Enferm UNISA**, n. 7, p. 68-74, 2006.

PEREIRA, A.C.R.; DIAS, C.V.B.; SANTOS, F.T. Protocolo assistencial no pós infarto agudo do miocárdio baseado no diagnóstico de enfermagem e intervenções da North American Nursing Diagnosis Association. **CuidArte**, Catanduva, v. 7, n. 2, p. 113-8, jul./dez. 2013.

PIMENTEL FILHO, W.A.; BUCHLER, J.R.; ESTEVES, C.A. et al. Trombólise intracoronária no infarto agudo do miocárdio. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 46, n. 3, p. 177-82, mar. 1986.

ROCHA, A.P.F.; CHERMAUT, G.R.; MOREIRA, J.P. et al. Atendimento Inicial ao Infarto Agudo do Miocárdio. **Littera**, v. 2, n. 2, p. 1-14, ago./dez. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. **Arq Bras Cardiol**, v. 83, Supl. 4, set. 2004.

SOUZA, T.M.; CARVALHO, M.G. Assistência de enfermagem no choque cardiogênico pós infarto agudo do miocárdio. **Revista Recien**, São Paulo, v.1, n. 2, p. 16-20, 2011.

THEISEN, C.I.; MACHADO, M.E. Assistência de enfermagem na terapia trombolítica em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.1, n. 2, p. 116-32, jul./dez. 2012.