

Jaqueline Cristina Costa Rosseto

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA EMERGÊNCIA:
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM GUIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós –
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem –
Área de Concentração: Filosofia e Cuidados em
Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e
Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de
Saúde

Orientadora: Dra. Kátia Cilene Godinho
Bertoncello

**FLORIANÓPOLIS
2018**

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

Rossetto, Jaqueline Cristina Costa
Intervenções de Enfermagem ao paciente com
infarto agudo do miocárdio na emergência: Construção
e validação de um guia / Jaqueline Cristina Costa
Rossetto ; orientadora, Kátia Cilene Godinho
Bertoncello, 2018.
205 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Infarto do
Miocárdio. 4. Emergência . I. Bertoncello, Kátia
Cilene Godinho. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
III. Título.

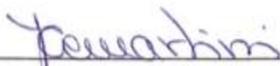
Jaqueline Cristina Costa Rossetto

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA EMERGÊNCIA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM GUIA.

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 18 de dezembro de 2018, atendendo às normas da legislação da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.



Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello
Presidente



Dra. Patrícia Kuerten Rocha
Membro (Titular)



Dra. Ana Paula Trombetta
Membro (Titular)

AGRADECIMENTOS

À Deus, porque permitiu e me abençoou em mais essa conquista!

Aos meus pais Liliana e João (*in memorian*) e meu irmão Jeferson, porque cada um, à sua maneira, contribuiu com meu desenvolvimento pessoal e profissional. Por fazerem parte de toda a minha trajetória. E por se preocuparem comigo, mais do que eu mesma. Agradeço porque me dão amor! Amo vocês!

Ao meu esposo Diogo porque faz parte das muitas conquistas e ajudou-me em todos os dias enquanto este trabalho foi construído, por sua paciência, sua compreensão e seus incansáveis momentos de escuta e por compreender a minha ausência! Obrigada.

Aos meus amigos de Mestrado pelos momentos de descontração e incentivo mútuo. Em especial a amiga Mirelly, por sua ajuda durante todo o trajeto desta produção.

Aos pacientes, que mesmo de modo indireto, sem saberem, contribuíram e fundamentalmente para minha dedicação a fim de produzir bons frutos para contribuir com um cuidado mais seguro e de qualidade.

A minha orientadora, professora Kátia, por todo aprendizado e por ter dividido uma parte de seu conhecimento comigo!

A todos os mestres, profissionais, amigos e colegas que já passaram ou permanecem em minha vida, e que contribuíram de alguma forma com minha trajetória, muito obrigada a todos!

O presente trabalho contou com apoio da
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de
Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de
Financiamento 001

ROSSETTO, Jaqueline Cristina Costa. **Intervenções de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência: construção e validação de um guia**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. 201p.

Orientadora: Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello
Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

RESUMO

Introdução: Enfermeiros devem estar instrumentalizados para prestarem as intervenções certas, no momento certo, de maneira correta, para a pessoa certa, com o objetivo de alcançar os melhores resultados possíveis, que são elementos fundamentais para a qualidade da assistência e que direcionam a prática de enfermeiros que se aprimoram em prestar uma assistência ética e respeitosa, baseada nas necessidades do paciente e sua família, na excelência clínica e na melhor informação científica disponível. **Objetivos:** Construir e Validar o conteúdo de um instrumento de intervenções de enfermagem no paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência. **Método:** Estudo metodológico com abordagem quantitativa, descritiva, realizado em duas etapas. Primeiramente fez-se uma revisão narrativa da literatura para construção do guia de intervenções, que foi dividido em 9 domínios e 49 itens. Na segunda etapa, para validação do instrumento, realizou-se busca ativa de juízes (enfermeiros) por meio da plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A amostra constituiu-se de 11 juízes que realizaram a avaliação do instrumento através de formulário encaminhado através do Google forms (formulário eletrônico), o qual ao final de cada intervenção apresentava uma escala do tipo Likert de quatro pontos (1 discordo totalmente e 4 concordo totalmente). Para análise dos dados foram utilizados o Coeficiente de validade de conteúdo e o índice de validade de conteúdo. **Resultados:** foram organizados em dois manuscritos o primeiro intitulou-se “Construção de um Instrumento de Intervenções de enfermagem para o atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência” que apresentou revisão narrativa realizada para o processo de construção do guia de intervenções, que evidenciou 22 estudos que abrangiam as principais intervenções de enfermagem realizadas ao paciente com infarto

agudo do miocárdio na emergência. O segundo manuscrito intitulou-se “Validação de um instrumento de intervenções de enfermagem no atendimento ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio” e abordou o processo de validação de conteúdo realizado por juízes (enfermeiros) especialistas. Para análise da avaliação dos especialistas foi utilizado o coeficiente de validade de conteúdo que mede a clareza e pertinência de um instrumento (0,87) e o índice de validade de conteúdo, que mede a concordância entre juízes (0,99). **Conclusões:** O guia de intervenções foi validado e poderá ser aplicado em unidade de urgência e emergência adulto para uso da equipe de enfermagem no atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio, como uma ferramenta para que essa atividade seja sistemática e segura. O instrumento tem potencial para contribuir com a identificação de fragilidades e potencialidades do serviço, contribuindo para o planejamento de uma assistência que objetiva a promoção da qualidade.

Descritores: Infarto do miocárdio, enfermagem, emergência.

ROSSETTO, Jaqueline Cristina Costa. **Intervenções de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência: construção e validação de um guia**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. 201p.

Orientadora: Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Nurses should be instrumental in providing the right interventions at the right time, in the right way, to the right person, with the objective of achieving the best possible results, which are fundamental elements for the quality of care and that guide the practice of nurses who are committed to providing ethical and respectful care based on the patient's and family's need for clinical excellence and the best scientific information available. **Objectives:** To construct and validate the contents of an instrument of nursing interventions in the patient with acute myocardial infarction in the emergency room. **Method:** Methodological study with quantitative, descriptive approach, carried out in two stages. First, a narrative review of the literature for the construction of the intervention guide was divided into 9 domains and 49 items. In the second stage, to validate the instrument, an active search of judges (nurses) was carried out through the Lattes platform of the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq). The sample consisted of 11 judges who performed the evaluation of the instrument through a form sent through Google forms (electronic form), which at the end of each intervention had a scale of the Likert type of four points (1 totally disagree and 4 agree fully). The content validity coefficient and the content validity index were used to analyze the data. **Results:** were organized in two manuscripts the first was entitled "Construction of an Instrument of Nursing interventions for the care of the patient with acute myocardial infarction in the emergency room ", who presented a narrative review for the construction of the intervention guide, which showed 22 studies that covered the main nursing interventions performed in patients with acute myocardial infarction in the emergency room. The second

manuscript was titled "Validation of an instrument of nursing interventions in the care of patients with acute myocardial infarction" and addressed the content validation process performed by specialized judges (nurses). The content validity coefficient that measures the clarity and relevance of an instrument (0.87) and the content validity index, which measures the concordance among judges (0.99), was used to analyze the evaluation of the specialists. **Conclusions:** The intervention guide has been validated and can be applied in an emergency and adult emergency unit for use by the nursing team in the care of the patient with acute myocardial infarction, as a tool for this activity to be systematic and safe. The instrument has the potential to contribute to the identification of weaknesses and potentialities of the service, contributing to the planning of an assistance aimed at promoting quality.

Descriptors: Myocardial infarction, nursing, emergency.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Classificação universal do infarto do miocárdio.....	33
Quadro 2. Avaliação da dor torácica pelo mnemônico PQRST.....	38
Quadro 3. Caracterização da dor torácica quanto ao tipo.....	39
Quadro 4. Escore TIMI para pacientes com IAMCSST.....	41
Quadro 5. Mnemônico da terapia adjuvante no Infarto Agudo do Miocárdio.....	42
Quadro 6. Grupos de Fibrinolíticos.....	43
Quadro 7. Contra indicações absolutas e relativas do uso do fibrinolítico no IAM.....	44
Quadro 8. Critérios de inclusão utilizados para seleção inicial de juízes.....	52
Quadro 9. Modelo de Classificação de experts adaptado do Modelo de Validação de Fehring.....	53
Quadro 10. Distribuição das publicações investigadas na BVS, n (22), no período de janeiro de 2013 a fevereiro de 2018.....	70
Quadro 11. Tecnologia de cuidados em enfermagem para o paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência (2018).....	70
Quadro 12. Avaliações descritivas do instrumento realizada pelos juízes. 2018.....	112
Quadro 13. Versão final dos itens e aspectos do instrumento Guia Intervenções após alterações (2018).....	142

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação de Killip e Forres.....	40
Tabela 2: Escore de TIMI com supradesnivelamento ST.....	42
Tabela 3: Coeficiente de Validade de Conteúdo.....	107
Tabela 4: Índice de Validade de Conteúdo.....	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DAC - Doença Arterial Coronariana

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

SUS - Sistema Único de Saúde

SCA- Síndrome Coronariana Aguda

ECG - eletrocardiograma

OMS – Organização Mundial da Saúde

AHA – American Heart Association

RAS - Redes de Atenção à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

RUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAMU - Serviço Móvel de Urgência

SP – Segurança do Paciente

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

DCV - Doenças Cardiovasculares

BRE - Bloqueio de Ramo Esquerdo

TIMI - *Thrombolysis in Myocardial Infarction*

ICP – Intervenção Coronária Percutânea

PBE - Prática Baseada em Evidências

IVC – Índice de Validade de Contéudo

IC – Índice de Confiança

CVC – Coeficiente de Validade de conteúdo

1 SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 OBJETIVOS.....	25
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	27
3.1. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA.....	31
3.2 ABORDAGEM INTRA-HOSPITALAR DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.....	36
3.3. REPERFUSÃO MIOCÁRDICA NO IAMCSST.....	42
3.4 SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA.....	44
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	47
4.1. TIPO DE ESTUDO.....	47
4.1.1. CONSTRUÇÃO DO GUIA PARA INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.....	48
4.1.2. PRIMEIRA ETAPA – CONSTRUÇÃO DO GUIA.....	49
4.2. SEGUNDA ETAPA – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO.....	50
4.2.1. TIPO DE ESTUDO.....	50
4.2.2. LOCAL DO ESTUDO.....	50
4.2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	50
4.2.2. VALIDADE DE CONTEÚDO.....	53
4.3. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	53
4.4. COLETA DE DADOS.....	54
4.5.1 .COEFICIENTE DE VALIDADE DE CONTEÚDO (CVC).....	56
5. ASPECTOS ÉTICOS.....	59
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	61
6.1. CONSTRUÇÃO DE UM GUIA DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O ATENDIMENTO AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.....	63
6.2. VALIDAÇÃO DE UM GUIA DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.....	99
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	182
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	184
9. APÊNDICES.....	201
10. ANEXOS.....	205

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente as doenças cardiovasculares, que possuem elevadas taxas de morbimortalidade no Brasil e no mundo, fizeram com que aumentasse o interesse dos gestores em saúde sobre essa temática (DUNCAN et al., 2012). O aumento da prevalência, dessas doenças ameaçam o desenvolvimento econômico e social, bem como a saúde de milhões de pessoas, os principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento dessa condição incluem o sedentarismo, a alimentação inadequada, ingestão de bebidas alcoólicas e o tabagismo (OPAS, 2007; WHO, 2011).

Estima-se que até 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, cerca de 85% apresentará ao menos uma doença, nesse contexto as DCNT, que correspondem as doenças do aparelho circulatório, respiratórias, câncer e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento (IBGE, 2010; OMS, 2003).

As DCNT são responsáveis por mais da metade dos óbitos no Brasil, ademais dos custos sobrecarregados nas internações, tratamentos especializados, perda da qualidade de vida e responsável pelo absenteísmo laboral e aposentadoria precoce de pessoas economicamente ativas; com impacto nas famílias, sociedade e estado (OMS, 2005).

As doenças cardiovasculares (DCV) encontram-se entre as principais causas de morbimortalidade no mundo, sendo responsáveis por 28,06% das mortes registradas em 2013 no Brasil (DATASUS, 2016). Entre as causas de morte por DCV, a síndrome coronariana aguda (SCA), incluindo o infarto agudo do miocárdio (IAM) e a angina instável (AI).

A SCA é caracterizada pelo desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio pelo músculo cardíaco decorrente do fluxo insuficiente nas artérias coronárias causada por uma obstrução na artéria coronária por trombose ou vasoespasmos, acarretando em sintomas clínicos compatíveis com o quadro de isquemia miocárdica (ALVES et al., 2017). A manifestação clínica principal da SCA é a dor anginosa, um sintoma decorrente do estreitamento crônico e gradual da artéria coronária (MAGEE et al., 2012).

A SCA manifesta-se de duas maneiras: com supradesnivelamento do segmento ST, essa denominada de Infarto Agudo do Miocárdio com supra de ST (IAMCSST), e sem supradesnivelamento do segmento ST, esse se subdivide em Angina Instável (AI) e Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST

(IAMCSST). Estes têm apresentações clínicas e eletrocardiográficas iguais, sendo diferenciados pela elevação do segmento, IAMSSST, ou não, AI, dos marcadores de necrose miocárdica, como troponina I e creatinofosfoquinase – fração MB (CK-MB), após algumas horas do início dos sintomas (BRASIL, 2011; MAGEE et al., 2012).

Outro fator que pode desencadear um evento cardiovascular é o uso de cocaína. Aproximadamente seis milhões de brasileiros já utilizaram cocaína em algum momento da vida, seja por via nasal, injetável ou pulmonar (LARANJEIRA; MADRUGA; RIBEIRO et al., 2013).

A cocaína pode causar o aumento da frequência cardíaca e pressão arterial de forma dose-dependente. A dor no peito é a principal queixa encontrada entre indivíduos que procuram atendimento após intoxicação aguda pela droga, além dessa, outras complicações cardiovasculares estão relacionadas com a cocaína como, IAM, arritmias, hipertensão arterial e até mesmo a morte súbita (SCHWARTZ et al., 2010).

A mortalidade por IAM ocorre principalmente, nas primeiras horas da manifestação dos sintomas, em média 50% ocorre na primeira hora, cerca de 80% em até 24 horas. Quase metade dos óbitos por IAM ocorrem em domicílio, devido ao desconhecimento da população a respeito dos primeiros sinais e sintomas, retardando assim, a procura por atendimento em tempo hábil (PIEGAS et al., 2015; SILVA et al., 2016).

Os principais sintomas apresentados no IAM são dor retroesternal prolongada, dor epigástrica, dor abdominal alta e precordial que irradia para pescoço, ombro, mandíbula, braço e mão esquerdos (principalmente) e sinais vagais como, náusea, vômito, dispneia, sudorese intensa, sensação de morte iminente e ansiedade (HUGUENIN, 2011).

Nas últimas décadas, houve um decréscimo na mortalidade de pessoas com SCA em países desenvolvidos, fator que está relacionado com os significativos avanços de saúde, tanto na prevenção primária, quanto no tratamento adequado dessa patologia (SCHMIDT et al., 2012). No Brasil, por ser um país em desenvolvimento, observa-se uma elevada taxa de morbimortalidade de pessoas com IAM, esse fato está relacionado em grande parte das vezes, com a dificuldade de acesso às medidas terapêuticas para a SCA como o acesso método de reperfusão miocárdica, como a utilização de trombolíticos ou angioplastia e o acesso a terapia intensiva (MARCOLINO et al., 2012).

Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde brasileiro, em conjunto com outras instituições de relevância nacional e internacional, vem trabalhando sistematicamente para identificar e monitorar os fatores

de risco cardiovasculares, na tentativa de prevenir, diagnosticar precocemente e conduzir o tratamento adequadamente. Sendo assim, a análise e avaliação das ações de promoção de saúde, prevenção e controle de doenças, principalmente as doenças cardiovasculares, fazem parte do plano de estratégia do SUS, com objetivo central de tentar melhorar o estilo e qualidade de vida das pessoas; incluindo a longevidade daqueles com doenças cardiovasculares (SVS/MS, 2011; WHO, 2011).

Decorrente das altas taxas de mortalidade por DCV nos últimos anos, foi instituído no Brasil, em 2011, a Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo a Linha de Cuidado do IAM como prioritária entre as demais, e têm por objetivo garantir que os pacientes com IAMCSST receba a terapia de reperfusão química (administração de fibrinolítico) ou a intervenção coronária percutânea (ICP) em tempo adequado, com acesso à tratamento intensivo e estratificações complementares à reperfusão considerando um tempo máximo de 90 minutos entre o início dos sintomas e a realização de ICP (BRASIL, 2011; BRANT et al., 2012).

A American Heart Association (AHA) preconiza, indicadores de qualidade que estão diretamente relacionados com a mortalidade intra-hospitalar sendo eles agrupados pelas seguintes categorias: realização e modalidade de terapia de reperfusão; medicamentos administrados nas primeiras 24 horas; tempo decorrido entre o registro do indivíduo e o início do atendimento, avaliação da função sistólica ventricular (ecocardiograma) (CANNON et al., 2013). Nesse sentido, o precoce reconhecimento dos sinais e sintomas associados à SCA por parte das equipes de saúde assume um importante papel no desfecho do atendimento, porque possibilita o planejamento e a priorização das intervenções que estão associadas à diminuição dos riscos de um novo evento coronariano (BRUNORI et al., 2014).

A classificação de risco surge como uma priorização de atendimento e organização dos serviços de urgência e emergência em diversos países, inclusive no Brasil (SOUZA et al., 2011; GOUVÊA et al., 2015). A chegada à unidade de emergência dos indivíduos com queixa de dor precordial, esses devem ser atendidos prioritariamente através da Classificação de Risco, ainda durante a triagem, através do atendimento do enfermeiro. Nesse momento o profissional deve avaliar a gravidade e/ou potencial agravo da dor torácica, através da avaliação e busca de sinais e sintomas que sugiram ou eliminem uma cardiopatia isquêmica. Essa classificação é baseada em ferramentas estabelecidas em comum acordo entre outros membros da equipe de saúde, que possui como objetivo a sistematização da assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2002).

O objetivo principal da classificação de risco está relacionado com a identificação dos quadros agudos que implicam risco à vida das pessoas e dessa maneira garantir um atendimento em tempo hábil, dependendo da evolução da doença, minimizando complicações maiores e dessa forma, aumentando as chances de sobrevivência dos pacientes (MACKWAY-JONES et al., 2017). No Brasil, para melhor manejo desse processo, grande parte das instituições utiliza o Sistema de Triagem de Manchester, como protocolo para Classificação de Risco (SOUZA et al., 2011).

Diante dos sinais e sintomas apresentados, nesse protocolo, se elenca um discriminador e o indivíduo é classificado em categoria seguindo uma ordem de prioridade, e para cada prioridade há um tempo máximo de espera para atendimento, são elas: emergência (vermelho) atendimento imediato, muito urgente (laranja) 10 minutos, urgente (amarelo) 60 minutos, pouco urgente (verde) 120 minutos e não urgente (azul) 240 minutos (MACKWAY-JONES et al. 2017; PINTO JÚNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

Ademais da determinação da prioridade no atendimento através da classificação de risco, um dos principais desafios enfrentados em países em desenvolvimento no tratamento das SCA é a escassez de instituições com recursos de hemodinâmica para realização de intervenção coronária percutânea (ICP) em tempo adequado (SANTOS et al., 2015). Nesses hospitais, o atendimento ao paciente é realizado através da utilização de trombolíticos (reperusão química) ou a transferência do paciente para uma unidade equipada com serviço de hemodinâmica, para realização de ICP. No entanto, em pacientes com IAMCSST, o atraso ao acesso a ICP de forma imediata é um preditor independente de mortalidade, visto que o tempo de espera para transferência desses indivíduos pode aumentar as chances irreversíveis lesões do músculo cardíaco (MARINO et al., 2016; BRANT et al., 2012).

A busca por qualidade da atenção prestada à saúde não é um tema novo. Em 2002, na 55ª Assembleia Mundial da Saúde (WHA), que ocorreu em Genebra (Suíça), e na ocasião foi adotada a Resolução 55.18: “Qualidade da atenção: segurança do paciente”. Os membros, que compreendiam 124 países, começaram um movimento para resolver o problema de segurança do paciente. Em 2004, durante a 57ª Assembleia mundial da Saúde, houve um reforço dessa movimentação, dando apoio a criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Se iniciou então um movimento mundial para reduzir para um mínimo aceitável o risco de danos desnecessários associados à prestação de cuidados em

saúde. É importante ressaltar esse desenvolvimento na área da segurança do paciente permitiu um olhar ampliado sobre a assistência em saúde de qualidade, com o objetivo central, a prevenção de eventos adversos (EA) (ANVISA, 2013). É estimado que um a cada dez pacientes possa ser vítima de algum evento adverso durante a prestação de cuidados em saúde no mundo inteiro, esse fator nos traz a importância de que medidas de prevenção devem ser adotadas com o objetivo de diminuição do mesmo (BRASIL, 2012).

A segurança do paciente é entendida como redução a um mínimo aceitável, o risco, o dano desnecessário associado ao cuidado em saúde (BRASIL, 2014). A busca por padronização das condutas em saúde com fundamentação científica consistente e atualizada tem sido uma frequente solicitação de profissionais da área. Além disso, usuários do SUS sofrem com a falta de iniciativas como essas. Os grandes avanços da tecnologia que são descritos na literatura possuem sua incorporação no atendimento retardada (SCHNEID et al, 2003). Para padronização dessas condutas, uma das estratégias adotadas é a implementação e aplicação de protocolos clínicos na prática.

Segundo a Primary Care Electronic (2007), os protocolos clínicos são planos, detalhados e precisos para o estudo de um problema clínico ou plano para um regime de terapia. Devem ser projetados para serem de fácil utilização e servirem de guias para o atendimento clínico diário, ou seja, se resumem as mais importantes intervenções contidas nas diretrizes clínicas relevantes. Os protocolos ainda prevêm um conjunto abrangente de critérios rígidos que delineiam os passos para a gestão do cuidado em uma condição clínica individual ou organização de aspectos (OMS, 2007). São considerados importantes ferramentas para atualização na área da saúde e são utilizados para reduzir a variação inapropriada na prática clínica (BRASIL, 2008).

A escolha da elaboração das intervenções deve considerar a facilidade de aplicação e adesão da equipe de saúde, tornando assim, viável o uso de medidas mais efetivas na busca de melhoria da realidade tanto a curto, quanto médio e longo prazo (RESAR et al., 2012)

Reconhecer a qualidade desse tipo de instrumento é aspecto fundamental para a legitimidade e confiabilidade do mesmo. Por isso necessita passar pelo processo de validação de conteúdo, o qual é composto por diversas etapas que visam coletar evidências de que o instrumento realmente mede a variável a que se propõe e que é útil para a finalidade que é proposto (BITTENCOURT et al., 2011).

Para Lynn (1986), existem duas principais etapas na validação de conteúdo, sendo elas: o desenvolvimento de um instrumento, (que

abrange as fases de identificação do fenômeno estudado, a produção dos itens do instrumento e a sua construção) e o julgamento do instrumento realizado por juízes qualificados.

Contudo, espera-se que através desse desafio de elaborar e validar um protocolo de intervenções de enfermagem para os pacientes com IAM que dá entrada em uma unidade de emergência cardiológica, possa contribuir com subsídios para novos cuidados e boas práticas, objetivando a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem de maneira adequada e segura. Justificando assim, o desenvolvimento dessa investigação.

Acredita-se que os profissionais da equipe de enfermagem, ao assistirem um paciente com IAM utilizando um Guia específico e validado, serão auxiliados na redução de intervenções sem evidências científicas.

Pretende-se com este estudo, construir um produto que possa contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente com infarto agudo do miocárdio e promover mudanças construtivas na atuação de profissionais de enfermagem.

Frente essas considerações, despertou na autora, através do estudo e da pesquisa obter respostas para o seguinte questionamento: **que intervenções de enfermagem são consideradas necessárias para compor um guia para o atendimento de enfermagem ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio em uma emergência?**

2 2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Realizar a validação de conteúdo por juízes de um Guia de intervenções de enfermagem para o atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio.

2.2 Objetivos Específicos

- I. Construir um instrumento de intervenções de enfermagem para o atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio
- II. Analisar a composição e os critérios de avaliação, para validação de um instrumento de intervenções de enfermagem para atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio.

3 3. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura é uma importante ferramenta para definir conceitos-chave, compreender os fenômenos da pesquisa e aprofundar interpretações das informações obtidas da realidade (SAMPIERE; COLLADO; LUCIO, 2013)

Com o intuito de um aprofundamento na temática a ser pesquisada, realizou-se uma revisão de literatura narrativa das publicações nacionais e internacionais, incluindo dissertações, teses, regulamentações, protocolos e diretrizes acerca do atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio.

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, uma vez que revisões de literatura possuem a finalidade de reunir conhecimentos sobre determinado assunto, além de sintetizar e resumir uma gama de publicações científicas, as quais proporcionam aos leitores a compreensão atual sobre o estado da arte. Em termos narrativos, permite que determinado assunto seja descrito sob o ponto de vista teórico ou contextual (GALDINO et al., 2016).

A busca dos materiais foi desenvolvida nas bases de dados Medline, Lilacs e Bireme, por meio de algumas palavras-chaves e descritores, tais como, infarto do miocárdio, estudos de validação, protocolo, enfermagem, cuidados de enfermagem, emergência. Utilizando os operadores booleanos AND e OR, conforme o sistema de busca de cada base de dados.

A partir destes descritores, foram realizados seis cruzamentos, associando-os entre si, sendo excluídos os descritores e os cruzamentos repetidos ou com resultado nulo. A construção dessa revisão desenvolveu-se em três etapas de análise para seleção da amostra. A primeira etapa do processo de seleção ocorreu pela leitura dos títulos dos trabalhos, sendo então, excluídos os que não tinham relação com o tema. Desses, posteriormente foi realizada leitura dos resumos, com intenção de uma maior aproximação e conhecimento do trabalho. Após essa seleção, foi realizado a busca dos textos que se encontravam disponíveis na íntegra, nos idiomas, português, inglês, espanhol e francês.

A busca do estado da arte a respeito da temática, permitiu a identificação de cinco tópicos, sendo estes: o sistema único de saúde e os serviços de emergências, aspectos epidemiológicos da doença arterial coronariana, definição, , abordagem intrahospitalar do infarto agudo do miocárdio, reperfusão miocárdica no IAMCSST e segurança do paciente e qualidade da assistência

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS

Desde meados da década de 70 a sociedade luta em busca de direitos a saúde, que culminou na Reforma Sanitária, que historicamente é conhecida por ser precursora da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem o SUS é explicitado na Constituição Federal (1998) artigo 196, que afirma:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990).

Essa citação além de trazer a ideia central do direito à saúde como um direito de cidadania, que cabe ao estado à responsabilidade de promover à saúde a todos os cidadãos brasileiros, e para o cumprimento dessa responsabilidade política e social que foi assumida pelo estado, são implementadas políticas públicas, econômicas e sociais, que tenham a finalidade de melhor condição de vida e saúde dos diversos grupos da sociedade.

A formulação e implementação de políticas que são voltadas para garantir acesso dos usuários às mais diversas ações e serviços de saúde, tem por objetivo a garantia da universalização do acesso e a integridade do cuidado e ações. Além desses princípios doutrinários do SUS, existem a integralidade, equidade, regionalização e a hierarquização dos serviços, que dizem respeito à forma como os estabelecimentos de saúde devem estar organizados entre si e com a população.

A crise atual do sistema brasileiro só será superada quando houver substituição da fragmentação das redes de atenção a saúde. A implementação de redes pode possibilitar uma intervenção contínua e integrada, tanto em condições crônicas, quanto em situações agudas de saúde (MENDES, 2011).

Os avanços nas políticas públicas de saúde são direcionadas para a melhoria do atendimento ao SUS e estabelecem o atendimento em saúde na estrutura de Redes. As redes de Atenção à Saúde (RAS), são caracterizadas pela formação da relação horizontal em todos os níveis de atenção à saúde, e possui como centralidade de comunicação a Atenção Primária em Saúde, seja pela responsabilização com a formação contínua e integral; cuidado multiprofissional; compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

Os pontos de atenção à saúde, que compõem a RAS, são entendidos como os espaços onde se ofertam determinados serviços, são exemplos de pontos de atenção à saúde, os domicílios, unidades básicas de saúde, ambulatoriais especializados, entre outros. Os hospitais também podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde, pronto atendimento, cirurgia ambulatorial, unidade de terapia intensiva, hospital dia, entre outros. Todos esses pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde e diferenciam entre si, somente pelo tipo de tecnologia utilizado para a assistência prestada (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência é preciso considerar o perfil epidemiológico do Brasil, que se evidencia o aumento da prevalência e incidência do conjunto de doenças crônicas e em especial as do aparelho circulatório, destacando-se o IAM e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), de acordo com a OMS. DAC é a principal causa de morte no mundo inteiro, gerando alto impacto, tanto clínico quanto financeiro (BRASIL, 2011).

Com o objetivo de consolidar os princípios do SUS, o conhecimento dessa realidade é fundamental, pois evidencia a necessidade de reestruturação do atual SUS. Sendo assim em 2011, consolidou-se a proposta da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) instituída pela Portaria 1.600/GM, de 07 de julho de 2011 e a necessidade de implantação de linhas de cuidado prioritária para o IAM, AVC e o Trauma. (BRASIL 2011).

A atenção às urgências é um tema bastante complexo e que não deve ser tratado de forma pontual, nem por um modelo único de serviço, como ressalta o Ministério da Saúde (MS).

Dessa maneira, no âmbito do SUS, os serviços de urgências devem ser abordados a partir da constituição de uma Rede de Atenção, que perpassa por todos os níveis de atenção, em sua total diversidade e complexidade, além de comportar os mais diversificados serviços, que devem estar organizados a partir da necessidade dos usuários (BRASIL, 2011).

Essa política busca o aprimoramento do mecanismo de regulação, controle e avaliação da assistência aos usuários do SUS. A implantação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) ou das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) isoladamente não conseguem suprir as necessidades e diversidades das questões relacionadas à urgência e emergência no Brasil, considerando-se a natureza do binômio saúde/doença e a complexidade da rede de intervenções necessárias para

impactar os problemas de saúde da nossa atualidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Estruturalmente é definido que o atendimento ao usuários com quadros agudos de saúde deve ser prestado por todas as portas de entrada do SUS, o que possibilita a resolução de seu problema ou a transferência, de modo responsável, para um serviço de maior complexidade, dentro do sistema hierarquizado e regulado, conforme é instituído na Política Nacional de Atenção às Urgências que organiza as redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede para a manutenção da vida, nos mais diversificados níveis de atenção, complexidade e responsabilidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Dessa forma, a proposta da RUE incorpora diversos componentes para a sua constituição: a promoção e prevenção; a atenção primária à saúde através das unidades básicas de saúde; o SAMU e seu serviço regulador; as UPAs e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; as portas de entrada hospitalares de urgência; as enfermarias de retaguarda aos atendimentos de urgência (leitos clínicos, resolutivos, unidade de terapia intensiva, leitos crônicos, entre outros) e algumas inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias como IAM, AVC e o Trauma; o programa de atenção de atenção domiciliar. Todas essas portas, tem como norte a ser seguido, a proposta do acolhimento com classificação de risco, com qualidade e resolutividade na atenção (BRASIL, 2011).

A linha de cuidados, dentro da RUE é considerada um modelo de organização, talvez o modelo mais adequado para atender aos principais problemas de saúde de forma que promovem a equidade e a integralidade da assistência à saúde da população (BRASIL, 2011).

Tal linha estabelece a necessidade de um atendimento padronizado, visando à diminuição das altas taxas de morbidade e mortalidade no território nacional na RUE. Porque as doenças cardiovasculares ainda são as principais causas de mortalidade no Brasil (DOS SANTOS, 2015).

O acolhimento com avaliação e classificação de risco que foi proposto pelo Programa Nacional de Humanização define que, o acolhimento seja uma ação técnico-assistencial e pressupõe a mudança da relação entre profissionais e usuários e a sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, de humanização e solidariedade, reconhecendo o usuário como um sujeito ativo e participante no processo de produção da sua saúde (BRASIL, 2004).

3.1. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

As DCV constituem-se da principal causa de morte no Brasil e no mundo (WHO, 2011; BRASIL, 2011a). A DAC, no Brasil constitui-se como uma classe das doenças cardiovasculares, que se caracteriza pelos altos custos e índices de internação, e custos bastante elevados para o sistema. Essa doença permanece como uma das maiores causas de mortalidade em países em desenvolvimento, alcançando incidência e prevalência epidêmicas em diversas localidades mundiais (GUS et al., 2015). Essas enfermidades contribuem de maneira significativa para a carga global de doenças, com o comportamento crescente em países em desenvolvimento e decrescente em países desenvolvidos. Países asiáticos apresentam os maiores percentuais, em 2013, por exemplo na Ucrânia correspondiam a 33,9%, na Rússia 31,18% e no Brasil 14,5% (TRAEBERT et al., 2017). O padrão de pessoas acometidas pelo IAM, é de homens, com idade média de 59 anos e com baixa escolaridade (SILVA, et. al. 2015).

O estudo AFIRMAR – Avaliação dos Fatores de Risco Associados com Infarto Agudo do Miocárdio em 2003, ressalta que a predisposição para a doença aterosclerótica no Brasil foi considerada semelhante àquela observadas em países desenvolvidos como, em países da Europa e da América do Norte (PIEGAS, et al., 2003). Em 2001 a WHO, demonstrou taxas semelhantes de mortalidade por doenças isquêmicas no Brasil e nos Estados Unidos, mostrando os índices brasileiros superiores, quando comparados com as taxas da Europa e do Canadá, essa realidade nos faz refletir sobre os fatores que podem ter influenciado esses resultados. Certamente devem estar ligados à qualidade do serviço ofertado e ao melhor controle dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, já que o Canadá e a Europa são referências para o tratamento ideal para pacientes com IAM sendo um importante fator para a diminuição das taxas.

No Brasil, na última década pode-se observar uma redução nas taxas de mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) em torno de 20%, essa realidade pode ser atribuída à expansão da rede primária de atenção à saúde, melhor assistência e redução do consumo do tabaco, desde a década de 1990, fato que mostra um importante avanço na saúde brasileira (SVS/MS, 2011).

A SCA é considerada uma situação de emergência e é caracterizada pelo início agudo da isquemia do miocárdica, que resulta

em morte do miocárdio, se não forem realizadas intervenções definitivas imediatamente. O espectro das SCA's abrange a angina instável, o IAM sem elevação do segmento ST (IAMSSST) e o IAM com elevação do segmento ST (IAMCSST) (BRUNNER; SUDDARTH, 2016).

Quadro 1. Classificação universal do infarto do miocárdio (AHA, 2012).

Tipos de IAM	Definições
Tipo 1 – Espontâneo	IAM espontâneo (primário), ocasionado por isquemia devido a erosão, fissura ou ruptura de placa aterosclerótica.
Tipo 2- Secundário à oferta/demanda	IAM secundário, ocasionado por isquemia secundária a maior demanda de oxigênio ou por redução da oferta de oxigênio (espasmo de coronária, embolia para coronária, anemia, arritmia, hipertensão ou hipotensão).
Tipo 3- Morte por Infarto em que não há marcadores de necrose	Morte súbita ou parada cardíaca, frequentemente com sintomas sugestivos de isquemia miocárdica ou achados sugestivos de IAM (elevação do segmento de ST, novo bloqueio de ramo esquerdo ou evidência de trombo recente em coronária na angiografia ou autópsia), mas o óbito ocorreu antes de amostras de sangue serem colhidas ou não houve tempo hábil para que os marcadores de necrose miocárdica se elevassem.
Tipo 4a – ICP	IAM associado à intervenção coronariana percutânea.
Tipo 4b – Trombose de stent	IAM associado à trombose de <i>stent</i> .
Tipo 5 – Cirurgia	IAM associado à cirurgia de revascularização do miocárdio.

Utiliza-se o termo IAM quando existe evidência de necrose miocárdica na presença de um contexto clínico de isquemia com elevação de marcadores, principalmente a troponina, com nível percentil acima de 99, do limite máximo de referência e, pela elevação do segmento ST

localizada no ponto J em, por ao menos duas derivações contínuas ≥ 2 mm (0,2 mV) em homens ou $\geq 1,5$ mm (0,15 mV) em mulheres, nas derivações V2-V3 e/ou ≥ 1 mm (0,1 mV) em outras derivações precordiais contíguas ou derivações periféricas, alterações na onda Q, o aparecimento do Bloqueio de Ramo Esquerdo (BRE), têm sido considerados importantes alterações associadas ao IAMCSST (PIEGAS, FEITOSA, MATTOS et al., 2015; O'GARA, KUSHNER, ASCHEIM et al., 2013).

A Doença aterosclerótica de longe é também a principal causa do IAM com elevação do ST, no entanto, nesse caso a placa aterosclerótica sofre uma ruptura ou erosão e forma um trombo oclusivo. O fluxo sanguíneo diminui de maneira aguda, causando assim a isquemia do leito arterial afetado. O trombo formado pode ser por fatores de coagulação, ou por outros fatores, a saber: Espasmo coronariano (induzido por drogas, como, cocaína), Embolia para coronárias, Vasculite, Oclusão de óstio coronariano, Doenças trombóticas, anemia grave, choque, insuficiência respiratória aguda, graves arritmias, entre outras (MARTINS, 2014).

Associado as alterações clínicas e eletrocardiográficas, os marcadores bioquímicos de presença de lesão miocárdica estabelecem os critérios para o estabelecimento de diagnóstico, além da avaliação prognóstica do IAM (PIEGAS, FEITOSA, MATTOS et al., 2015). Esses marcadores são macromoléculas liberadas na corrente sanguínea pela lesão celular, consequente do aumento da permeabilidade e/ou da perda da integridade da membrana plasmática pelo processo isquêmico. Os marcadores mais usados para o diagnóstico de lesão miocárdica incluem a creatinofosfoquinase (CK), fração MB da creatinofosfoquinase (CK-MB) e as mioglobinas. As troponinas T e I é o marcador de escolha, que é o mais sensível e específico para necrose do miocárdio. Podem estar disponíveis para avaliação qualitativa e quantitativa, fator que facilita o diagnóstico rápido pelos emergencistas, seja, na fase pré ou intra-hospitalar (MARTINS, 2014).

O estudo multicêntrico MONICA (*Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease*) que foi desenvolvido pela WHO (1999) incluiu as troponinas e a mioglobina como marcadores importantes para definição do diagnóstico do IAM, houve uma incidência documentada aumentada da doença.

O estudo GRACE (*Global Registry of Acute Coronary Events*) que foi publicado em 2009, mostrou que a mortalidade geral pelo o IAM vem diminuindo, fato esse, pode estar atribuído ao avanço da tecnologia e ao acesso a novos métodos diagnósticos sofisticados, que permite detectar as alterações isquêmicas no miocárdio mais precocemente. Outro

fato que está relacionado, são os procedimentos complementares que estão mais acessíveis e sensíveis, além da abordagem farmacológica e intervencionista no paciente com IAM no atendimento intra-hospitalar, está sendo fundamentada cientificamente cada dia mais.

A parada cardiorrespiratória (PCR) foi por muitos anos considerada um enigma na história da humanidade, permeando entre os aspectos religiosos e existenciais aos místicos. O primeiro registro de ressuscitação cardiopulmonar está na Bíblia, onde Moisés relata a origem do homem:

“Então formou o Senhor Deus o homem do pó da terra, e lhe soprou nas narinas o fôlego da vida, o homem passou a ser alma vivente” Bíblia; Gênesis, 2:7.

Com o objetivo de buscar evidências científicas, para o aumento das taxas de sobrevivência de pessoas com parada cardíaca, então em 1992, foi formada a *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR) pela *American Heart Association* (AHA), na Europa pelo *European Resuscitation Council* (ERC) e na Austrália pelo *Australian Committee on Resuscitation* (ACR). Desde então diversas mudanças têm sido implantadas, com o incentivo à pesquisa científica e pela produção de conhecimentos em todo o mundo, estimulando e promovendo discussões sobre a temática.

Essas orientações direcionam para uma prática adequada e podem auxiliar em uma melhor tomada de decisão. Por isso, deve-se considerar o contexto em que os ensaios clínicos são realizados e aplicados no contexto do ambiente em que a prática é desempenhada.

Por isso é fundamental que os serviços de emergência sigam as recomendações da AHA e treinem todos os profissionais envolvidos no processo de atendimento, fundamentados em protocolos e diretrizes de atendimento já publicados. No entanto é importante ressaltar que esses protocolos e diretrizes já publicados estão centrados no modelo biomédico, sendo necessário que pesquisas na área de atuação da enfermagem sejam realizadas, com o objetivo de padronizar o atendimento à vítima de IAMCSST, a AHA recomenda a última revisão da versão do “*Guideline for the Management of ST – Elevation Myocardial de 2013 Infarction*”. Em nível nacional esse documento tem sido base para a unificação e melhoria da qualidade da assistência ao paciente coronariopata. Sendo base fundamental para as recomendações que são determinadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI).

No SUS, em 2011 o Ministério da Saúde, instituiu estratégias e Linhas de Cuidado prioritárias, com foco principal na atenção as doenças cardiovasculares. Por isso foi publicada a portaria MS/GM n. 2.994, de 23 de dezembro de 2011, que aprova a Linha do Cuidado do IAM e o protocolo para SCA. Essa é uma medida urgente de promoção e estratégias para o atendimento ao indivíduo na atenção ao IAM, ocorreu baseada no perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira. As doenças do aparelho circulatório, nos últimos anos vem apresentado altas taxas de morbimortalidade, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).

A sobrevida dos pacientes com IAM depende fundamentalmente da assistência nas primeiras horas do acontecimento do evento, enquanto os processos sejam feitos precocemente melhorarão o prognóstico; fazendo menor o tempo entre a admissão e o tratamento definitivo e a reperfusão precoce. Os tempos de internação foram menores quando os tempos no atendimento e protocolos foram respeitados e justifica também a relevância da preparação dos enfermeiros no acolhimento com classificação de risco nos serviços de emergência. Sendo isto o que pretende o trabalho da rede de urgência e o estabelecimento das linhas de cuidado e protocolos (DOS SANTOS, 2015).

Com o funcionamento da linha de cuidado as taxas de mortalidade por SCA diminuíram de 12,3% em 2009 para 7,1% em 2011, no estado de Belo Horizonte, justificado em maior acessibilidade da população aos tratamentos complexos em especial as angioplastias e demais procedimentos com o que acrescentou as internações hospitalares relacionadas ao IAM. Os protocolos baseados, na evidência científica melhoram os indicadores de morbimortalidade, construídos e avaliados com a participação da equipe envolvida na atenção, mas ainda há critérios de variação na revascularização em situações clínicas e há maior preferência da angioplastia primária (MARCOLINO, 2012; MARINO, 2016).

Experiências como em Belo Horizonte mostram que a linha do cuidado do IAM requer uma maior integração e comunicação da rede de atenção com adesão aos protocolos baseados em evidências, além de recursos humanos, materiais e infraestrutura adequada, adaptados a realidade da população melhorará o impacto da atenção à saúde com redução da mortalidade dos pacientes com SCA. Além da necessidade de treinamentos e educação das equipes, que deve ser realizada de maneira continuada, além da tele assistência que podem ajudar na redução nos tempos da revascularização (MARCOLINO, 2012; MARINO, 2016).

3.2. ABORDAGEM INTRA-HOSPITALAR DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Logo após o percurso pré-hospitalar, o atendimento a precordialgia deve ser realizado preferencialmente em uma Unidade de Dor Torácica (UDT), considerando toda a complexidade de sistematização que o atendimento ao paciente coronariano desprende. Profissionais destas unidades de atendimento devem estar devidamente treinados para seguirem as recomendações de diretrizes e protocolos, que visam o atendimento ao paciente no menor tempo possível, através do diagnóstico diferenciado e identificação precoce da SCA (PIEGAS et al., 2015).

A dor torácica pode abranger uma diversidade de diagnósticos, tanto de origem cardíaca quanto não cardíaca e a abordagem a esse paciente inicia-se com sua chegada ao SE. Logo após a realização da ficha de atendimento, o enfermeiro deve priorizar a consulta e realizar o ECG em no máximo até 10 minutos. Sendo esse o primeiro indicador intra-hospitalar, que é chamado de tempo porta-ECG.

Na Classificação de Risco o enfermeiro é responsável por uma breve e objetiva avaliação, na busca de identificação de fatores de risco cardiovasculares caracterização da dor. A dor torácica deve ser considerada até que se prove o contrário através no ECG, é de origem cardíaca e isquêmica. O Manual de Acolhimento com Classificação de Risco do Ministério da Saúde (2004) recomenda a avaliação da dor torácica pelo mnemônico PQRST.

Quadro 2. Avaliação da dor torácica pelo mnemônico PQRST (BRASIL, 2009).

P	O que provocou a dor? O que piora ou melhora?
Q	Qual a qualidade da dor? Faça com que o paciente descreva a dor, isto é, em pontada, contínua, ao respirar, etc.
R	A dor tem aspectos de radiação? Onde a dor está localizada?
S	Até que ponto a dor é severa? Faça com que o paciente classifique a dor numa escala de 1 a 10.
T	Por quanto tempo o paciente está sentindo a dor? O que foi tomado para diminuir a dor?

Fonte: Ministério da Saúde (2009).

A avaliação da dor torácica deve ser realizada conforme a sua gravidade e deve ser classificada como uma emergência vermelha, ou seja, atendimento imediato-prioridade zero, quando:

“dor torácica ou abdome superior acompanhada de náuseas, sudorese, palidez; dor torácica com alteração hemodinâmica; dor torácica e PA sistólica superior ou igual a 180 mmHg, PAD igual ou superior a 120 mmHg; pulso arritmico ou FC superior a 120 bpm; taquidispnéia, cianose, cornagem, estridor (ruídos respiratórios) e FR menor que 10 bpm ou superior a 22 bpm” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.40).

Os pacientes quando classificados na cor amarela, devem receber atendimento o mais rápido possível – prioridade 1, são considerados aqueles sintomáticos, com dor intensa e alterações dos sinais vitais, porém sem alteração hemodinâmica. Já os pacientes classificados como verde - 2, considerados não urgentes, com prioridade e azul-3, atendimento conforme o horário de chegada, são pacientes considerados com baixo risco e receberão alta para avaliação de rotina no serviço primário de saúde (BRASIL, 2004).

A dor torácica típica é o principal sintoma de DCA, principalmente aquela com opressão, do tipo que irradia para o braço esquerdo, direito ou mandíbula, pode estar associada à sudorese fria, náusea, dor abdominal e até lipotimia. O tempo de duração é fator de importância central, visto que, as dores com tempo superior a vinte minutos, sem momentos de melhora, direciona para um diagnóstico de

maior gravidade. No entanto, vale ressaltar que sintomas atípicos também podem estar presente, principalmente em pacientes idosos, diabéticos e mulheres, que eventualmente pode direcionar para diagnósticos de outras doenças (FONSECA & IZAR, 2016). A dor deve ser caracterizada e qualificada conforme o quadro a seguir:

Quadro 3. Caracterização da dor torácica quanto ao tipo.

Dor tipo A	Definitivamente anginosa, que é a dor que tem todas as características que fazem da SCA a primeira hipótese diagnóstica.
Dor tipo B	Provavelmente anginosa, que se caracteriza pela semelhança com o grupo anterior, mas que não tem todas as características de uma dor anginosa.
Dor tipo C	Provavelmente não anginosa, que tem poucas características de uma dor anginosa, mas que também não é típica de outro diagnóstico, como na dor do tipo D.
Dor tipo D	Definitivamente não anginosa.

SCA: síndrome coronariana aguda. Fonte: Piegas et al. (2015).

Os pacientes que forem classificados como A e B e com ECG sugestivo de isquemia miocárdica aguda e antecedentes cardiovasculares, devem receber assistência de enfermagem imediata, com monitorização cardíaca, oxigênio e acesso venoso (mnemônico MOV: M-monitorização, O- oxigênio e V- veia). Pacientes com dor do tipo C e que não tenham alterações eletrocardiográficas, deve ser solicitado a realização de avaliação seriada dos MBLM nas 6 horas subjacentes ao início da primeira avaliação. Da coleta do MBLM até o resultado, o tempo ideal é de 2 horas considerando-o segundo indicador de qualidade do IAM na fase intra-hospitalar. Já os pacientes classificados como D com ECG que não apresentam alterações devem ser investigados quanto a outras patologias (PIEGAS et al., 2015).

Durante o exame físico, enfermeiros devem procurar fatores que podem precipitar ou desencadear a dor. Duas classificações podem facilmente identificar pacientes de maior risco, denominadas classificação de Killip e classificação de Forrester (Tabela 1).

O IAM com supra é considerado um condição grave, que associa-se com risco significativo de complicações ou morte. No entanto alguns achados, podem se correlacionar com pior prognóstico e incluem: a idade avançada, maior classificação de killip, taquicardia, hipotensão, choque, IAM de parede anterior, história de IAM prévio, tempo prolongado para

início do tratamento, diabetes, achados de Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Renal Crônica, entre outras (MARTINS, 2014).

Tabela 1. Classificação de Killip e Forrester

Killip	Forrester
Estimativa clínica da gravidade do IAM	Estimativa clínica e hemodinâmica do IAM
I - Não há IC; Nenhum sinal de IC	1 – Perfusão normal *; Pressão capilar pulmonar normal **
II – IC presente; Estertores (menos da metade do torax), B3, turgência jugular.	2 – Perfusão ruim, Pressão Capilar Pulmonar normal, Paciente hipovolêmico.
III – IC grave; Edema pulmonar franco com crepitações em todo o tórax.	3 – Perfusão praticamente normal, Pressão Capilar Pulmonar aumentada, Paciente com congestão Pulmonar
IV – Choque cardiogênico; Hipotensão, oligúria cianose e extremidades frias.	4 – Perfusão ruim, Pressão Capilar Pulmonar aumentada, choque cardiogênico.

*Em geral, o índice cardíaco é maior que $2,2L/min/m^2$ quando há boa perfusão e menor que $2,2L/min/m^2$ na hipoperfusão periférica. **A pressão capilar pulmonar “norma” é de 18mmHg.

A SBC (2009) recomenda ainda a avaliação do risco, utilizando a escala *Thrombolysis in Myocardial Infarction* (TIMI) conforme quadro a seguir:

Quadro 4. Escore TIMI para pacientes com IAMCSST.

Escore TIMI de risco	Pontos
Idade entre 65-74 anos	2 pontos
Idade \geq 75 anos	3 pontos
História de diabetes, hipertensão ou angina	1 ponto
Pressão arterial sistólica < 100 mmHg	3 pontos
Frequência cardíaca > 100 bpm	2 pontos
Classificação de Killip II a IV	2 pontos
Peso < 67 Kg	1 ponto
Elevação do segmento ST em parede anterior ou bloqueio de ramo esquerdo	1 ponto
Tempo de reperfusão > 4 horas	1 ponto

O escore de risco TIMI apresenta a estratificação de risco inicial, de acordo com a possibilidade de desenvolver eventos e complicações cardíacas de origem isquêmicas no futuro. O escore de risco varia de 0 a 14 pontos e, classifica os paciente entre, os pacientes com baixo risco, que são aqueles que apresentam pontuação de 0 a 3 pontos, risco intermediário, os que possuem pontuação de 4 a 8 pontos e os pacientes com alto risco, que são aqueles com pontuação acima de 8 pontos (HILLIS, FORMAN & BRAUNWALD, 1990).

Tabela 2. Escore de TIMI com supradesnivelamento ST.

Escore TIMI	Mortalidade intrahospitalar %
0	0,7
1	0,3
2	1,9
3	3,9
4	6,5
5	11,6
6	14,7
7	21,5
8	24,4
8	31,7

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2009).

Juntamente com a avaliação clínica, a terapia adjuvante deve ser iniciado o mais breve possível, um mnemônico denominado de MONABCH, serve para auxiliar na memorização.

Quadro 5. Mnemônico da terapia adjuvante no Infarto Agudo do Miocárdio.

M	M orfina na dose inicial de 2 mg a 8 mg. Repetir de 5 a 15min S/N
O	O xigênio para manter SpO ₂ > 90% - 3L/min inicialmente
N	N itrato 5 mg sublingual até 15 mg
A	A AS 200 mg mastigar
B	B eta bloqueador Metoprolol 5 mg (bolus) (máximo 15mg)
C	C lopidogrel 300 mg via oral ataque
H	H eparina: Enoxeparina 1 mg/Kg subcutânea

Fonte: O'Gara *et al.* (2013).

3.3. REPERFUSÃO MIOCÁRDICA NO IAMCSST

Na sala de emergência os pacientes com IAMCSST, requerem terapia imediata para a reperfusão miocárdica, com o objetivo de reduzir a extensão de área de necrose e o grau de disfunção ventricular, por meio da restauração do fluxo sanguíneo ao tecido cardíaco. Entre as opções terapêuticas podemos encontrar a angioplastia primária e a administração de fibrinolíticos. A revascularização cardíaca é reservada para os casos mais complexos e específicos em que outras formas terapêuticas estão associadas às altas taxas de mortalidade.

O IAMCSST, até o final da década de 1980 é tratado principalmente com terapia fibrinolítica e revascularização miocárdica cirúrgica. Considerada a *gold standard* do atendimento a intervenção coronária percutânea (ICP) está mais acessível e sendo aprimorada continuamente. A ICP desde então tornou-se muito eficaz e considerada de forma geral segura, devido à disponibilidade dos dispositivos auxiliares, como por exemplo, os extertores de trombos, os agentes antiplaquetários e os *stents* (AHA, 2015).

A fibrinólise é uma alternativa química e o medicamento deve ser administrado via intravenosa em pacientes pré-selecionados. Os fibrinolíticos podem ser classificados em três gerações, conforme o quadro a seguir:

Quadro 6: Grupos de Fibrinolíticos

Primeira Geração	Estreptoquinase (STK), anistreplase (APSAC), uroquinase
Segunda Geração	Alteplase (tPA, RT-PA), saruplase
Terceira Geração	Retepase (rPA), tenecteplase (TNK) e estafiloquinase

Fonte: AHA, 2015.

Um grande marco para a era trombolítica, foi a realização do estudo GISSI (Grupo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico) em 1986. Com uma amostra de 11.000 pacientes com IAM, demonstrou uma diminuição da mortalidade pela eficácia da estreptoquinase intravenosa, quando comparado com um grupo que recebeu placebo. Esse estudo marcou a evolução da terapia trombolítica química na história do IAM e incentivou a realização de várias pesquisas,

em decorrência das contraindicações, conforme apresentado a seguir no quadro (7) (AHA, 2015).

Quadro 7. Contra indicações absolutas e relativas do uso do fibrinolítico no IAM.

Contraindicações absolutas
Passado de hemorragia intracraniana em qualquer época Neoplasia maligna intracraniana conhecida Lesão estrutural cerebral conhecida AVC isquêmico nos últimos 3 meses, exceto AVC isquêmico agudo com < 3h de duração Traumatismo craniano fechado ou facial significativos nos últimos 3 meses Suspeita de dissecação aórtica Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (excluindo menstruação).
Contraindicações relativas
Hipertensão grave não controlada na apresentação (PAS > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg) História de AVC isquêmico extenso há mais de 3 meses, demência ou patologia intracraniana não incluída nas contraindicações Ressuscitação cardiopulmonar traumática ou prolongada (> 10 minutos) ou cirurgia extensa (< 3 semanas). Sangramento interno recente (nas últimas 2 a 4 semanas) Punções vasculares não compressivas Nos casos de estreptoquinase: exposição anterior ou alergia prévia Gestação Úlcera péptica ativa Uso atual de anticoagulantes: quanto maior o RNI, maior o risco de sangramento Plaquetopenia (<100.000 ³)

AVC: acidente vascular cerebral; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; RNI: razão normalizada internacional. Fonte: American Heart Association (2010).

Devido à grande chance de complicações secundárias a administração de fibrinolíticos, recomenda-se que os pacientes sejam monitorados hemodinamicamente, de preferência em unidade de dor torácica e/ou Unidade Terapia Intensiva (PIEGAS, FEITOSA, MATTOS et al., 2015). A administração do medicamento pode ser realizada ainda no ambiente pré-hospitalar, quando o transporte pré-hospitalar for maior que duas horas, denominado como, “hora ouro”, e/ou na unidade de hemodinâmica não

estiver disponível. Em situações contrárias, a terapia trombolítica deve ser realizada em até 30 minutos, denominado como, “tempo porta-agulha) em ambiente hospitalar, que devem ser contados a partir da entrada no serviço de emergência (BRASIL, 2011).

3.4. SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

A OMS juntamente de seus estados membros desde 2000, tem dado uma atenção maior para melhoria e qualidade da segurança do paciente (SP). Considerado um marco importante o lançamento da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, em 2004, que ocorreu durante a 57 Assembleia Mundial de Saúde que estabeleceu metas para busca da obtenção de uma assistência em saúde mais segura (FUNDAÇÃO FIO CRUZ, 2014).

Embora há mais de dois mil anos Hipócrates tenha afirmado “primeiro não cause dano”, nos tempos atuais, ainda, erros, incidentes e eventos adversos associados a assistência em saúde, vem ocorrendo, diversas vezes com uma frequência e causa desconhecidas, certamente devido a forma punitiva com que os erros são tratados em nosso cotidiano. É estimado pela OMS que esses danos ocorram nos mais diversos países e com milhares de pessoas. Em 2000, com os estudos e lançamento do relatório “*To error is human: building a safer health system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro)” apontou que a cada ano nos Estados Unidos uma média de 100 mil pessoas morrem em hospitais daquele país, além das repercussões institucionais e financeiras, questões sociais e humanas daqueles indivíduos que sofrem com o erro e dos praticaram o mesmo, precisam ser consideradas (ANVISA, 2014).

Esse mesmo relatório traz que o erro é uma condição humana, e que ferramentas devem ser criadas para previni-los e substituir a culpa e vergonha, através de uma nova abordagem de repensar os processos assistenciais. O relatório também aponta que os eventos adversos como; um “dano causado pela realização do cuidado à saúde e não pela doença base, fato que prolongou o tempo de internação ou resultou em presença de incapacidade no momento da alta hospitalar (ANVISA, 2014, p.5).

A segurança do paciente não depende somente de uma pessoa e sim de todo um sistema de atendimentos em que os indivíduos e profissionais estão inseridos. A prática da segurança do paciente deve ser ativamente estimulada e procurada, para que erros e danos sejam reduzidos e somente a qualidade da assistência do cuidado prestado à saúde de cada indivíduo. A compreensão dos motivos que levam as falhas

é muito importante para garantir o aprendizado e proporcionar mudanças nas ações individuais e coletivas (VICENT, 2009).

A Enfermagem é a profissão com maior contingente de profissionais de saúde do nosso país, esse quantitativo remete a necessidade de encontramos estratégias de segurança a assistência prestada ao paciente e prevenção de erros. Esses profissionais a ocorrência de eventos adversos podem levar a danos emocionais, se considerando os preceitos éticos e as punições legais (DUARTE et al., 2015).

Profissionais devem estar capacitados para atuar em unidades de emergência, pois necessitam compreender a execução de técnicas e desenvolver habilidades cognitivas, comportamentais e éticas dentro desse contexto que é a segurança do paciente. Esse trabalho pode ser desenvolvido através de utilização de ferramentas por parte da gestão, como os indicadores epidemiológicos, os protocolos assistenciais e o desenvolvimento da Sistematização da Assistência (BAMPI et al., 2017).

A busca pela qualidade da assistência ao paciente necessita ser contínua e ocorrer de maneira dinâmica, e ocorre através do processo de identificação de fatores intervenientes no trabalho da equipe. E necessita, que o enfermeiro implante ações e instrumentos que possibilitem a avaliação sistemática dos níveis de qualidade da assistência prestada (CQH, 2012).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

O trajeto metodológico é o caminho percorrido pelo investigador para desenvolver sua investigação. Corresponde à sua escolha pelo método técnicas e procedimentos, que darão respostas às questões da pesquisa, portanto, trata-se do delineamento da pesquisa (MINAYO, 2014).

Esta pesquisa ocorreu em duas etapas: na primeira etapa foi realizada a construção do instrumento e na segunda foi realizada a validação do seu conteúdo.

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico com abordagem quantitativa.

Estudo metodológico, que teve como objetivo principal o processo metodológico de construção de um instrumento para cuidados de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio, que auxilie no raciocínio clínico e na tomada de decisão da equipe de enfermagem frente ao atendimento a esses indivíduos.

A pesquisa metodológica tem como objetivo o desenvolvimento, a validação, avaliação de instrumentos de coleta de dados, escalas e técnicas sobre conceitos ou fenômenos de determinada área de conhecimento, é definida como a investigação de métodos de obtenção e organização dos dados e condução de ferramentas rigorosas. (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2013; POLIT; BECK, 2011; LIMA, 2011).

A pesquisa metodológica é composta pelas seguintes fases, definição do constructo ou fenômeno a ser medido, no caso deste estudo a assistência no IAM que foi definida e contextualizada na parte introdutória da pesquisa. A fase seguinte é composta pela formulação dos itens ou elementos do instrumento, procedimento que nesta pesquisa considerou os cuidados encontrados na literatura nacional e internacional. E finalmente as duas últimas fases, que consiste na construção de instruções para os especialistas e o teste de validade de conteúdo

e confiabilidade do instrumento que foram realizadas a partir de um comitê de juízes especialistas (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2013).

Um instrumento apresenta validade de conteúdo, quando se constitui de uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos, se devendo detalhar o conteúdo e explicar a importância relativa de cada tópico do teste, o que é definido pelo avaliador ou equipe de avaliadores (PASQUALI, 2017).

A validade de conteúdo se refere a análise dos itens que compõem o instrumento por juízes no assunto, sendo a determinação de representatividade e extensão com que cada item da medida comprova o fenômeno de interesse e a sua dimensão dentro daquilo que se propõe investigar (PAIM et al., 2017).

O método quantitativo representa uma intenção de garantir a precisão dos resultados e evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando uma margem de segurança quanto às inferências (RICHARDSON et al. 1999).

4.1.1. CONSTRUÇÃO DO GUIA PARA INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas. A primeira etapa foi realizada através de uma revisão integrativa da literatura que constituiu na construção de um instrumento de cuidados, para profissionais da enfermagem que realizam atendimento ao paciente com infarto agudo na unidade de emergência. No presente estudo foi desenvolvida a segunda etapa, que se constituiu pela fase de validação do instrumento, realizada por especialistas, que foram selecionados através de pesquisa realizada na plataforma Lattes, a validação do instrumento por juízes foi através de um formulário eletrônico estruturado, disponível na página do *Google forms*, onde foi verificado o perfil dos juízes e a validação de conteúdo do instrumento de cuidados.

4.1.2. PRIMEIRA ETAPA – CONSTRUÇÃO DO GUIA

O processo de construção do instrumento, referente à primeira etapa, trata-se de uma fundamentação teórica referente ao tema que se deseja estudar para definição operacional do constructo e de sua dimensionalidade. Essa etapa foi realizada através da revisão integrativa da literatura.

Para realização da pesquisa, optou-se pela base de dados eletrônica, da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS, <http://bvsalud.org/sobre-o-portal>), pois, contém uma coleção de fontes de informações, que está composta por base de dados bibliográficos produzidos pela Rede BVS, como LILACS, Medline, entre outros, além de conter outras fontes de informações como recursos educacionais abertos, sites de internet e eventos científicos.

Foram selecionados apenas os trabalhos publicados, dentro do prazo dos últimos cinco anos, de janeiro de 2013 a março de 2018. A busca foi realizada no mês de maio de 2018.

Foram selecionados seis descritores Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): infarto do miocárdio, estudos de validação, protocolo, enfermagem, cuidados de enfermagem, emergência.

Contudo, foi também pesquisado o site da Sociedade Brasileira de Cardiologia (<https://www.cardiol.br>), site da American Heart Association (<http://international.heart.org/pt>) e site da European Society of Cardiology (<https://www.escardio.org>).

O cruzamento dos seis descritores, na base citada, ocorreu através do operador booleano AND, realizaram-se quinze cruzamentos, sendo excluídos os resultados repetidos e nulos. Foram selecionados os textos em forma de artigo, disponíveis na íntegra e responderam de alguma maneira a pergunta de pesquisa.

A seleção da amostra foi realizada em três etapas. A primeira deu-se através da leitura dos títulos dos trabalhos, sendo excluídos os que tivessem relação com o tema. Desses, posteriormente, foram lidos os resumos, com intuito de uma maior aproximação e conhecimento do trabalho. Após essa seleção, buscou-se os textos que se encontravam disponíveis na íntegra eletronicamente, os quais foram analisados por meio de dados registrados no instrumento de coleta.

Após todas as etapas foram alcançados os seguintes resultados: dentro dos seis descritores e cruzamentos que mostraram resultados, os quais constituíram a amostra, foram captados 3704 trabalhos. A partir da primeira análise, que se constituiu da análise do título, seguido de leitura do resumo, e após a disponibilidade do texto na íntegra, selecionou-se 22

trabalhos, sendo 21 artigos científicos e 1 diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

4.2. SEGUNDA ETAPA – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

4.2.1. TIPO DE ESTUDO

Estudo metodológico, com abordagem quantitativa, teve por escopo a validação por especialistas (juízes), de um instrumento de cuidados de enfermagem para o atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio na unidade de emergência.

4.2.2. LOCAL DO ESTUDO

Foi realizada uma busca ativa por meio da plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em Agosto de 2018, utilizando-se da busca avançada, por assunto, com o objetivo de identificar profissionais enfermeiros do Brasil que atuem como juízes das intervenções de enfermagem.

4.2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Trata-se de uma amostra selecionada de forma não probabilística e intencional. Para validação do conteúdo deste Guia de Boas Práticas, foram convidados a participar como juízes, enfermeiros com expertise sobre a temática, selecionados a partir da busca por currículos na plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), seguindo critérios definidos, através dos filtros disponibilizados, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 8. Critérios de inclusão utilizados para seleção inicial de juízes

Item	Critério
Assunto	Emergência; Cardiologia
Formação Acadêmica	Pelo menos o título de Especialista
Atuação profissional	Grande área: Ciências da Saúde. Área: enfermagem. Sub área: Enfermagem em saúde do adulto
Idioma do currículo	Português
Nacionalidade	Brasileira
Tempo máximo da última atualização do currículo	12 meses

Fonte: a autora, 2017.

Esta seleção representou uma amostra de 835 enfermeiros brasileiros e potenciais juízes em 30/08/2018 às 13h28min. Com objetivo de aprimorar a seleção de juízes foi utilizado o modelo de Fehring (1994), adaptado pela pesquisadora (quadro 9), para melhor ajuste as expectativas de um potencial juiz para esta pesquisa, No entanto, cabe ressaltar que as adaptações foram realizadas visando garantir boa pontuação para o profissional com experiência em emergências, uma vez que é condição fundamental para a análise deste instrumento que objetiva fazer parte do trabalho do enfermeiro em emergência.

Pesquisadores reconhecem que há uma tendência dos estudos à maior valorização do conhecimento prático em contrapartida ao aumento na pontuação acadêmica do modelo original de Fehring. Esse fator nos demonstra que a priorização pela experiência prática na seleção por juízes, resultado da preocupação dos pesquisadores em garantir acurácia das avaliações com juízes que tenham amplo domínio na área.

Quadro 9. Modelo de Classificação de experts adaptado do Modelo de Validação de Fehring

Crítérios	Pontuação
Mestre em enfermagem	2
Pesquisa (com publicações) na área de cardiologia	3
Doutorado	2
Doutorado com assunto relacionado com emergência cardiológica	2
Prática clínica de pelo menos 1 ano de duração na área de enfermagem em emergência	4
Certificado (especialização) em área cardiológica com comprovada prática clínica	3

Fonte: Autora, 2017.

Foram selecionados como potenciais juízes aqueles que obtiveram no mínimo 6 pontos. Para isso, foi realizada uma leitura dos resumos dos currículos até obter uma amostra de 45 potenciais juízes. Encontram-se várias recomendações sobre a quantidade ideal desses profissionais na literatura, porém recomenda-se a representatividade estatística, uma definição fundamentada de critérios de formação e de qualificação e disponibilidade dos mesmos, já que, a experiência pode ser mais valorizada, que o tamanho da amostra de juízes. Pode se considerar também, para a determinação da composição do comitê de experts o uso de critérios de homogeneidade e heterogeneidade, se for um grupo homogêneo o comitê pode ser constituído por 10 a 15 experts, considerado um grupo pequeno, com uma maior facilidade para obter respostas em menor tempo. Enquanto, que ao contrário, quanto maior for o comitê de experts, pode haver uma redução marginal de erros do grupo, sendo de pouca importância o resultado final do consenso (WILKES, 2015).

O rigor metodológico é determinado pelo uso da psicometria para atingir um consenso, na avaliação de instrumentos, a qualidade de um instrumento é determinada por variáveis denominadas propriedades psicométricas, dentre elas, destacam-se a confiabilidade e a validade (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010; LUIZ; COSTA; NADANOVSKY, 2008). Neste estudo o consenso foi definido como a concordância de opiniões dos experts, estabelecida por uma

porcentagem de conformidade verificada pelo índice de validade de conteúdo e a clareza e pertinência do instrumento foram verificadas a partir do coeficiente de validade de conteúdo.

4.2.2. VALIDADE DE CONTEÚDO

A validação consiste em verificar se o instrumento mede aquilo a que se propõe avaliar. Existem três tipos de validade: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo. A validade de conteúdo avalia se o instrumento contempla todos os aspectos do domínio a ser pesquisado. A validade de constructo é realizada quando não existe um instrumento padrão-ouro para ser comparado com o avaliado e pode ser verificada por meio de testes que identificam como as medidas se comportam em uma escala. A validade de critério corresponde à comparação do instrumento estudado com um considerado padrão-ouro (LUIZ; COSTA; NADANOVSKY, 2008).

4.3. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de validação foi construído como um formulário on-line, disponível no Google Forms. Essa ferramenta multifuncional facilita a edição colaborativa, como o desing, a organização de instrumentos eletrônicos, além disso, melhora a interação entre usuários pela facilidade de se compartilhar conteúdos através do contato via e-mail em tempo real, através de um link que pode ser gerado; permitindo ainda o uso de planilhas eletrônicas. Auxiliando os pesquisadores no desenvolvimento de instrumentos, como questionários, escalas e surveys, pelos benefícios, tanto a custo, a acessibilidade quanto a facilidade de uso (HEIDEMANN; OLIVEIRA; VEIT, 2010).

Foi enviado um e-mail com uma carta convite (APÊNDICE A), explicando a proposta da pesquisa com o link para acessar o formulário eletrônico.

A primeira parte do instrumento inclui o TCLE (APÊNDICE B) e um formulário direcionado às características dos juízes do estudo, como idade, sexo, formação profissional, entre outros. Essa parte do questionário teve por objetivo conhecer o perfil dos expertos.

A segunda parte do formulário diz a respeito da validação do instrumento em si, com a avaliação das intervenções de enfermagem no atendimento ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio. Cada um dos itens tem uma escala de avaliação. A escala é um dispositivo destinado a atribuir um escore numérico aos fatores quantitativos (POLIT, BECK,

2011). Para a validação os juízes classificaram cada elemento do instrumento, em uma escala do tipo Likert de quatro pontos, sendo que o valor um representa a mínima concordância aos itens propostos e o valor quatro a máxima concordância.

A escala Likert é amplamente utilizada em pesquisa devido a sua característica de fácil aplicabilidade e construção e possibilita a análise de concordância de opiniões, mediante uma graduação ordinal de informações (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Ao final de cada elemento do instrumento, havia um campo para sugestões e comentários, para obter as opiniões dos expertos por critério. Considerou-se necessário também, ao final do instrumento, um campo de resposta aberta para possíveis sugestões, observações, opiniões e comentários dos expertos, sobre o instrumento de forma geral.

4.4. COLETA DE DADOS

Após a construção do instrumento, realizou-se o pré-teste do formulário de validação do instrumento de cuidados, com o objetivo de verificar a compreensibilidade dos itens (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015), a estrutura visual, o tempo de preenchimento e clareza das expressões. Para tanto, o instrumento foi enviado via e-mail para duas enfermeiras mestrandas e membros de grupos de pesquisa de uma Universidade Federal do país. O instrumento foi devolvido após dois dias, com sugestões e comentários. Foram revistas algumas sugestões referentes ao desing do instrumento.

Na continuidade, os expertos previamente selecionados, foram contatados por endereço eletrônico que os mesmos informaram no cadastro da plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A correspondência foi enviada através da ferramenta de Contato de cada currículo Lattes.

A adoção da tecnologia da informação e comunicação no processo de comunicação científica vem crescendo e afetando, de maneira positiva, as atividades relacionadas a pesquisa, pois colaboram para uma visibilidade em tempo real de estudos na mais diferentes áreas de conhecimento, melhorando as discussões entre pesquisadores e cientistas, pois a pesquisa deixa de ocorrer somente em âmbitos locais ou regionais e passa a ocorrer mundialmente, atingindo mais rapidamente uma ampla gama de profissionais (MORAES, 2012).

Concomitante ao aceite da pesquisa, os juízes responderam a um formulário eletrônico que foi construído no Google Forms, denominado Validação de um Guia de Boas Práticas de Enfermagem no Atendimento

ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio (APÊNDICE B), onde foi possível registrar as respostas. Finalizado o formulário, as respostas foram encaminhadas para uma planilha Microsoft Excel versão 2016, indicando o juiz e suas respectivas respostas, tornando mais fácil a visualização dos resultados.

Enviou-se o instrumento de validação (APÊNDICE D) entre os dias 25 de Outubro e o dia 25 de Novembro de 2018. Determinou-se o tempo de sete dias para esperar a resposta do experto, em caso do não reposta o formulário foi reenviado, por mais duas tentativas, respeitando o prazo de sete dias de intervalo, entre o reenvio do formulário. Resultando em amostra final de 11 expertos que realizaram a avaliação do instrumento.

4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram organizados em planilha de dados eletrônica no programa Microsoft® Excel (2016), com o objetivo de manter o anonimato dos expertos, foi utilizado a letra E seguida de um número (E1...E11), conforme ordem sequencial de resposta e devolução do questionário. Logo após os dados tabulados, foram analisados por meio de uma leitura reflexiva, através do uso de estatística descritiva com frequências absolutas e relativas, médias dos escores das variáveis

Para a análise dos dados foram utilizados os softwares Excel (Microsoft®), Statistica (Statsoft®) e Minitab®.

Os dados foram analisados com auxílio de uma especialista em estatística externo, por meio de estatística descritiva simples, apresentando frequências absolutas e relativas para os dados sociodemográficos. Análises inferenciais foram realizadas para o estudo das propriedades psicométricas.

Para a análise de validade do instrumento foram utilizadas a medida de avaliação de:

a) Validade de Conteúdo: por meio do Coeficiente de Validade de Conteúdo – este coeficiente é utilizado para verificar o nível de adequação de clareza e pertinência dos itens do instrumento, considerado satisfatório com valores superiores a 0,70.

b) Índice de Validade de Conteúdo: este índice é utilizado para verificar a proporção de juízes que estão em concordância sobre os itens do instrumento. É calculado considerando o número de respostas 3 e 4 sobre o total de respostas do instrumento. Considera-se adequado IVC superiores a 0,90.

4.5.1. COEFICIENTE DE VALIDADE DE CONTEÚDO (CVC)

O CVC foi proposto por Hernandez-Nieto em 2002, ele foi proposto com o objetivo de responder de forma adequada às necessidades desse tipo de validade. Para avaliação da clareza e pertinência de conteúdo foi calculado o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) para cada item do instrumento (CVC_i) e para o instrumento como um todo (CVC_t). O CVC_i foi calculado considerando a média de cada item e para o cálculo do CVC_t foi considerado o possível erro aleatório, decorrente de eventual viés (Pei).

1) Com base nas notas atribuídas pelos juízes, calculou-se a média das notas de cada item conforme proposto por Hernandez-Nieto (2002) (M_x):

$$M_x = \frac{\sum_{i=1}^J x_i}{J} \quad (1)$$

Onde $\sum x_i$ representa a soma das notas dos juízes e J representa o número de juízes que avaliaram o item.

2) Com base na média calculou-se o CVC para cada item (CVC_i)

$$CVC_i = \frac{M_x}{V_{máx}} \quad (2)$$

Onde $V_{máx}$ representa o valor máximo que o item poderia receber.

3) Realizou-se ainda o cálculo do erro (Pe_i), para descontar possíveis vieses dos juízes avaliadores, para cada item

$$Pe_i = \left(\frac{1}{J} \right)^J \quad (3)$$

4) Com isso, o CVC final de cada item (CVC_c) foi assim calculado:

$$CVC_c = CVC_i - Pe_i \quad (4)$$

5) Para o cálculo do CVC total do instrumento (CVC_t), para cada uma das características (clareza de linguagem e pertinência prática), utilizou-se

$$CVC_t = Mcvc_i - Mpe_i \quad (5)$$

Onde $Mcvc_i$ representa a média dos coeficientes de validade de conteúdo dos itens do questionário e Mpe_i , a média dos erros dos itens do questionário.

Foi adotado como ponto de corte, para determinar níveis satisfatórios para clareza da linguagem e pertinência foi de $CVC_c \geq 0,70$ para cada um dos itens e de $CVC_t \geq 0,70$ para o instrumento no geral conforme recomendado na literatura da área (CASSEPP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010).

4.5.2 ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO (IVC)

O IVC avalia a concordância dos juízes quanto a representatividade da medida em relação ao conteúdo abordado, que é calculado dividindo-se o número de juízes que concordam com o item pelo número total de juízes (IVC para cada item). Este mensura a proporção de expertos que estão em concordância sobre a aprovação positiva (geral) dos componentes e itens (específicos) e faz-se uma estimação da validade de conteúdo, que é facilmente calculada e utiliza-se das pontuações da escala Likert. O cálculo da pontuação é realizado,

através da soma dos itens que foram pontuados com o valor de “3” ou “4” pelos expertos e o resultado dessa soma é dividido entre o número total de respostas. Para a interpretação dos dados, considerou-se como válidos os valores maiores de 0,8 que são descritos como uma boa qualificação (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; PEDROSA; SUAREZ-ALVAREZ; GARCIA-CUETO, 2014).

$$IVC = \frac{\text{Concordância}}{\text{Total de juízes}}$$

5. ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram aplicados os princípios éticos com indivíduo de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Para os juízes da pesquisa, foram esclarecidos os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como sua importância, através de sua anuência através do aceite do Termo de Consentimento Livre e esclarecido, que foi enviado juntamente ao formulário.

Esta pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, mediante envio via Plataforma Brasil e aprovado com o Parecer nº: 2.572.303, CAAE: 85209618.2.0000.0121 (ANEXO 1).

Os achados desta pesquisa foram socializados através da apresentação pública da dissertação, da elaboração e submissão de artigos em periódicos e eventos científicos, como comunicado aos participantes da pesquisa

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões estão apresentados em forma de dois manuscritos conforme a Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011, que estipula critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Cada manuscrito a autora visa responder a um dos objetivos propostos no estudo e serão apresentados da seguinte forma:

- i. O manuscrito 1 – Construção de um Guia de Intervenções de enfermagem para o atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência, está relacionado ao primeiro objetivo desta investigação.
- ii. O manuscrito 2 – Validação de um de um Guia de Intervenções de enfermagem para o atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência, se refere ao segundo objetivo do presente estudo.

6.1. MANUSCRITO 1: CONSTRUÇÃO DE UM GUIA DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O ATENDIMENTO AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA EMERGÊNCIA

RESUMO

Objetivos: Construir um Guia de intervenções para o paciente com Infarto Agudo do Miocárdio na unidade de emergência, buscando evidências científicas na literatura. **Método:** Revisão narrativa da literatura, realizou-se a busca na literatura, nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período dos últimos 5 anos. Foram pesquisadas publicações internacionais, das diretrizes da American Heart Association (AHA). Além dessas, pesquisou-se nos sites: Suporte Avançado de vida em Cardiologia (ACLS); do Ministério da Saúde, e dos hospitais e das secretarias de saúde, que disponibilizam os protocolos eletronicamente. **Resultados:** Foram encontrados 3704 artigos científicos, e após leitura na íntegra a amostra foi de 22 estudos que contribuíram para a construção do instrumento de cuidados, sendo 21 artigos e 1 diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Conclusões:** Os itens que compõem o guia de intervenções estão presentes em distintas pesquisas. Esse instrumento poderá guiar o enfermeiro para prestar uma melhor assistência ao paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência e tornará a assistência, sistemática e padronizada, atendendo o indivíduo em sua totalidade.

Descritores: Infarto do miocárdio, Cuidados de enfermagem; enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: To construct an instrument of care for the patient with acute myocardial infarction in the emergency unit, seeking scientific evidence in the literature. **Method:** Narrative review of the literature, the literature search was carried out in the electronic databases of the Virtual Health Library (VHL), a dissertation bank and theses of the Periodicals of the Coordination of Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), in the period of the last 5 years. International publications were searched from the American Heart Association (AHA) guidelines. In addition, the following websites were searched: Advanced Life Support in Cardiology (ACLS). **Results:** 3704 scientific articles were found, and after reading in full the sample was of 22 studies that contributed to the construction of

the care instrument, of which 21 articles and a guideline of the Brazilian Society of Cardiology. **Conclusions:** The items that make up the care instrument are present in different researches. This instrument may guide nurses to provide better care to the patient with acute myocardial infarction in the emergency and will make care, systematic and standardized, attending the individual in its entirety.

Key Words: Myocardial infarction, Nursing care; nursing.

RESUMEN

Objetivos: Construir un Instrumento de Cuidados para el paciente con Infarto Agudo del Miocardio en la unidad de emergencia, buscando evidencias científicas en la literatura **Método:** Revisión narrativa de la literatura, se realizó la búsqueda en la literatura, en las bases de datos electrónicos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), banco de disertaciones y tesis de los Periódicos de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (CAPES), en el período de los últimos 5 años. Se han investigado publicaciones internacionales, de las directrices de la American Heart Association (AHA). Además de estas, se investigó en los sitios: Soporte Avanzado de vida en Cardiología (ACLS); del Ministerio de Salud, y de los hospitales y de las secretarías de salud, que ponen a disposición los protocolos electrónicamente.

Resultados: Se encontraron 3704 artículos científicos, y después de leer en su totalidad la muestra fue de 22 estudios que contribuyeron a la construcción del instrumento de cuidados, siendo 21 los artículos 1 y guía de la Sociedad brasileña de Cardiología. **Conclusiones:** Los ítems que componen el instrumento de cuidados están presentes en distintas investigaciones. Este instrumento podrá guiar al enfermero para prestar una mejor asistencia al paciente con infarto agudo de miocardio en la emergencia y hará la asistencia, sistemática y estandarizada, atendiendo al individuo en su totalidad.

Descriptores: Infarto de miocardio, Cuidados de enfermería; enfermería

Introdução

A síndrome coronariana aguda (SCA) é definida quando ocorre um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio pelo músculo cardíaco, em decorrência do fluxo insuficiente nas artérias coronárias causada por uma obstrução na artéria coronária por trombose ou vasoespasmos, acarretando em sintomatologia clínica compatíveis com o quadro de isquemia miocárdica (ALVES et al., 2017). O principal sintoma clínico da SCA é a dor do tipo anginoso que ocorre devido ao estreitamento crônico e gradual da artéria coronária (MAGEE et al, 2012).

A SCA pode apresentar-se de maneiras: com supradesnivelamento do segmento ST que é denominada de Infarto Agudo do Miocárdio com supra ST (IAMCSST), e sem supradesnivelamento do segmento ST, que está subdividida em Angina Instável (AI) e Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST). Estes possuem apresentações clínicas e eletrocardiográficas idênticas, diferenciando-os somente pela elevação do segmento, IAMSSST, ou não, AI, dos marcadores de necrose miocárdica como a troponina I e a creatinofosquinase – fração MB (CK-MB), após algumas horas do início dos sinais e sintomas (BRASIL, 2011 a; MAGEE et al., 2012).

O infarto agudo do miocárdio (IAM) representa uma das principais complicações da doença arterial coronariana (DAC) e ocupa atualmente, o mais elevado patamar das causas de mortalidade no Brasil e no mundo, juntamente com outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Os indivíduos acometidos por esta patologia são chamados de coronariopatas e estão altamente expostos a esta potencial complicação. Um dos sucessos para a redução da morbidade e mortalidade dessa doença está relacionada com o rápido atendimento, pois maior parte dos óbitos ocorrem na primeira hora. O tratamento precoce favorece a reperfusão coronariana contribuindo para uma evolução positiva da terapêutica (DUNCAN, 2012; MENDES et al., 2014; ARSLANIAN-ENGOREN; SCOTT, 2017).

Segundo a organização Pan-americana de Saúde (2016), as doenças cardiovasculares são as principais causas de mortalidade no mundo, representam 31% de todos os óbitos no mundo; entre essas destaca-se, as doenças coronárias 7,4 milhões. Grande parte dessa mortalidade ocorre em países de baixa e média renda, fato este, que se justifica por esses países não possuírem um programa de atenção primária à saúde, que auxiliam na prevenção e tratamento desta doença.

O Brasil está entre os 10 países com maior índice de morte por doenças cardiovasculares, e apresentam 29,4% dos óbitos registrados em um ano, destacando o IAM como a principal causa de morte do país (BRASIL, 2016).

As principais manifestações do IAM são: dor no peito que se irradia para o membro superior esquerdo, dor epigástrica, dor retroesternal, dispneia, fadiga, síncope, náusea, taquicardia, entre outros. O enfermeiro tem um papel muito relevante na detecção precoce do IAM, através de uma avaliação minuciosa dos sinais e sintomas e do exame físico, utilizando o conhecimento científico aliado a habilidade técnica, sendo estes, fatores importantes para um bom prognóstico (CAVEIÃO et

al., 2014; ANDERSSON; ULLGREN; HOLMBERG, et al., 2017).

Os principais fatores de risco para o IAM são o tabagismo, a hipertensão arterial, o colesterol elevado e o diabetes mellitus. Estudos apontam ainda (GONZALES; YONKER; CHANG, 2017).

Nos últimos anos houve um decréscimo na mortalidade de pacientes com SCA em países desenvolvidos, advento esse que está relacionado com o avanço tecnológico dos sistemas de saúde, tanto na prevenção primária, quanto no tratamento adequado dessa patologia (SCHMIDT et al. 2012). No entanto no Brasil, por se tratar de um país em desenvolvimento, ainda observa-se um número elevado na mortalidade dos pacientes com IAM, principalmente no sistema público de saúde a qual se relaciona, grande parte das vezes, com a dificuldade de acesso às medidas terapêuticas para a SCA como o acesso a terapia intensiva ou a angioplastia em tempo hábil (MARCOLINO et al., 2012).

Em virtude das altas taxas de mortalidade por DCV, foi instituído no Brasil, em 2011, a Rede de atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), determinado a Linha de Cuidado do IAM como prioritária entre as demais, o principal objetivo é garantir que os pacientes com IAMCSST receba a terapia de reperfusão química (administração de fibrinolítico) ou a intervenção coronária percutânea em tempo hábil, considerando um tempo máximo de 90 minutos entre o início dos sintomas e a realização da ICP (BRASIL, 2011; BRANT et al., 2012).

O atendimento primário do IAM realizado por enfermeiros na sala de emergência é baseado na identificação dos sintomas clínicos e conhecimento científico desse profissional, para isso faz-se necessário uma sistematização dos procedimentos que devem ser realizados, além do conhecimento sobre as necessidades básicas dos usuários (ALVES et al. 2013).

O enfermeiro possui um importante papel no atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio, implementando ações com o objetivo de identificar os problemas, causas e riscos, desdobrando suas habilidades e garantindo uma atenção eficaz na busca ou controle dos problemas, prevenindo ou retardando os agravos, é indispensável ainda, o papel do enfermeiro como gerenciador com sua equipe e os demais profissionais de saúde, coordenando a abordagem realizada. Para a concretização destas atividades, é necessário uma constante atualização para fornecer segurança e habilidade na aplicação destes cuidados vitais, indispensáveis ao paciente cardíaco (SOCESP, 2015).

A Prática Baseada em Evidências (PBE), faz uso da evidência avaliada e cientificamente comprovada na prestação dos cuidados de saúde, garantindo a qualidade e segurança. Entre seus objetivos é capaz

de amparar os profissionais de saúde a ofertarem o melhor cuidado e tratamento possível aos pacientes, percorridos pelas práticas tradicionais e adotando intervenções inovadoras originadas de pesquisas sólidas (MAJID et., 2011). O foco principal na solução dos problemas é fundamentado em melhores evidências científicas, possibilitando estabelecer condutas profissionais de forma segura e organizada.

Neste sentido, esta pesquisa teve como objetivo: construir um guia de intervenções de enfermagem para atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência.

Método

Para obter as evidências científicas e construir o guia de intervenções ao paciente com infarto agudo miocárdio, realizou-se uma revisão narrativa da literatura científica e consulta a sites específicos para construção e fundamentação do instrumento.

Para a realização dessa revisão, foram percorridas seis etapas: pergunta de pesquisa; seleção dos descritores; definição da base de dados para busca; estabelecimento dos critérios para seleção da amostra; preenchimento de instrumento para registro de dados coletados; análise e interpretação de dados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Como forma de conduzir essa revisão, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: Quais os cuidados ao paciente com infarto agudo do miocárdio foram explorados na literatura científica nos últimos cinco anos?

Foram selecionados três Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), para a pesquisa: infarto do miocárdio, enfermagem, emergência.

A pesquisa foi realizada na base de dados, da Biblioteca Virtual em Saúde, com a justificativa, de que possui uma coleção de fontes de informação, que está composta de bases de dados bibliográficos produzidas pela Rede BVS, como LILACS, Medline, entre outras fontes de informações, tais como, recursos educacionais abertos, sites de internet, no período dos últimos 5 anos. Foram pesquisadas publicações internacionais, das diretrizes da American Heart Association (AHA). Além dessas, pesquisou-se nos sites: Suporte Avançado de vida em Cardiologia (ACLS); do Ministério da Saúde, e dos hospitais e das secretarias de saúde, que disponibilizam os protocolos eletronicamente

Como critérios de inclusão optou-se por publicações disponíveis integralmente, em formato de artigo, nos idiomas, inglês, português e espanhol, que estivessem disponíveis na íntegra, publicados nos últimos 5 anos. Foram excluídos estudos que não respondiam a questão de pesquisa.

O cruzamento dos três descritores, na base citada, ocorreu por meio do operador booleano AND. Realizaram-se dez cruzamentos, associando-os entre si, sendo excluídos os cruzamentos repetidos ou com resultado nulo.

Para seleção da amostra, efetuaram-se três etapas. A primeira deu-se pela leitura dos títulos dos trabalhos, sendo excluídos os que não tivessem relação com o tema. Desses, posteriormente, foram lidos os resumos, com o intuito de uma maior aproximação e conhecimento do trabalho. Após essa seleção, buscaram-se os textos que se encontravam disponíveis na íntegra eletronicamente, os quais foram analisados por meio dos dados registrados no instrumento de coleta.

Resultados

Inicialmente foram encontrados 3704 artigos científicos, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, leitura dos títulos, dos resumos e leitura na íntegra, foram selecionados 21 artigos e uma diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Todos os estudos selecionados (22) foram analisados por dois avaliadores (pesquisadora e orientadora) e as discordâncias resolvidas com discussão.

Após a leitura na íntegra dos 22 artigos, da amostra final, foi preenchido o Quadro 1, em ordem decrescente, abrangendo os itens: número do artigo; título; autor principal; ano de publicação; país; metodologia e objetivos.

Quadro 10. Distribuição das publicações investigadas na BVS, n (22)

TÍTULO	AUTOR PRINCIPAL	ANO	PAIS DE PRODUÇÃO	METO DO LOGIA	OBJETIVOS
1. Oxygen Therapy in Suspected Acute Myocardial Infarction	Robin Hofmann	2017	Ingalaterra	Estudo clinico randomizado	Verificar o efeito clinico do uso de oxigenioterapia de rotina em pacientes com infarto agudo do miocárdio
2. Assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda segundo indicadores de qualidade.	Gláucia de Souza Omori Maier	2016	Brasil	Estudo longitudinal, quantitativo	Avaliar a assistência intra-hospitalar ao paciente com Síndrome Coronariana Aguda segundo indicadores de qualidade.
3. Conhecimento do Infarto agudo do miocárdio: implicações para assistência de enfermagem	Ribeiro, Kaiomax Renato Assunção	2016	Brasil	Revisão integrativa	Descrever os cuidados desenvolvidos pela equipe de enfermagem aos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio
4. Acute pain in myocardial infarction: analysis of concept	Sônia Maria Josino dos Santos	2015	Brasil	Revisão integrativa	Analizar el concepto de "dolor agudo" en el contexto del infarto agudo del miocardio.
5. Sleep quality and adverse outcomes for patients with acute myocardial infarction.	Andrechuk, Carla Renata Silva	2015	Brasil	Estudo descritivo	Analisar a relação entre a piora dos desfechos clínicos (morte cardiovascular, eventos isquêmicos cardiovasculares recorrentes e acidente vascular cerebral) e qualidade do sono.
6. Avaliação da qualidade do atendimento ao paciente com síndrome coronariana aguda no serviço de emergência	Santos, Felipe Gonçalves dos	2015	Brasil	Estudo transversal e analítico	Associação entre os fatores de risco e indicadores de qualidade no atendimento da Síndrome Coronariana Aguda
7. Avaliação do sistema de triagem de Manchester na síndrome coronariana aguda / Evaluation of the Manchester	Gouvêa, Vivian Ellen Tácito	2015	Brasil	Estudo observacional retrospectivo	Avaliar o atendimento a pacientes com Síndrome Coronariana aguda, submetidos ao sistema de triagem de Manchester aplicado por enfermeiras.

triage system in the acute coronary syndrome					
8. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST	LS Piegas et al.	2015	Brasil	Diretriz	
9. Avaliação do sistema de triagem de Manchester na síndrome coronariana aguda / Evaluation of the Manchester triage system in the acute coronary syndrome	Gouvêa, Vivian Ellen Tácito	2015	Brasil	Estudo observacional retrospectivo	Avaliar o atendimento a pacientes com síndrome coronariana aguda, submetidos ao sistema de triagem de Manchester aplicado por enfermeiros
10. Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola	Caveião, Cristiano	2014	Brasil	Estudo do tipo Exploratório, descritivo, com abordagem Quantitativa	Identificar a atuação do enfermeiro frente ao paciente com dor torácica
11. Clinical nursing care to comfort women with acute myocardial infarction	Ponte, Keila Maria de Azevedo	2014	Brasil	Desenho qualitativo, caracterizado como uma pesquisa-cuidado	Descrever a contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto ambiental de mulheres com Infarto Agudo do Miocárdio, com base na Teoria do Conforto e mediado pela pesquisa-cuidado
12. Timely treatment for acute myocardial infarction and health outcomes: an integrative review of the literature.	Martin, Lorelle	2014	Australia	Revisão integrativa	Tempo para tratar STEMI, os fatores associados com impacto sobre os resultados de saúde e explorar sistemas de atendimento que reduzem o tempo de tratamento.
13. Cuidados de enfermagem a mulheres com infarto do miocárdio: promoção do conforto sociocultural pela pesquisa-cuidado	Keila Maria de Azevedo Ponte	2014	Brasil	Estudo qualitativo, do tipo pesquisa-cuidado, fundamentado na Teoria do Conforto.	Descrever os cuidados de enfermagem a mulheres com infarto agudo do miocárdio para promover conforto sociocultural

14. The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: a prospective cohort study.	Harbman, Patricia	2014	Canadá	Estudo Prospectivo	Avaliar os efeitos do tratamento da DN sobre a taxa de implementação do provedor e a realização pelo paciente de metas-alvo de prevenção secundária baseadas em evidências.
15. Cuidado clínico de enfermagem para conforto de mulheres com infarto agudo do miocárdio	Ponte, Keila Maria de Azevedo	2014	Brasil	Estudo qualitativo	Descrever a contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto ambiental de mulheres com Infarto Agudo do Miocárdio.
16. Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola .	Caveião C. Santos RB , Montezeli JH, et al.	2014	Brasil	Estudo exploratório, descritivo, quantitativo	Identificar a atuação do enfermeiro frente ao paciente com dor torácica na unidade de pronto atendimento
17. The impact of direct admission to a catheterisation lab/CCU in patients with ST-elevation myocardial infarction on the delay to reperfusion and early risk of death: results of a systematic review including meta-analysis	Magnus Andersson Hagiwara	2014	EUA	Revisão integrativa	Descrever o impacto da admissão direta de pacientes com IAMCSST em um laboratório de cateterismo (laboratório de cateterismo) em comparação com o transporte para o departamento de emergência (DE) em relação a atrasos e desfechos.
18. Nursed Early Triage (NET) study of chest pain patients a long term evaluation study of a service development aimed at improving the management of patients with non-ST elevation acute coronary syndormes	O'Neill, Linda et al.	2013	Reino Unido	Estudo prospectivo	Avaliar se a Triage Precoce Nurse-led (NET) na unidade de tratamento coronariano (UCC) pode melhorar o tempo para avaliação e tratamento de pacientes com SCASEST.
19. Atuação do enfermeiro no atendimento emergencial aos usuários acometidos de infarto agudo do miocárdio	Alves, Thiago Engle	2013	Brasil	Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa.	Analisar a assistência emergencial do enfermeiro frente ao usuário acometido por Infarto Agudo do miocárdio (IAM).

20. The organization, function and outcomes of ST-elevation myocardial infarction networks worldwide: current state, unmet needs and future directions	Kurt Huber et al.	2013	Austria	Revisão Integrativa	Conhecer a organização de redes para melhor coordenar e oferecer estratégias de reperfusão mais rápidas para o infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST
21. Derminacion de troponina en el servicio de un hospital terciario: se hace un uso apropiado	Oscar Fabregat-andrés	2013	Espanha		Definir se é um uso adequado dos marcadores de religião miocárdico se analisar as petições de troponina.
22. Atuação do enfermeiro no atendimento emergencial aos usuários acometidos de infarto agudo do miocárdio	Alves, Thiago Enggle	2013	Brasil	Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa	Analisar a assistência emergencial do enfermeiro frente ao usuário acometido por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Fonte: Elaborado pela autor

Discussão

Para que o cuidado de enfermagem ao paciente com suspeita de IAM seja otimizado, o enfermeiro deve fazer uso de tecnologias, com a finalidade de contribuir para o planejamento do cuidado, aliando a conhecimento científico e técnico, ou seja, os profissionais que realizam cuidado a esses paciente devem estar atualizados e comprometidos com a prática assistencial (VARGAS, RIEGEL, JUNIOR, SIQUEIRA, CROSSETTI, 2017).

Geralmente o primeiro atendimento ao paciente com suspeita de um IAM nas unidade de emergência, é realizado pela equipe de enfermagem. Dessa forma é fundamental que esses profissionais estejam preparados e capacitados para atender esses pacientes de forma ágil. Nesse sentido, o reconhecimento rápido dos sinais e sintomas associados à SCA assume um papel importante no desfecho do atendimento, pois facilita o planejamento e a priorização das intervenções que devem ser providenciadas (PIEGAS et al., 2015; BRUNORI et al., 2014).

A literatura aponta como cuidado primordial ao paciente com suspeita de IAM a realização do eletrocardiograma (ECG) com 12 derivações, ainda nos primeiros procedimentos durante a admissão no serviço de saúde, e consideram como padrão ouro, o ECG realizado em até 10 minutos após o início dos sinais e sintomas ou após a admissão do indivíduo no serviço de saúde, pois esse exame permite a identificação de zonas lesadas do miocárdio, promovendo assim o diagnóstico correto e avaliação do IAM (PIEGAS et al., 2015).

É recomendado, que após o diagnóstico de IAM, o tratamento inicial deve abordar os mais diversos aspectos como por exemplo, o controle da dor, a avaliação hemodinâmica, terapia anticoagulante, monitorização constante e tratamento precoce de possíveis arritmias, além da recomendação de se manter repouso absoluto, evitando assim a sobrecarga cardíaca e uma avaliação seriada eletrocardiográfica, durante a fase inicial de hospitalização (AMSTERDAM et al., 2014).

A equipe de enfermagem deve estar vigilante a todos os sinais de possíveis alterações hemodinâmicas dos pacientes, com o objetivo principal de evitar arritmias letais. A avaliação hemodinâmica deverá ser realizada constantemente nas primeiras horas após a admissão hospitalar (PIEGAS et al., 2015).

A administração de oxigênio é indicada para pacientes com saturação de oxigênio menor que 94%, congestão pulmonar ou na presença de desconforto respiratório. Entretanto a utilização de oxigênio suplementar deve ser bem avaliada, uma vez que, quando utilizada de

forma errônea, pode causar vasoconstrição sistêmica e aumento da resistência vascular sistêmica e da pressão arterial, reduzindo o débito cardíaco. A suplementação recomendada é de oxigênio por máscara ou cateter nasal de 2 a 4 L/min (PIEGAS et al., 2015; HOFMANN, 2017).

Durante o IAM é preciso diminuir o esforço do músculo cardíaco para garantir maior oferta de oxigênio nessa condição o paciente necessita de repouso absoluto no leito e redução dos níveis de ansiedade. A equipe de enfermagem precisa estar preparada para garantir que o paciente realize o mínimo de esforço possível, e a partir dessa promoção de conforto, necessita estabelecer um vínculo de confiança entre cuidador e o ser cuidador, além de fornecer informações sobre o estado de doença e tratamento, e estar disponível para ajudar. A humanização no atendimento contribui no processo de reabilitação e, conseqüentemente, reduz os dias de internamento (PONTE; SILVA, 2014).

A American Heart Association (AHA), preconiza que o diagnóstico e o tratamento do IAM de forma precoce, ou seja, nas primeiras horas após o início dos sinais e sintomas, sendo esses fatores fundamentais para um bom prognóstico do paciente, e exigindo dos enfermeiros, amplo conhecimento e preparo para acolher e classificar o paciente nos serviços de emergência, além de possibilitar o planejamento e a priorização das intervenções que se associem à redução do risco de ocorrência de novos eventos coronarianos (AHA, 2015; SANTOS et al., 2015; BRUNORI et al., 2014).

O fator tempo é considerado crucial no atendimento a esses pacientes, devido à rapidez da evolução da isquemia miocárdica (MAIER; MARTINS, 2016). Com o objetivo de atender os pacientes em tempo adequado e reduzir a mortalidade por SCA, a classificação de risco surge como uma estratégia de priorização de atendimento e organização dos serviços de urgências e emergências em diversos países, inclusive no Brasil (GOUVÊA et al., 2015).

O princípio da classificação de risco está relacionado com a identificação dos quadros agudos que implicam risco à vida, como forma de garantir tempo de atendimento adequado dependendo dos sinais e sintomas apresentados pelos indivíduos e evolução do quadro clínico, minimizando assim as complicações e, conseqüentemente, aumentando as chances de sobrevivência dos pacientes graves (MACKWAY-JONES et al. 2017). Para um melhor manejo desse processo, no Brasil, grande parte das instituições adota o Sistema de Triagem de Manchester, ou adaptações desse sistema de triagem (SOUZA et al., 2011).

O bom prognóstico de um paciente com IAM, depende em grande parte, da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao indivíduo,

iniciando no pré-atendimento e se necessário nos procedimentos emergenciais, além das atribuições como, orientar, educar, prevenir e reconhecer os sintomas são indispensáveis. Nesse contexto, o papel do enfermeiro faz-se importante não somente no âmbito de cuidado hospitalar, como também em seu papel como educador, promovendo orientações de cuidados, novos hábitos de vida (CAVEIÃO et al., 2014; MENDES, REIS, SANTOS, MUSSI, 2016).

Foi possível constatar que as principais condutas realizadas pela equipe de enfermagem foram: a realização de ECG, imediatamente após a admissão hospitalar do paciente e com suspeita de IAM; a administração de oxigenioterapia, instalação de acesso venoso periférico, identificação da dor, administração de analgésico conforme prescrição médica, manutenção do paciente em repouso absoluto, administração de terapia trombolítica e encaminhamento para procedimento de reperfusão coronariana (PONTE; SILVA, 2017; SANTOS, 2017).

O ECG é conduta fundamental nos serviços de urgências e emergências quando existe uma suspeita de IAM no paciente, pois é através desse exame que pode se avaliar a atividade elétrica cardíaca, além de auxiliar na identificação de distúrbios de ritmos, condução e eventos isquêmicos cardíacos; a oxigenioterapia auxilia no suprimento de oxigênio para as células tendo em vista que a oferta de oxigênio diminui e fica comprometida devido a isquemia; o acesso venoso garante uma via direta para administração de fármacos, como os trombolíticos, que são fundamentais para o tratamento do IAM. Cabe, ressaltar a importância da monitorização, que é essencial para avaliar o paciente em tempo real, afim de acompanhar sua evolução e possíveis alterações (ALVES et al., 2013).

O enfermeiro é fundamental no processo de promoção da segurança do paciente no decorrer da prestação de cuidados, sendo esse profissional responsável pela assistência de enfermagem prestada. Nesse sentido, a prestação da assistência de cuidado ao paciente tem exigido da enfermagem, uma complexa atuação, convocando esses profissionais para uma constante capacitação científica, comprometimento ético com as ações sistêmicas de avaliação e prevenção, viabilizando a redução de desfechos indesejados, e garantindo a qualidade do cuidado prestado (CALDANA et al., 2015).

O uso de tecnologias do cuidado, as duras ou de trabalho morto, referem-se a um instrumental amplamente complexo em todo seu conjunto, envolve todos os equipamentos para tratamentos, exames e organizações das informações. Entre as tecnologias duras amplamente pesquisadas e implantadas na enfermagem podemos destacar o Processo de Enfermagem, a construção e implementação de protocolos, checklist,

roteiros de cuidados, procedimento padrão, entre outros (CESTARI et al., 2017).

As boas práticas em saúde, englobam ações adotadas pelas instituições de saúde, seus funcionários, com o objetivo principal de possibilitar a identificação e resolução de problemas com segurança e rapidez, proporcionando uma melhor assistência a seus pacientes (CESTARI et al., 2017).

O guia de intervenções foi construído baseado, nos principais cuidados trazidos através da leitura dos artigos encontrados, constituindo dessa forma um instrumento com 51 itens de cuidados a serem realizados pela equipe de enfermagem na unidade de emergência.

Quadro 11: Tecnologia de cuidados em enfermagem para o paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência (2018).

DOMÍNIO 1: IDENTIFICAÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	
Cuidados	Justificativas
1. Identificar manifestações clínicas sugestivas do Infarto Agudo do Miocárdio	A principal característica do infarto agudo do miocárdio é a dor prolongada localizada na região subesternal que irradia para pescoço, ombro e braço esquerdo, principalmente. Os sintomas clássicos do infarto agudo do miocárdio são: dor no peito ou uma forte sensação de pressão, dor que irradia para os ombros, braço esquerdo, pescoço, maxilar, dor abdominal, falta de ar, perda temporária da consciência e sensação de morte iminente (AHA, 2015; SIERRA et al., 2017).
2. Identificar Caráter da dor: Diferenciar dor torácica de origem cardíaca e de origem não cardíaca	A dor deve ser caracterizada e qualificada conforme o tipo: tipo A (dor definitivamente anginosa), tipo B (dor provavelmente anginosa), tipo C (dor provavelmente não anginosa) e tipo D (definitivamente dor não anginosa) (PIEGAS et al. 2015).
3. Se dor Precordial: Encaminhar paciente para sala de reanimação	Definida como dor no meio do peito, geralmente tipo aperto ou peso, que pode irradiar para o braço esquerdo ou pescoço, podendo estar associada a sudorese, náuseas, sensação de lipotímia e/ou dor epigástrica. Considerando essa característica de dor, a

	classificação de risco para este sinal/sintoma é de Muito Urgente – Laranja, atendimento médico em até 10 minutos (CARVALHO; ROCHA, 2018; CAMARA, AGUILERA, LÓPEZ, PADIAL, 2017).
4. Não constatado dor de origem cardíaca: Encaminhar paciente para atendimento clínico, conforme protocolo de Manchester	Após a anamnese e o exame físico completo do paciente, pode ocorrer a identificação de uma etiologia diferente da cardiovascular para a origem dor torácica, como sinais sugestivos de patologia pulmonar, como uma dor secundária a pneumonia por exemplo, ou uma patologia digestiva, entre outras complicações (CAMARA, AGUILERA, LÓPEZ, PADIAL, 2017).
DOMÍNIO 2: AVALIAÇÃO IMEDIATA < 10 MINUTOS	
5. Identificar localização da dor	A dor típica é o principal sintoma de Doença Coronariana, principalmente aquela com opressão, do tipo que irradia para o braço esquerdo, direito ou mandíbula, pode estar associada à sudorese fria, náusea, dor abdominal e até lipotímia. No entanto, pode haver a presença de sintomas atípicos, principalmente em pacientes idosos, diabéticos e mulheres, fato esse que pode direcionar para outros diagnósticos (FONSECA;IZAR, 2016).
6. Determinar tempo de início dos sintomas	O tempo entre o início dos sintomas e a entrada na sala de emergência é determinado pelo Delta T e não deve ser maior que duas horas. Nesse intervalo, recomenda-se que o transporte entre o local do primeiro atendimento e centro de referencia para reperfusão miocárdica não ultrapasse 45 minutos (AHMED et al., 2018; TAKAGUI et al., 2018).
7. Monitorar sinais vitais de 15 em 15 minutos na primeira hora e após de 30 em 30 minutos, até a estabilização do paciente	Os sinais vitais são um conjunto de medidas, observações e monitorações que são úteis no diagnóstico e acompanhamento da evolução e das condições clínicas dos indivíduos. Através da monitorização rigorosa dos sinais vitais, pode-se obter uma resposta rápida ao tratamento em casos de hipotensão,

	hipertermia, taquicardia, bradicardia e presença de arritmias ventriculares. (T: 35,5-36,9; FC: 60 a 100bpm – Limites de alerta <50 bpm ou >120bpm; FR: 12 a 20 irpm PA:120X80mmHg (AMA, 2014; FETEZER, 2013)
8. Realizar exame físico completo	O exame físico frequentemente representa o primeiro contato físico com o paciente, além de ser imprescindível para a efetividade dos cuidados prestados, permite uma individualização da assistência de enfermagem. É fundamental que o examinador possua conhecimentos prévios de anatomia, fisiologia, fisiopatologia e outras ciências (BARROS, 2016). Além de auxiliar na identificação de dados de insuficiência cardíaca ou complicações mecânicas de um ataque cardíaco. Também é útil pois auxilia na realização de um diagnóstico diferencial, é pouco provável que uma dor no peito que se reproduza à palpação seja um infarto agudo do miocárdio (SIERRA et al., 2017).
9. Realizar ausculta cardíaca e pulmonar de forma criteriosa	A ausculta cardíaca e pulmonar são importantes para identificação de alterações cardíacas e pulmonares. O objetivo da ausculta cardíaca é determinar a frequência e o ritmo cardíaco e avaliar possíveis alterações nos batimentos cardíacos. A ausculta pulmonar é realizada para identificar possíveis alterações causadas pela infarto agudo do miocárdio, como a presença de estertores e sibilos, além de tosse e até mesmo hemoptise (SMELTZER;BARE;HINKLE;CHEEVER, 2016).
10. Identificar fatores de risco e antecedentes cardiovasculares	Entre os principais os principais fatores de risco e antecedentes cardiovasculares, destaca-se o tabagismo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemias e obesidade, que são classificados como fatores de risco

	<p>modificáveis, além de existirem os fatores não modificáveis, como idade, sexo e hereditariedade (TEIXEIRA, SANCHES, VIVAS, 2017).</p>
<p>11. Manter oximetria de pulso</p>	<p>A oximetria de pulso é amplamente utilizada para pacientes que necessitam de monitoramento contínuo de saturação de oxigênio. E tem como principal finalidade a detecção precoce de hipoxemia nas mais diversas situações e a monitorização da perfusão e circulação, pode -se afirmar que a oximetria de pulso permite uma monitorização contínua e não invasiva da saturação parcial de oxigênio, desempenhando um papel fundamental na recuperação de pacientes que necessitam de cuidados permanentes, como no caso do IAM (PESSANHA, COELHO, JESUS, RIBEIRO, 2017).</p>
<p>12. Documentar e registrar – sinais vitais e SpO2 de modo apropriado</p>	<p>Os registros de enfermagem são imprescindíveis para prática profissional, o prontuário do paciente deve constar e retratar a realidade, de forma documentada e ser meio de comunicação permanente entre a equipe. A avaliação da resposta do paciente ao tratamento ocorre através da avaliação dos registros dos resultados, assim como o planejamento da assistência contínua (SANTOS et al., 2018; COLAÇO et al., 2015).</p>
<p>13. Realizar monitoramento do paciente com monitor multiparâmetros</p>	<p>O paciente gravemente enfermo necessita de monitorização e vigilância gerencial e assistencial durante as 24 horas. Por isso a monitorização consiste na produção de dados de vigilância e permite a tomada de decisão através dessas informações. A vigilância de enfermagem, garante a segurança e proteção com a implementação das ações de enfermagem. É necessário também que o profissional saiba interpretar os parâmetros indicados, afim de evitar complicações ao paciente. Essa monitorização permite</p>

	<p>diagnosticar e identificar a resposta ao tratamento, acompanhar a evolução do paciente e determinar a conduta terapêutica. Avaliar sistema cardiorrespiratório e estabilidade térmica (BULECHEK et al.,2016; VENTURI,2016).</p>
<p>14. Remover sensor regularmente e procurar irritação da pele ou sinais de pressão (a cada 2 horas para sensor de salto de tensão ou a cada 4 horas para sensor adesivo de dedo da mão ou do pé).</p>	<p>As lesões por pressão constituem um dos principais eventos adversos encontrados em serviços de atenção à saúde. Além disso são consideradas problemas socioeconômicos e educacionais, sendo necessário investimentos em ações de prevenção. Um paciente que desenvolve uma lesão por pressão, demanda 50% a mais de tempo de assistência de enfermagem, dado que evidencia a necessidade e relevância dos cuidados preventivos (FERREIRA; et al., 2016).</p>
<p>15. Verificar os limites de alarme do monitor, conforme o fabricante, para ajuste correto de frequência de pulso (alta e baixa).</p>	<p>Políticas e práticas de configuração inadequada dos alarmes. Falhas não intencionais relacionadas aos alarmes muitas vezes podem ser atribuída a sistemas que não foram configurados de forma adequada (ECRI, 2014). A enorme quantidade de alarmes disparados concorrentes gera uma cacofonia de ruídos que, por conseguinte, constrói uma sobrecarga cognitiva nos profissionais de saúde e isto pode impedir que alarmes clinicamente relevantes sejam atendidos e solucionados(AAMI, 2018).</p>
<p>16. Ajustar os alarmes de Frequência Cardíaca (FC) entre 50 e 70.</p>	<p>A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2015) recomenda que a FC alvo para os pacientes com IAM deve ser mantida em torno de 55 a 60bpm.</p>
<p>17. Identificar arritmias e desvios do segmento ST</p>	<p>A rápida identificação das alterações apresentadas no eletrocardiograma de 12 derivações pelo enfermeiro, permite a antecipação de eventos potencialmente fatais aos pacientes (SANTANA-SANTOS et al, 2017). É importante identificar os pacientes com alto risco de arritmias que podem ser fatais (principalmente aqueles com isquemia</p>

	ativa), porque exigirão um monitoramento atento até que o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio seja confirmado ou descartado. Em geral as arritmias aparecem nas primeiras 12 horas após os primeiros sintomas clínicos (SIERRA et al., 2017).
18. Garantir acesso venoso calibroso	A punção venosa periférica consiste no acesso à corrente sanguínea através da introdução de um cateter especial, podendo ser mantido por até 96 horas no sítio de inserção, cateteres mais calibrosos permitem maior fluxo que um cateter central com o mesmo calibre, pois a resistência depende também de seu comprimento, os mais calibrosos (16 ou 14) são amplamente utilizados em casos de emergência para infusão com fluxo alto, reparação rápida de volume, bolus de contraste, medicamentos muito viscosos ou concentrados sanguíneos. Cabe ao enfermeiro, juntamente com sua equipe, providenciar a garantia de um acesso venoso periférico e calibroso (VIZCARRA et al., 2014; ALVES et al. 2013).
DOMÍNIO 3 : EXAMES PARA CONFIRMAÇÃO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	
19. Realizar Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações	O ECG de 12 derivações é capaz de refletir alterações resultantes de disfunções do miocárdio nas mais diversas possibilidades, é essencial pois é capaz de detectar anormalidades na condução elétrica cardíaca prevenindo os riscos para a vida do paciente, além de permitir o monitoramento do segmento ST. O ECG continua sendo um teste essencial não invasivos em pacientes com suspeita de IAM e deve ser realizado em até 10 minutos após a chegada na unidade de emergência. A chance de IAM é menor quando um ECG é normal ou não conclusivo, no entanto aumenta substancialmente na presença de desvios de segmento. Portanto um único ECG normal não exclui o IAM, recomenda-se a obtenção de ECGs em série

	ou uma monitorização contínua do ECG. (SANTANA-SANTOS et al., 2017; SMULDERS et al., 2018).
20. Realizar exames específicos, conforme prescrição médica e/ou a cada 6 horas	<p>A dosagem de marcadores cardíacos é essencial para diferenciar e diagnosticar corretamente o infarto agudo do miocárdio e a angina instável.</p> <p>Troponina: proteínas que são encontradas e envolvidas na contração das células musculares esqueléticas e cardíacas e sua elevação ocorre após 3 a 8 horas do início dos sintomas, e possui seu pico entre 36 e 72 horas e a normalização após 5 e 14 dias. Valores de referência <0,26mg/ml para a cTnl e a concentração de 0,1 mg/ml para a cTnT</p> <p>Creatina fosfoquinase fração MB (CK-MB): É uma isoenzima da CK, encontrada principalmente no músculo cardíaco, o nível de CK-MB altera-se após 6 horas de início dos sintomas, alcançando seu pico máximo entre 12 e 24 horas, retornando ao seu nível normal em 48 a 72 horas. Valor de referência 0,3mg/ml (JARROS, JUNIOR, 2014; PIEGAS et al., 2015).</p>
21. Realizar o exame de RX no leito	Esse exame é considerado importante para a realização do diagnóstico diferencial de infarto agudo do miocárdio, pois permite excluir outros problemas que podem se manifestar através da dor torácica (PIEGAS et al., 2015; SIERRA, et al., 2017).
DOMÍNIO 4: MANUTENÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	
22. Manter paciente em repouso absoluto no leito	Durante o IAM é necessário diminuir o esforço realizado pelo músculo cardíaco para garantir o suprimento de oxigênio, nessa condição é preciso que o paciente mantenha-se em repouso absoluto no leito e a redução no nível de ansiedade. É preciso garantir que o paciente realize o mínimo possível de esforço, através da promoção do conforto e o

	estabelecimento de vínculo de confiança entre o cuidador e o ser cuidado, pois estes garantem um menor esforço da atividade cardíaca, menor necessidade de oxigênio e, conseqüentemente, uma menor probabilidade de lesões miocárdicas . A Reabilitação cardíaca pode ser iniciada após 12-48 horas de repouso no leito, dependendo da gravidade do IAM e após estabilização da condição clínica (PONTE; SILVA, 2014; ALVES et al., 2013; NEVES; OLIVEIRA, 2017).
23. Manter paciente em jejum de no mínimo 4h	Em presença de dor, para realização de exames, para redução do risco de aspiração por êmese, após este prazo, comunicar equipe médica e nutrição sobre estado clínico atual do paciente (PIEGAS et al., 2015, AHA, 2015).
24. Manter paciente em decúbito elevado no leito	Em pacientes com Infarto Agudo do miocárdio o seu posicionamento pode alterar a troca gasosa, o desempenho cardíaco e a distribuição do sanguíneo periférico (BARROS et al., 2015).
25. Observar sinais e sintomas cutâneos	Devido a má perfusão tissular periférica que pode ocorrer na fase inicial do IAM, devido a liberação de catecolaminas (noradrenalina e adrenalina) pelas células miocárdicas isquêmicas, que resultam na liberação de glicogênio, em diaforese e na vasoconstrição dos vasos sanguíneos periféricos (durante o exame físico, percebe-se a pele cinzenta, pegajosa e fria), que pode ocorrer também devido ao choque cardiogênico que pode ser uma das complicações do IAM decorrente a falha do ventrículo esquerdo (LEWIS et al., 2013).
26. Realizar exame Neurológico completo	O exame neurológico tem como objetivo contribuir para identificação da causa da alteração do nível de consciência, obter um parâmetro para seguimento evolutivo e ajudar na determinação prognóstica, deve-se avaliar o nível de consciência, pupilas, padrão motor e o padrão respiratório

	(MARTINS et al., 2017). Uma alteração no nível de consciência no IAM, pode indicar diminuição do débito cardíaco decorrente da oxigenação cerebral inadequada (PIEGAS et al., 2015, AHA, 2015, IBANEZ et al, 2017).
27. Realizar dosagem de glicemia	O controle glicêmico, deve ser realizado criteriosamente pela equipe de enfermagem, ou seja, deve ser realizada monitorização da glicemia a cada hora, aplicação de protocolos de insulinoterapia diante os resultados, adequação do suporte nutricional. Quando ocorrem falhas nesse processo de monitoramento, podem ocorrer danos ao paciente, que vão desde uma sudorose, coma e até morte. Um controle glicêmico efetivo é essencial para evitar e/ou reduzir a ocorrência de eventos adversos relacionados à medicamentos e detectar alterações como hiperglicemia e hipoglicemia, evitando danos imediatos (ROQUE, SILVA, SANTOS, MELO, 2018; SANTOS, 2014).
28. Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de hiperglicemia	A presença de hiperglicemia em pacientes sem o diagnóstico de diabetes mellitus é denominada hiperglicemia de estresse, e ocorre através da liberação de catecolaminas e cortisol, ocasionando glicogenólise, aumento dos ácidos graxos, resistência insulínica e inativação do óxido nítrico. Isso desencadeia hiperglicemia, disfunção microvascular e endotelial, estado pró-trombótico e inflamação vascular (LEAL, et al., 2017; ALKOFIDI et al. 2015).
29. Monitorar débito urinário de hora em hora, nas primeiras 24 horas e depois a cada período	No IAM a eliminação urinária fica comprometida devido a hipoperfusão renal, que ocorre devido, o débito cardíaco diminuído e da diminuição da pressão arterial, que são consequências da depressão da contratilidade miocárdica causada pela isquemia e de um possível choque cardiogênico, como uma das complicações do IAM (LOSCALZO, 2014).

<p>30. Avaliar a dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores.</p>	<p>Avaliar a dor do paciente é um cuidado fundamental do enfermeiro, uma vez que esse profissional cuida de forma ininterrupta, o que lhe permite conhecer os sinais da dor dos pacientes e intervir para seu alívio. Na unidade de emergência o paciente experimenta dor, medo e ansiedade, muitas vezes relacionados a não clareza de seu diagnóstico médico e prognóstico. Nesse sentido, para alguns autores, a dor assim como a temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, deve ser considerada um sinal vital (NASCIMENTO; SILVA, 2014).</p>
DOMÍNIO 5: CONTROLE DA DOR	
<p>31. Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia</p>	<p>A dor é uma queixa frequente nos serviços de emergência, no entanto muitas vezes não é um sintoma bem abordado pela equipe de saúde. O manejo da dor é uma tarefa complexa e exige uma avaliação criteriosa da equipe, para garantir uma conduta terapêutica apropriada, permitindo assim um tratamento eficaz da dor (BERTONCELLO, BUENO, NASCIMENTO, AMANTE, 2016).</p>
<p>32. Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a experiência de dor e transmitir aceitação da resposta do paciente à dor</p>	<p>Diminuir o sofrimento do paciente está relacionado à ética e humanização da assistência. O enfermeiro deve se valer de outras estratégias, como as preconizadas pela Política Nacional de Humanização, realizando um acolhimento e escuta qualificada das queixas do paciente que esperam alívio de sua dor. Essa mudança de conduta ajudaria a melhorar a empatia da equipe de saúde com a dor do paciente. Técnicas não farmacológicas podem ser utilizadas para tentar ajudar no controle da dor (OLIVEIRA, PERERIRA, SANTOS, SOUZA, 2016).</p>
<p>33. Instituir e modificar as medidas de controle da dor com base na resposta do paciente.</p>	<p>A avaliação da dor é um processo amplo e envolve a obtenção de dados relacionados como, a data de início, a localização, intensidade, duração, periodicidade dos</p>

	<p>episódios de dor, além de existirem outros fatores que aumentam e diminuem a intensidade. Nesse contexto foram criadas diversas escalas com o objetivo de avaliar a dor do paciente. No entanto o profissional deve escolher uma escala de medida/avaliação que melhor se enquadre no perfil do paciente atendido. Uma correta avaliação da dor contribui para o sucesso do tratamento, pois por meio dela se pode definir intervenções, avaliar a eficácia do tratamento prescrito ou se necessita de uma nova intervenção (FORTUNA</p>
<p>34. Promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor</p>	<p>A equipe deve facilitar a manutenção do sono e repouso do paciente, evitando manuseios desnecessários, diminuição dos ruídos, diminuir a intensidade das luzes, quando possível, além disso, outros fatores interferem no repouso do paciente como, ansiedade, os ruídos do ambiente, dificuldades relacionadas ao sono (PONTE, SILVA, 2017).</p>
<p>35. Reduzir o nível de estresse e ansiedade</p>	<p>É importante que a equipe de enfermagem concilie seu amplo conhecimento de teorias que colaborem com o conforto do paciente, como a teoria ambientalista de Florence Nightingale que auxiliam na redução do estresse e ansiedade. É muito importante o apoio social e a redução do estresse no momento da manifestação dos sintomas, e ajuda aos pacientes para gerir as consequências psicológicas em decorrência do IAM. A ansiedade também pode ser aliviada através da administração de morfina endovenosa que atua como venodilatador e redução da pré-carga do ventrículo esquerdo, além de atuar como analgésico sobre o Sistema Nervoso Central, reduzindo a ação do Sistema Nervoso Simpático(RIBEIRO, SILVA, LIMA, 2016; CANESIN; TIMERMAN, 2013).</p>

DOMÍNIO 6: TRATAMENTO GERAL INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	
36. Realizar Estratificação de Risco	O risco isquêmico é avaliado quantitativamente por meio de várias escalas, sendo mais comumente utilizada no Brasil a escala Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) (PIEGAS et al., 2015). O escore TIMI de risco para infarto agudo do miocárdio é uma ferramenta importante para estratificar o risco de morte no IAM (SILVEIRA, JAEGER, HATSCHBACH, MANENTI, 2016).
37. Realizar cuidados com acesso venoso periférico	Os cateteres venosos periféricos são uma tecnologia essencial ao cuidado em ambiente hospitalar, seja para administração intravenosa de medicamentos, soluções, hemoderivados, nutrição parenteral e até mesmo fins diagnósticos. No entanto a utilização dessa tecnologia não está isenta de complicações relacionadas ao seu uso, como flebites e infiltrações, por isso faz-se necessário um cuidado criterioso em relação a este dispositivo, desde sua inserção até sua retirada. Manter técnica asséptica rigorosa, durante a realização do procedimento; manter cuidados com punção venosa periférica, conforme determinação da instituição; Recomenda-se a troca dos curativos em intervalos de 24 à 72 horas; e avaliação diária da necessidade de troca do curativo ou acesso venoso periférico (LUCAS, 2014; BRAGA et al., 2018).
38. Verificar os “certos” da medicação – antes do procedimento	O erro de medicação é o evento adverso mais comum dentre os relacionados com a assistência ao paciente. Erro de medicação é definido como qualquer evento evitável que pode causar ou induzir o uso de medicamento inapropriado e prejudicar o paciente, enquanto o medicamento ainda está sob controle do profissional de enfermagem. Atualmente existem treze certos para uma administração segura de medicamentos, mais

	os “certos” essenciais destacados são, paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa e prontuário certo, com o objetivo de garantir uma assistência segura e de qualidade (CARVALHO, RIEGEL, SIQUEIRA, 2017).
DOMÍNIO 7: TERAPIA MEDICAMENTOSA PARA INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (MONABCH, 2013)	
39. Administrar Morfina, conforme prescrição médica	Alívia a dor, diminui o consumo de O ₂ , sintomas congestivos e a PA, a dose inicial deve ser de 2 a 8 mg, que é considerado o suficiente para aliviar a dor e a ansiedade. Com monitorização da pressão arterial, essas doses podem ser repetidas de 5 a 15 minutos. (SILVA et al., 2016; HAMM et al., 2016; PIEGAS et al., 2015, SIERRA et al., 2017, AHA, 2018).
40. Administrar Oxigênio, conforme prescrição médica	Terapia de rotina em pacientes com congestão pulmonar e/ou saturação <90%. Terapia de rotina em pacientes com congestão pulmonar e/ou saturação <90%. Quando utilizado de forma desnecessária, a oxigenioterapia por tempo prolongado pode causar vasoconstrição sistêmica, aumento da resistência vascular sistêmica e da pressão arterial, reduzindo assim, o débito cardíaco (ANDERSON et al., 2013; SHUVY et al., 2013; HOFMANN et al., 2017, AHA 2018).
41. Administrar Nitratos, conforme prescrição médica	A utilização de nitratos é amplamente utilizada e pode ser administrada de forma sublingual. Está indicado para relacionar a tentativa de reversão de um possível eventual espasmos e auxilia no alívio da dor anginosa (HAMM et al., 2016). Os mais medicamentos mais comumente utilizados são: Isordil : Diminui a pré-carga, diminui o consumo de O ₂ , promove a dilatação coronária e diminui o vasoespasm (PIEGAS et al., 2015, SIERRA et al., 2017, AHA, 2018). Nitroglicerina : Utilizada para pacientes com sintomas persistentes, congestão pulmonar e /ou hipertensão

	(PIEGAS et al., 2015 ,SIERRA et al., 2017, AHA, 2018).
42. Administrar Ácido acetilsalicílico, conforme prescrição médica	Inibe a ativação, degranulação e agregação plaquetária, diminuindo o risco de morte, , se recomenda uma dose de 160mg/dia a 325mg mastigável, quando ainda no primeiro atendimento, antes mesmo da realização do ECG (PIEGAS et al., 2015, SIERRA et al., 2017, AHA, 2018).
43. Administrar betabloqueadores conforme prescrição médica	Diminuiu o inotropismo e cronotropismo, aumenta o tempo diastólico e a perfusão coronariana, diminui o consumo de O2 e diminui os sintomas isquêmicos, é recomendado o uso por via oral nas primeiras horas, reservando a via endovenosa para os pacientes hipertensos e taquicárdicos (PIEGAS et al., 2015; AHA, 2018)
44. Administrar Clopidogrel, conforme prescrição médica	Inibe a ADP envolvido na agregação plaquetária, as evidências do uso do clopidogrel, referem-se ao seu uso combinado ao AAS e nos pacientes que receberam a terapia fibrinolítica inicial, evidenciando assim seu benefício em reduzir eventos cardiovasculares maiores (PIEGAS et al., 2015; AHA, 2018).
45. Administrar Heparina, conforme prescrição médica	Anticoagulante ou antitrombótico, interage com antitrombina (anticoagulante natural do organismo, capaz de inativar diversas enzimas da cascata de coagulação) (PIEGAS et al., 2015; AHA, 2018)
DOMÍNIO 8: TERAPIA TROMBOLÍTICA	
46. Administrar trombolítico conforme prescrição médica	Os fibrinolíticos têm indicação aos pacientes com sintomas sugestivos de SCA, associada a presença, no ECG, de supradesnivelamento persistente do segmento ST em pelo menos duas derivações contíguas ou de um novo bloqueio de ramo esquerdo (BRE), desde que não existam contraindicações (HAMM et al., 2016; PIEGAS et al., 2015). A terapia de reperfusão química se mostra como melhor opção terapêutica, quando não é possível submeter o paciente a intervenção coronária

	<p>percutânea primária em tempo hábil (até 12 horas do início dos sintomas) ou por falta de possibilidade de encaminhar o paciente a este tipo de abordagem invasiva. A ICP deve ser realizada, preferencialmente, pois é a terapêutica padrão ouro por apresentar muitas vantagens em relação a trombólise, como, redução das chances de reinfarto e aumento da sobrevida tempo dependente (AFONSO et al., 2016; ABOAL et al., 2017).</p>
DOMÍNIO 9: CUIDADOS PÓS TERAPIA TROMBOLITICA	
<p>47. Monitorar quanto a sinais de sangramento, evitar punções venosas e arteriolar desnecessárias</p>	<p>A ocorrência de sangramento é mais frequente após o uso da terapia fibrinolítica, mas também podem ser associadas ao tratamento farmacológico adjuvante pelo uso de antiplaquetários e anticoagulantes (CAMARA, 2018). O risco hemorrágico, também deve ser avaliado frequentemente, principalmente quando se refere ao tratamento e deve ser realizado através do uso da escala CRUSADE, que é uma ferramenta que prediz o risco de sangramento em casos de SCA, sem supradesnivelamento do segmento ST, com o objetivo de escolher a terapia mais apropriada (SIERRA et al., 2017; GARCIA, MUNÓZ, URREA, BURBANO, 2015).</p>
<p>48. Reservar vaga de Unidade de Terapia Intensiva ou Unidade Coronariana</p>	<p>Com a finalidade de proporcionar um atendimento de alta complexidade, visto que, parte dos números de reinfartos ocorrem nas primeiras 24 horas após os primeiros sintomas (OUCHI et al., 2017).</p>
<p>49. Aspectos gerais do paciente: Conhecer o diagnóstico médico, identificação do paciente, verificação de presença de alergias. Manter grades e cabeceira elevadas. Avaliar a necessidade de contenção mecânica ou</p>	<p>A ocorrência de eventos adversos, durante o cuidado de enfermagem pode representar o prolongamento da permanência no hospital e aumento nas despesas. A qualidade do cuidado de enfermagem deve ser estudada como o resultado entre as condições ideais de trabalho, provenientes de recomendações nacionais e internacionais de promoção da qualidade e segurança do paciente em e os riscos e benefícios inerentes do ser humano</p>

química, força motora e lazer.	ao prestar o cuidado (LOBÃO, MENEZES, 2015).
50. Materiais: Conferencia do material de reanimação, psicotrópicos, torpedos de oxigênio, e gavetas de medicamentos, checar impressos, disponibilidade de materiais. Organização da unidade.	Na assistência hospitalar o processo de cuidar e gerenciar são considerados as principais dimensões do trabalho do enfermeiro. Assim, precisa dispor, além de conhecimento científico, de habilidades de planejamento, comunicação, rapidez e estar constantemente atualizado. Em seu cuidado e gerenciamento precisa apropriar-se dos diagnósticos e condições clínicas dos pacientes, organizar as atividades a serem realizadas durante o plantão e orientar as ações da equipe de enfermagem, para que todas as necessidades dos pacientes sejam supridas com segurança e qualidade (FROTA et al., 2015; SANTOS; CAMELO, 2015).
51. Família: Conferir a atenção ao familiar/informações de enfermagem	Para os pacientes, a família constitui importante grupo social e tem capacidade de auxiliar na estabilidade emocional, funcional e seu bem estar. Família é uma unidade dinâmica formada por pessoas que reconhecem e se organizam como família, partilham e constroem sua história, podem estar unidos por laços co-sanguíneos o de afetividade (PUGGINA, et al., 2014).

Fonte: Autora, 2018.

Para concluir a versão 1 do instrumento de cuidados ao paciente com infarto agudo na emergência, foi escolhido a escala de avaliação, do tipo *Likert* de quatro pontos, (1 não concordo totalmente a 4 concordo totalmente), para o julgamento do conteúdo, de cada item do instrumento, a ser realizada pelos juízes enfermeiros. Foi colocado também nove itens para a caracterização social dos juízes, e ao final de cada item um espaço para sugestões, para melhorar, incluir, excluir, cada um dos 51 itens que constituíam o instrumento de cuidados.

Não há um consenso, para a escolha de uma escala de avaliação para juízes, realizarem a validação do conteúdo de um instrumento. No entanto, a escala do tipo *Likert*, vem sendo amplamente utilizada em pesquisas realizadas no âmbito da ciência da enfermagem. E essa escala tem sido utilizada com um escalonamento curto de avaliação, utilizando-se uma variação de quatro pontos, onde juízes registram, sua avaliação de

concordância, discordância ou dúvidas (PAIM et al, 2017).

Dessa forma, constitui-se, a primeira versão do instrumento de cuidados construído que foi submetido, ao comitê de juízes para validação de conteúdo.

Conclusão

Para construção do guia de intervenções ao paciente com infarto agudo do miocárdio, realizou-se uma busca ativa por evidências científicas na literatura, resultando em 23 referências, que colaboraram para a construção dos domínios e itens de cuidados do instrumento, que constituiu-se de 9 domínios, que foram estruturados os itens necessários para os cuidados de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio, totalizando 51 itens.

Ressalta-se que a estrutura como cuidados de enfermagem, foram organizadas no instrumento, seguidos de suas justificativas e referências, para facilitar ao profissional de enfermagem o seu entendimento, pois através de cada “por que” do cuidado, é estimulado o aprendizado e incorporado como um novo conhecimento. A estrutura deste instrumento proporciona uma leitura rápida e sistematizada, estimulando o seu uso nas unidades de emergências, pois possibilita um atendimento integral ao indivíduo, buscando atender as suas necessidades de cuidados.

Na prática assistencial do enfermeiro, sua utilização também possibilita a identificação precoce de potenciais riscos e eventos adversos e direciona para um cuidado sistematizado e seguro.

Entende-se como uma limitação deste estudo, a necessidade deste instrumento construído ser submetido à validação de conteúdo, antes de ser utilizado por enfermeiros nas unidades de emergência. Logo, sugere-se a continuidade metodológica deste estudo, bem como a realização de novos estudos, devido a necessidade constante de atualização dessa temática.

Referencias

ABOAL, J. et al. Angioplastia primaria frente a fibrinólisis en pacientes alejados de un centro con hemodinâmica. *Emergencias, Espanha*, v. 29, n. 2, p. 99-104, mar. 2017. Disponível em: <http://emergenciasojs.gruposaned.com/index.php/emergencias/article/view/328> Acesso em: jun 2018.

AMERICAN HEART ASSOCIATION-AHA. For the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. Guidelines, 2018. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org>. DOI: 10.1161/STR.000000000000158. Acesso em Out. 2018.

AMERICAN HEART ASSOCIATION-AHA. Destaque das Diretrizes da American Heart Association 2015. Atualização das diretrizes de RPC e ACE. Guidelines, 2015.

ALVES, T.E.; SILVA, M.G.; OLIVEIRA, L.C. et al. Atuação do enfermeiro no atendimento emergencial aos usuários acometidos de infarto agudo do miocárdio. Revista de enfermagem da UFPE online, v.7, n.01, pp:176-183, 2013.

AMSTERDAM, E. A. et al. AHA/ACC Guideline for the management of patients with non– ST-elevation acute coronary syndromes: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation, v. 130, s.n., p. 344-426, set. 2014. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/130/25/e344> Acesso em: jun. 2018.

ANDERSSON, H.; ULLGREN, A.; HOLMBERG, M. et al. Acute coronary syndrome in relation to the occurrence of associated symptoms: A quantitative study in prehospital emergency care. International Emergency Nursing, v. 33, pp: 43-47, 2017.

ARSLANIAN-ENGOREN, C.; SCOTT, LD. Delays in Treatment-Seeking Decisions Among Women With Myocardial Infarction. Dimens Crit Care Nurs, v. 36, n. 05, pp: 298- 303,2017.

BRANT, L. C. C. et al. A importância da criação de rede de cuidado para o tratamento do IAM com supra de ST e a experiência da Unidade Coronariana do Hospital das Clínicas / UFMG. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 93-103, mar.2012. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/131> Acesso em: 18 set. 2017.

BRASIL. Portal Brasil. Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no País. Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

<<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>>. Acesso em: Novembro, 2018.

BRUNORI, E. H. R. F. et al. Associação de fatores de risco cardiovasculares com as diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 538-546, jul./ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00538.pdf Acesso em: jan. 2018.

CALDANA, G.; GUIRARDELLO, E.B., URBANETTO, J.S., PETELERLINI, M.A.S, GABRIEL, C.S. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2015;24(3) [acesso em 10 fev 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720150001980014>.

CESTARI, V.R.F; FERREIRA, M.A., GARCES, T.S., et al. Aplicabilidade de inovações e tecnologias assistências para a segurança do paciente: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* (22)3: e45480, 2017 . Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876320/45480-212388-1-pb.pdf>. Acesso em: Novembro, 2018.

CAVEIÃO, C.; SANTOS, R.B.; MONTEZELI, J.H. et al. Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro – RECOM*, v.4, n.01, pp:921-928, 2014.

GOUVÊA, V. E. T. et al. Avaliação do sistema de triagem de Manchester na síndrome coronariana aguda. *Int. j. cardiovasc. sci. (Impr.)*, v. 28, n. 2, p. 107–113, 2015.

HAMM, G. et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, Germany, v. 37, n. 3, p. 276-315, jan. 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/3/267/2466099> Acesso em out. 2017.

MACKWAY-JONES, K. et al. Sistema Manchester de Classificação de Risco. Versão brasileira de Welfane Cordeiro Junior; Maria do Carmo Paixão Rausch. 2 ed. Belo Horizonte: Folium; 2017.

MAGEE, R. F. et al. Síndrome Coronariana Aguda: uma revisão. *Revista Medicina e Saúde*, Brasília, v. 1, n. 3, p. 174-189, set. 2012. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/3591/2219> Acesso em: 15 jul. 2017.

MAJID, S.; et al. Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *J Med Libr Assoc.* v. 99, n. 3, p. 229-36. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133901/>. Acesso em Out. 2017.

MAIER, G.S.O.; MARTINS, E.A.P. Assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda segundo indicadores de qualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.69, n.04, pp:757- 764, 2016.

MENDES, Andreia Santos et al . Tempos de acesso a serviços de saúde face ao infarto do miocárdio. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 29, n. 4, p. 446-453, Aug. 2016 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000400446&lng=en&nrm=iso. access on 25 Nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE (OPAS). Doenças Cardiovasculares. Brasília: Ministério as Saúde, 2016. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares-&catid=845:noticias&Itemid=839. Acesso em: Novembro, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. As 10 principais causas de morte, (Janeiro de 2017). Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>. Acesso em: Outubro, 2018.

O'GARA, P. T. et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: executive summary. **Circulation**, Hagerstown, v. 127, no. 4, p. 529-555, Jan. 2013.

PAIM, Ane Elisa et al. Validação de instrumento para intervenção de enfermagem ao paciente em terapia vasoativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 3, p. 453-460, June 2017 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672017000300453&lng=en&nrm=iso>. access on 07 May 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0254>.

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, v. 105, n. 2, p. 1–121, ago. 2015.

PONTE, K.M.A.; SILVA, L.F. Cuidados de enfermagem a mulheres com infarto do miocárdio: promoção do conforto sociocultural pela pesquisa-cuidado. Revista de enfermagem da UERJ, v.22, n.06, pp:808-814, 2014.

PONTE, K.M.A; SILVA, L.F. Nursing care for woman's physical comfort with myocardial infarction: a research care. Rev Enferm UFPI. 2017 oct-dec; 6(4): 40-6. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6003/pdf>. Acesso em: Novembro, 2018.

SANTOS, C.A. Terapia trombolítica no IAM: uma revisão de literatura. São Paulo: Revista Recien.2017; 7(20):22-30. Disponível em: https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/220/pdf_1. Acesso em: Novembro, 2018.

SOCESP - Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. Papel do enfermeiro na Cardiologia. 2015. Disponível em: <<http://www.socesp.org.br/departamentos/Enfermagem/#.WMHzzDsrLIU>>. Acesso em: Novembro 2018.

VARGAS, R.A de.; RIEGEL, F.; OLIVEIRA, J.N et al. Qualidade de vida de pacientes pós infarto do miocárdio: revisão integrativa da literatura. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(7):2803-9, jul., 2017. DOI: 10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201721. Acesso em: Novembro, 2018.

6.2.MANUSCRITO 2: VALIDAÇÃO DE UM GUIA DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

RESUMO

Objetivos: Validar um Guia de intervenções para o paciente com Infarto Agudo do Miocárdio na unidade de emergência **Método:** Estudo metodológico, quantitativo, descritivo. O instrumento foi construído a partir de uma revisão de literatura prévia foi dividido em 9 Domínios e 51itens. Este protocolo foi enviado para avaliação dos juízes pelo instrumento de coleta de dados Google forms (formulário eletrônico), que apresentava uma escala do tipo Likert de quatro pontos (4 concordo totalmente a 1 discordo totalmente). Para análise foram utilizados, o Coeficiente de Validade de Conteúdo ($>0,70$) e Índice de Validade de Conteúdo (IVC $> 0,80$). **Resultados:** Todas as questões e o instrumento como um todo apresentaram Coeficiente de Validade de Conteúdo acima de 0,70. O Coeficiente de Validade de Conteúdo do instrumento completo foi de 0,8778, considerado satisfatório. Considerando que das 561 respostas, 560 foram de categorias 3 e 4, o Índice de Validade de Conteúdo foi de 0,99, indicando concordância quase perfeita. **Conclusões:** A construção, elaborada e validada a partir do julgamento de 11 juízes enfermeiros brasileiros, consistiu na composição do instrumento de cuidados de enfermagem para atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio, altamente confiável (CVC 0,87 e IVC 0,99).

Descritores: Infarto do miocárdio, Cuidados de enfermagem; enfermagem,

ABSTRACT

Objectives: To validate an instrument of care for the patient with acute myocardial infarction in the emergency unit **Method:** Methodological, quantitative, descriptive study. The instrument was constructed from a previous literature review was divided into 9 Domains and 51itens. This protocol was sent for evaluation by the judges using the Google forms data collection tool, which had a four-point Likert scale (4 totally agree to 1 totally disagree). For the analysis, the Content Validity Coefficient (> 0.70) and Content Validity Index (IVC > 0.80) were used. **Results:** All

questions and the instrument as a whole presented a Content Validity Coefficient above 0.70. The Content Validity Coefficient of the complete instrument was 0.8778, considered satisfactory. Considering that of the 561 responses, 560 were categories 3 and 4, the Content Validity Index was 0.99, indicating almost perfect agreement. **Conclusions:** The construction, elaborated and validated from the judgment of 11 Brazilian nursing judges, consisted in the composition of the nursing care instrument for the care of patients with acute myocardial infarction, highly reliable (CVC 0.87 and IVC 0.99).

Keys Words: Myocardial infarction, Nursing care; nursing,

RESUMEN

Objetivos: Validar un Instrumento de Cuidados para el paciente con Infarto Agudo del Miocardio en la unidad de emergencia **Método:** Estudio metodológico, cuantitativo, descriptivo. El instrumento fue construido a partir de una revisión de literatura previa fue dividido en 9 Dominios y 51 ítems. Este protocolo fue enviado para la evaluación de los jueces por el instrumento de recolección de datos de Google forms (formulario electrónico), que presentaba una escala del tipo Likert de cuatro puntos (4 de acuerdo totalmente a 1 discrepe totalmente). Para el análisis se utilizaron, el Coeficiente de Validez de Contenido ($> 0,70$) e Índice de Validez de Contenido (IVC $> 0,80$). **Resultados:** Todas las cuestiones y el instrumento como un todo presentaron Coeficiente de Validez de Contenido superior a 0,70. El Coeficiente de Validez de Contenido del instrumento completo fue de 0,8778, considerado satisfactorio. Considerando que de las 561 respuestas, 560 fueron de categorías 3 y 4, el Índice de Validez de Contenido fue de 0,99, indicando concordancia casi perfecta. **Conclusiones:** La construcción, elaborada y validada a partir del juicio de 11 jueces enfermeros brasileños, consistió en la composición del instrumento de cuidados de enfermería para atención al paciente con infarto agudo de miocardio, altamente confiable (CVC 0,870) y IVC (0,99) .

Descriptores: Infarto de miocardio, Cuidados de enfermería; enfermería,

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCs) de origem aterosclerótica atualmente são as principais causas de morte e invalidez no mundo e no Brasil, destacando-se as doenças coronarianas (BRASIL, 2016; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016). A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é a doença cardiovascular que inclui o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e a Angina Instável (AI) (SAKAGUCHI et al., 2016). A SCA é um termo amplamente utilizado para descrever um grupo de diagnósticos clínicos que são causados pela obstrução das artérias coronárias por uma placa ateromatosa e engloba sinais e sintomas clínicos compatíveis com isquemia miocárdica aguda, que é causada pelo desequilíbrio entre o suprimento e a demanda de oxigênio do miocárdio (BIRNBAUM et al., 2014; CREA; LIUZZO, 2013; YONETSU et al., 2016).

O tratamento da SCA está relacionado diretamente com o fator tempo, que é considerado como crucial nesses pacientes devido à rapidez da evolução da isquemia miocárdica (MAIER; MARTINS, 2016). Com o objetivo de atender esses pacientes em tempo adequado, tendo como principal foco a redução da mortalidade por SCA, a classificação de risco surge como uma estratégia de priorização de atendimento e organização dos serviços de urgência e emergências no Brasil, assim como em diversos outros países do mundo (GOUVÊA et al., 2015).

As unidades de urgência e emergência apresentam características totalmente diferenciadas de outras unidades, pois é um ambiente cuja a dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é vivenciada cotidianamente, gerando ansiedade, tanto para o doente quanto para o familiar, como também para os profissionais de saúde. Essa unidade necessita de serviços de alta complexidade no atendimento ao paciente crítico, no entanto, novas tecnologias têm sido adotadas e garantindo a qualidade da assistência prestada ao paciente (BALDISSERA, BELLINI, FERRER et al., 2018).

Os instrumentos de atendimentos de enfermagem, aliados a classificação de risco, proporcionam intervenções de enfermagem de maneira sistematizada e organizada, no atendimento emergencial aos doentes. O acolhimento aos usuários do sistema deve ser estabelecido em linhas de atendimentos, aos quais todos os profissionais de saúde da instituição possuem responsabilidades sobre estes pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O enfermeiro de uma unidade de urgência e emergência, deve utilizar diversas ferramentas de trabalho, a mais difundida na enfermagem

é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), no entanto, existem na atualidade diversos instrumentos que podem auxiliar esse profissional no gerenciamento de cuidados e do serviço como um todo, garantindo uma maior resolutividade de toda a equipe, a saber, são utilizados protocolos, guias, *checklists*, *Bundles*, entre outros (BARRETO,2015).

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente instituiu, dentre as metas para segurança do paciente a construção e validação de protocolos, guias, manuais, voltados para segurança do paciente nas mais distintas áreas de assistência. O uso de ferramentas como essa tem crescendo a nível global e nos mais variados locais de assistência de saúde (PRATES; STANDIŃIK, 2017).

Para garantir a qualidade de um instrumento e contribuir com a sua eficácia de sua aplicabilidade e dessa forma garantir que os resultados sejam alcançados, os instrumentos necessitam ser avaliados e validados. O processo de validação de um instrumento é um recurso utilizado para investigação sobre a exatidão desse instrumento, que é realizado por um consenso de especialistas (CUCOLO; PERROCA, 2015; PASQUALI, 2010).

Em termos gerais a validade de um instrumento está relacionada com a precisão que desse em medir o que se propõe a medir. Ou seja, um instrumento é válido quando a sua construção e aplicabilidade permitem a mensuração fiel daquilo que pretende medir. Quando se fala em validade de instrumentos de medida, existem diversas técnicas conhecidas, são elas, validade de conteúdo, validade de aparência, validade de critério e validade de constructo (JUNIOR; MATSUDA, 2012).

A validação de conteúdo é um dos tipos de validação utilizado neste estudo, é a determinação da representatividade de itens que expressam um conteúdo, através do julgamento de especialistas em determinada área. Ou seja, a validação de conteúdo determina se o conteúdo de um instrumento de medida explora de forma efetiva, os quesitos para mensuração do fenômeno que foi estudado (CUCOLO; PERROCA, 2015).

Neste sentido, esta pesquisa teve como objetivo: Validar um instrumento de cuidados de enfermagem para atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência.

Método

Trata-se de um estudo metodológico, com abordagem quantitativa, descritiva, com enfoque na validação de conteúdo de um instrumento de intervenções de enfermagem, elaborado pela pesquisadora, baseando-se em pesquisa na literatura científica a respeito da temática.

A pesquisa metodológica tem por objetivo examinar e elucidar fenômenos relacionados, como a construção e validação de instrumentos, escalas e técnicas para otimizar processos e, no âmbito da enfermagem, para sistematizar a assistência. Utiliza-se de conceitos da psicometria para transformá-los em instrumentos tangíveis as abstrações de fenômenos que acontecem no cotidiano dos serviços de saúde (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2013). É amplamente utilizada na área da saúde, visto que necessita de embasamento com melhores evidências, com a finalidade de implementar intervenções válidas e confiáveis visando a qualidade e segurança dos pacientes (MEDEIROS et al., 2014). Para validação do conteúdo do instrumento utilizou-se da concordância de um comitê de enfermeiros especialistas (juízes) na área de emergência para definir a representatividade do constructo medido (ESCOBAR-PEREZ; CUERVO-MARTINEZ, 2008; EGAÑA et al., 2014).

Realizou-se busca ativa, por meio da plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), utilizando-se de busca avançada disponibilizada na própria plataforma por assunto, a fim de identificar profissionais enfermeiros do Brasil, que atuassem como juízes do instrumento, e em seguida, via online, o formulário foi submetido aos juízes, acompanhado de uma carta convite explicando a proposta e o termo de consentimento.

A busca foi realizada em Agosto de 2018, e teve como critérios de inclusão além de experiência em emergência: formação mínima de especialistas; enfermeiros da área de Enfermagem em saúde do adulto e idoso; currículo no idioma português, nacionalidade brasileira; e tempo máximo de 12 meses da última atualização do currículo. Esta busca resultou em população de 835 enfermeiros e potenciais juízes para validação do conteúdo do instrumento. Como forma de aprimorar a seleção de juízes foi utilizado o Modelo de Validação de Conteúdo de Fehring (1994), adaptado pela própria pesquisadora. Quanto a pontuação foi: Mestre em enfermagem (2pontos), pesquisa com publicação em área de cardiologia (3 pontos), doutorado (2pontos), doutorado com tema relacionado a cardiologia (2pontos), prática clínica de pelo menos 1 ano em unidade de emergência (4pontos), especialização em área de

cardiologia (3pontos). Foram selecionados como juízes aqueles que obtiveram pontuação mínima de 6 pontos na classificação adaptada de Fehring. Para tanto foi realizada a leitura dos resumos dos currículos, e quando necessário do currículo ampliado, obtendo-se um quantitativo inicial de 52 enfermeiros. Destes, 27 aceitaram participar do estudo, no entanto, 11 enfermeiros realizaram a avaliação do instrumento, dentro do prazo estipulado.

A coleta de dados ocorreu através de um formulário Google Forms®, construído pela pesquisadora, para avaliação, por meio eletrônico: denominado Validação de um guia de boas práticas para o atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência.

Um questionário para avaliação de boas práticas de cuidados do paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência foi elaborado através de um formulário Google Forms®, pela pesquisadora com os seguintes elementos: a) introdução com esclarecimentos sobre a pesquisa e participação livre, b) endereço de email do respondente, c) TCLE, d) instruções sobre o questionário, e) identificação do participante, f) instruções sobre o procedimento de análise, g) questionário propriamente dito com os seus diferentes domínios, h) estrutura do Guia de Boas Práticas, i) sugestões gerais.

A avaliação do instrumento foi realizada por meio de uma escala Likert, com categorias em quatro níveis de importância e seleção de uma única resposta para cada variável analisada: completamente adequada (4); adequada (3); parcialmente adequada (2); inadequada (1). Essa escala facilita a avaliação do instrumento, por fornecer um escore numérico com diferentes graus de concordância em relação à afirmação e reação do sujeito, já estando o seu uso consolidado na literatura (POLIT;BECK;HUNGLER, 2011; SAMPIERI,COLADO,LUCIO, 2013).

As avaliações dos juízes eram automaticamente transcritas para a Planilha Google. E ao final do prazo de 30 dias as respostas foram inseridas em planilha do Microsoft Excel 2016 (por download), onde realizou-se tabulação e análise dos dados, através de estatística descritiva e aplicação de testes estatísticos. A relevância dos itens foi obtida pela concordância intra-inter avaliadores por meio do Coeficiente de validade de conteúdo (CVC) e pelo índice de confiabilidade por meio do Coeficiente de Cronbach. Considerou-se válido os itens que obtiveram concordância $< 0,80$. Realizou-se também análise do julgamento descritivo realizado pelos juízes, possibilitando melhorias do instrumento.

Em relação aos aspectos éticos foram respeitadas todas as

recomendações das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes deram aceite ao TCLE e os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, mediante envio via Plataforma Brasil e aprovado com o Parecer n°: 2.572.303.

Resultados

Constituíram o quadro de especialistas para julgamento do questionário de Boas Práticas de Cuidados do Paciente com Infarto Agudo do Miocárdio na Emergência 11 profissionais, sendo 7 (63,3%) do sexo feminino e 4 (36,4%) do sexo masculino, com idade em média de $42,1 \pm 10,1$ anos. O tempo de formação foi em mediana de 22 anos, variando de 4 a 32 anos.

Sete dos especialistas apresentaram a Docência como principal área de atuação e os demais a Assistência (3) e Pesquisa (1). O tempo de experiência foi em mediana de 15 anos, variando de 4 a 30 anos.

Para a fase de Avaliação de Clareza e pertinência, utilizou-se o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), proposto por Hernandez-Nieto em 2002, o CVS foi criado com o objetivo de responder, de forma adequada às necessidade desse tipo de validade, para cada item do instrumento (CVCi) e para o instrumento como um todo (CVCt). O CVCi foi calculado considerando a média de cada item e para o cálculo do CVCt foi considerado o possível erro aleatório, decorrente de eventual viés (Pei).

Todas as questões e o instrumento como um todo apresentaram Coeficiente de Validade de Conteúdo acima de 0,70. O Coeficiente de Validade de Conteúdo do instrumento completo foi de 0,8778, considerado satisfatório (SILVEIRA, SALDANHA, LEITE, SILVA, SILVA, FILIPPIN, 2017).

TABELA 3 – COEFICIENTE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DOS ITENS DO INSTRUMENTO E DO INSTRUMENTO COMPLETO

continua

CUIDADOS	AVALIADORES			
	MÉDIA	CVCc	Pei	CVCt
Cuidado 1	3,818181818	0,954545455	0,090909091	0,863636364
Cuidado 2	3,636363636	0,909090909	0,090909091	0,818181818
Cuidado 3	4	1	0,090909091	0,909090909
Cuidado 4	3,636363636	0,909090909	0,090909091	0,818181818
Cuidado 5	3,636363636	0,909090909	0,090909091	0,818181818
Cuidado 6	3,727272727	0,931818182	0,090909091	0,840909091
Cuidado 7	3,818181818	0,954545455	0,090909091	0,863636364
Cuidado 8	3,818181818	0,954545455	0,090909091	0,863636364
Cuidado 9	3,636363636	0,909090909	0,090909091	0,818181818
Cuidado 10	3,636363636	0,909090909	0,090909091	0,818181818
Cuidado 11	3,909090909	0,977272727	0,090909091	0,886363636
Cuidado 12	3,909090909	0,977272727	0,090909091	0,886363636
Cuidado 13	4	1	0,090909091	0,909090909
Cuidado 14	3,727272727	0,931818181	0,090909090	0,840909090
Cuidado 15	3,909090909	0,977272727	0,090909090	0,886363636
Cuidado 16	3,727272727	0,931818181	0,090909090	0,840909090
Cuidado 17	3,909090909	0,977272727	0,090909090	0,886363636
Cuidado 18	3,818181818	0,954545454	0,090909090	0,863636363
Cuidado 19	4	1	0,090909090	0,909090909
Cuidado 20	3,909090909	0,977272727	0,090909090	0,886363636
Cuidado 21	4	1	0,090909090	0,909090909
Cuidado 22	3,909090909	0,977272727	0,090909090	0,886363636
Cuidado 23	4	1	0,090909090	0,909090909
Cuidado 24	3,818181818	0,954545454	0,090909090	0,863636363
Cuidado 25	4	1	0,090909090	0,909090909
Cuidado 26	4	1	0,090909090	0,909090909
Cuidado 27	3,818181818	0,954545454	0,090909090	0,863636363
Cuidado 28	3,909090909	0,977272727	0,090909090	0,886363636
Cuidado 29	3,818181818	0,954545454	0,090909090	0,863636363
Cuidado 30	3,9	0,975	0,090909090	0,884090909
Cuidado 31	3,909090909	0,977272727	0,090909090	0,886363636
Cuidado 32	3,909090909	0,977272727	0,090909090	0,886363636
Cuidado 33	4	1	0,090909090	0,909090909
Cuidado 34	3,9	0,975	0,090909090	0,884090909

TABELA 3 – COEFICIENTE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DOS ITENS DO INSTRUMENTO E DO INSTRUMENTO COMPLETO

CUIDADOS	AVALIADORES				Conclusão
	MÉDIA	CVCc	Pei	CVCt	
Cuidado 35	3,727272	0,931818	0,090909		0,840909
Cuidado 36	3,909090	0,97727	0,09090		0,886363
Cuidado 37	4	1	0,09090		0,9090
Cuidado 38	3,909090	0,97727	0,09090		0,88636
Cuidado 39	4	1	0,09090		0,9090
Cuidado 40	3,909090	0,97727	0,09090		0,88636
Cuidado 41	3,9090	0,9772	0,09090		0,88636
Cuidado 42	3,909090909	0,977272727	0,090909091		0,886363636
Cuidado 43	4	1	0,09090		0,90909
Cuidado 44	3,90909	0,97727	0,09090		0,88636
Cuidado 45	4	1	0,09090		0,90909
Cuidado 46	3,818181818	0,954545455	0,090909091		0,863636364
Cuidado 47	3,90909	0,97727	0,09090		0,88636
Cuidado 48	4	1	0,09090		0,909090
Cuidado 49	3,818181	0,954545	0,09090		0,863636
Cuidado 50	3,909090	0,977272	0,090909		0,886363
Cuidado 51	3,909090	0,977272	0,090909		0,886363
Instrumento completo	3,87486631	0,968716578	0,090909091		0,877807487

FONTE: O autor (2018)

NOTA: CVCi = Coeficiente de Validade de Conteúdo dos itens CVCt = Coeficiente de Validade de Conteúdo do instrumento total Pei = Erros aleatórios

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC), é utilizado para verificar a proporção de juízes que estão em concordância sobre os itens do instrumento. É calculado considerando o número de respostas 3 e 4 sobre o total de respostas do instrumento. Considera-se adequado IVC superiores a 0,80 (PEDROSA; SUAREZ-ALVAREZ; GARCIA-CUETO, 2014).

TABELA 4 – ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DOS ITENS DO INSTRUMENTO E DO INSTRUMENTO COMPLETO

Continua

CUIDADOS	AVALIADORES		
	NÚMERO DE RESPOSTAS 3 OU 4	NÚMERO TOTAL DE RESPOSTAS	IVC
Cuidado 1	11	11	1,00
Cuidado 2	11	11	1,00
Cuidado 3	11	11	1,00
Cuidado 4	11	11	1,00
Cuidado 5	10	11	0,90
Cuidado 6	11	11	1,00
Cuidado 7	11	11	1,00
Cuidado 8	11	11	1,00
Cuidado 9	11	11	1,00
Cuidado 10	11	11	1,00
Cuidado 11	11	11	1,00
Cuidado 12	11	11	1,00
Cuidado 13	11	11	1,00
Cuidado 14	11	11	1,00
Cuidado 15	11	11	1,00
Cuidado 16	11	11	1,00
Cuidado 17	11	11	1,00
Cuidado 18	11	11	1,00
Cuidado 19	11	11	1,00
Cuidado 20	11	11	1,00
Cuidado 21	11	11	1,00
Cuidado 22	11	11	1,00
Cuidado 23	11	11	1,00
Cuidado 24	11	11	1,00
Cuidado 25	11	11	1,00
Cuidado 26	11	11	1,00
Cuidado 27	11	11	1,00
Cuidado 28	11	11	1,00
Cuidado 29	11	11	1,00
Cuidado 30	11	11	1,00
Cuidado 31	11	11	1,00
Cuidado 32	11	11	1,00
Cuidado 33	11	11	1,00

TABELA 4 – ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DOS ITENS DO INSTRUMENTO E DO INSTRUMENTO COMPLETO

CUIDADOS	AVALIADORES		
	NÚMERO DE RESPOSTAS 3 OU 4	NÚMERO TOTAL DE RESPOSTAS	IVC
Cuidado 34	11	11	1,00
Cuidado 35	11	11	1,00
Cuidado 36	11	11	1,00
Cuidado 37	11	11	1,00
Cuidado 38	11	11	1,00
Cuidado 39	11	11	1,00
Cuidado 40	11	11	1,00
Cuidado 41	11	11	1,00
Cuidado 42	11	11	1,00
Cuidado 43	11	11	1,00
Cuidado 44	11	11	1,00
Cuidado 45	11	11	1,00
Cuidado 46	11	11	1,00
Cuidado 47	11	11	1,00
Cuidado 48	11	11	1,00
Cuidado 49	11	11	1,00
Cuidado 50	11	11	1,00
Cuidado 51	11	11	1,00
Instrumento completo	560	561	0,99

FONTE: O autor (2018)

NOTA: IVC = Índice de Validade de Conteúdo

Os julgamentos descritivos realizados pelos juízes no instrumento estão apresentados no quadro 13 . As sugestões que apareceram na resposta de único juiz foram desconsideradas, exceto em casos em que se referiam a ajustes de ortografia ou que continham sugestão de ajustes na estrutura dos itens. Esse procedimento foi realizado com o intuito de otimizar os ajustes no instrumento.

Quadro 12: Avaliações descritivas do instrumento realizada pelos juízes. 2018

DOMÍNIO 1: IDENTIFICAÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS		
Cuidados	Justificativas	Sugestões
Identificar manifestações clínicas sugestivas do Infarto Agudo do Miocárdio	A principal característica do infarto agudo do miocárdio é a dor prolongada localizada na região subesternal que irradia para pescoço, ombro e braço esquerdo, principalmente. Os sintomas clássicos do infarto agudo do miocárdio são: dor no peito ou uma forte sensação de pressão, dor que irradia para os ombros, braço esquerdo, pescoço, maxilar, dor abdominal, falta de ar, perda temporária da consciência e sensação de morte iminente (AHA, 2015; SIERRA et al., 2017).	Inserir sudorese; Inserir retroesternal e precordial;
Identificar Caráter da dor; Diferenciar dor torácica de origem cardíaca e de origem não cardíaca	A dor deve ser caracterizada e qualificada conforme o tipo: tipo A (dor definitivamente anginosa), tipo B (dor provavelmente anginosa), tipo C (dor provavelmente não anginosa) e tipo D (definitivamente dor não anginosa) (PIEGAS et al. 2015).	Inserir realização ECG; Inserir escala de avaliação da dor; Inserir dor atípica;

Se dor Precordial: Encaminhar paciente para sala de reanimação	Definida como dor no meio do peito, geralmente tipo aperto ou peso, que pode irradiar para o braço esquerdo ou pescoço, podendo estar associada a sudorese, náuseas, sensação de lipotimia e/ou dor epigástrica. Considerando essa característica de dor, a classificação de risco para este sinal/sintoma é de Muito Urgente – Laranja, atendimento médico em até 10 minutos (CARVALHO; ROCHA, 2018; CAMARA, AGUILERA, LÓPEZ, PADIAL, 2017).	
Não constatado dor de origem cardíaca: Encaminhar paciente para atendimento clínico, conforme protocolo de Manchester	Após a anamnese e o exame físico completo do paciente, pode ocorrer a identificação de uma etiologia diferente da cardiovascular para a origem dor torácica, como sinais sugestivos de patologia pulmonar, como uma dor secundária a pneumonia por exemplo, ou uma patologia digestiva, entre outras complicações (CAMARA, AGUILERA, LÓPEZ, PADIAL, 2017).	Inserir a realização de ECG; Inserir exame físico dirigido;

DOMÍNIO 2: AVALIAÇÃO IMEDIATA < 10 MINUTOS		
Identificar localização da dor	A dor típica é o principal sintoma de Doença Coronariana, principalmente aquela com opressão, do tipo que irradia para o braço esquerdo, direito ou mandíbula, pode estar associada à sudorese fria, náusea, dor abdominal e até lipotimia. No entanto, pode haver a presença de sintomas atípicos, principalmente em pacientes idosos, diabéticos e mulheres, fato esse que pode direcionar para outros diagnósticos (FONSECA; IZAR, 2016).	Inserir os sintomas atípicos;
Determinar tempo de início dos sintomas	O tempo entre o início dos sintomas e a entrada na sala de emergência é determinado pelo Delta T e não deve ser maior que duas horas. Nesse intervalo, recomenda-se que o transporte entre o local do primeiro atendimento e centro de referencia para reperfusão miocárdica não ultrapasse 45 minutos (AHMED et al., 2018; TAKAGUI et al., 2018).	

<p>Monitorar sinais vitais de 15 em 15 minutos na primeira hora e após de 30 em 30 minutos, até a estabilização do paciente</p>	<p>Os sinais vitais são um conjunto de medidas, observações e monitorações que são úteis no diagnóstico e acompanhamento da evolução e das condições clínicas dos indivíduos. Através da monitorização rigorosa dos sinais vitais, pode-se obter uma resposta rápida ao tratamento em casos de hipotensão, hipertermia, taquicardia, bradicardia e presença de arritmias ventriculares. (T: 35,5-36,9; FC: 60 a 100bpm – Limites de alerta <50 bpm ou >120bpm; FR: 12 a 20 irpm PA:120X80mmHg (AMA, 2014; FETEZER, 2013)</p>	<p>Inserir para identificação de instabilidade clínica; Inserir – repetir sempre que houver alterações ou novas queixas do paciente; Inserir monitorização cardíaca.</p>
<p>Realizar exame físico completo</p>	<p>O exame físico frequentemente representa o primeiro contato físico com o paciente, além de ser imprescindível para a efetividade dos cuidados prestados, permite uma individualização da assistência de enfermagem. É fundamental que o examinador possua conhecimentos prévios de anatomia, fisiologia, fisiopatologia e</p>	

	<p>outras ciências (BARROS, 2016). A ausculta cardíaca e pulmonar são importantes para identificação de alterações cardíacas e pulmonares. Além de auxiliar na identificação de dados de insuficiência cardíaca ou complicações mecânicas de um ataque cardíaco. Também é útil pois auxilia na realização de um diagnóstico diferencial, é pouco provável que uma dor no peito que se reproduza à palpação seja um infarto agudo do miocárdio (SIERRA et al., 2017).</p>	
<p>Realizar ausculta cardíaca e pulmonar de forma criteriosa</p>	<p>eA ausculta cardíaca e pulmonar são importantes para identificação de alterações cardíacas e pulmonares. O objetivo da ausculta cardíaca é determinar a frequência e o ritmo cardíaco e avaliar possíveis alterações nos batimentos cardíacos. A ausculta pulmonar é realizada para identificar possíveis alterações causadas pela infarto agudo do miocárdio, como a presença de estertores e sibilos, além de</p>	<p>Realizar a junção desse item com o item anterior, pois a ausculta é realizada durante o exame físico.</p>

	tosse e até mesmo hemoptise (SMELTZER;BARE;HINKLE;CHEEVER, 2016).	
Identificar fatores de risco e antecedentes cardiovasculares	Entre os principais os principais fatores de risco e antecedentes cardiovasculares, destaca-se o tabagismo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemias e obesidade, que são classificados como fatores de risco modificáveis, além de existirem os fatores não modificáveis, como idade, sexo e hereditariedade (TEIXEIRA, SANCHES, VIVAS, 2017).	Inserir stress, sedentarismo, uso de drogas lícitas e ilícitas e fatores modificáveis.
Manter oximetria de pulso	A oximetria de pulso é amplamente utilizada para pacientes que necessitam de monitoramento contínuo de saturação de oxigênio. E tem como principal finalidade a detecção precoce de hipoxemia nas mais diversas situações e a monitorização da perfusão e circulação, pode -se afirmar que a oximetria de pulso permite uma monitorização contínua e não invasiva da	

	<p>saturação parcial de oxigênio, desempenhando um papel fundamental na recuperação de pacientes que necessitam de cuidados permanentes, como no caso do IAM (PESSANHA, COELHO, JESUS, RIBEIRO, 2017).</p>	
<p>Documentar e registrar – sinais vitais e SpO2 de modo apropriado</p>	<p>Os registros de enfermagem são imprescindíveis para prática profissional, o prontuário do paciente deve constar e retratar a realidade, de forma documentada e ser meio de comunicação permanente entre a equipe. A avaliação da resposta do paciente ao tratamento ocorre através da avaliação dos registros dos resultados, assim como o planejamento da assistência contínua (SANTOS et al., 2018; COLAÇO et al., 2015).</p>	
<p>Realizar monitoramento do paciente com monitor multiparâmetros</p>	<p>O paciente gravemente enfermo necessita de monitorização e vigilância gerencial e assistencial durante as 24 horas. Por isso a monitorização consiste na produção de dados de vigilância e permite a tomada de</p>	<p>Inserir a realização desse cuidado anteriormente;</p>

	<p>decisão através dessas informações. A vigilância de enfermagem, garante a segurança e proteção com a implementação das ações de enfermagem. É necessário também que o profissional saiba interpretar os parâmetros indicados, afim de evitar complicações ao paciente. Essa monitorização permite diagnosticar e identificar a resposta ao tratamento, acompanhar a evolução do paciente e determinar a conduta terapêutica. Avaliar sistema cardiorrespiratório e estabilidade térmica (BULECHEK et al.,2016; VENTURI,2016).</p>	
<p>Remover sensor regularmente e procurar irritação da pele ou sinais de pressão (a cada 2 horas para sensor de salto de tensão ou a cada 4 horas para sensores adesivo de dedo da mão ou do pé).</p>	<p>As lesões por pressão constituem um dos principais eventos adversos encontrados em serviços de atenção à saúde. Além disso são consideradas problemas socioeconômicos e educacionais, sendo necessário investimentos em ações de prevenção. Um paciente que desenvolve uma lesão por pressão, demanda 50% a</p>	

	mais de tempo de assistência de enfermagem, dado que evidencia a necessidade e relevância dos cuidados preventivos (FERREIRA; et al., 2016).	
Verificar os limites de alarme do monitor, conforme o fabricante, para ajuste correto de frequência de pulso (alta e baixa).	Políticas e práticas de configuração inadequada dos alarmes. Falhas não intencionais relacionadas aos alarmes muitas vezes podem ser atribuída a sistemas que não foram configurados de forma adequada (ECRI, 2014). A enorme quantidade de alarmes disparados concorrentes gera uma cacofonia de ruídos que, por conseguinte, constrói uma sobrecarga cognitiva nos profissionais de saúde e isto pode impedir que alarmes clinicamente relevantes sejam atendidos e solucionados(AAMI , 2018).	
Ajustar os alarmes de Frequência Cardíaca (FC) entre 50 e 70.	A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2015) recomenda que a FC alvo para os pacientes com IAM deve ser mantida em torno de 55 a 60bpm.	Inserir maior atenção aos pacientes que usam Betabloqueadores.

Identificar arritmias e desvios do segmento ST	A rápida identificação das alterações apresentadas no eletrocardiograma de 12 derivações pelo enfermeiro, permite a antecipação de eventos potencialmente fatais aos pacientes (SANTANA-SANTOS et. al, 2017). É importante identificar os pacientes com alto risco de arritmias que podem ser fatais (principalmente aqueles com isquemia ativa), porque exigirão um monitoramento atento até que o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio seja confirmado ou descartado. Em geral as arritmias aparecem nas primeiras 12 horas após os primeiros sintomas clínicos (SIERRA et al., 2017).	
Garantir acesso venoso calibroso	A punção venosa periférica consiste no acesso à corrente sanguínea através da introdução de um cateter especial, podendo ser mantido por até 96 horas no sítio de inserção, cateteres mais calibrosos permitem maior fluxo que um cateter central com o mesmo calibre, pois a	Inserir a garantia de dois acessos venosos periféricos.

	<p>resistência depende também de seu comprimento, os mais calibrosos (16 ou 14) são amplamente utilizados em casos de emergência para infusão com fluxo alto, reparação rápida de volume, bolus de contraste, medicamentos muito viscosos ou concentrados sanguíneos. Cabe ao enfermeiro, juntamente com sua equipe, providenciar a garantia de um acesso venoso periférico e calibroso (VIZCARRA et al., 2014; ALVES et al. 2013).</p>	
DOMÍNIO 3 : EXAMES PARA CONFIRMAÇÃO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO		
<p>Realizar Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações</p>	<p>O ECG de 12 derivações é capaz de refletir alterações resultantes de disfunções do miocárdio nas mais diversas possibilidades, é essencial pois é capaz de detectar anormalidades na condução elétrica cardíaca prevendo os riscos para a vida do paciente, além de permitir o monitoramento do segmento ST. O ECG continua sendo um teste essencial não invasivos em pacientes com suspeita de IAM e deve ser</p>	

	<p>realizado em até 10 minutos após a chegada na unidade de emergência. A chance de IAM é menor quando um ECG é normal ou não conclusivo, no entanto aumenta substancialmente na presença de desvios de segmento. Portanto um único ECG normal não exclui o IAM, recomenda-se a obtenção de ECGs em série ou uma monitorização contínua do ECG. (SANTANA-SANTOS et al., 2017; SMULDERS et al., 2018).</p>	
<p>Realizar exames específicos, conforme prescrição médica e/ou a cada 6 horas</p>	<p>A dosagem de marcadores cardíacos é essencial para diferenciar e diagnosticar corretamente o infarto agudo do miocárdio e a angina instável.</p> <p>Troponina: proteínas que são encontradas e envolvidas na contração das células musculares esqueléticas e cardíacas e sua elevação ocorre após 3 a 8 horas do início dos sintomas, e possui seu pico entre 36 e 72 horas e a normalização após 5 e 14 dias. Valores de referencia <0,26mg/ml para a</p>	<p>Inserir curva enzimática é essencial para observar a evolução da isquemia miocárdica.</p>

	<p>cTnl e a concentração de 0,1 mg/ml para a cTnT</p> <p>Creatina fosfoquinase fração MB (CK-MB): É uma isoenzima da CK, encontrada principalmente no músculo cardíaco, o nível de CK-MB altera-se após 6 horas de início dos sintomas, alcançando seu pico máximo entre 12 e 24 horas, retornando ao seu nível normal em 48 a 72 horas. Valor de referência 0,3mg/ml (JARROS, JUNIOR, 2014; PIEGAS et al., 2015).</p>	
Realizar o exame de RX no leito	Esse exame é considerado importante para a realização do diagnóstico diferencial de infarto agudo do miocárdio, pois permite excluir outros problemas que podem se manifestar através da dor torácica (PIEGAS et al., 2015; SIERRA, et al., 2017).	
DOMÍNIO 4: MANUTENÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM		
Manter paciente em repouso absoluto no leito	Durante o IAM é necessário diminuir o esforço realizado pelo músculo cardíaco	

	<p>para garantir o suprimento de oxigênio, nessa condição é preciso que o paciente mantenha-se em repouso absoluto no leito e a redução no nível de ansiedade. É preciso garantir que o paciente realize o mínimo possível de esforço, através da promoção do conforto e o estabelecimento de vínculo de confiança entre o cuidador e o ser cuidado, pois estes garantem um menor esforço da atividade cardíaca, menor necessidade de oxigênio e, conseqüentemente, uma menor probabilidade de lesões miocárdicas . A Reabilitação cardíaca pode ser iniciada após 24 horas de repouso no leito, dependendo da gravidade do IAM e após estabilização da condição clínica (PONTE; SILVA, 2014; ALVES et al., 2013; NEVES; OLIVEIRA, 2017).</p>	
<p>Manter paciente em jejum de no mínimo 4h</p>	<p>Em presença de dor, para realização de exames, para redução do risco de aspiração por êmese, após este prazo, comunicar</p>	

	equipe médica e nutrição sobre estado clínico atual do paciente (PIEGAS et al., 2015, AHA, 2015).	
Manter paciente em decúbito elevado no leito	Em pacientes com Infarto Agudo do miocárdio o seu posicionamento pode alterar a troca gasosa, o desempenho cardíaco e a distribuição do sanguíneo periférico (BARROS et al., 2015).	Realizar junção com o cuidado 22 Manter a cabeceira a 30°
Observar sinais e sintomas cutâneos	Devido a má perfusão tissular periférica que pode ocorrer na fase inicial do IAM, devido a liberação de catecolaminas (noradrenalina e adrenalina) pelas células miocárdicas isquêmicas, que resultam na liberação de glicogênio, em diaforese e na vasoconstricção dos vasos sanguíneos periféricos (durante o exame físico, percebe-se a pele cinzenta, pegajosa e fria), que pode ocorrer também devido ao choque cardiogênico que pode ser uma das complicações do IAM decorrente a falha do ventrículo esquerdo (LEWIS et al., 2013).	

Realizar exame Neurológico completo	O exame neurológico tem como objetivo contribuir para identificação da causa da alteração do nível de consciência, obter um parâmetro para seguimento evolutivo e ajudar na determinação prognóstica, deve-se avaliar o nível de consciência, pupilas, padrão motor e o padrão respiratório (MARTINS et al., 2017). Uma alteração no nível de consciência no IAM, pode indicar diminuição do débito cardíaco decorrente da oxigenação cerebral inadequada (PIEGAS et al., 2015, AHA, 2015, IBANEZ et al, 2017).	Realizar avaliação com escala de coma de Glasgow.
Realizar dosagem de glicemia	O controle glicêmico, deve ser realizado criteriosamente pela equipe de enfermagem, ou seja, deve ser realizado monitorização da glicemia a cada hora, aplicação de protocolos de insulino terapia diante os resultados, adequação do suporte nutricional. Quando ocorrem falhas nesse processo de monitoramento, podem ocorrer danos ao paciente, que vão desde uma	

	<p>sudorose, coma e até morte. Um controle glicêmico efetivo é essencial para evitar e/ou reduzir a ocorrência de eventos adversos relacionados à medicamentos e detectar alterações como hiperglicemia e hipoglicemia, evitando danos imediatos (ROQUE, SILVA, SANTOS, MELO, 2018; SANTOS, 2014).</p>	
<p>Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de hiperglicemia</p>	<p>A presença de hiperglicemia em pacientes sem o diagnóstico de diabetes mellitus é denominada hiperglicemia de estresse, e ocorre através da liberação de catecolaminas e cortisol, ocasionando glicogenólise, aumento dos ácidos graxos, resistência insulínica e inativação do óxido nítrico. Isso desencadeia hiperglicemia, disfunção microvascular e endotelial, estado pró- trombótico e inflamação vascular (LEAL, et al., 2017; ALKOFIDI et al. 2015).</p>	<p>Retirar cuidado, pode ser observado durante realização do cuidado anterior.</p>

<p>Monitorar débito urinário de hora em hora, nas primeiras 24 horas e depois a cada período</p>	<p>No IAM a eliminação urinária fica comprometida devido a hipoperfusão renal, que ocorre devido, o débito cardíaco diminuído e da diminuição da pressão arterial, que são consequências da depressão da contratilidade miocárdica causada pela isquemia e de um possível choque cardiogênico, como uma das complicações do IAM (LOSCALZO, 2014).</p>	
<p>Avaliar a dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitantes</p>	<p>Avaliar a dor do paciente é um cuidado fundamental do enfermeiro, uma vez que esse profissional cuida de forma ininterrupta, o que lhe permite conhecer os sinais da dor dos pacientes e intervir para seu alívio. Na unidade de emergência o paciente experimenta dor, medo e ansiedade, muitas vezes relacionados a não clareza de seu diagnóstico médico e prognóstico. Nesse sentido, para alguns autores, a dor assim como a temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, deve ser</p>	<p>Inserir o uso do mnemônico PQRST (O que provoca a dor, a qualidade da dor, região de irradiação, a severidade e o tempo de início dos sintomas).</p>

	considerada um sinal vital (NASCIMENTO; SILVA, 2014).	
DOMÍNIO 5: CONTROLE DA DOR		
Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia	A dor é uma queixa frequente nos serviços de emergência, no entanto muitas vezes não é um sintoma bem abordado pela equipe de saúde. O manejo da dor é uma tarefa complexa e exige uma avaliação criteriosa da equipe, para garantir uma conduta terapêutica apropriada, permitindo assim um tratamento eficaz da dor (BERTONCELLO, BUENO, NASCIMENTO, AMANTE, 2016).	
Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a experiência de dor e transmitir aceitação da resposta do paciente à dor	Diminuir o sofrimento do paciente está relacionado à ética e humanização da assistência. O enfermeiro deve se valer de outras estratégias, como as preconizadas pela Política Nacional de Humanização, realizando um acolhimento e escuta qualificada das queixas do paciente que esperam alívio de sua dor. Essa mudança de conduta ajudaria a melhorar a empatia	

	<p>da equipe de saúde com a dor do paciente. Técnicas não farmacológicas podem ser utilizadas para tentar ajudar no controle da dor (OLIVEIRA, PERERIRA, SANTOS, SOUZA, 2016).</p>	
<p>Instituir e modificar as medidas de controle da dor com base na resposta do paciente.</p>	<p>A avaliação da dor é um processo amplo e envolve a obtenção de dados relacionados como, a data de início, a localização, intensidade, duração, periodicidade dos episódios de dor, além de existirem outros fatores que aumentam e diminuem a intensidade. Nesse contexto foram criadas diversas escalas com o objetivo de avaliar a dor do paciente. No entanto o profissional deve escolher uma escala de medida/avaliação que melhor se enquadre no perfil do paciente atendido. Uma correta avaliação da dor contribui para o sucesso do tratamento, pois por meio dela se pode definir intervenções, avaliar a eficácia do tratamento prescrito ou se necessita de uma nova intervenção (FORTUNA, 2017)</p>	

<p>Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor</p>	<p>A equipe deve facilitar a manutenção do sono e repouso do paciente, evitando manuseios desnecessários, diminuição dos ruídos, diminuir a intensidade das luzes, quando possível, além disso, outros fatores interferem no repouso do paciente como, ansiedade, os ruídos do ambiente, dificuldades relacionadas ao sono (PONTE, SILVA, 2017).</p>	
<p>Reduzir o nível de estresse e ansiedade</p>	<p>É importante que a equipe de enfermagem concilie seu amplo conhecimento de teorias que colaborem com o conforto do paciente, como a teoria ambientalista de Florence Nightingale que auxiliam na redução do estresse e ansiedade. É muito importante o apoio social e a redução do estresse no momento da manifestação dos sintomas, e ajuda aos pacientes para gerir as consequências psicológicas em decorrência do IAM. A ansiedade também pode ser aliviada através da administração de morfina endovenosa que atua como</p>	

	venodilatador e redução da pré-carga do ventrículo esquerdo, além de atuar como analgésico sobre o Sistema Nervoso Central, reduzindo a ação do Sistema Nervoso Simpático(RIBEIRO, SILVA, LIMA, 2016; CANESIN; TIMERMAN, 2013).	
DOMÍNIO 6: TRATAMENTO GERAL INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO		
Realizar Estratificação de Risco	O risco isquêmico é avaliado quantitativamente por meio de várias escalas, sendo mais comumente utilizada no Brasil a escala Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) (PIEGAS et al., 2015). O escore TIMI de risco para infarto agudo do miocárdio é uma ferramenta importante para estratificar o risco de morte no IAM (SILVEIRA, JAEGER, HATSCHBACH, MANENTI, 2016).	
Realizar cuidados com acesso venoso periférico	Os cateteres venosos periféricos são uma tecnologia essencial ao cuidado em ambiente hospitalar, seja para	

	<p>administração intravenosa de medicamentos, soluções, hemoderivados, nutrição parenteral e até mesmo fins diagnósticos. No entanto a utilização dessa tecnologia não está isenta de complicações relacionadas ao seu uso, como flebites e infiltrações, por isso faz-se necessário um cuidado criterioso em relação a este dispositivo, desde sua inserção até sua retirada. Manter técnica asséptica rigorosa, durante a realização do procedimento; manter cuidados com punção venosa periférica, conforme determinação da instituição; Recomenda-se a troca dos curativos em intervalos de 24 à 72 horas; e avaliação diária da necessidade de troca do curativo ou acesso venoso periférico (LUCAS, 2014; BRAGA et al., 2018).</p>	
<p>Verificar os “9 certos” na administração segura</p>	<p>na administração segura de medicamentos. O erro de medicação é o evento adverso mais comum dentre os relacionados com a assistência ao paciente. Erro de medicação</p>	

medicamentos – antes do procedimento	é definido como qualquer evento evitável que pode causar ou induzir o uso de medicamento inapropriado e prejudicar o paciente, enquanto o medicamento ainda está sob controle do profissional de enfermagem. Atualmente existem treze certos para uma administração segura de medicamentos, mais os “certos” essenciais destacados são, paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa e prontuário certo, com o objetivo de garantir uma assistência segura e de qualidade (CARVALHO, RIEGEL, SIQUEIRA, 2017).	
DOMÍNIO 7: TERAPIA MEDICAMENTOSA PARA INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (MONABCH, 2013)		
Administrar Morfina, conforme prescrição médica	Alívia a dor, diminui o consumo de O ₂ , sintomas congestivos e a PA, a dose inicial deve ser de 2 a 8 mg, que é considerado o suficiente para aliviar a dor e a ansiedade. Com monitorização da pressão arterial, essas doses podem ser repetidas de 5 a 15	Inserir eventos adversos e contraindicações

	minutos. (SILVA et al., 2016; HAMM et al., 2016; PIEGAS et al., 2015, SIERRA et al., 2017, AHA, 2018).	
Administrar Oxigênio, conforme prescrição médica	Terapia de rotina em pacientes com congestão pulmonar e/ou saturação <90%. Terapia de rotina em pacientes com congestão pulmonar e/ou saturação <90%. Quando utilizado de forma desnecessária, a oxigenioterapia por tempo prolongado pode causar vasoconstrição sistêmica, aumento da resistência vascular sistêmica e da pressão arterial, reduzindo assim, o débito cardíaco (ANDERSON et al., 2013; SHUVY et al., 2013; HOFMANN et al., 2017, AHA 2018).	Inserir eventos adversos e contraindicações
Administrar Nitratos, conforme prescrição médica	A utilização de nitratos é amplamente utilizada e pode ser administrada de forma sublingual. Está indicado para relacionar a tentativa de reversão de um possível eventual espasmos e auxilia no alívio da dor anginosa (HAMM et al., 2016). Os mais medicamentos mais comumente	Inserir eventos adversos e contraindicações

		utilizados são: Isordil: Diminui a pré-carga, diminui o consumo de O ₂ , promove a dilatação coronária e diminui o vasoespasm (PIEGAS et al., 2015, SIERRA et al., 2017, AHA, 2018). Nitroglicerina: Utilizada para pacientes com sintomas persistentes, congestão pulmonar e /ou hipertensão (PIEGAS et al., 2015 ,SIERRA et al., 2017, AHA, 2018).	
Administrar acetilsalicílico, conforme prescrição médica	Ácido conforme	Inibe a ativação, degranulação e agregação plaquetária, diminuindo o risco de morte, se recomenda uma dose de 160mg/dia a 325mg mastigável, quando ainda no primeiro atendimento, antes mesmo da realização do ECG (PIEGAS et al., 2015, SIERRA et al., 2017, AHA, 2018).	Inserir eventos adversos e contraindicações
Administrar betabloqueadores conforme prescrição médica		Diminui o inotropismo e cronotropismo, aumenta o tempo diastólico e a perfusão coronariana, diminui o consumo de O ₂ e diminui os sintomas isquêmicos, é recomendado o uso por via oral nas primeiras horas, reservando a via	Inserir eventos adversos e contraindicações

	endovenosa para os pacientes hipertensos e taquicárdicos (PIEGAS et al., 2015; AHA, 2018)	
Administrar Clopidogrel, conforme prescrição médica	Inibe a difosfato de adenosina (ADP) envolvido na agregação plaquetária, as evidências do uso do clopidogrel, referem-se ao seu uso combinado ao AAS e nos pacientes que receberam a terapia fibrinolítica inicial, evidenciando assim seu benefício em reduzir eventos cardiovasculares maiores (PIEGAS et al., 2015; AHA, 2018).	Inserir eventos adversos e contraindicações
Administrar Heparina, conforme prescrição médica	Anticoagulante ou antitrombótico, interage com antitrombina (anticoagulante natural do organismo, capaz de inativar diversas enzimas da cascata de coagulação) (PIEGAS et al., 2015; AHA, 2018)	Inserir eventos adversos e contraindicações
DOMÍNIO 8: TERAPIA TROMBOLÍTICA		
Administrar trombolítico conforme prescrição médica	Os fibrinolíticos têm indicação aos pacientes com sintomas sugestivos de SCA, associada a presença, no ECG, de supradesnívelamento persistente do	

	<p>segmento ST em pelo menos duas derivações contíguas ou de um novo bloqueio de ramo esquerdo (BRE), desde que não existam contraindicações (HAMM et al., 2016; PIEGAS et al., 2015). A terapia de reperfusão química se mostra como melhor opção terapêutica, quando não é possível submeter o paciente a intervenção coronária percutânea primária em tempo hábil (até 12 horas do início dos sintomas) ou por falta de possibilidade de encaminhar o paciente a este tipo de abordagem invasiva. A ICP deve ser realizada, preferencialmente, pois é a terapêutica padrão ouro por apresentar muitas vantagens em relação a trombólise, como, redução das chances de reinfarto e aumento da sobrevida tempo dependente (AFONSO et al., 2016; ABOAL et al., 2017).</p>	
DOMÍNIO 9: CUIDADOS PÓS TERAPIA TROMBOLITICA		

<p>Monitorar quanto a sinais de sangramento, evitar punções venosas e arteriais desnecessárias</p>	<p>A ocorrência de sangramento é mais frequente após o uso da terapia fibrinolítica, mas também podem ser associadas ao tratamento farmacológico adjuvante pelo uso de antiplaquetários e anticoagulantes (CAMARA, 2018). O risco hemorrágico, também deve ser avaliado frequentemente, principalmente quando se refere ao tratamento e deve ser realizado através do uso da escala CRUSADE, que é uma ferramenta que prediz o risco de sangramento em casos de SCA, sem supradesnívelamento do segmento ST, com o objetivo de escolher a terapia mais apropriada (SIERRA et al., 2017; GARCIA, MUNÓZ, URREA, BURBANO, 2015).</p>	
<p>Reservar vaga de Unidade de Terapia Intensiva</p>	<p>Com a finalidade de proporcionar um atendimento de alta complexidade, visto que, parte dos números de reinfartos ocorrem nas primeiras 24 horas após os primeiros sintomas (OUCHI et al., 2017).</p>	<p>Inserir Unidade Coronariana</p>

<p>Aspectos gerais do paciente: Conhecer o diagnóstico médico, identificação do paciente, verificação de presença de alergias. Manter grades e cabeceira elevadas. Avaliar a necessidade de contenção mecânica ou química, força motora e lazer.</p>	<p>A ocorrência de eventos adversos, durante o cuidado de enfermagem pode representar o prolongamento da permanência no hospital e aumento nas despesas. A igualdade do cuidado de enfermagem deve ser estudada como o resultado entre as condições ideais de trabalho, provenientes de recomendações nacionais e internacionais de promoção da qualidade e segurança do paciente em e os riscos e benefícios inerentes do ser humano ao prestar o cuidado (LOBÃO, MENEZES, 2015).</p>	
<p>Materiais: Conferencia do material de reanimação, psicotrópicos, torpedos de oxigênio, e gavetas de medicamentos, impressos, disponibilidade de materiais. Organização da unidade.</p>	<p>Na assistência hospitalar o processo de cuidar e gerenciar são considerados as principais dimensões do trabalho do enfermeiro. Assim, precisa dispor, além de conhecimento científico, de habilidades de planejamento, comunicação, rapidez e estar constantemente atualizado. Em seu cuidado e gerenciamento precisa apropriar-se dos diagnósticos e condições clínicas dos</p>	

	<p>pacientes, organizar as atividades a serem realizadas durante o plantão e orientar as ações da equipe de enfermagem, para que todas as necessidades dos pacientes sejam supridas com segurança e qualidade (FROTA et al., 2015; SANTOS; CAMELO, 2015).</p>	
<p>Família: Conferir a atenção ao familiar/informações enfermagem</p>	<p>Para os pacientes, a família constitui importante grupo social e tem capacidade de auxiliar na estabilidade emocional, funcional e seu bem estar. Família é uma unidade dinâmica formada por pessoas que reconhecem e se organizam como família, partilham e constroem sua história, podem estar unidos por laços co-sanguíneos o de afetividade (PUGGINA, et al., 2014).</p>	

Fonte: autora, 2018

Discussão

O instrumento de boas práticas de enfermagem a pacientes com infarto agudo do miocárdio na emergência obteve o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), de 0,8778, considerado satisfatório e o IVC de 0,99 indicando concordância quase perfeita. Portanto mostrou-se válido e sua aplicação na prática poderá contribuir para uma melhor assistência de enfermagem “no atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência” também auxiliará para a segurança do paciente, visto que, trata-se de uma ferramenta de trabalho que tem como objetivo melhorar a qualidade da assistência de enfermagem.

Apesar de obter um CVC satisfatório e um IVC quase perfeito algumas alterações foram realizadas no instrumento com base nas avaliações descritivas dos juízes conforme quadro x. Os itens 8 e 9 sofrerão uma interligação e excluindo assim o item que abordava somente a realização de ausculta cardíaca e pulmonar, sendo então abordado no item que descreve o exame físico completo. Os itens 22 e 24 também foram agrupados e optou-se por fazer a modificação da nomenclatura, de “Manter o paciente em decúbito elevado” para “Manter a cabeceira elevada a 30º. Tornando assim o item 22 como: Manter paciente em repouso absoluto no leito e cabeceira elevada a 30º. Os itens 27 e 28 foram mantidos, já que ao realizar a dosagem de glicemia capilar estamos nos atendo aos valores numéricos da glicemia e o que o item 28 aborda é monitoramento de sinais e sintomas de hiperglicemia.

Os juízes também realizaram sugestões para acréscimo de cuidados, no entanto os cuidados sugeridos já compunham o instrumento, esse fator pode ter ocorrido devido a forma como o instrumento foi disposto no formulário on-line, onde o juiz avaliava cada item separadamente, não sabendo assim, como era composto o próximo item, tendo acesso ao instrumento como um todo somente ao final da avaliação. Sua versão final manteve os 9 domínios e apresenta 49 intervenções de enfermagem (duas a menos que a versão inicial). Como citado anteriormente alguns aspectos foram retirados e outros acrescentados, grande parte foi reescrita, com o objetivo de deixar o instrumento mais claro e prático. As recomendações dos juízes foram abrangentes, ainda que o CVC do instrumento tenha sido satisfatório em única avaliação, as sugestões registradas foram de extrema importância para a qualificação do instrumento, já que permitiu a ampliação e reestruturação do conteúdo abordado.

Cabe salientar da importância da metodologia adotada para o aperfeiçoamento do instrumento, através da avaliação por enfermeiros com experiência na assistência em emergência cardiológica, com a

finalidade de garantir um instrumento confiável; com qualidade no âmbito científico, e que possa ser aplicado na prática diária dos enfermeiros assistenciais.

A confiabilidade de um instrumento é definida com sua relação com o processo de construção e validação de qualidade, em que o pesquisador conhece e respeita os referenciais e domínios para um julgamento adequado do instrumento que está sendo construído e/ou validado. É de suma importância, que o pesquisador tenha total domínio sobre o constructo e a população do instrumento que se refere e que o busque no decorrer da pesquisa pelo seguimento rigoroso dos passos metodológicos, com a finalidade de garantir instrumentos que contribuam para as intervenções dos profissionais da saúde (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2018).

Apesar desse instrumento não ter sido aplicado na prática, instituições podem fazê-lo e para isso devem utilizá-lo como modelo e adaptá-lo para a sua realidade. Com o propósito de garantir bons resultados é necessário que sua aplicabilidade seja realizada de forma rotineira e sistemática, a cada turno de trabalho, ou seja, nas 24 horas do dia, pois tratando-se de pacientes em situação crítica, como são os pacientes com infarto agudo do miocárdio, sua condição clínica pode alterar-se constantemente. É fundamental que enfermeiros estejam fundamentados em protocolos, guias, manuais, *Bundles*, escalas, para garantir a qualidade da assistência de enfermagem.

O atendimento inicial do IAM é realizado por enfermeiros na sala de emergência, e é baseado através dos sinais e sintomas que paciente apresenta, por isso é necessário que a sistematização da assistência seja prestada, além de do mais, é fundamental que o enfermeiro possua uma visão ampla da assistência a ser prestada considerando, os aspectos biopsicossociais. A intervenção deve ocorrer de forma individualizada e singular, respeitando a condição do paciente (ALVES et al., 2013).

A essência da enfermagem é o cuidado humano, e a atenção ao paciente com infarto agudo do miocárdio não seria diferente, o enfermeiro que atua como protagonista no cuidado ao paciente com IAM, necessita de um raciocínio clínico e crítico, e esse cuidado se estende desde a chegada do paciente até a sua alta hospitalar, através de diversas ações como, puncionar veia, administrar medicamentos e fluidos, administrar oxigênio por cateter nasal para evitar hipóxia e ofertar o suprimento adequado de oxigênio para o miocárdio, cumprir indicações médicas, como analgesia para alívio da dor, administração terapêutica de trombolítica com atenção, com a finalidade de evitar reações adversas, manter cabeceira elevada a 30° para diminuir a carga do coração, controle

do balanço hidroeletrólítico, realizar o ECG para avaliação dos resultados dos pacientes, monitorar os mesmos para detecção de possíveis complicações, como arritmias cardíacas atrioventricular, bloqueio, entre outras atividades (RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016; SANTOS, 2017).

Os principais objetivos das ações de enfermagem visam: a avaliar a evolução dos sinais e sintomas, identificar e prevenir complicações cardíacas irreversíveis, envolver a família e o paciente em seu tratamento. Nesse contexto, observamos que a equipe de enfermagem é de extrema importância para o atendimento a esses pacientes, sendo necessário empenho e dedicação da equipe, visando uma assistência de qualidade (RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016; SANTOS et al., 2017).

Quadro 13: Versão final dos itens e aspectos do instrumento Guia de intervenções após alterações, 2018.

DOMÍNIO 1: IDENTIFICAÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS		
	Cuidados	Justificativas
1	Identificar manifestações clínicas sugestivas do Infarto Agudo do Miocárdio	O principal sintoma sugestivo do IAM é a dor no peito, também denominada de dor torácica, dor precordial ou precordialgia. Esta é descrita como em aperto, opressiva, com irradiação para os membros superiores, mandíbula, dorso ou epigástrico, sendo acompanhada, ou não, por sudorese fria, dispneia, náuseas e vômitos. Entretanto, nem todos os indivíduos irão apresentar dor torácica, como, por exemplo, os diabéticos (devido a neuropatia sensitiva e autonômica), algumas mulheres e idosos (AHA, 2015; SIERRA et al., 2017).
2	Identificar Caráter da dor: Diferenciar dor torácica de origem cardíaca e de origem não cardíaca	A dor deve ser caracterizada e qualificada conforme o tipo: tipo A (dor definitivamente anginosa), tipo B (dor provavelmente anginosa), tipo C (dor provavelmente não anginosa) e tipo D (definitivamente dor não

		anginosa) (PIEGAS et al. 2015).
3	Se dor Precordial: Encaminhar paciente para sala de reanimação	Definida como dor no meio do peito, geralmente tipo aperto ou peso, que pode irradiar para o braço esquerdo ou pescoço, podendo estar associada a sudorese, náuseas, sensação de lipotimia e/ou dor epigástrica. Considerando essa característica de dor, a classificação de risco para este sinal/sintoma é de Muito Urgente – Laranja, atendimento médico em até 10 minutos (CARVALHO; ROCHA, 2018; CAMARA, AGUILERA, LÓPEZ, PADIAL, 2017).
4	Não constatado dor de origem cardíaca: Encaminhar paciente para atendimento clínico, conforme protocolo de Manchester	Após a anamnese e o exame físico completo do paciente, pode ocorrer a identificação de uma etiologia diferente da cardiovascular para a origem dor torácica, como sinais sugestivos de patologia pulmonar, como uma dor secundária a pneumonia por exemplo, ou uma patologia digestiva, entre outras complicações (CAMARA, AGUILERA, LÓPEZ, PADIAL, 2017).
DOMÍNIO 2: AVALIAÇÃO IMEDIATA < 10 MINUTOS		
	Cuidados	Justificativas

5	Identificar localização da dor	<p>A dor típica é o principal sintoma de Doença Coronariana, principalmente aquela com opressão, do tipo que irradia para o braço esquerdo, direito ou mandíbula, pode estar associada à sudorese fria, náusea, dor abdominal e até lipotimia. No entanto, pode haver a presença de sintomas atípicos, principalmente em pacientes idosos, diabéticos e mulheres, fato esse que pode direcionar para outros diagnósticos. Os sintomas atípicos se caracterizam de maneira abrangente como ausência de dor torácica ou dor em um local diferente do padrão de IAM (dor atípica), ou ainda a presença isolada ou associada de dispnéia, síncope, náuseas, êmese ou nenhum desses sintomas (FONSECA;IZAR, 2016; FUJINO et al.; 2016).</p>
6	Determinar tempo de início dos sintomas	<p>O tempo entre o início dos sintomas e a entrada na sala de emergência é determinado pelo Delta T e não deve ser maior que duas horas. Nesse intervalo, recomenda-se que o transporte entre o local do primeiro</p>

		atendimento e centro de referencia para reperfusão miocárdica não ultrapasse 45 minutos (AHMED et al., 2018; TAKAGUI et al., 2018).
7	Realizar monitoramento do paciente com monitor multiparâmetros	O paciente gravemente enfermo necessita de monitorização e vigilância gerencial e assistencial durante as 24 horas. Por isso a monitorização consiste na produção de dados de vigilância e permite a tomada de decisão através dessas informações. A vigilância de enfermagem, garante a segurança e proteção com a implementação das ações de enfermagem. É necessário também que o profissional saiba interpretar os parâmetros indicados, afim de evitar complicações ao paciente. Essa monitorização permite diagnosticar e identificar a resposta ao tratamento, acompanhar a evolução do paciente e determinar a conduta terapêutica. Avaliar sistema cardiorrespiratório e estabilidade térmica (BULECHEK et al.,2016; VENTURI,2016).
8	Monitorar sinais vitais de 15 em 15 minutos na primeira hora e após de 30 em 30 minutos, até a	Os sinais vitais são um conjunto de medidas, observações e

	estabilização do paciente	<p>monitorações que são úteis no diagnóstico e acompanhamento da evolução e das condições clínicas dos indivíduos. Através da monitorização rigorosa dos sinais vitais, pode-se obter uma resposta rápida ao tratamento em casos de hipotensão, hipertermia, taquicardia, bradicardia e presença de arritmias ventriculares. (T: 35,5-36,9; FC: 60 a 100bpm – Limites de alerta <50 bpm ou >120bpm; FR: 12 a 20 irpm PA:120X80mmHg (AMA, 2014; FETEZER, 2013)</p>
9	Realizar exame físico completo	<p>O exame físico frequentemente representa o primeiro contato físico com o paciente, além de ser imprescindível para a efetividade dos cuidados prestados, permite uma individualização da assistência de enfermagem. É fundamental que o examinador possua conhecimentos prévios de anatomia, fisiologia, fisiopatologia e outras ciências (BARROS, 2016). Além de auxiliar na identificação de dados de insuficiência cardíaca ou complicações mecânicas de um ataque cardíaco.</p>

		Também é útil pois auxilia na realização de um diagnóstico diferencial, é pouco provável que uma dor no peito que se reproduza à palpação seja um infarto agudo do miocárdio (SIERRA et al., 2017).
10	Identificar fatores de risco e antecedentes cardiovasculares	Entre os principais os principais fatores de risco e antecedentes cardiovasculares, destaca-se o tabagismo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemias e obesidade, que são classificados como fatores de risco modificáveis, além de existirem os fatores não modificáveis, como idade, sexo e hereditariedade (TEIXEIRA, SANCHES, VIVAS, 2017).
11	Manter oximetria de pulso	A oximetria de pulso é amplamente utilizada para pacientes que necessitam de monitoramento contínuo de saturação de oxigênio. E tem como principal finalidade a detecção precoce de hipoxemia nas mais diversas situações e a monitorização da perfusão e circulação, pode -se afirmar que a oximetria de pulso permite uma

		<p>monitorização contínua e não invasiva da saturação parcial de oxigênio, desempenhando um papel fundamental na recuperação de pacientes que necessitam de cuidados permanentes, como no caso do IAM (PESSANHA, COELHO, JESUS, RIBEIRO, 2017).</p>
12	<p>Documentar e registrar – sinais vitais e SpO2 de modo apropriado</p>	<p>Os registros de enfermagem são imprescindíveis para prática profissional, o prontuário do paciente deve constar e retratar a realidade, de forma documentada e ser meio de comunicação permanente entre a equipe. A avaliação da resposta do paciente ao tratamento ocorre através da avaliação dos registros dos resultados, assim como o planejamento da assistência contínua (SANTOS et al., 2018; COLAÇO et al., 2015).</p>
13	<p>Remover sensor regularmente e procurar irritação da pele ou sinais de pressão (a cada 2 horas para sensor de salto de tensão ou a cada 4 horas para sensor adesivo de dedo da mão ou do pé).</p>	<p>As lesões por pressão constituem um dos principais eventos adversos encontrados em serviços de atenção à saúde. Além disso são consideradas problemas socioeconômicos e educacionais, sendo necessário investimentos em ações de prevenção.</p>

		Um paciente que desenvolve uma lesão por pressão, demanda 50% a mais de tempo de assistência de enfermagem, dado que evidencia a necessidade e relevância dos cuidados preventivos (FERREIRA; et al., 2016).
14	Verificar os limites de alarme do monitor, conforme o fabricante, para ajuste correto de frequência de pulso (alta e baixa).	Políticas e práticas de configuração inadequada dos alarmes. Falhas não intencionais relacionadas aos alarmes muitas vezes podem ser atribuída a sistemas que não foram configurados de forma adequada (ECRI, 2014). A enorme quantidade de alarmes disparados concorrentes gera uma cacofonia de ruídos que, por conseguinte, constrói uma sobrecarga cognitiva nos profissionais de saúde e isto pode impedir que alarmes clinicamente relevantes sejam atendidos e solucionados(AAMI , 2018).
15	Ajustar os alarmes de Frequência Cardíaca (FC) entre 50 e 70.	A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2015) recomenda que a FC alvo para os pacientes com IAM deve ser mantida em torno de 55 a 60bpm.
16	Identificar arritmias e desvios do segmento ST	A rápida identificação das alterações apresentadas no eletrocardiograma de 12

		<p>derivações pelo enfermeiro, permite a antecipação de eventos potencialmente fatais aos pacientes (SANTANA-SANTOS et. al, 2017). É importante identificar os pacientes com alto risco de arritmias que podem ser fatais (principalmente aqueles com isquemia ativa), porque exigirão um monitoramento atento até que o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio seja confirmado ou descartado. Em geral as arritmias aparecem nas primeiras 12 horas após os primeiros sintomas clínicos (SIERRA et al., 2017).</p>
17	Garantir dois acessos venosos calibrosos	<p>A punção venosa periférica consiste no acesso à corrente sanguínea através da introdução de um cateter especial, podendo ser mantido por até 96 horas no sítio de inserção, cateteres mais calibrosos permitem maior fluxo que um cateter central com o mesmo calibre, pois a resistência depende também de seu comprimento, os mais calibrosos (16 ou 14) são amplamente utilizados em casos de emergência para infusão com fluxo alto,</p>

		reparação rápida de volume, bolus de contraste, medicamentos muito viscosos ou concentrados sanguíneos. Cabe ao enfermeiro, juntamente com sua equipe, providenciar a garantia de um acesso venoso periférico e calibroso (VIZCARRA et al., 2014; ALVES et al. 2013).
DOMÍNIO 3 : EXAMES PARA CONFIRMAÇÃO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO		
	Cuidados	Justificativas
18	Realizar Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações	O ECG de 12 derivações é capaz de refletir alterações resultantes de disfunções do miocárdio nas mais diversas possibilidades, é essencial pois é capaz de detectar anormalidades na condução elétrica cardíaca prevenindo os riscos para a vida do paciente, além de permitir o monitoramento do segmento ST. O ECG continua sendo um teste essencial não invasivo em pacientes com suspeita de IAM e deve ser realizado em até 10 minutos após a chegada na unidade de emergência. A chance de IAM é menor quando um ECG é normal ou não conclusivo, no entanto aumenta substancialmente na presença de desvios de segmento. Portanto um

		<p>único ECG normal não exclui o IAM, recomenda-se a obtenção de ECGs em série ou uma monitorização contínua do ECG. (SANTANA-SANTOS et al., 2017; SMULDERS et al., 2018).</p>
19	<p>Realizar exames específicos, conforme prescrição médica e/ou a cada 6 horas</p>	<p>A dosagem de marcadores cardíacos é essencial para diferenciar e diagnosticar corretamente o infarto agudo do miocárdio e a angina instável.</p> <p>Troponina: proteínas que são encontradas e envolvidas na contração das células musculares esqueléticas e cardíacas e sua elevação ocorre após 3 a 8 horas do início dos sintomas, e possui seu pico entre 36 e 72 horas e a normalização após 5 e 14 dias. Valores de referencia <0,26mg/ml para a cTnl e a concentração de 0,1 mg/ml para a cTnT</p> <p>Creatina fosfoquinase fração MB (CK-MB): É uma isoenzima da CK, encontrada principalmente no músculo cardíaco, o nível de CK-MB altera-se após 6 horas de início dos sintomas, alcançando seu pico máximo entre 12 e 24 horas, retornando ao seu nível normal em 48 a 72 horas. Valor de referência</p>

		0,3mg/ml (JARROS, JUNIOR, 2014; PIEGAS et al., 2015).
20	Realizar o exame de RX no leito	Esse exame é considerado importante para a realização do diagnóstico diferencial de infarto agudo do miocárdio, pois permite excluir outros problemas que podem se manifestar através da dor torácica (PIEGAS et al., 2015; SIERRA, et al., 2017).
DOMÍNIO 4: MANUTENÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM		
	Cuidados	Justificativas
21	Manter paciente em repouso absoluto no leito e cabeceira elevada a a 30°.	Durante o IAM é necessário diminuir o esforço realizado pelo músculo cardíaco para garantir o suprimento de oxigênio, nessa condição é preciso que o paciente mantenha-se em repouso absoluto no leito e a redução no nível de ansiedade. É preciso garantir que o paciente realize o mínimo possível de esforço, através da promoção do conforto e o estabelecimento de vínculo de confiança entre o cuidador e o ser cuidado, pois estes garantem um menor esforço da atividade cardíaca, menor necessidade de oxigênio e, conseqüentemente, uma

		menor probabilidade de lesões miocárdicas . A Reabilitação cardíaca pode ser iniciada após 24 horas de repouso no leito, dependendo da gravidade do IAM e após estabilização da condição clínica (PONTE; SILVA, 2014; ALVES et al., 2013; NEVES; OLIVEIRA, 2017).
22	Manter paciente em jejum de no mínimo 4h	Em presença de dor, para realização de exames, para redução do risco de aspiração por êmese, após este prazo, comunicar equipe médica e nutrição sobre estado clínico atual do paciente (PIEGAS et al., 2015, AHA, 2015).
23	Observar sinais e sintomas cutâneos	Devido a má perfusão tissular periférica que pode ocorrer na fase inicial do IAM, devido a liberação de catecolaminas (noradrenalina e adrenalina) pelas células miocárdicas isquêmicas, que resultam na liberação de glicogênio, em diaforese e na vasoconstricção dos vasos sanguíneos periféricos (durante o exame físico, percebe-se a pele cinzenta, pegajosa e fria), que pode ocorrer também devido ao choque cardiogênico que pode ser uma das

		complicações do IAM decorrente a falha do ventrículo esquerdo (LEWIS et al., 2013).
24	Realizar exame Neurológico completo	O exame neurológico tem como objetivo contribuir para identificação da causa da alteração do nível de consciência, obter um parâmetro para seguimento evolutivo e ajudar na determinação prognóstica, deve-se avaliar o nível de consciência, pupilas, padrão motor e o padrão respiratório (MARTINS et al., 2017). Uma alteração no nível de consciência no IAM, pode indicar diminuição do débito cardíaco decorrente da oxigenação cerebral inadequada (PIEGAS et al., 2015, AHA, 2015, IBANEZ et al, 2017).
25	Realizar dosagem de glicemia	O controle glicêmico, deve ser realizado criteriosamente pela equipe de enfermagem, ou seja, deve ser realizado monitorização da glicemia a cada hora, aplicação de protocolos de insulinoaterapia diante os resultados, adequação do suporte nutricional. Quando ocorrem falhas nesse processo de monitoramento, podem ocorrer danos ao paciente,

		que vão desde uma sudorose, coma e até morte. Um controle glicêmico efetivo é essencial para evitar e/ou reduzir a ocorrência de eventos adversos relacionados à medicamentos e detectar alterações como hiperglicemia e hipoglicemia, evitando danos imediatos (ROQUE, SILVA, SANTOS, MELO, 2018; SANTOS, 2014).
26	Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de hiperglicemia	A presença de hiperglicemia em pacientes sem o diagnóstico de diabetes mellitus é denominada hiperglicemia de estresse, e ocorre através da liberação de catecolaminas e cortisol, ocasionando glicogenólise, aumento dos ácidos graxos, resistência insulínica e inativação do óxido nítrico. Isso desencadeia hiperglicemia, disfunção microvascular e endotelial, estado pró-trombótico e inflamação vascular (LEAL, et al., 2017; ALKOFIDI et al. 2015).
27	Monitorar débito urinário de hora em hora, nas primeiras 24 horas e depois a cada período	No IAM a eliminação urinária fica comprometida devido a hipoperfusão renal, que ocorre devido, o débito cardíaco diminuído

		e da diminuição da pressão arterial, que são consequências da depressão da contratilidade miocárdica causada pela isquemia e de um possível choque cardiogênico, como uma das complicações do IAM (LOSCALZO, 2014).
28	Avaliar a dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além	Avaliar a dor do paciente é um cuidado fundamental do enfermeiro, uma vez que esse profissional cuida de forma ininterrupta, o que lhe permite conhecer os sinais da dor dos pacientes e intervir para seu alívio. Na unidade de emergência o paciente experimenta dor, medo e ansiedade, muitas vezes relacionados a não clareza de seu diagnóstico médico e prognóstico. Nesse sentido, para alguns autores, a dor assim como a temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, deve ser considerada um sinal vital (NASCIMENTO; SILVA, 2014).
DOMÍNIO 5: CONTROLE DA DOR		
	Cuidados	Justificativas
29	Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia	A dor é uma queixa frequente nos serviços de emergência, no entanto muitas vezes não é um

		<p>sintoma bem abordado pela equipe de saúde. O manejo da dor é uma tarefa complexa e exige uma avaliação criteriosa da equipe, para garantir uma conduta terapêutica apropriada, permitindo assim um tratamento eficaz da dor (BERTONCELLO, BUENO, NASCIMENTO, AMANTE, 2016).</p>
30	<p>Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a experiência de dor e transmitir aceitação da resposta do paciente à dor</p>	<p>Diminuir o sofrimento do paciente está relacionado à ética e humanização da assistência. O enfermeiro deve se valer de outras estratégias, como as preconizadas pela Política Nacional de Humanização, realizando um acolhimento e escuta qualificada das queixas do paciente que esperam alívio de sua dor. Essa mudança de conduta ajudaria a melhorar a empatia da equipe de saúde com a dor do paciente. Técnicas não farmacológicas podem ser utilizadas para tentar ajudar no controle da dor (OLIVEIRA, PERERIRA, SANTOS, SOUZA, 2016).</p>
31	<p>Instituir e modificar as medidas de controle da dor com base na resposta do paciente.</p>	<p>A avaliação da dor é um processo amplo e envolve a obtenção de dados relacionados como, a data de início, a localização, intensidade, duração,</p>

		<p>periodicidade dos episódios de dor, além de existirem outros fatores que aumentam e diminuem a intensidade. Nesse contexto foram criadas diversas escalas com o objetivo de avaliar a dor do paciente. No entanto o profissional deve escolher uma escala de medida/avaliação que melhor se enquadre no perfil do paciente atendido. Uma correta avaliação da dor contribui para o sucesso do tratamento, pois por meio dela se pode definir intervenções, avaliar a eficácia do tratamento prescrito ou se necessita de uma nova intervenção (FORTUNA, 2017)</p>
32	Promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor	<p>A equipe deve facilitar a manutenção do sono e repouso do paciente, evitando manuseios desnecessários, diminuição dos ruídos, diminuir a intensidade das luzes, quando possível, além disso, outros fatores interferem no repouso do paciente como, ansiedade, os ruídos do ambiente, dificuldades relacionadas ao sono (PONTE, SILVA, 2017).</p>
33	Reduzir o nível de estresse e	<p>É importante que a equipe</p>

	ansiedade	de enfermagem concilie seu amplo conhecimento de teorias que colaborem com o conforto do paciente, como a teoria ambientalista de Florence Nightingale que auxiliam na redução do estresse e ansiedade. É muito importante o apoio social e a redução do estresse no momento da manifestação dos sintomas, e ajuda aos pacientes para gerir as consequências psicológicas em decorrência do IAM. A ansiedade também pode ser aliviada através da administração de morfina endovenosa que atua como venodilatador e redução da pré-carga do ventrículo esquerdo, além de atuar como analgésico sobre o Sistema Nervoso Central, reduzindo a ação do Sistema Nervoso Simpático(RIBEIRO, SILVA, LIMA, 2016; CANESIN; TIMERMAN, 2013).
DOMÍNIO 6: TRATAMENTO GERAL INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO		
	Cuidados	Justificativas
34	Realizar Estratificação de Risco	O risco isquêmico é avaliado quantitativamente por meio de várias escalas, sendo mais comumente utilizada no Brasil a escala

		<p>Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) (PIEGAS et al., 2015). O escore TIMI de risco para infarto agudo do miocárdio é uma ferramenta importante para estratificar o risco de morte no IAM (SILVEIRA, JAEGER, HATSCHBACH, MANENTI, 2016).</p>
35	<p>Realizar cuidados com acesso venoso periférico</p>	<p>Os cateteres venosos periféricos são uma tecnologia essencial ao cuidado em ambiente hospitalar, seja para administração intravenosa de medicamentos, soluções, hemoderivados, nutrição parenteral e até mesmo fins diagnósticos. No entanto a utilização dessa tecnologia não está isenta de complicações relacionadas ao seu uso, como flebites e infiltrações, por isso faz-se necessário um cuidado criterioso em relação a este dispositivo, desde sua inserção até sua retirada. Manter técnica asséptica rigorosa, durante a realização do procedimento; manter cuidados com punção venosa periférica, conforme determinação da instituição; Recomenda-se</p>

		a troca dos curativos em intervalos de 24 à 72 horas; e avaliação diária da necessidade de troca do curativo ou acesso venoso periférico (LUCAS, 2014; BRAGA et al., 2018).
36	Verificar os “9 certos” na administração segura dos medicamentos – antes do procedimento	O erro de medicação é o evento adverso mais comum dentre os relacionados com a assistência ao paciente. Erro de medicação é definido como qualquer evento evitável que pode causar ou induzir o uso de medicamento inapropriado e prejudicar o paciente, enquanto o medicamento ainda está sob controle do profissional de enfermagem. Atualmente existem treze certos para uma administração segura de medicamentos, mais os “certos” essenciais destacados são, paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa e prontuário certo, com o objetivo de garantir uma assistência segura e de qualidade (CARVALHO, RIEGEL, SIQUEIRA, 2017).
DOMÍNIO 7: TERAPIA MEDICAMENTOSA PARA INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (MONABCH, 2013)		
	Cuidados	Justificativas
37	Administrar Morfina, conforme prescrição médica	Alivia a dor, diminui o consumo de O ₂ , sintomas

		<p>congestivos e a PA, a dose inicial deve ser de 2 a 8 mg, que é considerado o suficiente para aliviar a dor e a ansiedade. Com monitorização da pressão arterial, essas doses podem ser repetidas de 5 a 15 minutos. (SILVA et al., 2016; HAMM et al., 2016; PIEGAS et al., 2015, SIERRA et al., 2017, AHA, 2018).</p>
38	Administrar Oxigênio, conforme prescrição médica	<p>Terapia de rotina em pacientes com congestão pulmonar e/ou saturação <90%. Terapia de rotina em pacientes com congestão pulmonar e/ou saturação <90%. Quando utilizado de forma desnecessária, a oxigenioterapia por tempo prolongado pode causar vasoconstrição sistêmica, aumento da resistência vascular sistêmica e da pressão arterial, reduzindo assim, o débito cardíaco (ANDERSON et al., 2013; SHUVY et al., 2013; HOFMANN et al., 2017, AHA 2018).</p>
39	Administrar Nitratos, conforme prescrição médica	<p>A utilização de nitratos é amplamente utilizada e pode ser administrada de forma sublingual. Está indicado para relacionar a tentativa de reversão de um possível eventual</p>

		<p>espasmos e auxilia no alívio da dor anginosa (HAMM et al., 2016). Os mais medicamentos mais comumente utilizados são:</p> <p>Isordil: Diminui a pré-carga, diminui o consumo de O₂, promove a dilatação coronária e diminui o vasoespasma (PIEGAS et al., 2015, SIERRA et al., 2017, AHA, 2018).</p> <p>Nitroglicerina: Utilizada para pacientes com sintomas persistentes, congestão pulmonar e /ou hipertensão (PIEGAS et al., 2015 ,SIERRA et al., 2017, AHA, 2018).</p>
40	Administrar ácido acetilsalicílico, conforme prescrição médica	<p>Inibe a ativação, degranulação e agregação plaquetária, diminuindo o risco de morte, se recomenda uma dose de 160mg/dia a 325mg mastigável, quando ainda no primeiro atendimento, antes mesmo da realização do ECG (PIEGAS et al., 2015, SIERRA et al., 2017, AHA, 2018).</p>
41	Administrar betabloqueadores conforme prescrição médica	<p>Diminuiu o inotropismo e cronotropismo, aumenta o tempo diastólico e a perfusão coronariana, diminui o consumo de O₂ e diminui os sintomas isquêmicos, é recomendado o uso por via oral nas primeiras horas,</p>

		reservando a via endovenosa para os pacientes hipertensos e taicárdicos (PIEGAS et al., 2015; AHA, 2018)
42	Administrar Clopidogrel, conforme prescrição médica	Inibe a difosfato de adenosina (ADP) envolvido na agregação plaquetária, as evidências do uso do clopidogrel, referem-se ao seu uso combinado ao AAS e nos pacientes que receberam a terapia fibrinolítica inicial, evidenciando assim seu benefício em reduzir eventos cardiovasculares maiores (PIEGAS et al., 2015; AHA, 2018)..
43	Administrar Heparina, conforme prescrição médica	Anticoagulante ou antitrombótico, interage com antitrombina (anticoagulante natural do organismo, capaz de inativar diversas enzimas da cascata de coagulação) (PIEGAS et al., 2015; AHA, 2018)
DOMÍNIO 8: TERAPIA TROMBOLITICA		
	Cuidados	Justificativas
44	Administrar trombolítico conforme prescrição médica	Os fibrinolíticos têm indicação aos pacientes com sintomas sugestivos de SCA, associada a presença, no ECG, de supradesnivelamento persistente do segmento ST em pelo menos duas derivações contíguas ou de um novo bloqueio de ramo

		<p>esquerdo (BRE), desde que não existam contraindicações (HAMM et al., 2016; PIEGAS et al., 2015). A terapia de reperfusão química se mostra como melhor opção terapêutica, quando não é possível submeter o paciente a intervenção coronária percutânea primária em tempo hábil (até 12 horas do início dos sintomas) ou por falta de possibilidade de encaminhar o paciente a este tipo de abordagem invasiva. A ICP deve ser realizada, preferencialmente, pois é a terapêutica padrão ouro por apresentar muitas vantagens em relação a trombólise, como, redução das chances de reinfarto e aumento da sobrevida tempo dependente (AFONSO et al., 2016; ABOAL et al., 2017).</p>
DOMÍNIO 9: CUIDADOS PÓS TERAPIA TROMBOLÍTICA		
	Cuidados	Justificativas
45	<p>Monitorar quanto a sinais de sangramento e evitar punções venosas e arteriolar desnecessárias</p>	<p>A ocorrência de sangramento é mais frequente após o uso da terapia fibrinolítica, mas também podem ser associadas ao tratamento farmacológico adjuvante pelo uso de antiplaquetários e</p>

		<p>anticoagulantes (CAMARA, 2018). O risco hemorrágico, também deve ser avaliado frequentemente, principalmente quando se refere ao tratamento e deve ser realizado através do uso da escala CRUSADE, que é uma ferramenta que prediz o risco de sangramento em casos de SCA, sem supradesnivelamento do segmento ST, com o objetivo de escolher a terapia mais apropriada (SIERRA et al., 2017; GARCIA, MUNÓZ, URREA, BURBANO, 2015).</p>
46	Reservar vaga de Unidade de Terapia Intensiva ou Unidade Coronariana	<p>Com a finalidade de proporcionar um atendimento de alta complexidade, visto que, parte dos números de reinfartos ocorrem nas primeiras 24 horas após os primeiros sintomas (OUCHI et al., 2017).</p>
47	Aspectos gerais do paciente: Conhecer o diagnóstico médico, identificação do paciente, verificação de presença de alergias. Manter grades e cabeceira elevadas. Avaliar a necessidade de contenção mecânica ou química, força motora e lazer.	<p>A ocorrência de eventos adversos, durante o cuidado de enfermagem pode representar o prolongamento da permanência no hospital e aumento nas despesas. A qualidade do cuidado de enfermagem deve ser estudada como o resultado</p>

		entre as condições ideais de trabalho, provenientes de recomendações nacionais e internacionais de promoção da qualidade e segurança do paciente em e os riscos e benefícios inerentes do ser humano ao prestar o cuidado (LOBÃO, MENEZES, 2015).
48	<p>Materiais: Conferencia do material de reanimação, psicotrópicos, torpedos de oxigênio, e gavetas de medicamentos, checar impressos, disponibilidade de materiais. Organização da unidade.</p>	<p>Na assistência hospitalar o processo de cuidar e gerenciar são considerados as principais dimensões do trabalho do enfermeiro. Assim, precisa dispor, além de conhecimento científico, de habilidades de planejamento, comunicação, rapidez e estar constantemente atualizado. Em seu cuidado e gerenciamento precisa apropriar-se dos diagnósticos e condições clínicas dos pacientes, organizar as atividades a serem realizadas durante o plantão e orientar as ações da equipe de enfermagem, para que todas as necessidades dos pacientes sejam supridas com segurança e qualidade (FROTA et al., 2015; SANTOS; CAMELO, 2015).</p>
49	<p>Família: Conferir a atenção ao familiar/informações de</p>	<p>Para os pacientes, a família constitui importe grupo</p>

	enfermagem	social e tem capacidade de auxiliar na estabilidade emocional, funcional e seu bem estar. Família é uma unidade dinâmica formada por pessoas que reconhecem e se organizam como família, partilham e constroem sua história, podem estar unidos por laços consanguíneos o de afetividade (PUGGINA, et al., 2014).
--	------------	---

Fonte: Autora, 2018.

Considerações Finais

A complexidade do trabalho de enfermagem no ambiente hospitalar demanda a compreensão de diversos aspectos, desde a administração até a organização de trabalho, bem como a capacidade de ampliar as competências, habilidades e atitudes para desenvolver uma prática segura. A construção de instrumentos constitui-se em uma das atividades realizadas pelos profissionais, em meio a outras demandas, mas é de extrema importância, principalmente para a segurança do paciente. A construção dessas tecnologias de trabalho ocorre através, de estudos teóricos, diálogos entre pares e o conhecimento prático, como a aplicabilidade prática desses instrumentos.

Enfim, considerou-se como uma limitação do estudo o fator da construção do instrumento de cuidados envolver somente um grupo de profissionais (enfermeiros), uma vez que o olhar da equipe interdisciplinar, para a construção de protocolos e ferramentas possibilita uma abordagem de cuidados integrada nas estratégias para a segurança do paciente relacionada ao cuidado do infarto agudo do miocárdio. Ainda, evidenciou-se como limitante o quantitativo de enfermeiros especialistas participantes do processo de validação, a devolutiva da avaliação do instrumento no tempo estipulado foi uma dificuldade enfrentada na coleta de dados.

Considera-se ainda que este instrumento deve ser continuamente aperfeiçoado e utilizado na formação e avaliação de futuros profissionais de enfermagem. Espera-se que o instrumento validado, seja divulgado e possa ser utilizado, tanto por instituições formadoras para avaliarem seus alunos, tanto em laboratórios de habilidades ou em campos de prática clínica, através de programas de educação continuada, com o objetivo de promover a atualização e melhoria da capacidade técnica das equipes de enfermagem.

Referencias

Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE Jr, Chavey WE 2nd, Fesmire FM, Hochman JS, Levin TN, Lincoff AM, Peterson ED, Theroux P, Wenger NK, Wright RS, Jneid H, Ettinger SM, Ganiats TG, Lincoff AM, Philippides GJ, Zidar JP; American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2012 ACCF/ AHA focused update incorporated into the ACCF/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines.

Ahmed, S; KHAN, A; ALI,S.I; et al. Differences in symptoms and presentation delay times in myocardial infarction patients with and without diabetes: A cross-sectional study in Pakistan. Indian heart journal. 2018; 70 (2) 241-5. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0019483217300755?via%3Dihub>. Acesso em Ago. 2018.

American Medical Association – Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. Report From the Panel Member Appointed to the 8th Joint National Committee, 2014.

BALDISSERA, A.E; BELLINI, L.C; FERRER, A.L.M; et al., Perspectiva de profissionais de enfermagem sobre a morte na emergência. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(5):1317-24, maio., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a234545p1317-1324-2018> . Acesso em Nov. 2018.

BARRETO, M.S; TESTON, E.F; MIRANDA, J.G; ARRUDA, G.O; VALSECCHI, E.A.S.S; MARCON, S.S. Percepção da equipe de enfermagem sobre a função do enfermeiro no serviço de emergência. Revista Rene. Ed.16.2015.

Barros LSS, Silva MES, Reis FF, Jeronymo ACO, Martins MC, Lima DVM. Oxy-hemodynamic effects during positioning of patients with myocardial acute infarction: a clinical trial. Online braz j nurs [internet] 2015 Nov [cited year month day]; 14 (suppl.):348-51. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5283>

BIRNBAUM, Y. et al. ECG Diagnosis and Classification of Acute Coronary Syndromes. Annals of Noninvasive Electrocardiology,

Armonk, v. 19, n. 1, p. 4-14, Jan. 2014.

BRAGA, L.M; PARREIRA, P.M; SALGUEIRO, A.S.de; et al. Flebite e infiltração: traumas vasculares associado ao cateter venoso periférico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3002. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/146185/139872>. Acesso em Ago 2018.

BRASIL, Departamento de Informática do SUS, Sistema Informações sobre Saúde. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def> >. Acesso em: 20 jun. 2018

CARVALHO, T.A; RIEGEL, F; SIQUEIRA, D.S. Erros de medicação e segurança do paciente: uma revisão integrativa. *Ver Pre Infec e Saúde*. 2017; 3(2):53-59. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6267/pdf>. Acesso em Ago 2018.

CREA, F. LIUZZO, G. Pathogenesis of Acute Coronary Syndromes. *Journal of the American* <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109712045160> >. Acesso em: 10 Nov 2018.

CUCOLO, Danielle Fabiana; PERROCA, Márcia Galan. Instrument to assess the nursing care product: development and content validation. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 23, n. 4, p.642-650, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0448.2599>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00642.pdf>. Acesso em: 07 out. 2018.

HERMANDEZ-NIETO R. Contributions to statistical analysis. Mérida: Los Andes University Press; 2002

EGAÑA, M.U. et al. Métodos ótimos para determinar validez de contenido. **Educación Médica Superior**, Ciudad de la Habana (Cuba), v. 28, n. 3, p. 547-58, jul./set., 2014.

ECHEVARRÍA-GUANILO, Maria Elena; GONÇALVES, Natália; ROMANOSKI, Priscila Juceli. Propriedades psicométricas de

instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação - parte I. Texto & Contexto - Enfermagem, [s.l.], v. 26, n. 4, p.1-10, 8 jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072017000400326>. Acesso em: 09 nov. 2018.

ESCOBAR-PEREZ, J.; CUERVO-MARTINEZ, A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. **Revista Avances en Medición**, v. 6, p. 27- 36, 2008.

FORTUNATO, J.G.S; FURTADO, M.S; HIRABAE, L.F.A; OLIVEIRA, J.A. Escalas de dor no paciente crítico; uma revisão integrativa. Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2013; 12(3):110-7. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7538/5919>. Acesso em Ago 2018.

FUJINO M, et al. Impact of symptom presentation on in-hospital outcomes in patients with acute myocardial infarction. J Cardiol. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jjcc.2016.10.002>. Acessado em: 17 nov. 2018.

GARCIA, A.A; MUNOZ, O.M; URREA, J.K. Validation of the crusade scale to assess the risk of bleeding in patients with acute myocardial infarction without ST elevation. Revista colombiana de Cardiologia. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2015.02.008>. Acesso em Ago 2018.

GOUVÊA, A. E. T. et al. Evaluation of the Manchester Triage System in the Acute Coronary Syndrome. Internacional Journal of Cardiovascular Sciences, Joinville, v. 28, n. 2, p. 107- 113, mar. 2015. Disponível em: http://www.onlineijcs.org/sumario/28/pdf/en_v28n2a05.pdf Acesso em: 17 ago. 2018.

JARROS, I.C; JUNIOR-ZANUSSO, G. Avaliação de risco cardíaco e diagnóstico do infarto agudo do miocárdio no laboratório de análises clínicas. Revista Uninga Vol.1 9,n.3,pp.05-13(Jul-Set2014). Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1546/1158> . Acesso em Ago 2018.

JUNIOR, J.AB; MATSUDA, L.M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco.

Rev Bras Enferm, Brasília 2012 set-out; 65(5): 751-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf>. Acesso em: Nov. 2018

LEAL, C.N.S; SILVA, H.R.G, COSTA, L.S.M, et al. Manejo da hiperglicemia na terapia intensiva: revisão de literatura. 53,n.2,pp.124-127(Jul-Set2017). Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1445/1062>. Acesso em Ago 2018

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing Research: Methods and critical Appraisal for Evidence-Based Practice**. 8. ed. Philadelphia: Mosby Elsevier, 2013.

MAIER, G. S. O.; MARTINS, E. A. P. Assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda segundo indicadores de qualidade. Revista Brasileira de Enfermagem, Londrina, v. 69, n. 4, p. 757-764, jul./ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0757.pdf> Acesso em: 17 ago. 2018.

MEDEIROS, R.K.S. et al. Pasquali's model of content validation in nursing research. **Revista de Enfermagem Referência** Coimbra (Portugal) [Internet], n. 4, série IV, p. 127-35, jan./fev./mar., 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>>. Acesso em: 18 Nov. 2018.

PASQUALI, L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. PORTO ALEGRE: 2010.

OLIVEIRA, P.E.P; PEREIRA, L.V; SANTOS, N.R; SOUZA, L.A.F. A enfermagem no manejo da dor em unidade de atendimento de urgência e emergência. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em: Set 2018];18:e1171. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.37309>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Ten leading causes of death. Geneve, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>>. Acesso em: 4 jun. 2018.

OUCHI, J.D; TEIXEIRA, C; RIBEIRO, C.A.G; et al. Tempo de chegada do paciente infartado na unidade de terapia intensiva: a importância do atendimento rápido. Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde, v.21, n.2, p. 92-97, 2017. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/html/260/26053412007/>. Acesso em Ago 2018.

PESSANHA, N.S.de; COELHO, R.S; JESUS, R.F; RIBEIRO, W.A. Fatores técnicos e filosóficos que interferem no uso do oxímetro de pulso no cti: do contexto histórico ao assistencial. Revista UNIABEU, v.11, n.27, 2018. Disponível em: <http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/3101/pdf>. Acesso em Ago 2018.

POLIT, D.F, BECK, C.T, HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PONTE, K.M.A; SILVA, L.F. Cuidados de enfermagem para o conforto físico de mulheres com infarto agudo do miocárdio: uma pesquisa cuidado. Rev Enferm UFPI. 2017; 6(4):40-6. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6003/pdf>. Acesso em Set 2018.

PRATES, Cassiana Gil; STADÑIK, Claudio Marcel. Segurança do paciente, Gestão de Riscos e Controle de Infecções Hospitalares. Porto Alegre: Moriá, 2017. 472 p.

RIBEIRO, K. R. A.; SILVA, L. P.; LIMA, M. L. S. Knowledge of acute myocardial infarction: implications for nursing care. Revista de Enfermagem da UFPI, Goiania, v. 5, n. 4, p. 63-68, out./dez. 2016. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5546/pdf> Acesso em: 18 set. 2018.

SAKAGUCHI, M. et al. Coronary plaque rupture with subsequent thrombosis typifies the culprit lesion of non-ST-segment-elevation myocardial infarction, not unstable angina: non-ST-segment-elevation acute coronary syndrome study. Heart and Vessels, Berlin, v. 32, n. 3, p. 241-251, Jun. 2018.

SAMPIERI, R.H, COLLADO, C.F, LUCIO, P.B. Metodologia da pesquisa. Porto Alegre: AMGH; 2013.

SIERRA, M.C; FLORES, H.M; PEREZ, S, et al. Urgencias del paciente con síndrome coronariano agudo sin elevacion del segmento st. Medicine-

Programa Formacion Médica continuada 12 (37), 2243-2247. doi:10.1016/j.med.2017.06.023. Acesso em set 2018.

SILVEIRA, D.S; JAEGER, C.P; HATSCHBACH, L; MANENTI, E.R. Validação do escore de TIMI de risco para infarto agudo com supradesnivelamento do segmento st. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 2016;29(3):189-197. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/sumario/29/pdf/v29n3a06.pdf>. Acesso em Ago 2018.

SIMAN, A.G; CUNHA, S.G. S; BRITO, M.J.M. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 51, e03243, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100445&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Nov. 2018. Epub Oct 09, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016045503243>.

SANTOS, A. F. S. et al. Assistência de enfermagem a pacientes submetidos à angioplastia coronária –uma revisão de literatura. *Ciências Biológicas e de Saúde*, Alagoas, v. 4, n. 1, p. 191-201, maio 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/4063>. Acesso em: 18 Nov 2018.

SANTOS, E.S; PIRES, E.C; SILVA, J.T; et al. Habilidade dos enfermeiros para interpretação do eletrocardiograma de 12 derivações. *Rev. Baiana enferm* (2017); 31(1)165-81. Disponível em: <https://rigrs.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16581/14076>. Acesso em Set 2018.

VIZCARRA, C; CASSUTT, C; CORBIT, N; et al. Recommendations for improving safety practices with short peripheral catheters. *Journal of Infusion Nursing*. 37(2):121–124, MAR 2014. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00129804-201403000-00008>. Acesso em Ago. 2018.

YONETSU, T.; LEE, T. et al. Plaque morphologies and the clinical prognosis of acute coronary syndrome caused by lesions with intact fibrous cap diagnosed by optical coherence tomography. *International*

Journal of Cardiology, Amsterdam, v. 203, n. 9, p. 766-774, Jan. 2016.

SILVEIRA, M.B; SALDANHA, R.P; LEITE, J.C.C; et al.,. Construção e validade de conteúdo de um instrumento para avaliação de queda de idosos. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/eins/v16n2/pt_1679-4508-eins-16-02-eAO4154.pdf. Acesso em Nov. 2018.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio, por tratar-se de um paciente em estado crítico, é complexa. Assim, é essencial que o enfermeiro esteja em constante busca do conhecimento científico, pois o atendimento ágil e qualificado neste momento objetiva intervir na vida do paciente, oferecendo o suporte necessário para prevenir danos. Com o intuito de aprofundar e qualificar a assistência a esses pacientes, que se realizou esta pesquisa de construção e validação de um instrumento de cuidados de enfermagem.

Essa pesquisa foi motivada, primeiramente pela preocupação sobre os fatores que envolvem a segurança do paciente no âmbito da atenção de urgência e emergência. Os instrumentos têm se mostrado como uma ferramenta para melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente, sendo indicado por organizações nacionais e internacionais pois a adoção dessas medidas como parte da cultura de segurança do paciente. Esses aspectos justificam a necessidade e validar um instrumento de cuidados voltado para assistência de enfermagem aos pacientes com infarto agudo do miocárdio.

A construção e validação de cuidados de enfermagem a pacientes com infarto agudo do miocárdio em emergência, possui a finalidade de contribuir para prática do atendimento ao paciente, facilitando para o enfermeiro e equipe de enfermagem, beneficiando assim o paciente.

Para a realização da pesquisa foram percorridas foram percorridas várias etapas para que a construção e validação desse instrumento se concretizasse. A primeira parte, ocorreu com o desenvolvimento e construção do instrumento ocorreu por meio de uma revisão narrativa. Na segunda etapa, para validação do instrumento, foi encaminhado aos juízes especialistas no assunto, que avaliaram por meio de um formulário eletrônico enviado por e-mail. Após, realizou-se a validação por meio de cálculo estatístico, utilizando o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Reconheceu-se o instrumento como válido através do IVC e CVC obtidos e ainda assim, ajustes foram feitos em sua estrutura e conteúdo, a partir das sugestões descritivas dos juízes. É ideal que os enfermeiros conheçam sobre a construção e validação deste instrumento antes de aplicá-lo, para garantir que compreendam seus objetivos e evidências científicas.

Aponta-se como uma limitação do estudo, o fato do tema abordado ser frequentemente estudado, e para estar baseado em evidências clínicas e possuir diretrizes que fomentam o cuidado. Outra

limitação é sua estrutura, talvez outros estudos possam ser baseados na construção e validação desse instrumento com o intuito de aperfeiçoá-lo para uma melhor aplicabilidade clínica.

O instrumento construído possibilitará aos enfermeiros a sistematização da assistência, orientando-os para ações precisas e necessárias para o cuidado, além do que, poderá servir para dar visibilidade ao papel do enfermeiro na unidade de urgência e emergência.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOAL, J. et al. Angioplastia primaria frente a fibrinólisis en pacientes alejados de un centro con hemodinâmica. *Emergencias*, Espanha, v. 29, n. 2, p. 99-104, mar. 2017. Disponível em: <http://emergenciasojs.gruposaned.com/index.php/emergencias/article/view/328> Acesso em: jun 2018.

ACOSTA, A. M; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 181-190, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400023 Acesso set. 2018.

Ahmed, S; KHAN, A; ALI,S.I; et al. Differences in symptoms and presentation delay times in myocardial infarction patients with and without diabetes: A cross-sectional study in Pakistan. *Indian heart journal*. 2018; 70 (2) 241-5. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0019483217300755?via%3Dihub>. Acesso em Ago. 2018.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 7, p. 3061-8, jul., 2011.

AMERICAN HEART ASSOCIATION-AHA. For the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. Guidelines, 2018. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org>. DOI: 10.1161/STR.000000000000158. Acesso em Out. 2018.

AMERICAN HEART ASSOCIATION-AHA. Destaque das Diretrizes da American Heart Association 2015. Atualização das diretrizes de RPC e ACE. Guidelines, 2015.

American Medical Association – Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. Report From the Panel Member Appointed to the 8th Joint National Committee, 2014.

ALVES, T.E.; SILVA, M.G.; OLIVEIRA, L.C. et al. Atuação do enfermeiro no atendimento emergencial aos usuários acometidos de infarto agudo do miocárdio. Revista de enfermagem da UFPE online, v.7, n.01, pp:176-183, 2013.

ALVES, P. M. B. et al. Identificação do tratamento mais eficaz na Síndrome Coronariana Aguda na Unidade de Terapia Intensiva - revisão bibliográfica. Revista Amazônia Science & Health, Tocantins, v. 5, n. 3, p. 37-41, jul./set. 2017. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/1580/pdf> Acesso em: 10 out. 2017.

AMSTERDAM, E. A. et al. AHA/ACC Guideline for the management of patients with non– ST-elevation acute coronary syndromes: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation, v. 130, s.n., p. 344-426, set. 2014. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/130/25/e344> Acesso em: jun. 2018.

ARAÚJO, Daniele Fernanda de et al. Clinical and epidemiological profile of patients with acute coronary syndrome / Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com síndrome coronariana aguda. Revista de Enfermagem da UFPI, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 78-84, jul. 2014. ISSN 2238-7234. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1895>>

BAMPI, Rocheli et al. Perspectivas da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em unidade de emergência. Revista de Enfermagem UFPE On Line. Recife. Vol. 11, n. 2 (2017), p. 584-590, 2017.

Barros LSS, Silva MES, Reis FF, Jeronymo ACO, Martins MC, Lima DVM. Oxy-hemodynamic effects during positioning of patients with myocardial acute infarction: a clinical trial. Online braz j nurs [internet] 2015 Nov [cited year month day]; 14 (suppl.):348-51. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5283>

BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências: parte II - buscando as evidências em fontes de informação. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo, v. 50, n. 1, p. 104-108, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n1/a45v50n1.pdf>. Acesso em: 10 out. de 2017.

BITTENCOURT HR, CREUTZBERG M, RODRIGUES ACM, CASARTELLI AO, FREITAS ALS. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. Est Aval Educ [Internet].

BOTELHO, L. R. B.; CUNHA, A. C.; MACEDO M. O Método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e Sociedade. Belo Horizonte, v. 5. n. 11, p.121-136, 2011.

BRAGA, L.M; PARREIRA, P.M; SALGUEIRO, A.S.de; et al. Flebite e infiltração: traumas vasculares associado ao cateter venoso periférico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3002. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/146185/139872>. Acesso em Ago 2018.

BRANT, L. C. C. et al. A importância da criação de rede de cuidado para o tratamento do IAM com supra de ST e a experiência da Unidade Coronariana do Hospital das Clínicas / UFMG. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 93-103, mar.2012. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/131> Acesso em: 18 set. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (Org.). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília: Ed. Copyright, 2013. 172 p.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ed. Copyright, 2014 42p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Constituição (2012). Resolução no 26, de 26 de novembro de 2012. Altera a Resolução RDC no. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Resolução: RDC no 26, de 11 de maio 2012. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa. Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais. Manual Operacional. Porto Alegre: 2008.

_____. Fundação Fio Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: MS, 2014. 42 p.

BRASIL, (1990). Lei n. 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: 19 de setembro de 1990.

_____, (2001). Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60p.

_____, (2004). HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48p.

_____, (2010). Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Cadernos HumanizaSUS, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242p.

_____, (2011) . Ministério da Saúde. Protocolo de Síndrome Coronariana: Linha do cuidado do infarto agudo do miocárdio na rede de atenção às urgências. [Internet]. 2011a. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/protocolo_sindrom_e_coronaria_MS2011.pdf Acesso em: 08 mai. 2017.

_____, (2011). Portaria no 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____, (2012). Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.

BRUNORI, E. H. R. F. et al. Associação de fatores de risco cardiovasculares com as diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 538-546, jul./ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00538.pdf Acesso em: jan. 2018.

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne; WAGNER, Cheryl M. NIC – Classificação das intervenções de enfermagem. Elsevier: 6a edição, 2016.

CARVALHO, C.A; ROCHA, P.T.B. Protocolo de dor torácica. Grupo brasileiro de classificação de risco.001/2018. Disponível em: <http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/Nota%20Técnica%20Dor%20toácica.pdf>. Acesso em Ago. 2018.

Canesin MF, Timerman S. Treinamento de Emergências Cardiovasculares Avançado da Sociedade Brasileira de Cardiologia – TECA A. Manole: São Paulo, 2013.

CARVALHO, T.A; RIEGEL, F; SIQUEIRA, D.S. Erros de medicação e segurança do paciente: uma revisão integrativa. *Ver Pre Infec e Saúde*. 2017; 3(2):53-59. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6267/pdf>. Acesso em Ago 2018.

CASSEPP-BORGES, V., BALBINOTTI, M.A.A. & TEODORO, M.L.M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para adaptação de instrumentos. In: Pasquali, L. (Org.), *Instrumentação psicológica. Fundamentos e práticas* (pp.506-520). Porto Alegre: Artmed.

CQH. Manual de Indicadores de Enfermagem. São Paulo: Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar- CQH. APM/CREMESP, 60p. 2012.

CQH. Indicadores 2012. Quarto trimestre. Hospitais gerais. São Paulo: Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar –CQH. Disponível em: http://www.cqh.org.br/icqh/estat/ind/web_ind.php.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER Pamela S. Métodos de Pesquisas em Administração. Porto Alegre: Bookman, 2003.

COLAÇO, A. et al. Registro da avaliação de enfermagem em terapia intensiva: discurso do sujeito coletivo. Revista de Enfermagem da UFSM, Santa Maria, vol. 5, no 2, p. 257-266, abr- jun, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15509>, acessado em 28 de agosto de 2018.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. Rev Med Minas Gerais, Minas Gerais, v. 22, n. 2, pp. 188-198, 2012.

DATASUS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para o TCU. [Internet]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br> Acesso em mai. 2017.

DUARTE, S.C.M., et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm, São Paulo, v.68, n.1, p144-154, jan-fev, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>>. Acesso em: abr. 2017.

DUNCAN, B. B, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev. Saúde Pública [online]. 2012, vol.46, suppl.1, pp.126-134. ISSN 1518-8787. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>. Acesso Out. 2017.

FARSHIDI H, RAHIMI S, ABDI A, SALEHI S, MADANI A. Factors Associated With Pre-hospital Delay in Patients With Acute Myocardial Infarction. Iran Red Crescent Med J. 2013; 15(4):312–316. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3785905>. Acesso em 01 mai. 2017.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Quality of life. Assessment, analysis and interpretation. Chichester: John Wiley & Sons, 2007.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart & Lung: The Journal Of Critical Care*, St. Louis, v. 16, n. 6, p.625-629,1987.

Disponível

em:<http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=nursing_fac>.

FEHRING, R. J. The Fehring Model. In: CARROL-JOHNSON, R. M. et al. Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Filadélfia: Lippincott, 1994.

FEDOROWICZ, Z; NEWTON, J.T Evidence based healthcare: encouraging the adoption of a new philosophy of care. *J. Appl. Oral Sci.* vol.18, n.4. 2010.

FINEOUT-OVERHOLT, E; et al. evidence-based practice step by step: critical appraisal of the evidence: part i. *am j nurs.* jul;110(7):47-52, 2010. Fetezer SJ. Vital Signs. In: Potter PA, Perry AG, Stocker PA, Hall AM. *Fundamentals of Nursing*. 8th Ed. P.441-486. St Louis: Elsevier, 2013.

FONSECA, H; IZAR, M.C.O. Pathophysiology of acute coronary syndrome. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 2016;26(2):74-7. Disponível em: <http://www.socesp.org.br/upload/suplemento>.

FORTUNATO, J.G.S; FURTADO, M.S; HIRABAE, L.F.A; OLIVEIRA, J.A. Escalas de dor no paciente crítico; uma revisão integrativa. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, 2013; 12(3):110-7. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7538/5919>. Acesso em Ago 2018.

GARCIA, A.A; MUNOZ, O.M; URREA, J.K. Validation of the crusade scale to assess the risk of bleeding in patients with acute myocardial infarction without ST elevation. *Revista colombiana de Cardiologia*. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2015.02.008>. Acesso em Ago 2018.

GALDINO, Simone Vasconcelos et al. Revisão narrativa sobre a gestão da informação e informática no SUS. *Revista Eletronica Gestão & Saúde*, [s.l.], 07, n. 1, p.1058-1073, jul. 2016. *Revista Gestao e Saude/NESPROM*. <http://dx.doi.org/10.18673/g.s.v0isupl..22006>.

Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22006/15714>>. Acesso em: jun. 2018.

GOUVÊA, E.T. et al. Avaliação do Sistema de Triagem de Manchester na síndrome coronariana aguda. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 107-113, 2015.

GUS, Iseu et al. Variações na prevalência dos fatores de risco para doença arterial coronariana no Rio Grande do Sul: uma análise comparativa entre 2002-2014. *Arq Bras Cardiol*, v. 105, n. 6, p. 573-579, 2015.

HAMM, G. et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, Germany, v. 37, n. 3, p. 276-315, jan. 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/3/267/2466099> Acesso em out. 2017.

HEIDEMANN L.A.; OLIVEIRA A.M.M.; VEIT, E.A. Ferramentas online no ensino de ciências: uma proposta com o Google Docs. *Física na Escola* [Internet], v. 11, n.2, p. 30-3, 2010. Disponível em: <<http://www.sbfisica.org.br/fne/Vol11/Num2/a09.pdf>> Acesso: 30 Maio 2018.

HUGUENIN, Felipe Machado. Caracterização das internações por infarto agudo do miocárdio no estado do rio de janeiro por meio de análise de correspondência múltipla e distância de tolerância. – Rio de Janeiro: UFRJ/COPPE, 2011. XII, 73 p.: il.; 29,7 cm. Dissertação (mestrado) – UFRJ/ COPPE/ Programa de Engenharia Biomédica, 2011.

IACOBUCCI, D.; DUHACHECK, A. Advancing alpha: measuring reliability with confidence. *Journal of Consumer Psychology*, v. 13, n. 4, p. 478–87, 2003.

JARROS, I.C; JUNIOR-ZANUSSO, G. Avaliação de risco cardíaco e diagnóstico do infarto agudo do miocárdio no laboratório de análises clínicas. *Revista Uningá* Vol.1

9,n.3,pp.05-13(Jul-Set2014).

Disponível

em:

<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1546/1158>

. Acesso em Ago 2018.

KEMPFER, Silvana Silveira et al. Reflexão sobre um modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem centrado nas melhores práticas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 31, n. 3, p.562-566, set. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472010000300022>.

KILLIP, T 3rd; KIMBALL, JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two year experience with 250 patients. *Am J Cardiol*. 1967; 20(4): 457-64.

KLOPPER, R. et al. The Matrix Method of Literature Review. *Alternation*, v.14, n.1, p.262- 276. 2007. Disponível em:

<http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/3002/Klopper%20et%20al%20Alternation%2014%20.doc.pdf>. Acesso em: 17 out de 2017.

LARANJEIRAS, R; MADRUGA, C; RIBEIRO, N; PINSKY, I; CAETANO, R; MITSUHIRO, S. II LENAD: Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: o uso de cocaína e crack no Brasil [internet]. São Paulo. INPAD; 2013. Disponível em: http://inpad.or.br/images/stories/LENAD/press_release_cocaina05_09.pdf. Acesso em: set. 2017.

LEAL, C.N.S; SILVA, H.R.G, COSTA, L.S.M, et al. Manejo da hiperglicemia na terapia intensiva: revisão de literatura. 53,n.2,pp.124-127(Jul-Set2017). Disponível em:

<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1445/1062>.

Acesso em Ago 2018

LEWIS, S. L., *et. al.* **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Avaliação e Assistência dos Problemas Clínicos**. 8a ed. 2096 p. Elsevier: 2013.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice. In: 8^a. ed. Philadelphia: Mosby Elsevier, 2013. cap. Nonexperimental designs, p. 199.

LYNN, M. "Determination and Quantification of Content Validity." Nursing Research, v. 35, p. 382-385, 1986.

MACKWAY-JONES, K. et al. Sistema Manchester de Classificação de Risco. Versão brasileira de Welfane Cordeiro Junior; Maria do Carmo Paixão Rausch. 2 ed. Belo Horizonte: Folium; 2017.

MAGEE, R. F. et al. Síndrome Coronariana Aguda: uma revisão. Revista Medicina e Saúde, Brasília, v. 1, n. 3, p. 174-189, set. 2012. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/3591/2219> Acesso em: 15 jul. 2017.

MAJID, S.; et al. Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. J Med Libr Assoc. v. 99, n. 3, p. 229-36. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133901/>>. Acesso em Out. 2017.

MARCOLINO, M. S. et al. Implantação da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Município de Belo Horizonte. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Belo Horizonte, s.v., s.n., s.p., nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2013nahead/aop5145.pdf> Acesso em: set. 2017.

MARINO, B. C. A. et al. Perfil Epidemiológico e Indicadores de Qualidade em Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda na Região Norte de Minas Gerais – Projeto Minas Telecardio 2. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Belo Horizonte, v. 107, n. 2, p. 106-115, fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2016004100106&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: set. 2017.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. Laboratório de Psicologia, v. 4, n. 1, p. 65-90, 2006.

MATEUS, A. M. et. al. Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados. 2007. Acesso em: 02 Ago. 2018.

MORAES, MHM. As tecnologias de informação e comunicação contribuindo para a disseminação da produção científica. Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação, v. 26, n.1, p.57-63, jan./jun.2012. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/biblos/article/view/2685/2112> . Acesso em: 18 Out. 2018.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2005.

MOURA LTR, LACERDA LCA, GONÇALVES DDS, ANDRADE RB, OLIVEIRA YR. Assistência ao paciente em parada cardiorrespiratória em unidade de terapia intensiva. Rev Rene. 2012; 13(2):419-27. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3240/324027981018/index.html>

MUSSI, F.C, MENDES, A.S, QUEIROZ, T.L, COSTA, A.L.S, PEREIRA, A; CARAMELLI, B. Retardo pré- hospitalar no infarto do miocárdio: julgamento dos sintomas e resistência à dor. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2014; 60(1):63-69.

MUSSI, F.C; GIBAUT; M.A.M, DAMASCENO, C.A; MENDES, A.S; GUIMARÃES, AC; SANTOS, C.A.S.T. Sociodemographic and clinical factors associated with the decision time for seeking care in acute myocardial infarction. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013 [cited 2017 Mai]; 21(6): 1248-1257. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-0104-1169-3178-2361.pdf

O’GARA, P. T. et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: executive summary. **Circulation**, Hagerstown, v. 127, no. 4, p. 529-555, Jan. 2013.

Organização Mundial de Saúde. Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente [Internet]. Lisboa: OMS; 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?ua=1>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional Africano. Guia para a documentação e partilha das melhores práticas em programas de saúde. Brazzaville: OMS, 2008. Disponível em: <http://afrolib.afro.who.int/documents/2009/pt/GuiaMelhoresPratica.pdf>

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas. Washington, D.C: OPAS, 2007. 46p.

Organización Panamericana de La Salud. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, D. C.: OPS, 2011

OLIVEIRA, R.M.; et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Rev Esc. Anna Nery. v.18 n.1, Rio de Janeiro Jan/Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122>.

OLIVEIRA, P.E.P; PEREIRA, L.V; SANTOS, N.R; SOUZA, L.A.F. A enfermagem no manejo da dor em unidade de atendimento de urgência e emergência. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em: Set 2018];18:e1171. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.37309>.

OUCHI, J.D; TEIXEIRA, C; RIBEIRO, C.A.G; et al. Tempo de chegada do paciente infartado na unidade de terapia intensiva: a importância do atendimento rápido. Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde, v.21, n.2, p. 92-97, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/260/26053412007/>. Acesso em Ago 2018.

PAIM, Ane Elisa et al. Validação de instrumento para intervenção de enfermagem ao paciente em terapia vasoativa. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 70, n. 3, p. 453-460, Junho 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300453&lng=en&nrm=iso>. Acesso em mai 2018.

PASQUALI, L. Organizador. *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília: UnB; 2013.

PEDROSA, I.; SUAREZ-ALVAREZ, J.; GARCIA-CUETO, E. Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Revista Acción Psicológica, Madri (Espanha)*, v. 10, n. 2, p. 3-18, dez., 2013.

PEDROSA, K.K.A. Enfermagem Baseada em Evidência: Caracterização dos Estudos no Brasil. *Rev Cogitare Enferm.* v. 20, n. 4, p733-741. Out/dez, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40768/26737> >.

PESSANHA, N.S.de; COELHO, R.S; JESUS, R.F; RIBEIRO, W.A. Fatores técnicos e filosóficos que interferem no uso do oxímetro de pulso no cti: do contexto histórico ao assistencial. *Revista UNIABEU*, v.11, n.27, 2018. Disponível em: <http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/3101/pdf>. Acesso em Ago 2018.

PEREIRA, Sergio Nunes et al. Comparison of two technics of extracorporeal circulation (Conventional and Mini ECC), in the trans and post-operative periods of cardiac surgery. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, [s.l.], p.433-442, 2015. Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. <http://dx.doi.org/10.5935/1678-9741.20150046>.

PIEGAS, LS; AVEZUM, A; PERERIRA, JCR, ROSSI-NETO, JM; HOEPFNER,C; FARRAN, JA et al. On behalf of the AFIRMAR study investigators. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. *Am Heart J.* 2003;146:331-8.

PIEGAS, L. P. et al. Acute Coronary Syndrome Behavior: Results of a Brazilian Registry. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 100, n. 6, p. 502-510, nov. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n6/en_aop_4817.pdf Acesso em: jan. 2018.

PIEGAS, L.S. et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 105, n. 2, p.1-105, ago. 2015. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO

%20DO%20IAM%20
COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf
Acesso em: 10 abr. 2018.

PILATTI, L.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. Propriedades psicométricas de Instrumentos de Avaliação: Um debate necessário. *Rev. Bras. Ensino Ciênc. Tecnol.*, v. 3, n. 1, pp. 81-91, jan./abr. 2010.

PINTO JÚNIOR, D.; SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 20, n. 6, p. 1041-1047, nov./dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600005 Acesso em: 17 mai. 2017.

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

POMPEO, D. A. et al. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(4):434-8.

PONTE, K.M.A.; SILVA, L.F. Cuidados de enfermagem para o conforto físico de mulheres com infarto agudo do miocárdio: uma pesquisa cuidado. *Rev Enferm UFPI.* 2017; 6(4):40-6. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6003/pdf>. Acesso em Set 2018.

PONTE, K.M.A.; SILVA, L.F. Cuidados de enfermagem a mulheres com infarto do miocárdio: promoção do conforto sociocultural pela pesquisa-cuidado. *Revista de enfermagem da UERJ*, v.22, n.06, pp:808-814, 2014.

RUBIO, D. M. et al. Objectifyingcontentvalidity: conducting a contentvaliditystudy in so-cialworkresearch. *SocWork Res.*, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003.

SALMOND, S. S. Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. *Orthop Nurs*, v. 27, n. 1, p. 28-30, 2008. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1097/01.NOR.0000310608.00743.54>>. Acesso em: 7 ago. 2018.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. Metodologia de pesquisa. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

SANTOS, F. G. et al. Avaliação da qualidade do atendimento ao paciente com síndrome coronariana aguda no serviço de emergência. Revista Eletrônica de Enfermagem, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 2-9, dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.32692> Acesso em: 12 dez. 2017.

SANTOS MENDES, Andreia et al. Tempos de acesso a serviços de saúde face ao infarto do miocárdio. Acta Paulista de Enfermagem, v. 29, n. 4, 2016.

SANTOS, E.S; PIRES, E.C; SILVA, J.T; et al. Habilidade dos enfermeiros para interpretação do eletrocardiograma de 12 derivações. Rev. Baiana enferm (2017); 31(1)165-81. Disponível em: <https://riigs.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16581/14076>. Acesso em Set 2018.

SCHMIDT, M. et al. 25 year trends in first time hospitalisation for acute myocardial infarction, subsequent short and long term mortality, and the prognostic impact of sex and comorbidity: a Danish nationwide cohort study. British Medical Journal, Denmark, v. 344, n. 356, p. 1-12, jan. 2012. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e356.full.pdf> Acesso em: 15 jul. 2017.

SCHWARTZ, Bryan G.; REZKALLA, Shereif; KLONER, Robert A. Cardiovascular effects of cocaine. Circulation, v. 122, n. 24, p. 2558-2569, 2010.

SIERRA, M.C; FLORES, H.M; PEREZ, S, et al. Urgencias del paciente con síndrome coronariano agudo sin elevacion del segmento st. Medicine-Programa Formacion Médica continuada 12 (37), 2243-2247. doi:10.1016/j.med.2017.06.023. Acesso em set 2018.

SILVA, R. B. et al. Perfil dos pacientes com síndromes coronarianas agudas em um hospital da Região Sul do Brasil. *Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, Rio Grande do Sul, v. 14, n. 1, p. 33-37, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/05/18/33-37.pdf> Acesso em 20 nov. 2017.

SILVEIRA, D.S; JAEGER, C.P; HATSCHBACH, L; MANENTI, E.R. Validação do escore de TIMI de risco para infarto agudo com supradesnívelamento do segmento st. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 2016;29(3):189-197. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/sumario/29/pdf/v29n3a06.pdf>. Acesso em Ago 2018.

Shuvy M, Atar D, Gabriel Steg P, Halvorsen S, Jolly S, Yusuf S, et al. Oxygen therapy in acute coronary syndrome: are the benefits worth the risk? *Eur Heart J*. 2013;34(22):1630-5. Review.

TAKANI, A.S.M; MOREIRA, D.M; CARVALHO, A.T.G. et al. Correlação entre fatores clínicos e educacionais e atraso na chegada ao hospital no infarto agudo do miocárdio. *International Journal of cardiovascular sciences*. 2018;31(2)107-113. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/ijcs/portugues/2018/v3102/pdf/3102004.pdf>. Acesso em Ago. 2018.

TEIXEIRA, C.S; SANCHES, S.B; VIVAS, I.S. Prevalência de fatores de risco em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. *Unisantia Health Science* 2017 (1). Disponível em: <http://periodicos.unisantia.br/index.php/hea/article/view/1031/977>. Acesso em Ago. 2018.

The GRACE Investigators. GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events): a multinational registry of patients hospitalized with acute coronary syndromes. *Am Heart J*. 2001; 141:190-9.

TRAEBERT, J; et al. A carga das doenças cardiovasculares no estado de Santa Catarina no ano de 2009 *. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 26(2):331-338, abr-jun 2017.

WERNECK, Marcos Azeredo Furkim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84p.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, dec. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The 10 leading causes of death in the world, 2000 and 2012. Geneva, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/#>>. Acesso em: mai. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety. Global patient safety challenge 2005-2006: clean care is safer care. Geneva, 2005.

VIZCARRA, C; CASSUTT, C; CORBIT, N; et al. Recommendations for improving safety practices with short peripheral catheters. *Journal of Infusion Nursing*. 37(2):121–124 MAR 2014. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00129804-201403000-00008>. Acesso em Ago. 2018.

9. APÊNDICES

9.1. Apêndice A- Carta Convite

Prezado/a enfermeiro/o,

O/A Sr(a) está sendo convidado/a a participar, voluntariamente, da pesquisa intitulada **“CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE TECNOLOGIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA EMERGÊNCIA**

Este estudo faz parte de uma pesquisa de Mestrado vinculada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que tem como pesquisadora responsável (orientadora) a Enfermeira Professora Doutora Kátia Cilene Godinho Bertoncello e a mestranda Enfermeira Jaqueline Cristina Costa Rossetto, e objetiva validar proposta de instrumento visando a padronização do cuidado de enfermagem no atendimento ao paciente com Infarto Agudo na Emergência..

O/A Sr(a) foi selecionado/a via plataforma Lattes como um especialista para atuar como possível juiz(a) na avaliação das intervenções de Enfermagem.

Ao acessar o instrumento, há a possibilidade de concordância/discordância em participar da pesquisa. Caso aceite, ao assinalar a opção “Sim, aceito”, o/a Sr(a) está automaticamente aceitando participar voluntariamente da pesquisa.

Para acessar o instrumento, copie o link abaixo e cole no seu navegador:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSciLnES-Nwt3nk4N6njY0v00ZOTP-82YCHtGOCjWhxZ1o5-g/viewform?usp=sf_link

Atenciosamente,

Profa. Enfa. Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello
Universidade Federal de Santa Catarina
E-mail: kbertoncello@yahoo.com.br

Enfa. Esp. Jaqueline Cristina Costa Rossetto
Mestranda do Programa de Pós Graduação Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina
E-mail: jaque.c.costa@gmail.com

9.2. APENDICE B. Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA EMERGÊNCIA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO**” que está sendo desenvolvida pela mestrandia Jaqueline Cristina Costa Rossetto, sob orientação da Profa Dra Kátia Cilene Godinho Bertoncello. Objetivo da pesquisa – Validar um instrumento de intervenção do enfermeiro no paciente com Infarto Agudo do Miocárdio. Esse estudo faz parte da Dissertação do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Caso você concorde em participar solicitamos que assine no final desse documento. No entanto salientamos que sua participação não é obrigatória e sua recusa não trará qualquer prejuízo em relação às pesquisadoras ou discriminação. Os dados obtidos para o estudo – na hipótese de sua participação serão utilizados os dados referentes aos cuidados de enfermagem realizados em pacientes com infarto agudo do miocárdio, ou seja, seus dados de identificação e cuidados observados e realizados pela enfermeira e equipe que atendeu o paciente com infarto agudo do miocárdio.

Sigilo – Contando com sua participação será garantido total sigilo em relação a sua identidade, que não será apontada durante o estudo ou em suas publicações.

Riscos – Considerando os riscos poderá haver quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei, para evitar sua ocorrência, todos os documentos assinados e preenchidos, bem como, dados coletados ficarão sob a responsabilidade única e exclusiva do pesquisador pelo prazo de cinco anos, os quais serão armazenados em ambiente seguro a fim de garantir a sua confidencialidade. Decorrido este período, o pesquisador fará a destruição total do material, seja ele físico ou digital, eliminando-se totalmente o risco de ocorrência da quebra de sigilo. Os resultados deste trabalho serão descritos em uma dissertação e poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, sendo divulgado apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. O participante poderá ter algum

desconforto durante a realização do preenchimento do formulário, como cansaço, o qual se procurará minimizar oferecendo um período de 15 dias para devolução e terá todas as suas dúvidas esclarecidas antes e durante sua aplicação. De qualquer forma será garantida a possibilidade de desistência e retirada do consentimento.

Custos – Os custos relacionados a essa pesquisa serão de inteira responsabilidade das pesquisadoras.

Ressalta-se que todos os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados e que a recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhum prejuízo, dano ou desconforto. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, será garantido ao mesmo o ressarcimento financeiro dos gastos necessários para a superação das consequências advindas, o mesmo poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Prevê-se realizar a pesquisa durante os meses de Maio a dezembro de 2017. Sendo que ao término da pesquisa, será realizado o acompanhamento da pesquisa, via e-mail, onde você será informado dos resultados por meio de publicações científicas e a divulgação dos resultados no local do estudo.

Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou não quiser mais fazer parte dela, poderá entrar em contato pelo telefone com as responsáveis pela pesquisa a seguir: Jaqueline Cristina Costa Rossetto (48) 9.9618-0643 e/ou e-mail: jaque.c.costa@gmail.com e Kátia C. G. Bertoncello (48) 9919-9084 e/ou kbertoncello@yahoo.com.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), pelo fone: (48) 3721-9206

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu,

_____,
 declaro que li e estou de acordo em participar do estudo proposto por este documento. Fui devidamente informado (a) pela pesquisadora Jaqueline Cristina Costa Rossetto dos objetivos, dados que serão obtidos, sigilo, desconforto e custos inerentes à pesquisa. O pesquisador responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Estou ciente ainda que, posso retirar meu consentimento a qualquer momento e que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Data: ____ / ____ / ____.

Nome do participante: _____.

RG: _____ CPF: _____.

Assinatura _____ do participante:

_____.

Assinatura _____ do pesquisador:

_____.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos CEPSH

Universidade Federal de Santa Catarina Rua Desembargador Vitor Lima,
 n° 222, 4° andar, sala 401 – Bairro Trindade. CEP: 88.040-400 –
 Florianópolis – SC. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Telefone:
 (48) 3721-6094.

Endereço pesquisador responsável: Kátia Cilene Godinho Bertoncello,
 Rua Delfino Conti, S/N, CCS/UFSC Bloco H, sala 407. Bairro: Trindade.
 CEP: 88036-020 Florianópolis - SC,

E-mail: kbertoncello@yahoo.com.br Telefone: (48) 99919-9084

Nota: O presente Termo foi disponibilizado em duas vias: uma ficará com a pesquisadora e a outra via com o participante. (Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações sobre sua participação no estudo)

10. ANEXO

ANEXO 1– PARECER CONSUBSTANCIADO CEP.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção do enfermeiro no paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência: construção e validação de um instrumento

Pesquisador: Kátia Cilene Godinho Bertoncello

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85209618.2.3001.0113

Instituição Proponente: Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.626.232

Apresentação do Projeto:

O objetivo do presente ante-projeto é identificar as principais intervenções do enfermeiro no atendimento ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio na Unidade de Emergência encontradas na literatura nacional e internacional. Após a identificação dessas intervenções será construído um instrumento para prática de enfermeiros no atendimento a esses pacientes. Esse instrumento será submetido à avaliação de juizes, experts na temática. Após essa validação com juizes e elaboração do instrumento final, será então realizada a aplicação clínica do instrumento, para identificarmos sua aplicabilidade clínica.

Objetivo da Pesquisa:

identificar as principais intervenções do enfermeiro no atendimento ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio na Unidade de Emergência encontradas na literatura nacional e internacional

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

de interesse para a profissão

Endereço: Rua Adolfo Donato Silva s/n
Bairro: Praia Comprida **CEP:** 88.103-901
UF: SC **Município:** SAO JOSE
Telefone: (48)3271-9101 **Fax:** (48)3271-9003 **E-mail:** cepic@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 2.626.232

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

adequados

Recomendações:

para aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências com este CEP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TCLEOBSERVACO.pdf	04/04/2018 17:10:51	Kátia Cilene Godinho Bertoncello	Aceito
Outros	cartaresposta.pdf	04/04/2018 17:07:41	Kátia Cilene Godinho Bertoncello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO.pdf	04/04/2018 17:05:47	Kátia Cilene Godinho Bertoncello	Aceito
Investigador				
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_juizes_especialistas.pdf	04/04/2018 16:17:34	Kátia Cilene Godinho Bertoncello	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE, 27 de Abril de 2018

Assinado por:
Maritê Inez Argenta
(Coordenador)

Endereço: Rua Adolfo Donato Silva s/n
 Bairro: Praia Comprida CEP: 88.103-901
 UF: SC Município: SAO JOSE
 Telefone: (48)3271-9101 Fax: (48)3271-9003 E-mail: cepic@saude.sc.gov.br