

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

RENATA SOARES PASSINHO

**SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE® PARA A
PESSOA ACOMETIDA PELO INFARTO AGUDO DO
MIOCÁRDIO**

**VITÓRIA
2017**

RENATA SOARES PASSINHO

**SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE® PARA A
PESSOA ACOMETIDA PELO INFARTO AGUDO DO
MIOCÁRDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem na área de concentração “Cuidado e Administração em Saúde” e linha de pesquisa “O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Orientadora: Profa. Dra. Walckiria Garcia Romero Sipolatti.

Coorientadora: Profa. Dra. Cândida Caniçali Primo.

**VITÓRIA
2017**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do
Espírito Santo, ES, Brasil)

P288s Passinho, Renata Soares, 1988 -
Subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo
infarto agudo do miocárdio / Renata Soares Passinho – 2017.
223 f. : il.

Orientador: Walckiria Garcia Romero Sipolatti.
Coorientador: Cândida Caniçali Primo.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Diagnóstico de Enfermagem. 3. Infarto
do Miocárdio. 4. Classificação. 5. Processo de Enfermagem. I. Sipolatti,
Walckiria Garcia Romero. II. Primo, Cândida Caniçali. III. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 616.08

SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE® PARA A PESSOA ACOMETIDA PELO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

RENATA SOARES PASSINHO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem na área de concentração “Cuidado e Administração em Saúde” e linha de pesquisa “O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Avaliada em 05 de Abril de 2017

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Walckiria Garcia Romero Sipolatti
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Profa. Dra. Cândida Caniçali Primo
Universidade Federal do Espírito Santo
Coorientadora

Profa. Dra. Mirian Fioresi
Universidade Federal do Espírito Santo
1º Examinador/Interno

Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega
Universidade Federal da Paraíba
2º Examinador/Externo

Profa. Dra. Lorena Barros Furieri
Universidade Federal do Espírito Santo
Suplente Interno

Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Suplente Externo

À minha “voinha” Jesuína Correia de Mello (*in memoriam*), por todo o cuidado, amor, educação e força que me proporcionou durante toda a minha vida. A senhora foi e sempre será a minha mãe, o meu maior exemplo de mulher e minha maior saudade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Senhor Jesus, pelo dom da vida, pelos tantos livramentos e pelo incondicional amor, do qual jamais serei merecedora.

Ao meu pai Carlos, que sempre acreditou no meu potencial e que encheu a minha vida de carinho e à minha mãe Zulmara (*in memoriam*), que, mesmo ausente, me ensinou a ser a mulher persistente que me tornei através do exemplo que deixou para toda a família.

À minha irmã Thaíse, que durante toda a minha vida fez o lindo papel de “mãe”. Cuidando, zelando e me incentivando. Me ensinou a ser correta, honesta e a valorizar minhas qualidades.

Aos meus tios e tia maternos que, desde a minha infância, me ajudam em tudo e que são espelho de conduta para minha vida.

Ao meu avô Rosalvo e minha avó Gil, pela acolhida durante a graduação e pelo cuidado comigo durante todo o tempo que morei em Ilhéus.

Ao meu noivo Jones, que conseguiu ser paciente nos meus piores e mais difíceis dias, entendendo o caminho que escolhi trilhar profissionalmente, sempre me apoiando em toda e qualquer decisão.

Às minhas orientadoras Profas. Dras. Walckiria Garcia Romero e Cândida Caniçali Primo, pela paciência, pelos inúmeros ensinamentos e pela compreensão com meus dois empregos e viagens para outro estado.

À minha turma de mestrado (Brenda Almeida, Fernanda Sírtoli, Karina Fiorotti, Júlia Diniz, Luciana Barcelos, Thaís Pinto e Selma Vêscovi) pelo apoio mútuo, pelo compartilhamento das ansiedades e pela recepção tão carinhosa.

Às docentes Profas. Dras. Maria Edla, Maria Helena Costa Amorim e Denise Silveira de Castro, pela experiência compartilhada, pelos honrosos ensinamentos e pelo incentivo.

Aos membros da banca Profas. Dras. Mirian Fioresi, Maria Miriam Lima da Nóbrega e Lorena Barros Furieri e ao Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão pelas preciosas contribuições no meu estudo.

Aos meus chefes e colegas da Universidade Federal do Sul da Bahia, por terem me proporcionado a oportunidade de seguir com o mestrado, mesmo quando as circunstâncias não eram favoráveis.

A todos, meu carinhoso e sincero agradecimento.

"Mas também, cair não prejudica demais. A gente levanta, a gente sobe, a gente volta".

(Guimarães Rosa)

PASSINHO, Renata Soares. **Subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo infarto agudo do miocárdio.** Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. 2017.

RESUMO

Introdução: O infarto agudo do miocárdio (IAM) é conceituado como a morte dos cardiomiócitos em decorrência da isquemia prolongada. O presente estudo trata sobre a elaboração do subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) específico para atendimento à pessoa acometida pelo IAM. Dessa forma, buscando atender uma demanda do serviço de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência na qual a mestranda atua, propôs-se a elaboração desta tecnologia assistencial, pois trata-se de uma das estratégias de organização dos cuidados de enfermagem diante das situações em que há a necessidade da implementação de cuidados aos paciente graves e potencialmente graves. Este trabalho está alinhado com a linha de pesquisa “o cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano” e busca contemplar a demanda de implementação do Processo de Enfermagem no ambiente pré-hospitalar de urgência e emergência. **Objetivos:** elaborar e validar o subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® para a pessoa com infarto agudo do miocárdio (IAM). **Método:** Estudo metodológico que seguiu as orientações do Conselho Internacional de Enfermeiros e utilizou o Modelo de Atividades de Vida de Roper, Logan e Tierney para elaborar o subconjunto. A validação de conteúdo foi realizada por 22 enfermeiros especialistas. **Resultado:** Dos 44 diagnósticos/resultados elaborados, 77,27% alcançaram Índice de Validade de Conteúdo (IVC) $\geq 0,80$ e das 128 intervenções propostas, 44,53% alcançaram IVC $\geq 0,80$. Ao final, o subconjunto ficou composto por 34 diagnósticos/resultados e 68 intervenções de enfermagem. Foi desenvolvido um produto inédito denominado “Subconjunto Terminológico CIPE® para a Pessoa Acometida pelo Infarto Agudo do Miocárdio” e este poderá ser uma estratégia facilitadora para a implementação do Processo de Enfermagem no ambiente pré-hospitalar. **Conclusão:** O subconjunto terminológico CIPE®, produto desta pesquisa, é uma ferramenta útil na investigação dos sinais e sintomas que acometem uma pessoa com IAM e na assistência de enfermeiros da área de urgência e emergência auxiliando-os no pensamento crítico e na tomada de decisões. Esta pesquisa possui um potencial de gerar impacto e ser aplicada a nível local, regional e nacional pois contribui para direcionar as ações dos profissionais de enfermagem em quaisquer locais que prestam atendimento aos pacientes com IAM, promovendo maior qualidade à assistência de enfermagem. O subconjunto terminológico validado por especialistas, configura maior confiabilidade ao produto, estando disponível gratuitamente aos enfermeiros de todo Brasil no site do Programa de Pós graduação Mestrado Profissional em Enfermagem da Ufes, podendo ser utilizado principalmente em locais referências no atendimento aos pacientes com suspeita ou confirmação de IAM.

Descritores: Cuidados de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; Infarto agudo do miocárdio; classificação; processos de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Acute myocardial infarction (AMI) is defined as the death of cardiomyocytes due to prolonged ischemia. This study deals with the elaboration of the terminological subset of the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) specific to assist the person affected by AMI. Thus, seeking to meet a demand of the pre-hospital emergency care service in which the master's student works, it was proposed to develop this assistive technology, as it is one of the strategies for organizing nursing care in the face of situations where there is a need to implement care for critically ill and potentially serious patients. This work is in line with the research line "caring in nursing in the human development process" and seeks to contemplate the demand for implementing the Nursing Process in the pre-hospital environment of urgency and emergency. **Objectives:** to develop and validate the terminological subset of the International Classification for Nursing Practice - ICNP® for people with acute myocardial infarction (AMI). **Method:** Methodological study that followed the guidelines of the International Nurses Council and used the Life Activities Model of Roper, Logan and Tierney to elaborate the subset. Content validation was performed by 22 specialist nurses. **Result:** Of the 44 diagnoses / results elaborated, 77.27% reached Content Validity Index (CVI) ≥ 0.80 and of the 128 proposed interventions, 44.53% reached CVI ≥ 0.80 . At the end, the subset was composed of 34 diagnoses / results and 68 nursing interventions. An unprecedented product called "ICNP® Terminological Subset for the Person Affected by Acute Myocardial Infarction" was developed and this could be a facilitating strategy for the implementation of the Nursing Process in the pre-hospital environment. **Conclusion:** The terminology subset CIPE®, product of this research, is a useful tool in the investigation of the signs and symptoms that affect a person with AMI and in the assistance of nurses in the area of urgency and emergency assisting them in critical thinking and decision making . This research has the potential to generate impact and be applied at the local, regional and national level because it contributes to direct the actions of nursing professionals in any places that provide care to patients with AMI, promoting greater quality to nursing care. The terminology subset validated by specialists, configures greater reliability to the product, being freely available to nurses from all over Brazil on the website of the Graduate Program for Professional Master's in Nursing at Ufes, and can be used mainly in local references in the care of patients with suspicion or confirmation of AMI.

Descriptors: Nursing care; nursing diagnosis; Acute myocardial infarction; classification; nursing processes.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Progressão de um infarto agudo do miocárdio (IAM)	28
Figura 2 -	O Modelo de Sete Eixos da CIPE®	45
Figura 3 –	Enfermagem individualizada, como processo dinâmico, que utiliza como quadro conceitual o modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney	67
Figura 4 -	O Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney	68
Figura 5 –	Fluxograma PRISMA do processo de busca e seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa	72
Figura 6 -	As diferentes vias de cuidado de um paciente que sofre PCR nos ambientes pré-hospitalar e intra-hospitalar	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Distribuição da produção científica a respeito dos sinais, sintomas e complicações do IAM nas bases de dados (2010-2014)	73
Quadro 2 -	Sinais, sintomas e complicações do IAM e suas frequências na revisão de literatura, mapeados manualmente com os termos do eixo foco CIPE® 2015 compatíveis com cada sinal, sintoma e complicação, além dos diagnósticos e resultados de enfermagem elaborados a partir dos termos extraídos dos resultados dos artigos da revisão	85
Quadro 3 -	Definições operacionais dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem elaborados segundo a definição canônica de terminologias citada por Galvão (2016)	88
Quadro 4 -	Enunciados de intervenções de enfermagem separados segundo as repercussões nas atividades de vida da pessoa acometida pelo IAM de acordo com a CIPE®	107
Quadro 5 -	Termos constantes e não-constantes utilizados na elaboração do subconjunto terminológico para a pessoa acometida pelo IAM	112
Quadro 6 -	Processo de análise dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem sugeridos pelos especialistas	116
Quadro 7 -	Enunciados de intervenções de enfermagem separados segundo as repercussões nas atividades de vida da pessoa acometida pelo IAM de acordo com a CIPE® e o índice de validação de conteúdo de cada uma delas segundo a avaliação dos especialistas	117
Quadro 8 -	Enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem elaborados pela autora e validados pelos especialistas	122
Quadro 9 -	Enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem separados segundo as repercussões nas	124

atividades de vida da pessoa acometida pelo IAM em conjunto com as sugestões de intervenções de enfermagem de acordo com a avaliação dos especialistas

- | | | |
|-----------|---|-----|
| Quadro 10 | Enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem elaborados pela autora e sugeridos pelos especialistas, separados segundo as repercussões nas atividades de vida da pessoa acometida pelo IAM, de acordo com a CIPE® | 127 |
| Quadro 11 | Relações dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem classificados de acordo com as repercussões nas atividades de vida da pessoa acometida pelo IAM e julgamento a respeito da pertinência de cada diagnóstico/resultado de enfermagem | 209 |
| Quadro 12 | Relações dos enunciados de diagnósticos/resultados e das intervenções de enfermagem classificados de acordo com as repercussões nas atividades de vida da pessoa acometida pelo IAM e julgamento a respeito da pertinência de cada um deles | 215 |

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos enunciados de diagnósticos/resultados de 114 enfermagem e seus Índices de Validade de Conteúdo

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AAS	Ácido Acetilsalicílico
ACTP	Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea
AFIRMAR	The Acute Myocardial Infarction Risk Factor Assessment in Brazil
ACLS	Advanced Cardiovascular Support
AHA	American Heart Association
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALs	Atividades de Vida
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BRE	Bloqueio do Ramo Esquerdo
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCC	Classificação Clínica dos Cuidados
CCU	Corony Care Unit
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CKMB	Isoenzima MB da Creatino-quinase
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COX	Cicloxygenase
DAC	Doença da Artéria Coronária
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-transmissíveis
DCV	Diagnostic Content Validation
DM	Diabetes Mellitus
ECG	Eletrocardiograma
EUA	Estados Unidos da América
FCI - OMS	Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial Saúde
FRICAS	Risk Factors for Acute Myocardial Infarction in Brazil
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	High Density Lipoproteins

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IAMcssST	Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST
IAMsssST	Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST
ICN	International Council for Nurses
ICNP	International Classification for Nursing Practice
ISO	International Organization Standardization
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LDL	Low Density Lipoproteins
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MG	Miligramas
NANDA I	NANDA International
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
NILT	Nursing Interventions Lexicon Terminology
PCDS	Patient Care Data Set
PCR	Parada Cardiorrespiratória
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU 192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAUEMF	Serviço de Atendimento de Urgência e Emergência Móvel e Fixo
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
TIMI	Thrombolysis In Myocardial Infarction
UCO	Unidade Coronariana
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Aproximação com a temática de estudo.....	20
1.2 Problematização e justificativa	21
2 REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 Aspectos históricos do Infarto Agudo do Miocárdio.....	24
2.2 Definições: Síndrome Coronariana Aguda e Infarto Agudo do Miocárdio	25
2.3 Epidemiologia do Infarto Agudo do Miocárdio	27
2.4 Fisiopatologia da Síndrome Coronariana Aguda.....	28
2.5 Fatores de Risco para o Desenvolvimento da Doença da Artéria Coronária	30
2.6 Sinais e Sintomas do Infarto Agudo do Miocárdio.....	32
2.7 Escalas de Classificação de Risco do Infarto Agudo do Miocárdio	35
2.8 Atualizações da <i>American Heart Association</i> e da Sociedade Brasileira de Cardiologia para a Terapia Adjuvante à Pessoa Acometida pelo Infarto Agudo do Miocárdio.....	37
2.9 Linha de Cuidado à pessoa acometida pelo infarto agudo do miocárdio no Sistema Único de Saúde.....	42
2.10 Processo de Enfermagem e Classificação CIPE®.....	43
2.11 Subconjunto terminológico CIPE®	46
2.12 O Processo de Validação dos Subconjuntos Terminológicos CIPE®	54
3 OBJETIVOS.....	59
3.1 Objetivo geral:	60
3.2 Objetivos específicos:.....	60
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	61
4.1 Modelo de Atividades de Vida, de Roper, Logan e Tierney.....	62
4.2 O Processo de Enfermagem e o Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney	67

5 METODOLOGIA	70
5.1 Primeira etapa: identificação de termos relacionados aos sinais, sintomas e complicações do IAM	71
5.2 Segunda etapa: mapeamento dos termos identificados na revisão com os termos do eixo Foco da CIPE® 2015.....	76
5.3 Terceira etapa: elaboração dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem e construção das definições operacionais.....	76
5.4 Quarta etapa: elaboração dos enunciados de intervenções de enfermagem.....	78
5.5 Quinta etapa: validação dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem	78
5.6 Sexta etapa: organização e estruturação do subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo IAM de acordo com o modelo teórico de Roper-Logan-Tierney	81
5.7 Aspectos éticos	81
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	82
6.1 PRODUTO 1	82
6.3 Elaboração das definições operacionais dos diagnósticos/resultados de enfermagem	87
6.4 O Comprometimento das Atividades de Vida na Pessoa Acometida pelo Infarto Agudo do Miocárdio	90
6.5 Elaboração dos enunciados de intervenções de enfermagem	106
6.6 Validação dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem	112
6.7 Validação dos enunciados de intervenções de enfermagem	117
6.8 Estruturação do Subconjunto Terminológico para a Pessoa Acometida pelo Infarto Agudo do Miocárdio	126
6.9 ARTIGO 1.....	130
6.10 ARTIGO 2.....	155
REFERÊNCIAS.....	169
ANEXOS	198

ANEXO A	198
ANEXO B	202
APÊNDICES	203
APÊNDICE A	204
APÊNDICE B	205
APÊNDICE C	206
APÊNDICE D	208
APÊNDICE E	215

1.1 Aproximação com a temática de estudo

Minha trajetória profissional como enfermeira teve início durante a aprovação no vestibular da Universidade Estadual de Santa Cruz, situada em Ilhéus – Bahia. Em um momento peculiar, aos 17 anos, iniciei meus estudos em meio a muitas dúvidas e senti a cobrança advinda da grande responsabilidade social que eu possuía, em decorrência da minha escolha pelo curso de enfermagem. Com o andamento da graduação e com as descobertas diárias a respeito da profissão, somente no quinto semestre consegui enxergar-me como enfermeira por meio da disciplina “Enfermagem Clínica”. O estudo da fisiopatologia das afecções clínicas e a prestação da assistência de enfermagem para cada caso, despertaram-me um grande interesse pela atribuição assistencial da profissão. No decorrer do curso, vi-me com afinidade pelas áreas da saúde da mulher, saúde neonatal, nefrologia e emergência. Tais dúvidas fizeram-se cotidianas e impulsionaram-me às pesquisas sobre cada uma delas.

Com o término da graduação, fui aprovada na Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Durante os dois anos de curso e das intensas 5.760 horas de aprendizado teórico-prático, concluí com o desejo de permanecer na área de saúde da mulher. Entretanto, nesse mesmo ano de conclusão da residência, foi aberto o edital para o concurso público da Prefeitura Municipal de Salvador, com vagas para Enfermeiros do Serviço de Atendimento de Urgência e Emergência Móvel e Fixo (SAUEMF). Deparei-me com a possibilidade de ingresso em uma nova área de conhecimento, já admirada desde a graduação. Diante disso, aceitei o novo desafio e fui aprovada. Atuei no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) do município de Salvador – Bahia de agosto de 2012 até dezembro de 2016 e, a partir das inúmeras ocorrências relacionadas às doenças cardiovasculares, adquiri o interesse em aprofundar-me nessa área específica de conhecimento inserida na urgência e emergência. Aliada à minha atuação no SAMU, ingressei na docência, como professora substituta, da graduação de enfermagem da UFBA, ministrando o componente curricular “Cuidados de Enfermagem na Urgência e Emergência”.

Como enfermeira intervencionista da Unidade de Suporte Avançado (USA) do SAMU 192, deparei-me com inúmeras situações de diagnóstico precoce do Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMcSSST), ainda no

atendimento pré-hospitalar móvel, com tempo resposta eficaz, tratamento clínico adequado e com tempo porta balão viável (até 90 minutos) para a realização da terapia de reperfusão por meio da angioplastia primária. Apesar da viabilidade para a terapia de reperfusão mecânica, entraves relacionados à rede de alta complexidade para o atendimento à pessoa acometida pelo IAM retardavam o tratamento definitivo, piorando o prognóstico do paciente. Diante do exposto e como pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) iniciei um processo reflexivo a respeito dessa condição.

O processo de enfermagem ainda não foi implantado no SAMU 192 de Salvador, apesar de estudos quanto à viabilidade desse já estarem sendo efetuados na gestão do serviço. Diante das inúmeras ocorrências realizadas no SAMU que culminam com o diagnóstico de IAM ainda no pré-hospitalar e da relevância da assistência de enfermagem diante desse evento agudo e de extrema gravidade, senti-me motivada a desenvolver enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções à pessoa acometida pelo IAM utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), com o objetivo de contribuir para a assistência de enfermagem à esses pacientes e para a uniformização da linguagem em enfermagem em tal situação de emergência.

1.2 Problematização e justificativa

Desde a década de 1960, teve início no Brasil um processo denominado de teoria da transição epidemiológica (BARRETO *et al.*, 2008). Abdel R. Omran, em 1971, apresentou essa teoria e discutiu a respeito da sua centralidade nas complexas mudanças nos padrões de saúde e doença e nas interações entre esses no que tange aos aspectos sociológicos, demográficos e econômicos, com seus determinantes e consequências. Omran (1971) explanou sobre a mudança nos padrões de morbidade e mortalidade por pandemias infecciosas para doenças degenerativas, relacionando com a dinâmica populacional, fecundidade, guerras e fome. Entretanto, em muitos países, sobretudo nos países em desenvolvimento, ainda se identifica a coexistência entre padrões de morbidade e mortalidade relacionados às doenças infecciosas (“antigos”) com os “novos”, relacionados ao aumento da carga das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) - salientando as cardiovasculares - e por causas externas,

como acidentes e violência (FRENK *et al.*, 1991). A magnitude de parte das DCNT pode ser mensurada através das doenças cardiovasculares, destacando-se o IAM (BRASIL, 2005).

As doenças cardiovasculares manifestam-se com elevada morbidade e mortalidade em todo o mundo. Os enfermeiros, mais do que qualquer outro profissional, estão na linha de frente do monitoramento e detecção do IAM e, dessa forma, têm a necessidade de estarem atualizados a respeito dos avanços tecnológicos e das novas evidências científicas, sobretudo no que tange à importância da realização do eletrocardiograma (ECG) de forma contínua (SERRANO-MARTÍNEZ *et al.*, 2005). Faz-se importante conhecer as respostas do indivíduo diante da doença cardiovascular e o enfermeiro obtém esse conhecimento por meio da associação de sinais e sintomas cardiológicos com os fenômenos, ações e resultados de enfermagem (PEREIRA *et al.*, 2011).

O método para prestar a assistência de enfermagem ao indivíduo com IAM denomina-se Processo de Enfermagem e implica em inúmeras ações dinâmicas e inter-relacionadas (COFEN, 2009). Para a implementação do Processo de Enfermagem utiliza-se os sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem, destacando-se a CIPE® como a taxonomia aprovada para inclusão na Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde (FCI – OMS) (CIPE, 2007; GARCIA; NÓBREGA, 2009; ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013). O Conselho Internacional de Enfermeiras(os) – CIE tem estimulado a construção de subconjuntos terminológicos CIPE®, que representam enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem voltados para um grupo de clientes e prioridade de saúde selecionados.

Diante das inúmeras experiências vivenciadas durante a minha atuação profissional no SAMU 192 e da assistência prestada aos pacientes com IAM, elaborou-se a seguinte questão norteadora: o subconjunto terminológico CIPE® é uma tecnologia de enfermagem que poderá ser utilizada como um instrumento para a documentação da implementação do processo de enfermagem de clientes admitidos com IAM na assistência pré-hospitalar e hospitalar?

Pela elevada morbimortalidade por IAM, importância da atuação do enfermeiro como prestador da assistência ao paciente grave, educador e responsável pela promoção da saúde, além da necessidade da construção de instrumentos relacionados à comunicação profissional e à delimitação da natureza da disciplina, mostra-se relevante a elaboração do subconjunto terminológico CIPE® específico para o atendimento à pessoa acometida por esse agravo.

Esta pesquisa justifica-se diante da necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a CIPE®, contribuindo, dessa forma, para o subsídio da implementação do processo de enfermagem ao cliente com IAM através de uma assistência de qualidade, pautada na integralidade e na redução das sequelas da morbidade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos históricos do Infarto Agudo do Miocárdio

No século XIX, a medicina investigava a respeito da trombose coronariana e os experimentos para a compreensão dessa condição patológica foram realizados por

Krehl, Obratsov, Strazhesko e Herrick. Estes explicaram sobre as fases de oclusão arterial, diferenciando assim o IAM da angina de peito. Herrick também foi reconhecido por ter adaptado o ECG para o uso nos pacientes com infarto. Em 1929, foi lançado o primeiro livro dedicado exclusivamente ao infarto do miocárdio, onde Samuel Levine descreveu uma série de 145 pacientes com IAM (BRAUWALD, 1998). Segundo Sarmiento-Leite, Krepsky e Gottschall (2001), na década de 1950, o IAM já era a principal comorbidade responsável pelos óbitos nos países desenvolvidos.

2.2 Definições: Síndrome Coronariana Aguda e Infarto Agudo do Miocárdio

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) diz respeito a um conjunto de sintomas compatíveis com isquemia aguda do miocárdio. Envolve condições distintas que têm origem em uma sequência semelhante de eventos patológicos e que estão relacionados à obstrução transitória ou permanente de uma ou mais artérias coronárias. Caracteriza-se por uma demanda em excesso ou um suprimento inadequado de oxigênio e de nutrientes para a musculatura cardíaca e associa-se, principalmente, ao rompimento de uma placa, formação de um trombo e vasoconstricção. Esses acontecimentos resultam em condições que variam de isquemia ou lesão do miocárdio até a necrose do músculo cardíaco. Denomina-se, também, síndrome coronariana isquêmica aguda. É subdividida em angina instável e em infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMcSSST) - chamado antigamente de infarto transmural - ou com infradesnivelamento do segmento ST (IAMsSSST) - antigo infarto subendocárdico (AEHLERT, 2013; MARTINS *et al.*, 2013).

A SCA com supradesnivelamento do segmento ST leva ao óbito cerca de um terço dos pacientes acometidos, sendo que a maioria das mortes ocorre nas primeiras horas do evento, sobretudo em decorrência da fibrilação ventricular (JESUS; CAMPELO; SILVA, 2013).

Considera-se IAM uma área de necrose miocárdica secundária à má perfusão tecidual local que se manifesta com sinais e sintomas resultantes da morte dos cardiomiócitos (ZORNOFF *et al.*, 2008).

Segundo Martins *et al.* (2013), as definições da *American Heart Association* (AHA), de 2012, a respeito do IAM são:

1. IAM não associado à angioplastia: evidência de necrose miocárdica com sinais e sintomas clínicos em consonância com o quadro e preenchimento dos critérios de elevação da troponina sérica, acima do percentil 99 do exame, em conjunto com um dos seguintes achados - sintomas de isquemia; novo Bloqueio do Ramo Esquerdo (BRE); nova alteração significativa do segmento ST; evolução para onda Q no ECG; exame de imagem com evidência de miócitos ou nova anormalidade regional de parede ventricular; trombo em coronária por angiografia ou autópsia. Além de parada cardiorrespiratória com sintomas isquêmicos e alterações de ECG sugestivas de isquemia.
2. Infarto prévio (antigo): presença de ondas Q patológicas, com ou sem sintomas, na ausência de causas não isquêmicas; exame de imagem demonstrando alteração regional do ventrículo, na ausência de causas não isquêmicas; e achados patológicos de infarto prévio.

Thygesen *et al.* (2013), que elaboraram a terceira definição universal de IAM, o definem, no que se refere às características patológicas, como a morte dos cardiomiócitos em decorrência da isquemia prolongada. Esses autores relataram que qualquer um dos seguintes critérios se aplicam no diagnóstico de IAM prévio: desenvolvimento de ondas Q patológicas com ou sem sintomas; evidências de imagem de uma região com perda de miocárdio viável que esteja afinado e não contrátil, na ausência de uma causa não isquêmica; e achados patológicos de um infarto do miocárdio cicatrizado ou em cicatrização.

Aehlert (2013) cita que o IAM classifica-se segundo:

- O tamanho: microscópico (necrose focal); pequeno (menos de 10% do miocárdio ventricular esquerdo); moderado (10% a 30% do miocárdio ventricular esquerdo); e grande (mais de 30% do miocárdio ventricular esquerdo);
- A alteração anatômica: transmural (necrose isquêmica da espessura total do segmento da parede afetada, estendendo-se desde o endocárdio, passando pelo miocárdio, até o epicárdio); e não-transmural (a área de necrose isquêmica se limita ao endocárdio ou ao endocárdio e o miocárdio; não se estende à espessura total do(s) segmento(s) da parede miocárdica);

- A alteração patológica: em evolução (com intervalo de tempo de menos de 6 horas e visualização de poucos ou de nenhum leucócito polimorfonuclear); agudo (com intervalo de tempo de 6 horas a 7 dias e presença de leucócitos polimorfonucleares); em cicatrização (com intervalo de tempo de 7 a 28 dias e presença de células mononucleares e fibroblastos e ausência de leucócitos polimorfonucleares); e cicatrizado (com intervalo de tempo de 29 dias ou mais e tecido cicatricial sem infiltração celular);
- Por localização: anterior; inferior; septal; lateral; inferobasal (posterior); e ventricular direito;
- A clínica: tipo 1- Infarto do miocárdio espontâneo (ruptura de placa, erosão ou dissecação); tipo 2 - Infarto do miocárdio secundário por desequilíbrio isquêmico (espasmo, embolia, taquiarritmia, hipertensão e anemia); tipo 3 - Infarto do miocárdio resultando em morte, sem biomarcadores coletados; tipo 4a - Infarto do miocárdio relacionado à intervenção coronariana percutânea; tipo 4b - Infarto do miocárdio relacionado à trombose de stent; e tipo 5 - Infarto do miocárdio relacionado à cirurgia de revascularização miocárdica (THYGESSEN *et al.*, 2013).

2.3 Epidemiologia do Infarto Agudo do Miocárdio

A isquemia miocárdica, destacando-se o IAM como a mais grave, é a principal causa de óbitos em todo o mundo, sendo a responsável por 8,76 milhões de todas as mortes em 2015 (WHO, 2017). No Brasil, com as desigualdades sociais, o rápido envelhecimento da população e os comportamentos de saúde relacionados à obesidade, hábitos alimentares pouco saudáveis, insuficiência na prática de atividades físicas, além da alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, a doença cardiovascular constuiu-se na principal causa de morte desde a década de 1960, representando uma porcentagem relevante de todas as hospitalizações no país (RIBEIRO *et al.*, 2016). Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) foram registrados em 2016 no Brasil, 107.409 internações por IAM e 12.215 óbitos. Diversos estudos destacaram a relevância das investigações a respeito do IAM, considerando-se o caráter “pandêmico” da comorbidade, como uma das principais causas de morte em todo o mundo, constituindo-se, dessa forma, em um problema de saúde pública (COLOMBO; AGUILLAR, 1999; ESCOSTEGUY *et al.*, 2003; SAMPAIO; MUSSI, 2009; BEZERRA

et al., 2011; ESCOSTEGUY *et al.*, 2011; BAENA *et al.*, 2012; BASTOS *et al.*, 2012; DAMASCENO *et al.*, 2012; MUSSI *et al.*, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2014; CASCALDI; LACERDA; ARRUDA, 2014; D'AMICO; SOUZA, 2014; DANTAS; JESUS; CAMPELO; SILVA, 2013; MUSSI *et al.* 2014; SÁ *et al.*, 2014).

2.4 Fisiopatologia da Síndrome Coronariana Aguda

A SCA relaciona-se ao surgimento da arteriosclerose (doença crônica do sistema arterial caracterizada por espessamento ou enrijecimento anormal das paredes dos vasos) e da aterosclerose (forma de arteriosclerose na qual o espessamento ou enrijecimento das paredes arteriais são causados por acúmulo de depósitos gordurosos no revestimento interno de artérias de grande e médio calibres). A causa mais comum da SCA é a ruptura de uma placa aterosclerótica. Placas ateroscleróticas rompidas expõem o músculo liso arterial às substâncias inflamatórias que desencadeiam a ativação e a agregação plaquetária, geração de trombina e, conseqüentemente, a formação do trombo. Para que ocorra a elevação do segmento ST visualizada no ECG, deve haver a oclusão total da luz do vaso pelo trombo. Este último é rico em fibrina, principalmente. No IAMsssST, os trombos ocluem parcialmente a luz do vaso e são ricos em plaquetas (AEHLERT, 2013; CANESIN; TIMERMAN, 2013).

A oxidação e a resposta inflamatória sistêmica são mecanismos fisiopatológicos importantes para o desenvolvimento da aterosclerose e, conseqüentemente, da doença cardíaca. A oxidação é causada pela liberação de átomos de oxigênio gerados durante o metabolismo celular normal (radicais livres). As substâncias antioxidantes, como as vitaminas C e E, ligam-se aos radicais livres transformando-os em substâncias não prejudiciais ou reparando o dano celular. O excesso desses radicais livres pode danificar seriamente as células e comprometer a capacidade do organismo em combater as doenças. Eles causam lesão à camada íntima (endotelial) das artérias, desencadeando uma resposta inflamatória sistêmica. Os leucócitos são liberados no local das lesões e promovem a oxidação das lipoproteínas de baixa densidade (LDL), juntamente com citocinas, que irão atrair mais leucócitos, aumentando a pressão arterial e a coagulabilidade sanguínea. As LDL são danificadas quando reagem com os radicais livres, originando um material espumoso que se fixa

nas células musculares lisas das artérias e que, após a passagem do tempo, se acumula e origina uma placa rígida de gordura. Fatores de risco para o IAM como o estresse e o tabagismo, por exemplo, podem causar uma produção excessiva de radicais livres (AEHLERT, 2013).

De acordo com Canesin e Timerman (2013) e Aehlert (2013), a fisiopatologia da SCA é resultado da redução súbita do fluxo sanguíneo das artérias coronárias devido a aterosclerose ou trombose sobreposta. No momento em que uma artéria coronária é obstruída (em geral por um trombo), ocorre, imediatamente, uma isquemia na área perfundida pela artéria afetada e uma lesão subendocárdica em 20 a 40 minutos. A necrose do tecido subendocárdico ocorrerá em cerca de 30 minutos e essa se estenderá por cerca de metade da parede miocárdica em duas horas. Após seis horas, a necrose envolverá quase 90% da parede do miocárdio e estará completa em 24 horas. O processo cicatricial será iniciado em 24 a 72 horas. Em duas a oito semanas, o tecido necrótico será substituído por tecido fibroso (Figura 1).

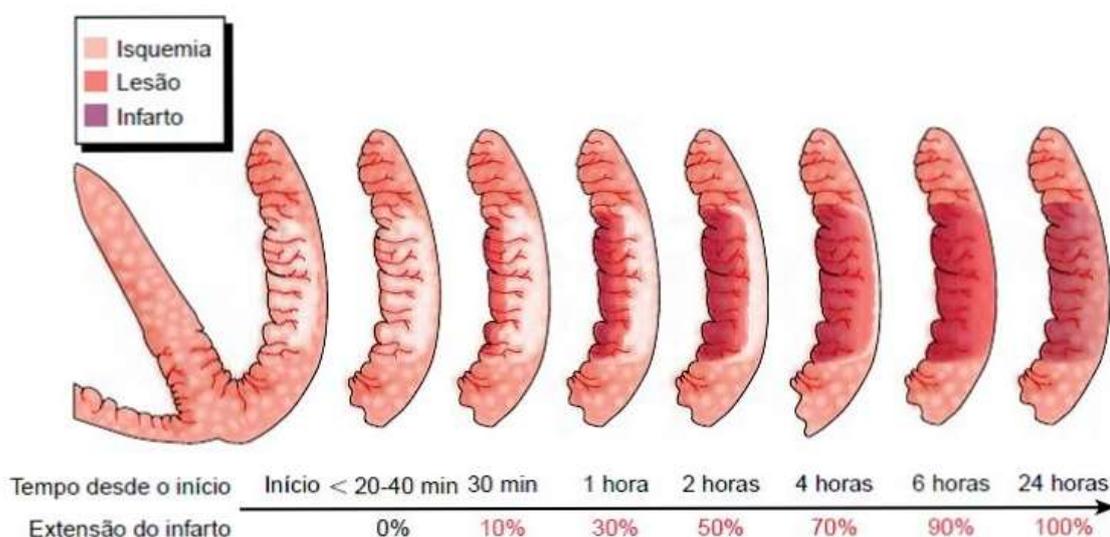


Figura 1: Progressão de um IAM. Fonte: AEHLERT, 2013. p. 221.

Segundo Ribeiro e Fagundes (1989), a circulação das artérias coronárias apresenta um rápido fluxo e os trombos nela formados são, basicamente, plaquetários, compostos por plaquetas e fibrina. A placa aterosclerótica cresce constantemente dentro das coronárias, até que tal crescimento causa lesões na camada íntima dessas artérias, com posterior ruptura, agregação plaquetária e de fibrina no local e,

consequentemente, formação do trombo, que, rapidamente aumenta suas proporções causando a obstrução total da luz arterial.

A ruptura, ulceração, fissura, erosão ou dissecação da placa aterosclerótica, que levam a formação do trombo intraluminal em uma ou mais artérias coronarianas, são as principais causas do IAM. Esses mecanismos de lesão arterial resultam na diminuição do fluxo miocárdico ou embolização distal de plaquetas, provocando mionecrose (SANTANA, 2014).

A morte celular dá-se um período de tempo depois do início da isquemia tecidual miocárdica (20 minutos ou menos em experimentos realizados com animais). A necrose miocárdica completa ocorre em 2 a 4 horas, ou mais, a depender das características do indivíduo acometido. Além do diagnóstico por meio do ECG, a lesão miocárdica é detectada através da mensuração dos níveis de biomarcadores sensíveis e específicos no sangue do indivíduo acometido pela patologia. Os biomarcadores anteriormente citados são a Isoenzima MB da creatino-quinase (CKMB) e as troponinas cardíacas I e T. Estes são componentes contráteis dos cardiomiócitos e expressam-se exclusivamente no músculo coronariano. Independentemente da doença, a necrose miocárdica ocasionada pela isquemia tecidual do miocárdio denomina-se IAM (THYGESSEN *et al.*, 2013).

2.5 Fatores de Risco para o Desenvolvimento da Doença da Artéria Coronária

Em 1959, Thomas R. Dawber, William B. Kannel, Nicholas Revotski, Joseph Stokes III, Abraham Kagan e Tavia Gordon divulgaram os resultados do estudo longitudinal e prospectivo de fatores relacionados com o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, realizado pelo Instituto Nacional do Coração de *Framingham, Massachusetts*, nos Estados Unidos. Vários fatores foram evidenciados na pesquisa, como associados ao desenvolvimento da doença da artéria coronária. Estes foram denominados “fatores de risco”, e subdividiam-se em “modificáveis” e “não-modificáveis” (MAHMOOD *et al.*, 2014).

O reconhecimento precoce dos fatores de risco cardiovascular concernentes à cada população e o seu adequado controle são de extrema relevância para a redução da

mortalidade por doenças cardiovasculares (ALMEIDA *et al.*, 2014). Almeida *et al.* (2014) avaliaram 927 pacientes de ambos os sexos e idade acima de 35 anos internados em unidade coronariana com diagnóstico de SCA através de um estudo observacional, tipo série de casos, e evidenciou que os principais fatores de risco para SCA são: diabetes mellitus (DM), dislipidemia, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), sedentarismo e estresse emocional. O sedentarismo foi o fator de risco mais frequente nas mulheres participantes da pesquisa, enquanto o tabagismo e o etilismo foram os que predominaram entre os homens. Segundo Lima e Glaner (2006) a hiperglicemia, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia e os depósitos de gordura corporal (sobretudo no tronco) são fatores de risco cardiovascular que necessitam ser monitorados com o objetivo de prevenir o desenvolvimento das doenças cardiovasculares.

Martins *et al.* (2013) apresentaram os principais fatores de risco para a doença aterosclerótica, que são: tabagismo, HAS, DM, *High Density Lipoproteins* (HDL) menor que 40 mg/dl, *Low Density Lipoproteins* (LDL) aumentadas, história familiar para doença cardíaca prematura, homens com idade maior ou igual a 45 anos e mulheres com idade maior ou igual a 55 anos, estilo de vida (obesidade e sedentarismo) e fatores de risco emergentes - lipoproteína (a); intolerância à glicose; fatores protrombóticos e fatores pró-inflamatórios.

Da mesma forma, a publicação mais recente da AHA (2015) revelou que os maus hábitos de vida e de comportamento de saúde são as principais causas das doenças cardiovasculares, sobretudo IAM e Acidente Vascular Cerebral (AVC) nos Estados Unidos e em todo o mundo. O estilo de vida inadequado, assim como comportamentos e fatores de risco relacionados a ele incluem: fumo/uso do tabaco, obesidade, sedentarismo, dietas ricas em gordura e sódio, história familiar e genética de cardiopatias, altos índices de colesterol e de outros lipídeos sanguíneos, HAS, DM e síndrome metabólica. Sá *et al.* (2014) realizaram uma análise retrospectiva de 110 prontuários em um hospital referência em cardiologia no Rio de Janeiro e evidenciaram que a HAS foi o fator de risco mais prevalente em pacientes com Doença da Artéria Coronária (DAC), seguido pela dislipidemia.

Um dos trabalhos relevantes a respeito dos fatores de risco para o IAM no Brasil foi denominado “*Risk Factors for Acute Myocardial Infarction in Brazil*” - Estudo FRICAS, que objetivou a determinação dos fatores de risco para IAM no país. Essa investigação confirmou os fatores de risco já conhecidos para as doenças cardiovasculares (hipercolesterolemia, HAS, DM, sobrepeso e história familiar positiva) como os principais para a ocorrência do IAM e, além disso, demonstrou relação direta entre o aparecimento da doença com a condição socioeconômica dos indivíduos estudados, na medida em que a posse de carro e casa própria foi observada em maior número entre os infartados. Isso pode ser explicado pela maior expectativa de vida e pela menor exposição às doenças relacionadas com as condições de moradia (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998).

Outro importante estudo que investigou os fatores de risco para o IAM no Brasil, denominado “*The Acute Myocardial Infarction Risk Factor Assessment in Brazil – AFIRMAR*”, relatou que o IAM é uma das principais causas de morte nos países da América Latina e que o conhecimento a respeito dos fatores de risco para a morbidade é essencial para o manejo da doença. Tal investigação concluiu que a doença pode ser evitada mediante a implementação de políticas de saúde adequadas para a prevenção (PIEGAS *et al.*, 2003).

Em um estudo multicêntrico europeu denominado *INTERHEART*, em 2004, realizado nos cinco continentes, objetivou-se associar os principais fatores de risco para o IAM com populações específicas classificadas segundo etnia e região geográfica. Foi evidenciado que fatores convencionais de risco (tabagismo, HAS, hipercolesterolemia e DM) e que fatores de risco emergentes (distúrbios da glicose, obesidade abdominal, elevação do aminoácido homocisteína, fatores psicossociais e nutricionais - como o baixo consumo de frutas e vegetais- o sedentarismo e o consumo de álcool) são responsáveis por 90% do risco de IAM, em ambos os sexos, em todas as idades e em todo o mundo (YUSUF *et al.*, 2004).

2.6 Sinais e Sintomas 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 (BRAGA *et al.*, 2007; CANESIN; TIMERMAN, 2013).

A dor de origem isquêmica é caracterizada pelo sinal de Levine (o paciente coloca sua mão espalmada sobre o centro do precórdio). O desconforto comum na dor de origem isquêmica é retroesternal e de localização difusa. Mesmo sendo impossível caracterizar a parede miocárdica acometida pela isquemia tecidual somente pela localização da dor e a sua irradiação, já se verificou uma associação entre a dor epigástrica com o infarto na parede inferior miocárdica (CANESIN; TIMERMAN, 2013).

O desconforto torácico é o sintoma mais comum de IAM e manifesta-se em 75% a 80% dos pacientes. Os principais termos relacionados à dor que são utilizados pelos indivíduos que sofrem o IAM são ‘queimação, indigestão, peso, aperto, opressão, sufocação, dor ou pressão’. Esse desconforto dura mais de 30 minutos e pode ser constante e desaparecer, ou ser aliviado com a eructação. Os pacientes que apresentam o desconforto torácico atípico que são similares às causas de origem musculoesquelética, postural ou pleurítica, geralmente, são os idosos, os diabéticos e as mulheres. Os diabéticos podem apresentar os seguintes sinais e sintomas atípicos: fraqueza generalizada, síncope, tonturas ou alteração no nível de consciência. As mulheres que apresentam a SCA podem descrever um desconforto torácico vago que pode desaparecer. Além disso, podem manifestar: dispneia, fraqueza, fadiga incomum, sudorese fria, tontura, náusea e vômitos. As mulheres têm duas vezes mais probabilidade de vir à óbito nas primeiras semanas após o IAM e também de apresentarem reinfarcto em relação aos homens (AEHLERT, 2013).

Até o início dos anos de 1960 não havia nos Estados Unidos da América (EUA) nenhuma estratégia de tratamento estabelecida para os pacientes com IAM. O atendimento dado era de suporte. A primeira Unidade de Cuidados Coronarianos (*Corony Care Unit – CCU*) foi inaugurada em um hospital do Kansas. A *CCU* é considerada um marco revolucionário nos cuidados ao paciente com IAM. As unidades de dor torácica foram desenvolvidas nos EUA visando à redução da

morbimortalidade por IAM e à reeducação da população em relação aos benefícios de procurar atendimento assim que houvesse o aparecimento desse principal sintoma da doença coronariana (BAHR, 2000).

De acordo com Copola *et al.* (2013) a dor torácica é uma das queixas principais de apresentação entre os pacientes atendidos no departamento de emergência. Shian, Lima e Markman Filho (2007) realizaram um estudo do tipo série de casos, em Pernambuco, tendo como população 36 pacientes idosos divididos em dois grupos para comparação: 21 idosos com angina pré-infarto e 15 idosos sem angina pré-infarto. Estes grupos foram avaliados prospectivamente em relação aos desfechos clínicos. Os pesquisadores evidenciaram que todos os pacientes do estudo apresentaram precordialgia como uma das manifestações clínicas do IAM. Segundo Santana (2014), em seu estudo de revisão, há uma estimativa de que os pacientes que dão entrada na unidade hospitalar com dor torácica, níveis elevados do principal marcador de necrose miocárdica no IAM, a troponina, e com alterações eletrocardiográficas com coronariografia normal ou discretamente alterada, representem 2,6% a 19% dos casos com diagnóstico inicial de IAM. Santos *et al.* (2006) realizaram um estudo em um hospital de referência em cardiologia, em São Paulo, analisando os registros no banco de dados da instituição de 860 pacientes admitidos com diagnóstico de SCA. Segundo esses pesquisadores, a dor precordial considerada típica para DAC ocorreu em 86,3% dos participantes do estudo. Mussi *et al.* (2013) realizaram um estudo exploratório, de corte transversal, em duas instituições hospitalares de referência para o tratamento do IAM em Salvador, com a amostra de 100 indivíduos com o diagnóstico de IAMcSSST, sendo 29 mulheres, com idade entre 41 e 87 anos, e 71 homens, com idade entre 27 e 80 anos. Os autores relataram que todos os participantes do estudo tiveram dor no peito como uma manifestação da doença, com uma apresentação clínica inicial típica do IAM.

Douglas *et al.* (2015) realizaram um ensaio clínico em 193 centros de referência para DAC na América do Norte com uma população de pacientes ambulatoriais sintomáticos, porém sem DAC diagnosticada, e evidenciaram que apesar de todos os pacientes serem sintomáticos, 87,7% não relataram dor no peito como sintoma primário, sendo este último: fraqueza; dor nos membros superiores e ombro; taquicardia; tonturas ou sensação de “cabeça leve”; ou no pescoço ou dor maxilar. A

dor torácica foi descrita nesse estudo como uma sensação de esmagamento em 70,3% dos pacientes.

O pico de incidência dos eventos cardíacos agudos situa-se entre seis horas da manhã e meio-dia. Tal fato deve-se ao aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca, da atividade do sistema nervoso simpático, do cortisol e da agregabilidade plaquetária nas primeiras horas da manhã. Em geral, há um fator precipitante em aproximadamente 50% dos eventos cardíacos agudos, como esforço físico moderado a intenso, estresse emocional excepcional, transtornos do sono, alimentação excessiva, uso do álcool, infecção respiratória aguda, embolia pulmonar e uso da cocaína (em particular nos pacientes com menos de 40 anos de idade) (AEHLERT, 2013).

A irradiação da dor de origem isquêmica do coração para a face, membros superiores, nuca e dorso pode ser explicada devido aos estímulos das terminações nervosas aferentes localizadas nos vasos coronarianos e no miocárdio. Esses locais de irradiação da dor não possuem relação com o coração doente, mas sim com a distribuição dos dermatomos (áreas cutâneas inervadas). A dor pode manifestar-se como visceral ou transformar-se na irradiação. Além disso, é possível existir equivalente doloroso e não doloroso, como formigamento, perda de força, sudorese e sensação de calor. A irradiação da dor para pavilhões auriculares, nariz, maxilares, nuca, região cervical, membros superiores, cotovelos e ombros sugere o comprometimento das raízes nervosas cervicais até a primeira torácica (C2 a T1). Portanto, quanto mais intenso o estímulo, maior será a intensidade da dor e a probabilidade de que ela possa irradiar-se. Os impulsos nervosos são direcionados aos gânglios simpáticos cervicais e torácicos e atingem a medula espinhal por meio das raízes dorsais dos primeiros cinco segmentos torácicos e dos dermatomos que correspondem a esse nível, incluindo o precórdio. A dor isquêmica apresenta grande variação em decorrência das mudanças no trajeto nervoso através dessa rede aferente (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2012).

2.7 Escalas de Classificação de Risco do Infarto Agudo do Miocárdio

A estratificação de risco na admissão do paciente vítima de IAMcSSST é feita, usualmente, por meio da classificação de *Killip-Kimball* (I – sem congestão pulmonar ou terceira bulha; II – com congestão pulmonar e/ou terceira bulha; III – com edema agudo de pulmão; IV – choque cardiogênico) e pelo escore *TIMI - Thrombolysis In Myocardial Infarction* (idade ≥ 75 anos – 3 pontos; idade entre 65 e 74 anos – 2 pontos; história de angina, HAS ou DM – 1 ponto; pressão arterial sistólica < 100 mmHg – 3 pontos; frequência cardíaca > 100 bpm – 2 pontos; Killip II a IV – 2 pontos; peso < 67 Kg – 1 ponto; IAM de parede anterior ou BRE – 1 ponto; tempo até o tratamento > 4 horas – 1 ponto; risco de morte em 30 dias pode variar de 0,8% - 0 ponto a 36% - > 8 pontos). O escore *TIMI* tem a função de identificar os pacientes elegíveis para utilizar a fibrinólise como tratamento (CANESIN; TIMERMAN, 2013; KILLIP; KIMBALL, 1967; MORROW, *et. al.*, 2000).

A classificação clínica de Thomas *Killip III* e *John T. Kimball* foi divulgada inicialmente em 1967, com o propósito de descrever os resultados do tratamento de 250 pacientes com IAM internados em uma unidade coronariana de um hospital universitário dos Estados Unidos. Diante disso, foi apresentada a classificação de gravidade funcional com base nas evidências clínicas de insuficiência cardíaca e do choque cardiogênico. Dessa forma, relacionou-se a gravidade funcional com a morbidade e mortalidade do IAM. Os casos do estudo dos autores foram classificados em: Killip I – sem sinais de descompensação cardíaca; Killip II – com estertores crepitantes pulmonares, presença de terceira bulha e pressão venosa jugular elevada; Killip III – com edema agudo de pulmão; e Killip IV – com choque cardiogênico ou hipotensão arterial e vasoconstrição periférica. (KILLIP; KIMBALL, 1967; MELLO *et al.*, 2014).

Mello *et al.* (2014) evidenciaram que a classificação de Killip é um importante preditor para óbito dos pacientes com IAM e para a ocorrência de complicações como parada cardiorrespiratória durante a internação hospitalar e insuficiência renal aguda. Além disso, identificou-se uma associação direta, significativa e independente entre a classificação de Killip e o risco de óbito no tempo de seguimento muito tardio, com queda na sobrevida nos primeiros dias após o IAM para as maiores classes de Killip. No que tange ao prognóstico, os classificados como Killip I apresentaram-no excelente, tanto em curto prazo quanto em longo prazo. Os classificados como Killip

III ou IV mostraram-se com maiores áreas de mionecrose, remodelamento e disfunção ventricular esquerda e maior extensão da Doença da Artéria Coronária (DAC).

Os principais exames complementares para o diagnóstico de IAM são o ECG (alterações em duas ou mais derivações contíguas), que deve ser realizado em até, no máximo, 10 minutos da admissão do paciente e os Marcadores de Necrose Miocárdica (MNM), que visam quantificar o tecido miocárdico que foi necrosado. A CKMB e a troponina são os mais importantes (CANESIN; TIMERMAN, 2013).

2.8 Atualizações da *American Heart Association* e da Sociedade Brasileira de Cardiologia para a Terapia Adjuvante à Pessoa Acometida pelo Infarto Agudo do Miocárdio

A V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre o tratamento do IAMcSSST enfocou que o atendimento pré-hospitalar possui duas grandes etapas: a primeira relativa ao início dos sintomas até a decisão em procurar atendimento; e a segunda a respeito da decisão em procurar esse atendimento até a chegada ao hospital. O tempo desde o início dos sintomas, advindos da oclusão da artéria coronária, até a realização do tratamento definitivo (reperfusão química ou mecânica) é diretamente proporcional à ocorrência das alterações clínicas de maior gravidade. O atendimento à pessoa acometida pelo IAM tem como objetivo principal a redução do tempo entre o início da isquemia miocárdica e/ou necrose muscular até o tratamento definitivo, que visa restaurar a perfusão miocárdica. Uma assistência pré-hospitalar efetiva e resolutiva reduz o número de mortes nas primeiras horas do evento, sobretudo as causadas pela fibrilação ventricular pós-IAM (PIEGAS *et al.*, 2015).

A abordagem inicial à pessoa acometida pelo IAM nos ambiente extra-hospitalar e hospitalar deve ser realizada com a execução das seguintes etapas, preconizadas pelo algoritmo do *Advanced Cardiovascular Support (ACLS)* (AHA, 2015; PIEGAS *et al.*, 2015):

1. Administração de ácido acetilsalicílico na dose de 160 a 325 miligramas (mg);
2. Administração de oxigênio se saturação arterial de oxigênio estiver entre 90 e 94%;
3. Realização do ECG de 12 derivações;
4. Comunicação do evento à unidade de cateterismo cardíaco;

5. Controle medicamentoso da dor.

O tratamento inicial imediato deve ser realizado da seguinte forma: administração de oxigênio se saturação de oxigênio arterial for menor que 94%; administração de 160 a 325 mg de ácido acetilsalicílico (caso não tenha sido administrado anteriormente); controle medicamentoso da dor; e administração de nitroglicerina via sublingual sob a forma de spray.

Em até, no máximo, 10 minutos devem ser realizados: aferição dos sinais vitais; punção venosa; coleta da história clínica direcionada (características dos sintomas atuais - início, duração, qualidade, intensidade e relação com o esforço e repouso - , presença de angina prévia e de sinais e sintomas atípicos); exame físico; acionamento da unidade de cateterismo cardíaco; coleta sérica dos marcadores de necrose miocárdica; raio x de tórax (em até 30 minutos); e ECG com 12 derivações.

Caso o ECG evidencie o IAMcscsST, faz-se necessário iniciar a terapia farmacológica preconizada e agilizar a realização da reperfusão miocárdica. Se o tempo do início dos sintomas for menor ou igual a 12 horas, tendo o tempo porta balão de até 90 minutos, indica-se a realização da angioplastia coronária transluminal percutânea (ACTP). Para a realização da fibrinólise, é indicado um tempo porta-agulha de, no máximo, 30 minutos. Se o tempo do início dos sintomas for maior que 12 horas, indica-se uma estratégia invasiva precoce caso os níveis séricos de troponina estejam elevados ou se o paciente for considerado de alto risco (desconforto isquêmico no peito refratário, taquicardia ventricular, desvio do segmento ST persistente, instabilidade, hemodinâmica e sinais de insuficiência cardíaca).

Na análise do ECG, buscam-se as seguintes alterações: desvios significativos do segmento ST em relação ao espaço PR, ondas T invertidas ou presença de ondas Q patológicas. Qualquer uma dessas alterações devem estar presentes em duas ou mais derivações contíguas para que uma parede ventricular seja caracterizada. As ondas Q não sugerem isquemia aguda, mas indicam IAM prévio. Pode-se identificar por meio do ECG qual foi a artéria obstruída e a parede acometida pela lesão. Se houver um supradesnivelamento do segmento ST nas derivações DII, aVF e DIII, a artéria obstruída será a coronária direita e a parede acometida será a inferior; se nas derivações V1, V2, V3 e V4 a artéria obstruída será a anterior e a parede acometida

também a anterior; se a alteração eletrocardiográfica aparecer nas derivações V1, V2, V3, V4, V5 e V6 a artéria obstruída será a anterior e a parede acometida será a anterior extensa; se nas derivações DI e aVL a artéria obstruída será a circunflexa e a parede acometida a lateral; se nas derivações V1 e V2 a artéria obstruída será a anterior e a parede acometida a septal; e se em V3R e V4R a artéria obstruída será a coronária direita e o ventrículo direito estará sofrendo a isquemia com necrose miocárdica posterior. Caso haja um supradesnivelamento de parede inferior (derivações D2, aVF e D3), é necessária a realização de um ECG com derivações precordiais direitas (V3R e V4R) para se identificar um possível IAM de ventrículo direito (CANESIN; TIMERMAN, 2013).

O tratamento adjuvante para a pessoa acometida pela IAM é composto pelo mnemônico MONA β CH: Morfina; Oxigênio; Nitrato/nitroglicerina; Ácido acetilsalicílico; Betabloqueador; Clopidogrel (ou outros antiplaquetários); e Heparina (ou outros antitrombóticos) (TIMERMAN, 2013; AHA, 2015; CANESIN).

A morfina diminui o consumo miocárdico de oxigênio que é causado pela ativação do sistema nervoso simpático. É um potente analgésico com ação vasodilatadora, em especial no leito venoso. Ele reduz a pressão arterial sistêmica, a pré-carga, e os sintomas congestivos, tendo, portanto, grande importância nos casos de congestão pulmonar associada. Além disso, a morfina também tem um desejado efeito ansiolítico, imprescindível no cenário das SCA. A analgesia deve ser feita por via endovenosa na dose de 2 a 8 mg. É importante a monitorização da pressão arterial e, se for necessária a repetição da dose, esta deve ser efetuada a intervalos de 5 a 15 minutos. Ela é contra-indicada em pacientes hipotensos ou bradicárdicos e tem como principais efeitos colaterais a depressão respiratória, rebaixamento do nível de consciência, hipotensão e bradicardia. Caso seja necessário, seu antagonista é o naloxone. A morfina é contra-indicada em pacientes que fazem uso de antiinflamatórios não-esteroidais. Pode ser substituída pelo sulfato de meperidina em doses fracionadas de 20 a 50 mg, caso não esteja disponível ou em casos de alergia (CANESIN; TIMERMAN, 2013; AHA, 2015).

A oxigenoterapia deve ser ofertada visando a obtenção de uma saturação de oxigênio acima de 94% e na presença de desconforto respiratório ou congestão pulmonar. Se administrado desnecessariamente por tempo prolongado, o oxigênio pode provocar

vasoconstrição sistêmica, aumento da resistência vascular sistêmica e da pressão arterial, diminuindo o débito cardíaco (PIEGAS *et al.*, 2015). Se estivermos diante de um caso de edema agudo de pulmão, faz-se necessária uma breve tentativa de ventilação não-invasiva com pressão positiva, com a piora do quadro respiratório ou diante de um colapso hemodinâmico, recomenda-se a ventilação mecânica invasiva através do tubo orotraqueal (CANESIN; TIMERMAN, 2013).

Os nitratos podem ser utilizados na formulação sublingual (nitroglicerina, mononitrato de isossorbida ou diinitrato de isossorbida) e deverão ser ofertados com o objetivo de diminuição da pré-carga, da tensão na parede do ventrículo esquerdo e, conseqüentemente, do consumo miocárdico. Nos EUA a apresentação da nitroglicerina em spray também é muito utilizada. Um outro importante efeito desses medicamentos é a discreta vasodilatação coronariana, o que ocasiona uma significativa redução da dor precordial e a reversão do vasoespasma. Além de controlarem a dor isquêmica, também atuam nos casos de hipertensão arterial e alívio da congestão pulmonar. São contraindicados nos casos de pressão arterial sistólica abaixo de 90 mmHg, uso prévio de sildenafil ou similares nas últimas 24 horas ou quando houver suspeita de infarto do ventrículo direito. A dose sublingual preconizada é de nitroglicerina (0,4 mg), mononitrato de isossorbida (5 mg) ou dinitrato de isossorbida (5 mg). Devem ser administradas no máximo três doses, separadas por intervalos de 5 minutos. Como efeitos colaterais, podem causar cefaleia e hipotensão (CANESIN; TIMERMAN, 2013; PIEGAS *et al.*, 2015).

O ácido acetilsalicílico (AAS) é o único antiinflamatório indicado rotineiramente aos pacientes com suspeita de IAM, ocasionalmente como automedicação, com exceção dos casos de contraindicação (alergia ou intolerância ao medicamento, sangramento ativo, hemofilia e úlcera péptica ativa). Exerce uma ação antiagregante plaquetária pela inibição irreversível da cicloxigenase (COX) 1, diminuindo a síntese de tromboxano A₂. Ele reduz a morbidade e a mortalidade ocasionadas pelas obstruções coronarianas, melhorando o prognóstico do paciente. Além disso, ele tem ação sinérgica com o próprio fibrinolítico (tecnetepase), levando à associação de ambos os medicamentos a um decréscimo de 42% na mortalidade. A dose recomendada é de 160 mg ao dia a 325 mg a ser utilizada de forma mastigável quando do primeiro atendimento, ainda antes da realização do ECG. É contraindicado em caso de alergias

aos salicilatos (contraindicação absoluta). As contraindicações relativas são úlcera gastrointestinal com ou sem hemorragia ou outros sangramentos ativos.

Além da inibição causada da enzima COX e do tromboxano nas plaquetas pelo AAS, ocorre o mesmo processo na mucosa gástrica. A inibição da enzima COX diminui a produção de prostaglandinas, que são substâncias lipídicas que protegem o estômago e o intestino. Ferreira *et al.* (2016) evidenciaram por meio de um ensaio clínico, na tentativa de reduzir os efeitos adversos do AAS, que o seu uso a cada três dias, na dose de 81 mg, não interfere nos níveis basais de prostaglandinas na mucosa gástrica em comparação com o uso diário, quando há a redução da síntese de prostaglandina do tipo 2 em 50%. Entretanto, em ambos os grupos comparados no estudo, a inibição do tromboxano foi superior a 95% com efeitos na agregação plaquetária. Diante disso, para a prevenção de doenças obstrutivas coronarianas, foi evidenciado que o uso de ASS a cada 72 horas é tão eficaz quanto, e mais seguro, do que o rotineiro uso diário prescrito para as pessoas com doenças ou riscos cardiovasculares (FERREIRA *et al.*, 2016).

No que tange aos medicamentos betabloqueadores, na ausência de contraindicações, seu uso é recomendado, por via oral, após a admissão da pessoa acometida pelo IAM na unidade hospitalar, nas primeiras 24 horas. A via endovenosa é recomendada para pacientes hipertensos e taquicárdicos. Eles melhoram a perfusão coronariana através do aumento do período diastólico. Além disso, diminuem o consumo miocárdico e os sintomas isquêmicos, facilitando, também, o controle da hipertensão e das taquiarritmias associadas à isquemia coronariana. Devem ser evitados em pacientes com congestão pulmonar, bradicárdicos, com broncoespasmo, bloqueio atrioventricular, pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg, ou redução de 30 mmHg em relação à pressão basal, ou com sinais de insuficiência cardíaca. Os betabloqueadores utilizados por via endovenosa devem ser fármacos de curta duração (por exemplo, esmolol endovenoso contínuo, na dose de 50 a 300 microgramas/quilo/minuto (mcg/Kg/min), ou metoprolol em bolo de 5 mg, seguido de doses suplementares a cada 5 minutos, até o máximo de 15 mg, se necessário) para pacientes com sintomas isquêmicos persistentes após o uso de nitrato e morfina, importante elevação da pressão arterial ou com arritmias ventriculares recorrentes. Nos demais pacientes, a medicação pode ser administrada por via oral (propranolol

na dose de 20 a 80 mg, a cada 6 a 8 horas) (CANESIN; TIMERMAN, 2013; PIEGAS *et al.*, 2015).

O clopidogrel e o prasugrel são tienopiridínicos oferecidos como pró-drogas que, após a ativação pelo citocromo P450 no fígado, irão inibir de forma irreversível o receptor P2Y12 das plaquetas. O prasugrel possui a ação mais rápida e mais potente que o clopidogrel. O ticagrelor pertence a uma outra classe química, denominada ciclopentiltriazolpirimidina, que é uma substância similar à adenosina. Ele também inibe irreversivelmente o receptor plaquetário P2Y12 e de forma potente, entretanto, sua meia-vida é mais curta. O uso do clopidogrel é recomendado no tratamento adjuvante do IAM pois, quando combinado com o AAS e em pessoas que receberam a terapia fibrinolítica inicial, reduz os eventos cardiovasculares maiores se administrado precocemente e com dose de ataque de 300 mg via oral em pacientes com menos de 75 anos não submetidos à ACTP primária. Já o ticagrelor mostra-se efetivo na redução de eventos coronarianos em pacientes tratados na sala de emergência, na dose de ataque de 180 mg seguida de 90 mg, duas vezes ao dia (CANESIN; TIMERMAN, 2013; PIEGAS *et al.*, 2015).

O anticoagulante utilizado na terapia do paciente acometido pelo IAM é a enoxaparina, que é uma heparina de baixo peso molecular. Seu mecanismo de ação consiste na ativação da antitrombina circulante, uma enzima proteolítica que inativa os fatores IIa, IX a e Xa, evitando, assim, a propagação do trombo. Ela inibe, predominantemente, o fator Xa e deve ser administrada quando há IAMcSSST nas seguintes doses: pacientes com idade menor que 75 anos: 30 mg por via endovenosa em bolos, seguidas de 1 mg/kg de peso por via subcutânea a cada 12 horas até a alta hospitalar; em pacientes com idade maior ou igual a 75 anos não administrar o bolos e iniciar com 0,75 mg/kg subcutâneo a cada 12 horas. Ela reduz a mortalidade sem um aumento importante de sangramento (CANESIN; TIMERMAN, 2013; PIEGAS *et al.*, 2015).

2.9 Linha de Cuidado à pessoa acometida pelo infarto agudo do miocárdio no Sistema Único de Saúde

A Portaria nº 2994, de 13 de dezembro de 2011 aprova a Linha de Cuidado do IAM e o Protocolo de SCA no âmbito do SUS, desde o componente pré-hospitalar com o

SAMU 192 e as UPAs, até a implantação das Unidades Coronarianas (UCO). A Linha do cuidado do IAM na rede de atenção às urgências além de esclarecer, de acordo com as evidências científicas atuais, os conceitos concernentes à doença e suas formas de tratamento, traz também a necessidade de organização dos componentes dessa rede (Unidades de Atenção Primária à Saúde; Unidades de Atenção Especializada; Serviço móvel pré-hospitalar; UPAs e prontos-socorros de hospitais gerais; Hospitais com credenciamento especializado para Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, com habilitação em cardiologia intervencionista e leitos de UCO dedicada à rede de IAM; Atenção Domiciliar; Serviços de Reabilitação; Centrais de regulação municipais e estaduais). A Rede de atenção ao IAM visa garantir ao paciente com supradesnivelamento do segmento ST a terapia de reperfusão (química ou mecânica) em tempo adequado e com leito de terapia intensiva garantido para os cuidados pós-reperfusão.

2.10 Processo de Enfermagem e Classificação CIPE®

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358, de 15 de outubro de 2009, dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Essa Resolução preconiza que o Processo de Enfermagem se organize em cinco etapas, inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes que são: I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); II – Diagnóstico de Enfermagem; III – Planejamento de Enfermagem; IV – Implementação; e V – Avaliação.

A coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem) é um processo deliberado, sistemático e contínuo executado através de métodos e técnicas variadas, objetivando a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença. O diagnóstico de enfermagem é o processo de interpretação e junção dos dados coletados no histórico de enfermagem, resultando na tomada de decisão a respeito dos conceitos diagnósticos de enfermagem, que representam as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em algum momento do processo saúde e doença.

Esses conceitos diagnósticos são a base para a seleção das intervenções de enfermagem necessárias para a obtenção dos resultados esperados (COFEN, 2009).

O planejamento de enfermagem determina os resultados esperados das intervenções de enfermagem que serão realizadas de acordo com as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um momento específico do processo saúde e doença, identificadas na etapa de diagnóstico de Enfermagem. A implementação consiste na execução das ações ou intervenções determinadas na etapa de planejamento de enfermagem. A avaliação é um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de alterações nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um momento específico do processo saúde doença, visando conhecer se as intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado (COFEN, 2009).

Para implementar o cuidado de enfermagem de forma sistematizada, faz-se necessária a utilização do processo de enfermagem e dos sistemas de classificações dos elementos da prática de enfermagem, como a CIPE®. Essa taxonomia favorece o registro de enfermagem e a qualidade da assistência, sobretudo em áreas específicas do cuidado de enfermagem, representadas pelos subconjuntos terminológicos CIPE® (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).

Fuly, Leite e Lima (2008) citaram algumas das terminologias desenvolvidas para apoiar o registro e a análise de enfermagem e para que o Processo de Enfermagem seja realizado, como: a Classificação Clínica dos Cuidados (CCC); a CIPE®, a classificação de diagnósticos de enfermagem *NANDA international* (NANDA - I); a classificação das intervenções de enfermagem *Nursing Interventions Classification – NIC* (NIC); a classificação dos resultados de enfermagem *Nursing Outcomes Classification* (NOC); o *Patient Care Data Set* (conjunto de dados mínimos do cuidado ao paciente) (PCDS) e o léxico e terminologia para intervenções de enfermagem *Nursing Interventions Lexicon Terminology* (NILT). Segundo Cruz (2008) o uso das classificações em enfermagem é necessário pela padronização da linguagem. Além disso, elas funcionam como mapas de território, trazendo benefícios para o raciocínio clínico da profissão.

A CIPE® é um sistema de linguagem padronizada, que representa o domínio da prática de enfermagem no âmbito mundial, sendo considerada uma tecnologia de informação, proporcionando a coleta, armazenamento e análise de dados de enfermagem em inúmeros locais em todo o mundo, resultando no reconhecimento da profissão (GARCIA; NÓBREGA, 2009; GARCIA, 2016). A primeira versão CIPE foi divulgada em dezembro de 1996 e foi denominada de *CIPE® Versão Alfa*. Em 1999 e 2001, foram publicadas, respectivamente, as versões *Beta* e *Beta 2*.

Garcia, Bartz e Coenen (2016) relataram que a versão 1.0 da CIPE® trouxe um modelo com sete eixos que facilita a composição de enunciados. Estes foram organizadas para que haja um rápido acesso aos agrupamentos de enunciados diagnósticos, de intervenções e de resultados de enfermagem - os subconjuntos da terminologia CIPE® ou Subconjunto terminológicos CIPE®.

O Modelo Sete Eixos é estruturado e representado da seguinte forma:



Figura 2: Modelo de Sete Eixos da CIPE®. Fonte: GARCIA; BARTZ; COENEN, 2016.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) (2005), os sete eixos que compõem a CIPE® são descritos como:

1. Foco – área de atenção relevante para a enfermagem;
2. Julgamento – opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem;
3. Meios – maneira ou método de executar uma intervenção;
4. Ação – processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente;
5. Tempo – o momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência;
6. Localização – orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenções;
7. Cliente – sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção de enfermagem.

As orientações do ICN para a construção das enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem seguem a ISO 18104:2014 – Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem, da *International Organization Standardization* (ISO) e o Modelo de sete eixos da CIPE® (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2016). De acordo com a ISO 18104:2014, diagnóstico de enfermagem é “Um “título atribuído a um achado, evento, situação ou outro aspecto da saúde, resultantes de uma coleta de dados, para indicar que são considerados pela(o) enfermeira(o) e pelo sujeito do cuidado como sendo merecedores de atenção”. Pode ser expresso como um julgamento sobre um foco (deve-se ter um descritor para o julgamento e um descritor para o foco) ou como uma expressão simples de um achado clínico. Um resultado de enfermagem, segundo a CIPE®, é “a medida ou o estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos no tempo, após uma intervenção de enfermagem”. Uma intervenção de enfermagem é “uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem”. Deve ser composta por uma ação e, pelo menos, um alvo (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2016).

2.11 Subconjunto terminológico CIPE®

Um subconjunto terminológico CIPE® é “um agrupamento de enunciados pré-estabelecidos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem”. Esses subconjuntos direcionam-se a clientelas (indivíduos, família, comunidade), a prioridades de saúde (condições específicas de saúde, ambientes ou especialidades de cuidado) e a fenômenos de enfermagem. Apoiam e melhoram a prática clínica da enfermagem, a tomada de decisão, a pesquisa e a formação profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2013).

O desenvolvimento de um subconjunto terminológico CIPE® está alinhado com os três componentes principais de vida dessa terminologia, que são: pesquisa e desenvolvimento; divulgação e educação; e operações e manutenção (COENEN; KIM, 2010). A pesquisa e o desenvolvimento da CIPE®, com a validação de conceitos e conteúdo, análise semântica e utilização na prática profissional em todo o mundo, são essenciais para a sua melhoria em diferentes contextos de prática, idiomas e culturas. A divulgação e a educação a respeito da CIPE® contribuem para a sua familiaridade e implementação nos sistemas de saúde. Além disso, a manutenção e a operação da CIPE®, através da atenção às melhores práticas baseadas em evidência científicas e de acordo com os padrões internacionais, é essencial para seu ciclo de vida, assim como a gestão técnica realizada por meio da revisão de conteúdo. (COENEN; KIM, 2010; GARCIA; NÓBREGA, 2016).

Já de acordo com o ICN (2008), para elaborar subconjuntos terminológicos CIPE® é necessário o cumprimento de dez etapas, que são:

1. Identificação da categoria de clientes e prioridade de saúde;
2. Documentação da importância para a profissão da prioridade de saúde e grupo de cliente selecionados
3. Contato com o ICN para a informação a respeito da existência de outros grupos de trabalho com a prioridade de saúde selecionada, visando o estabelecimento de um trabalho em rede;
4. Utilização do *browser* e do livro do modelo de 7 eixos da CIPE®, juntamente com as linhas de orientação para a composição de enunciados CIPE® para o desenvolvimento dos enunciados de diagnóstico, resultado e intervenção de enfermagem;

5. Identificação das evidências na literatura científica para o embasamento dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem;
6. Desenvolvimento de aplicações de suporte ou de instrumentos de documentação para a população de clientes e problema de saúde do subconjunto terminológico;
7. Teste ou validação dos enunciados do subconjunto terminológico CIPE® com a população de clientes especificada e com enfermeiros peritos na prioridade de saúde selecionada;
8. Adição, eliminação ou revisão dos enunciados do subconjunto terminológico CIPE® conforme necessidade;
9. Trabalho em conjunto com o ICN para o desenvolvimento de um texto final do subconjunto terminológico CIPE® após a submissão deste provisório para avaliação e codificação na CIPE®;
10. Auxílio ao ICN na divulgação do subconjunto terminológico CIPE®.

Coenen e Kim (2010) publicaram em seu artigo seis passos para a elaboração de um subconjunto terminológico CIPE®, reduzindo as etapas preconizadas pelo ICN, que são dez. Essas autoras alinharam as etapas da elaboração dos subconjuntos com três componentes do ciclo de vida da terminologia CIPE®, citados anteriormente. As seis etapas são: (1) identificação da prioridade de saúde; (2) termos e conceitos de coleta relevantes para uma determinada prioridade; (3) mapeamento dos conceitos identificados na terminologia CIPE®; (4) modelagem de novos conceitos; (5) finalização do subconjunto; e (6) divulgação do subconjunto.

Os dez passos preconizados pelo ICN (2008) e os seis passos citados por Coenen e Kim (2010) adequam-se às quatro etapas referenciadas por Nóbrega *et al.* (2015), que são:

1. Identificação de termos relevantes para a clientela e/ou prioridade de saúde;
2. Mapeamento cruzado dos termos identificados com os termos da CIPE®;
3. Construção dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem;
4. Estruturação do subconjunto.

Segundo Nóbrega *et al.* (2015) em linhas gerais, um estudo metodológico para a elaboração de um subconjunto terminológico CIPE® deve possuir quatro etapas:

1. Definição do que deve ser representado;
2. Definição dos itens a serem pesquisados e posteriormente representados
3. Desenvolvimento de instruções para o uso do instrumento;
4. Testes de confiabilidade e validade.

O cliente do subconjunto terminológico CIPE® é definido como o sujeito ao qual o diagnóstico refere-se, ou seja, o destinatário da intervenção de enfermagem e inclui indivíduos, famílias e comunidades que são alvos do cuidado prestado pelo enfermeiro. As prioridades de saúde devem estar relacionadas a, pelo menos, uma das três seguintes áreas: condições de doença ou de saúde; especialidades de cuidados e contextos de cuidados de saúde; e fenômenos de enfermagem (ICN, 2008; COENEN; KIM, 2010).

Os subconjuntos terminológicos CIPE® devem ser clinicamente e culturalmente relevantes na realidade da enfermagem prática e, para isso, faz-se necessária a participação de especialistas clínicos no seu desenvolvimento. Os termos e conceitos relevantes para a prioridade de saúde escolhida devem ser obtidos com base em evidências científicas e experiência clínica (COENEN; KIM, 2010).

Para o mapeamento dos conceitos identificados na CIPE®, no momento em que um subconjunto terminológico CIPE® é determinado, a *International Classification for Nursing Practice* (ICNP) analisará se esses conceitos estão disponíveis na versão atual da CIPE®. Se não estiverem, estes novos termos serão adicionados por meio de programas específicos (COENEN; KIM, 2010).

Na ausência de conceitos adequados para um determinado subconjunto terminológico CIPE®, é necessária a criação de novos conceitos ou a reformulação dos que já existem. Mas, para isso, deve ser assegurado que esses conceitos incluídos estejam em consonância com as diretrizes de elaboração dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem CIPE®, segundo o padrão estabelecido pela ISO 18104 – Integração de um Modelo de Referência para a Terminologia em Enfermagem (COENEN; KIM, 2010).

Na finalização do subconjunto CIPE® um modelo impresso deve ser gerado, contendo os conceitos e identificadores exclusivos (códigos) de cada diagnóstico/resultado e intervenção de enfermagem e exemplos de como utilizá-lo. O subconjunto terminológico CIPE® deve ser divulgado em um formato eletrônico ou impresso, com o envio de uma cópia eletrônica para o ICN (COENEN; KIM, 2010).

O subconjunto terminológico CIPE® permite ao enfermeiro que trabalha em uma área específica de conhecimento, ou em uma área focal de enfermagem, a integração dessa taxonomia na sua prática profissional, sobretudo como instrumento na assistência de enfermagem, dando apoio à documentação de enfermagem padronizada, melhores práticas, cuidados de saúde, decisões de gestão e desenvolvimento de políticas (COENEN *et. al.*, 2012). O subconjunto terminológico não substitui o juízo de enfermagem. Dessa forma, o parecer clínico e a tomada de decisão do enfermeiro são essenciais para a prestação dos cuidados de enfermagem individualizados às pessoas e às famílias (ICN, 2008).

Atualmente, existem, no Brasil, as seguintes propostas de subconjuntos terminológicos CIPE®, encontradas através de uma busca realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e nos bancos de dissertações e teses *online* das Universidades responsáveis pelos programas de pós-graduação *stricto sensu*: Clientes Submetidos à Prostatectomia; Acompanhamento do Desenvolvimento da Criança de 0 a 3 Anos de Idade; Prática Clínica de Enfermagem ao Idoso na Atenção Básica; Portadores de Doença Renal Crônica; Cuidado aos Pacientes com Mieloma Múltiplo; Insuficiência Cardíaca Congestiva; Dor Oncológica; Hipertensão na Atenção Básica; Pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Especializada; Pessoa Idosa; e Enfermagem em Cuidados Paliativos para um Morrer com Dignidade.

As seguintes propostas de subconjuntos terminológicos CIPE® estão vinculadas ao Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® da Universidade Federal da Paraíba:

- Proposta de um subconjunto terminológico da CIPE® para Clientes Submetidos à Prostatectomia;
- Catálogo CIPE® para Insuficiência Cardíaca Congestiva;
- Catálogo CIPE® para Dor Oncológica;

- Proposta de Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® para Hipertensos na Atenção Básica;
- Subconjunto Terminológico da CIPE® para Pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Especializada;
- Validação do Subconjunto Terminológico da CIPE® para a Pessoa Idosa;
- Diagnósticos/ Resultados e Intervenções de enfermagem da CIPE® para a pessoa idosa institucionalizada.

Segundo o ICN, em outros idiomas, existem os subconjuntos terminológicos CIPE® sobre Enfermagem Comunitária; Cuidados Paliativos; Enfermagem em Desastres Naturais; Cuidado de Crianças com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); Indicadores de Resultados de Enfermagem; Manejo da Dor Pediátrica; Enfermagem Pré-natal; e Adesão ao Tratamento. No site do ICN encontram-se as versões preliminares e em progresso dos subconjuntos terminológicos sobre Cuidados a Clientes Pediátricos Hospitalizados; Cuidados Especiais em Creche; Saúde Mental de Adultos Hospitalizados; Cliente pediátrico internado; Cuidados Pós-operatórios à Pessoas com Artroplastia Total do Quadril; e Prevenção de Úlcera por Pressão (ICN, 2016).

A “Proposta de um subconjunto terminológico da CIPE® para Clientes Submetidos à Prostatectomia” foi estruturada tendo como base teórica de enfermagem as Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979). Realizou-se uma pesquisa metodológica com as etapas adotadas pelo ICN. Foi realizada uma validação de conteúdo dos 39 enunciados de diagnósticos/resultados e 158 intervenções de enfermagem, elaborados pela autora, através da análise de 15 enfermeiros peritos, tanto assistenciais quanto docentes (NASCIMENTO *et al.*, 2011; NASCIMENTO, 2013).

A proposta “Catálogo CIPE® para Insuficiência Cardíaca Congestiva” construiu 68 enunciados de diagnósticos/resultados e 234 intervenções de enfermagem CIPE® voltados para a assistência aos pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva, utilizando as etapas preconizadas pelo ICN. Foi realizado um estudo de natureza exploratório-descritiva em duas grandes etapas (1. elaboração dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem; 2.

desenvolvimento do catálogo) e, em mais 5 etapas para a construção do catálogo: 1) identificação da clientela a que se destina e a prioridade de saúde; 2) documentação da significância para a enfermagem; 3) utilização do Modelo de Sete Eixos da CIPE® para compor os enunciados; 4) identificação dos enunciados adicionais por meio da revisão da literatura e de evidências relevantes; e 5) apresentação da estrutura final do catálogo. A base teórica utilizada no estudo foi o modelo fisiopatológico da insuficiência cardíaca abordado por Braunwald (1999). A proposta desse subconjunto não foi validada (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).

A proposta de “Catálogo CIPE® para Dor Oncológica” construiu 156 enunciados de diagnósticos/resultados e 252 intervenções de enfermagem para a melhoria da assistência de enfermagem aos pacientes com dor oncológica através de um estudo de natureza exploratória descritiva elaborado em duas grandes etapas: 1) elaboração dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem utilizando os termos constantes no Modelo de Sete Eixos da CIPE® , e 2) estruturação do Catálogo CIPE® para Dor oncológica. Este estudo não utilizou um referencial teórico de enfermagem e o subconjunto terminológico não foi validado (CARVALHO, 2009; CARVALHO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).

A “Proposta de Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® para Hipertensos na Atenção Básica” foi elaborada por Nóbrega (2012) e construiu 60 enunciados de diagnósticos/resultados e 351 intervenções de enfermagem voltados para o cuidado de hipertensos acompanhados na atenção básica (NÓBREGA; SOUSA; BRITO, 2013). Foi realizada uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva em quatro etapas: 1) coleta de termos e conceitos relevantes para a prática de enfermagem; 2) elaboração dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem segundo as recomendações do ICN; 3) validação dos enunciados em um grupo de discussão com nove enfermeiros peritos dos distritos sanitários da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do estudo; e 4) estruturação do subconjunto. Como referencial teórico, essa proposta utilizou o Modelo de Cuidados na Doença Crônica, da Organização Pan-Americana de Saúde e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979).

O “Subconjunto Terminológico da CIPE® para Pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Especializada” foi estruturado com os 115 enunciados de diagnósticos/resultados e 452 intervenções de enfermagem CIPE® elaborados pela autora, tendo como bases teóricas o Modelo de Atenção Crônica, de Wagner (1998) e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979). Utilizou-se a pesquisa metodológica para sua elaboração, com quatro etapas realizadas: 1) identificação de termos e conceitos relevantes para a prática de enfermagem relacionada à pessoa com diabetes; 2) mapeamento cruzado dos termos identificados com os termos da CIPE®; 3) construção do enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem; e 4) estruturação do subconjunto terminológico CIPE®. A validação da proposta de subconjunto deu-se com a análise de conteúdo através de 13 enfermeiros especialistas, por meio do uso do índice de validade de conteúdo (IVC) (NOGUEIRA, 2014; NOGUEIRA; NÓBREGA, 2014).

O estudo metodológico elaborado por Medeiros (2014) “Validação do Subconjunto Terminológico da CIPE® para a Pessoa Idosa” validou por meio do consenso de 5 enfermeiros especialistas, 105 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem (dos 127 elaborados) e 105 intervenções de enfermagem (das 441 elaboradas) utilizando como referencial teórico de enfermagem o Modelo de Atividades de Vida de Roper, Logan e Tierney (2001). Ele foi resultado da dissertação de mestrado da autora, culminando com sua validação da tese de doutorado.

A pesquisa metodológica elaborada por Oliveira (2014) “Diagnósticos/ Resultados e Intervenções de enfermagem da CIPE® para a pessoa idosa” foi desenvolvida em uma instituição de longa permanência para idosos, com a participação de 83 desses que ali residiam. O estudo utilizou como referencial teórico a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e passou pela validação de conteúdo por especialistas para a análise dos 129 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, dos quais, 72 foram validados e, a partir destes, foram construídas 383 intervenções de enfermagem (OLIVEIRA, 2014; OLIVEIRA; NÓBREGA; OLIVEIRA, 2015).

Os clientes selecionados para a construção do subconjunto terminológico CIPE® deste projeto são as pessoas acometidas pelo IAM. Essa cardiopatia encontra-se

incluída nas prioridades de saúde relevantes para a criação de subconjuntos terminológicos CIPE®, no item “condições de saúde” e subitem “doença cardíaca”. Este subconjunto foi elaborado com o objetivo de ser utilizado como uma guia para os enfermeiros que prestam assistência à pessoa acometida pelo IAM, tanto no atendimento pré-hospitalar (SAMU 192 e UPA) como no hospitalar de média e alta complexidade (UCO). Essa tecnologia de enfermagem auxiliará os enfermeiros na solução de problemas da prática clínica, juntamente com a experiência prática do enfermeiro e com as preferências do cliente que é alvo do cuidado, além de ser um suporte para a documentação da assistência de enfermagem. Os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem contidos neste trabalho pretendem ser condizentes com a realidade da prática de enfermagem em urgência e emergência, tendo como público alvo os enfermeiros especialistas em cardiologia, urgência e emergência e terapia intensiva.

2.12 O Processo de Validação dos Subconjuntos Terminológicos CIPE®

Nóbrega *et al.* (2015) relataram que, até o presente momento, nenhuma proposta metodológica de validação ou de avaliação dos subconjuntos terminológicos CIPE® foi publicada pelo ICN, deixando, dessa forma, uma lacuna no desenvolvimento e finalização dos subconjuntos. Diante disso, são necessárias propostas que visem operacionalizar os métodos de validação advindas de outras classificações no domínio da enfermagem.

Há três tipos principais de validação que irão variar segundo o objetivo do pesquisador: validação de conteúdo; validação de construto; e validação relacionada ao critério. Na validação de conteúdo há a investigação a respeito da representatividade de uma ferramenta de medição em relação do domínio do conteúdo que o pesquisador pretende medir. Ela diz respeito ao senso comum do que está em julgamento, no que tange a avaliação de conteúdo por enfermeiros especialistas (NÓBREGA *et al.*, 2015). A validação de construto tem como objetivo validar um corpo de teorias subjacentes à medição e testar relações hipotéticas. Um teste empírico confirma, ou não, as relações que seriam previstas entre conceitos e fornece maior ou menor apoio para a validação de construto dos instrumentos que medem esses conceitos (NÓBREGA *et al.*, 2015). A validação relacionada ao critério

avalia a relação entre o grau de desempenho do sujeito do estudo sobre a ferramenta de medição e seu comportamento real (NÓBREGA *et al.*, 2015).

Nóbrega *et al.* (2015) analisaram três dos principais modelos metodológicos de validação de diagnósticos de enfermagem. Eles incluem a validação de conteúdo e a validação clínica. São eles: Gordon e Sweeney, Fehring e Hoskins.

O “Modelo de Validação por Enfermeiros” de Gordon e Sweeney (1979) objetiva testar os diagnósticos de enfermagem pré-identificados, a partir dos princípios da pesquisa descritiva (GORDON; SWEENEY, 1979; NÓBREGA *et al.*, 2015). Eles propuseram três modelos para identificar e validar os diagnósticos de enfermagem: retrospectivo; clínico; e validação por enfermeiros.

O modelo retrospectivo utiliza a experiência dos enfermeiros em relação aos problemas de saúde que acometem a clientela para, a partir disso, identificar os diagnósticos de enfermagem. Para isso, são necessários os seguintes critérios: anos de experiência no cuidado de enfermagem direto às pessoas; conhecimento a respeito da especialidade clínica em questão; e familiaridade e perícia em diagnosticar. No modelo clínico, é realizada a observação direta a respeito do comportamento dos paciente em um ambiente clínico com o objetivo de descrever com clareza os fenômenos clínicos e transformá-los em categorias diagnósticas. O modelo de validação por enfermeiros visa testar os diagnósticos já identificados anteriormente. Ele descreve o grau no qual um conjunto de características definidoras descreve uma realidade que pode ser observada (NÓBREGA *et al.*, 2015).

O modelo metodológico de Fehring (1987), propôs três modelos para validação dos diagnósticos de enfermagem: 1. validação de conteúdo diagnóstico (*Diagnostic Content Validation* – DCV) que baseia-se na opinião de enfermeiros peritos no assunto, no que refere-se ao grau com que certas características definidoras representam um diagnóstico; 2. validação clínica de diagnóstico (*Clinical Diagnostic Validation* – CDV) que visa a obtenção de evidências clínicas de um determinado diagnóstico; e 3. validação diferencial de diagnóstico (*Differential Diagnostic Validation* – DDV), que é utilizado para validar diferenças entre dois diagnósticos relacionados. O modelo de Fehring baseia-se na obtenção de opiniões de especialistas de enfermagem a respeito do grau em que cada característica definidora é indicativa de

um determinado diagnóstico de enfermagem (FEHRING, 1987; NÓBREGA *et al.*, 2015).

O modelo de Fehring pode ser operacionalizado em seis passos (NÓBREGA *et al.*, 2015):

- 1) O enfermeiro especialista atribui um valor a cada característica do diagnóstico em estudo em uma escala de 1 a 5. Sendo (1) absolutamente não característico; (2) muito pouco característico; (3) de algum modo característico; (4) consideravelmente característico; e (5) muito característico do diagnóstico.
- 2) Realização da técnica Delphi (opcional) para a obtenção de um consenso entre os especialistas a respeito das características do diagnóstico em estudo;
- 3) Cálculo da média ponderada das notas para cada característica, atribuindo para esses cálculos os pesos: 1 = 0; 2 = 0,25; 3 = 0,50; 4 = 0,75; 5 = 1.
- 4) As características com valores menor que 0,50 na média ponderada são descartadas.
- 5) As características com valores maiores que 0,80 na média ponderada são classificadas como maiores e as entre 0,51 e 0,79 como menores.
- 6) Obtém-se um escore total através da soma das médias individuais e pela divisão do número total de características excluídas.

Os critérios para a seleção dos especialistas, segundo o modelo DCV de Fehring são (FEHRING, 1994 *apud* MELO *et al.*, 2011):

1. Ser mestre em enfermagem (4 pontos);
2. Ser mestre em enfermagem, com dissertação na área do diagnóstico (1 ponto);
3. Possuir publicações sobre diagnóstico ou conteúdo relevante (2 pontos);
4. Possuir artigo publicado sobre diagnóstico em periódico indexado (2 pontos);
5. Ser doutor em enfermagem, com a tese na área de interesse do diagnóstico (2 pontos)
6. Possuir prática clínica recente de, no mínimo, um ano na temática abordada (2 pontos);
7. Possuir capacitação em área clínica relevante ao diagnóstico de interesse (2 pontos).

O modelo de validação de Hoskins (1989) é composto por análise de conceito; validação por especialistas; e validação clínica. A análise de conceito é realizada para identificar as peculiaridades e os atributos do diagnóstico de enfermagem em estudo e determinar uma lista de características definidoras. A validação por especialistas revisa essas características definidoras e visa obter a concordância dos especialistas em relação a completude dessas características e sua representatividade em relação ao diagnóstico. A validação clínica identifica dados clínicos durante a avaliação do paciente que irão ser a base para as características definidoras que serão analisadas e validadas pelos enfermeiros especialistas (HOSKINS, 1989; NÓBREGA *et al.*, 2015).

Nóbrega *et al.* (2015) relataram que para a submissão dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem aos especialistas, quatro etapas devem ser seguidas:

1. Descrição detalhada dos critérios para a seleção, inclusão e exclusão dos juízes;
2. Elaboração de uma carta convite (encaminhada *online*) para os juízes justificando sua seleção para a validação;
3. Elaboração do conjunto de explicações específicas e gerais sobre a pesquisa, citando o objetivo, o modelo teórico, a forma como deverão ser as respostas e conceitos que possam gerar questionamentos;
4. Tamanho e apresentação do instrumento e o tempo para devolução, levando em consideração a quantidade de atividades já desenvolvidas pelos juízes.

Os critérios de inclusão para os enfermeiros que serão juízes especialistas, de acordo com Nóbrega *et al.* (2015), deverão ser, minimamente:

1. Titulação acadêmica de mestrado;
2. Utilização de terminologias de diagnósticos de enfermagem;
3. Ter dedicação à prioridade de saúde escolhida no subconjunto terminológico em questão, tanto na assistência de enfermagem quanto na pesquisa científica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Elaborar o subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo Infarto Agudo do Miocárdio orientado pelo “Modelo de Atividades de Vida” de Roper, Logan e Tierney.

3.2 Objetivos específicos:

1. Construir enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® para a pessoa acometida pelo IAM com base no “Modelo de Atividades de Vida” de Roper, Logan e Tierney;
2. Validar os enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções propostos para a assistência de enfermagem à pessoa acometida pelo IAM;
3. Estruturar o Subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo Infarto Agudo do Miocárdio orientado pelo “Modelo de Atividades de Vida” de Roper, Logan e Tierney.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste estudo, o marco teórico-filosófico que embasou a construção do subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo Infarto Agudo do Miocárdio foi o Modelo de Atividades de Vida, de Roper, Logan e Tierney (2001).

4.1 Modelo de Atividades de Vida, de Roper, Logan e Tierney

Partindo da definição de Ann Marriner Tomey, autora do preâmbulo do livro de Roper, Logan e Tierney (2001), modelos são considerados sistemas abstratos de conceitos globais. Não se constituem como teorias, entretanto, podem ajudar na geração dessas e na organização do pensamento. Roper, Logan e Tierney basearam-se no modelo de atividades de vida de Roper, que data de meados dos anos de 1970. Nessa época, Roper traçou os perfis dos pacientes internados e concluiu que havia um nítido núcleo relacionado com as atividades de vida diária e de que o modelo que traria identidade para a enfermagem seria baseado em um modelo de vida. Ou seja, “doentes têm a necessidade de continuar a viver enquanto recebem os cuidados de enfermagem e os enfermeiros estão imersos na vida ao mesmo tempo que na prestação de cuidados” (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

O modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney foi publicado pela primeira vez em “*The Elements of Nursing*”, em 1980, e foi uma tentativa de mostrar aos discentes de enfermagem um enquadramento conceitual que identificasse a base teórica que se encontrava implícita à prática de enfermagem em contextos de cuidados de saúde. Ele é oriundo de Edimburgo, Escócia. Esse modelo foi criado, essencialmente, com finalidade educacional, direcionado aos estudantes e professores de enfermagem. Todavia, os enfermeiros em exercício também se interessaram. Dessa forma, esse foi o primeiro modelo britânico a ser amplamente utilizado na prática dos serviços de saúde (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

As autoras do modelo de atividades de vida relataram que é impossível que um modelo simples consiga captar todas as complexidades do viver do ser humano. Esse modelo é uma tentativa de identificar as características principais desse fenômeno complexo do viver. Os cinco componentes principais (conceitos) que o caracterizam são: atividades de vida (ALs); duração da vida; *continuum* dependência/independência; fatores que influenciam as ALs; e individualidade de

vida. As atividades de vida resumem-se à descrição relatada por grande parte das pessoas sobre o que é “o viver”. São atividades realizadas, na maioria das vezes, de maneira inconsciente e sem intenção. São elas: manter um ambiente seguro; comunicar; respirar, comer e beber; eliminar; higiene pessoal e vestir-se; controlar a temperatura do corpo; mobilizar-se; trabalhar e distrair-se; exprimir sexualidade; dormir; e morrer. A duração da vida compreende o curso da vida (vai do nascimento até a morte) acompanhado das fases da vida (lactência; infância; adolescência; idade adulta; e velhice) que influenciam o comportamento individual em cada atividade de vida. O *Continuum* dependência/independência é a capacidade de executar as atividades de vida (ALs) durante toda a vida. Os fatores que influenciam as atividades de vida consistem nas diferenças individuais que sugestionam as pessoas a como realizar as ALs, sendo esses interrelacionados. A Individualidade da vida é o produto da influência de todos os outros conceitos nas ALs e da complexa interação entre eles. Manifesta-se na forma como a pessoa executa a AL; na frequência com que a pessoa executa a AL; no local em que a pessoa executa a AL; quando a pessoa executa a AL; na razão da pessoa executar a AL de uma determinada maneira; no que a pessoa sabe sobre a AL; no que a pessoa acredita sobre a AL; na atitude da pessoa para com a atividade de vida (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

Segundo McEwen e Wills (2016) cinco fatores influenciam as ALs: biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-econômicos. As ALs estão divididas em doze categorias (manter um ambiente seguro; comunicar; respirar; comer e beber; eliminar; higiene pessoal e vestir-se; controlar a temperatura do corpo; mobilizar-se; trabalhar e distrair-se; exprimir sexualidade; dormir e morrer). Essas categorias são avaliadas dentro de cada um dos cinco fatores, ao longo do contínuo da dependência para a independência e ao longo da vida do ser humano. Não há a definição explícita dos conceitos do metaparadigma da enfermagem (pessoa, ambiente, saúde e enfermagem), todavia, a descrição desses conceitos é encontrada em todo o modelo.

Segundo Roper, Logan e Tierney (2011) comer, beber, trabalhar, distrair-se, dormir, respirar, comunicar, eliminar, manter um ambiente seguro e higiene pessoal são as atividades de vida que contribuem para o complexo processo de vida. Os quatro conceitos interativos (atividades de vida, duração de vida, *continuum* dependência/independência e fatores que influenciam as ALs) combinam-se para uma

associação que resulta no quinto conceito: a individualidade de vida (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

Manter um ambiente seguro refere-se à proteção aos perigos ambientais que influenciam na segurança, saúde e sobrevivência, incluindo agentes estressores, lesões no organismo humano, abuso e perturbação social. A atividade de vida “comunicar” é parte integrante dos relacionamentos humanos e de seu comportamento. A comunicação envolve a linguagem verbal (capacidade cognitiva, falar, ouvir, ler e escrever), a paralinguagem (altura, som, velocidade) e a não verbal (expressão facial, contato visual, postura e gestos). Respirar é uma atividade de vida inconsciente até qualquer circunstância anormal chamar a atenção para ela. As autoras enumeram alguns riscos potenciais a essa atividade de vida: fumar tabaco, elementos patogênicos (tóxicos e infecções) e poluentes (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

Comer e beber, na maioria das vezes, configuram-se como atividades agradáveis e a nutrição é a ciência que estuda a alimentação e os processos biológicos associados ao crescimento, manutenção e reparação dos tecidos do corpo. Eliminar é uma atividade de vida praticada por todos os indivíduos durante toda a vida, destacando-se a eliminação urinária e fecal. A higiene pessoal e o vestir-se relacionam-se à manutenção da saúde e ao contexto cultural do indivíduo. O controle da temperatura corporal é uma atividade de vida inconsciente realizada pelo centro regulador desse sinal vital, denominado hipotálamo cerebral. Este último é o responsável pela manutenção do equilíbrio da temperatura no ser humano. Inúmeros fatores interferem nessa atividade de vida, dentre eles citam-se: ingestão de comida, drogas sociais, exercício, emoção, níveis hormonais, normas socioculturais e nível econômico (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

A capacidade de mobilizar-se é uma das características de todos os seres humanos muito valorizada e necessária. Essa atividade de vida está associada às demais descritas anteriormente, pois todas implicam movimento. Trabalhar e distrair-se complementam-se. A primeira refere-se à ocupação remunerada e a segunda ao que o indivíduo faz nos momentos de “não trabalho”. A sexualidade como uma das atividades de vida, exprime-se consoante a cultura e as diferenças existentes na sociedade ultrapassam as características biológicas. Nesse contexto incluem-se a

permissividade sexual (que ocasiona as doenças sexualmente transmissíveis); a orientação sexual; e a gravidez, parto e fertilidade. Dormir configura-se como uma atividade de vida pois é o momento de descanso do organismo frente aos estímulos diários. É influenciado por aspectos psicológicos e ambientais. O morrer é o último ato do viver. Envolve aspectos relacionados à eutanásia; acidente, violência e suicídio; aspectos emocionais; crenças e costumes; e dor e perda (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

No que concerne aos componentes do modelo de vida, a duração da vida diz respeito à totalidade da vida do ser humano; o *continuum* dependência/independência relaciona-se às fases da vida em que a pessoa pode ou não desempenhar determinadas ALs de forma independente, variando da dependência total à independência total. Os fatores que influenciam as atividades de vida (biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-econômicos) estão centrados nas atividades de vida. A individualidade de vida manifesta-se de várias maneiras, como: na forma como a pessoa executa a AL; na frequência com que a pessoa executa a AL; no sítio em que a pessoa executa a AL; quando a pessoa executa a AL; na razão da pessoa executar a AL de determinado modo; no que a pessoa sabe sobre a AL; no que a pessoa acredita sobre a AL; e na atitude da pessoa para com a AL (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

O objetivo de conceitualizar a vida segundo os quatro primeiros conceitos do modelo de vida é identificar a individualidade de cada ser humano, sendo esta a base do conceito de enfermagem utilizado pelas autoras. O modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney objetiva identificar o padrão individual de vida de cada pessoa, de forma que o enfermeiro possa individualizar os cuidados de enfermagem de acordo com o estilo de vida do cliente, da sua família e de outras pessoas significativas na vida dele. Segundo Roper, Logan e Tierney (2001), o processo de enfermagem possui quatro fases (apreciar, planejar, implementar e avaliar) e não as cinco preconizadas pelo Resolução COFEN nº 358/2009. O modelo de enfermagem inclui: 12 atividades de vida; duração de vida; *continuum* dependência/independência; fatores que influenciam as atividades de vida; e a enfermagem individualizada.

Os pressupostos do modelo de Roper, Logan e Tierney são (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001):

- Pode descrever-se a vida como uma amálgama de atividades de vida (ALs);
- A forma como as ALs são executadas por cada pessoa contribuem para a individualidade de vida;
- O indivíduo é valorizado em todas as fases da vida;
- Ao longo de toda a vida até à idade adulta, a maioria dos indivíduos tende a tornar-se cada vez mais independente nas ALs;
- Embora se valorize a independência na ALs, a dependência não tende a diminuir a dignidade do indivíduo;
- O conhecimento de um indivíduo sobre as ALs, as suas atitudes relativas a elas e o seu comportamento a elas relacionado são influenciados pela diversidade de fatores que podem ser categorizados de uma forma geral como biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-econômicos;
- A forma como um indivíduo desempenha as ALs pode flutuar consoante os limites do que ele considera a normalidade;
- Quando um indivíduo está “doente”, pode haver problemas relacionados às ALs;
- Ao longo da duração da vida, a maioria dos indivíduos presenciam acontecimentos de vida significativos ou desagradáveis que podem afetar a forma como desempenha as ALs e dar origem a problemas reais ou potenciais;
- O conceito de problemas potenciais incorpora a promoção e manutenção da saúde, a prevenção da doença; e identifica o papel do enfermeiro como educador de saúde, mesmo nos serviços de doença;
- No contexto dos cuidados de saúde, os enfermeiros e os doentes entram numa relação profissional em que, sempre que possível, o doente continua um indivíduo autónomo, capaz de tomar decisões;
- Os enfermeiros fazem parte de uma equipe multidisciplinar que coopera para benefício do doente e para a saúde da comunidade;
- A função específica da enfermagem é ajudar o indivíduo a evitar, aliviar, resolver, ou lidar positivamente com os problemas relacionados com as ALs.

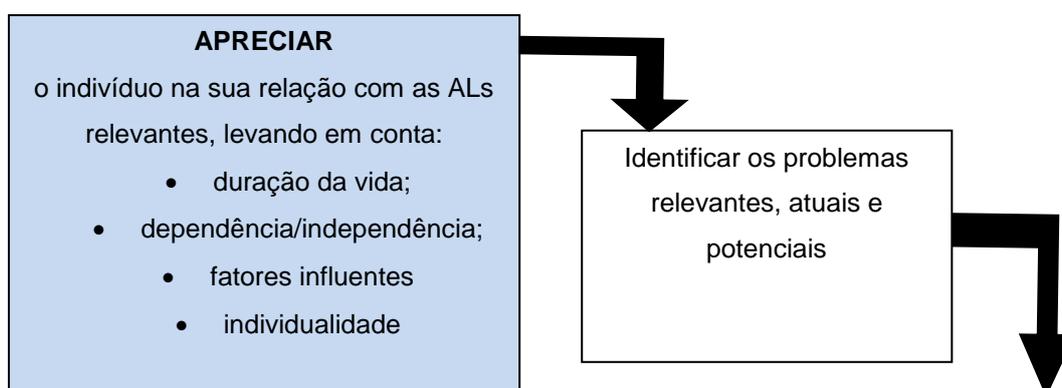
O Modelo de Atividades de Vida foi escolhido em decorrência da facilidade de compreensão dos seus conceitos e pela aplicabilidade na prática clínica durante a execução do processo de enfermagem na assistência às pessoas acometidas pelo IAM.

4.2 O Processo de Enfermagem e o Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney

A enfermagem individualizada, segundo Roper, Logan e Tierney (2001), expressa-se por meio da utilização das quatro fases do processo de enfermagem: apreciar, planejar, implementar e avaliar. As autoras conceituam o processo de enfermagem como um modelo de pensamento lógico que deve ser utilizado como um modelo explícito de enfermagem (Figura 3). A seguir a descrição dessas quatro fases:

- **Apreciar:** obter informações sobre o cliente; revisar as informações obtidas; identificar os problemas do indivíduo nas ALs; e identificar a ordem da prioridade dos problemas. Consiste na coleta de dados biográficos e de saúde e das informações relacionadas às atividades de vida.
- **Planejar:** evitar que os problemas potenciais identificados em uma AL se tornem reais; resolver problemas reais identificados; aliviar, sempre que possível, os problemas que não podem ser resolvidos; ajudar a pessoa a lidar de forma positiva com os problemas que não podem ser aliviados e nem resolvidos; evitar a recorrência de um problema tratado; e ajudar a pessoa a estar tão confortável e livre de dores quanto possível, sempre que a morte se torne inevitável.
- **Implementar o plano de enfermagem:** intervenções de enfermagem baseadas nas competências do enfermeiro (escutar, falar, observar, ajudar) durante o contato com o indivíduo ao longo do tempo.
- **Avaliar:** à medida em que as circunstâncias e problemas do indivíduo mudam, ela proporciona uma base para uma apreciação e planejamento contínuos.

Vale ressaltar que, apesar do Modelo de Atividades de Vida apresentar quatro fases do processo de enfermagem, no Brasil o processo está regulamentado segundo a Resolução COFEN nº 358/2009 que estrutura o processo de enfermagem em cinco etapas.



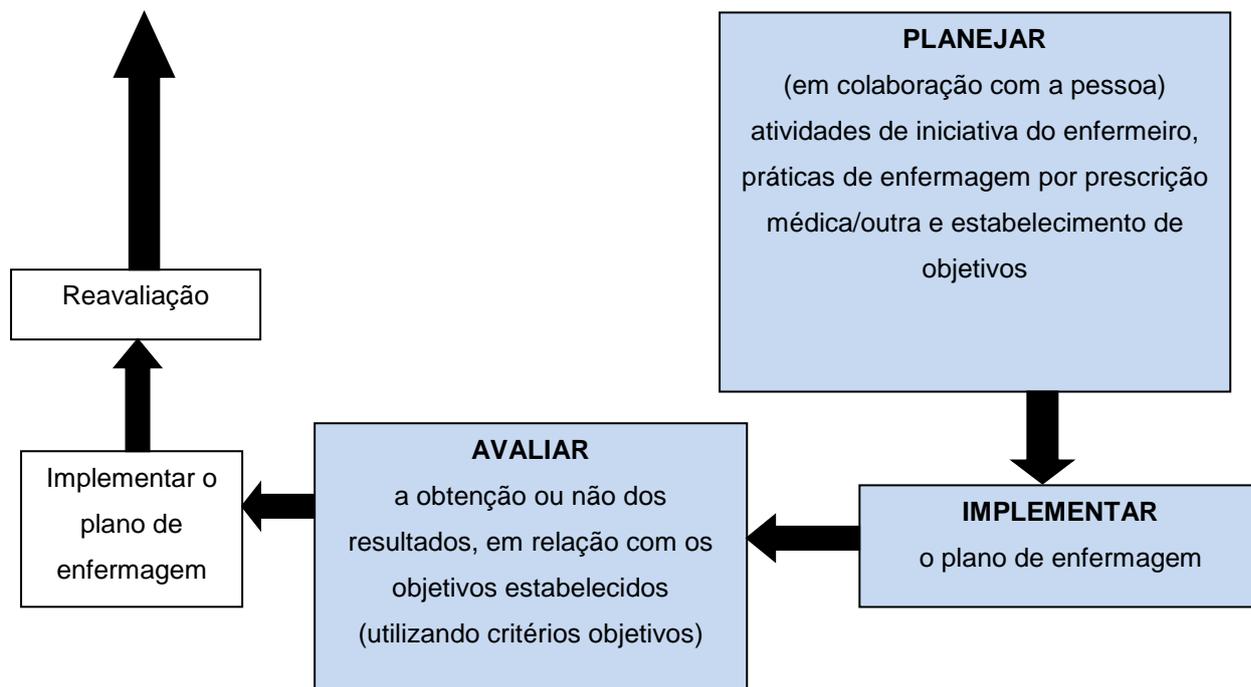
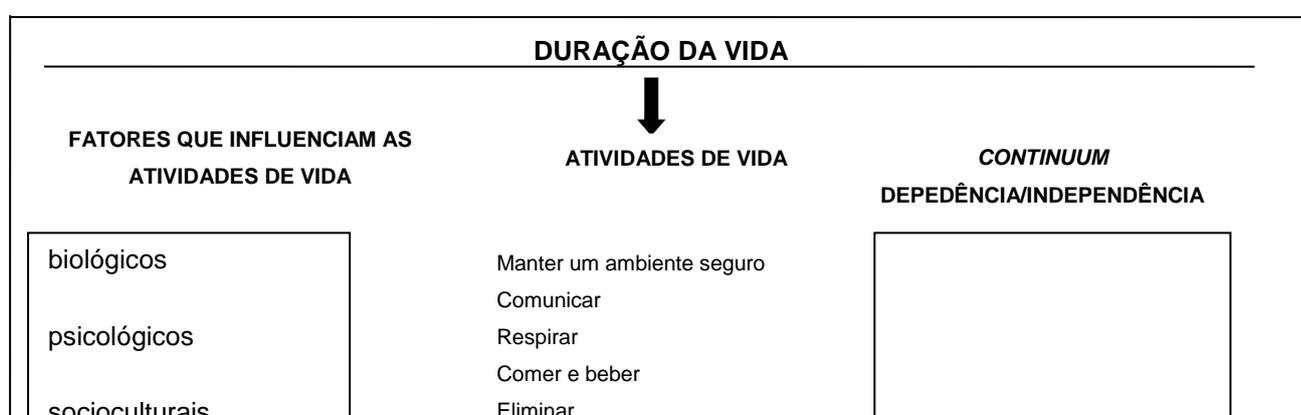


Figura 3: Enfermagem individualizada, como processo dinâmico, que utiliza como quadro conceitual o modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney. Fonte: Roper, Logan e Tierney (2001).

O modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney tem como representação diagramática a Figura 4.



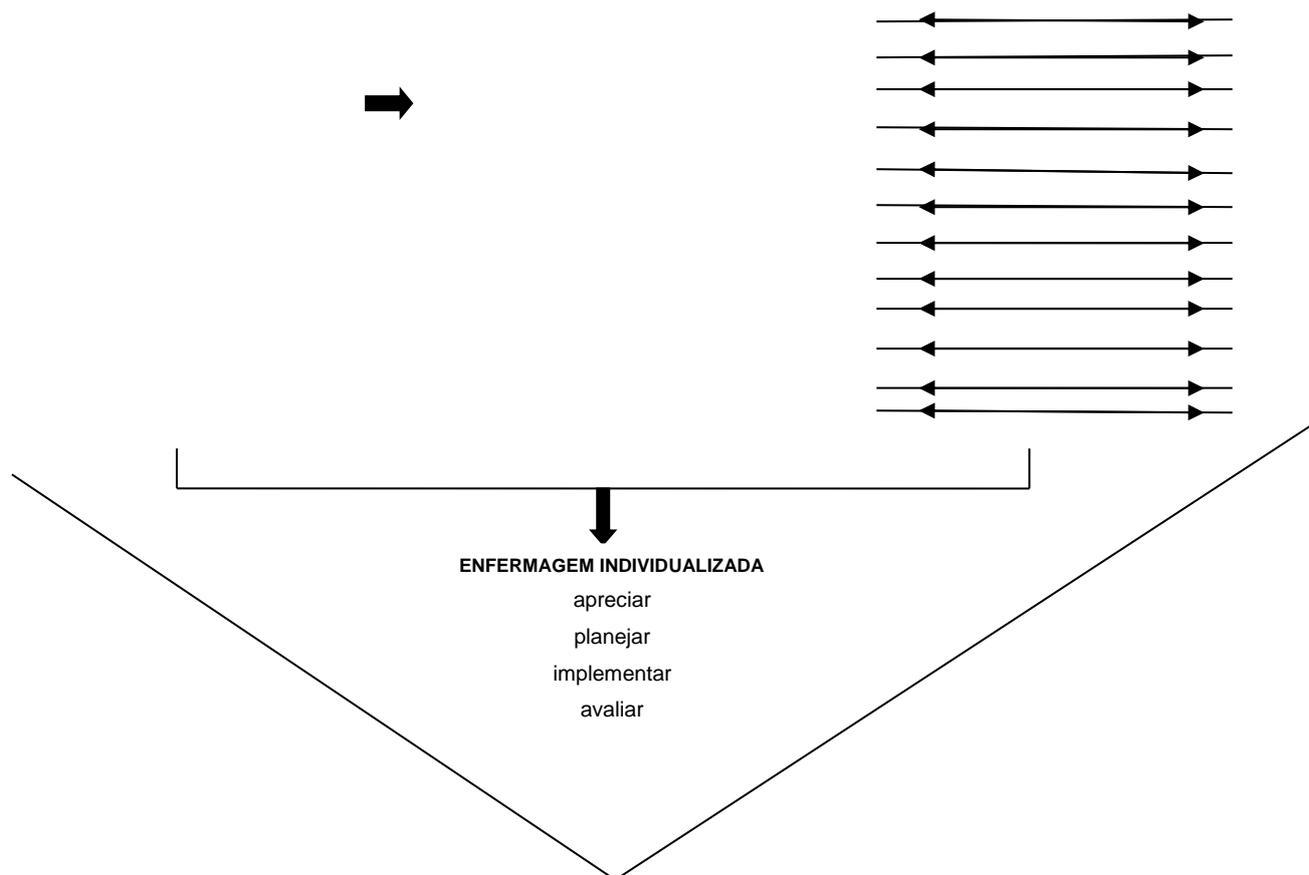


Figura 4: O Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney. Fonte: Roper, Logan e Tierney (2004)

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico, que envolve investigações dos métodos de obtenção e organização dos dados. Ele aborda o desenvolvimento, a validação e a

avaliação de ferramentas de pesquisa. A maior parte desses estudos é não experimental e tem como foco o desenvolvimento de novos instrumentos. Essas pesquisas referem-se à instrumentos de captação ou de intervenção na realidade e tem como objetivo final a elaboração de um método que pode ser representado por intermédio de um fluxograma, um protocolo, uma lista de passos ou de considerações a serem seguidas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; CUBAS; NÓBREGA, 2015). O presente estudo foi realizado em seis etapas, descritas a seguir.

5.1 Primeira etapa: identificação de termos relacionados aos sinais, sintomas e complicações do IAM

Fenômenos de enfermagem são conceituados como os aspectos de saúde relevantes para a enfermagem e relacionam-se com o que os enfermeiros fazem em relação às necessidades humanas para produzir determinados resultados (CIE, 2007). O eixo foco na CIPE® diz respeito a uma área de atenção relevante para a enfermagem (GARCIA; BARTZ; COENEN, 2016). Dessa forma, os sinais e sintomas manifestados pela pessoa acometida pelo IAM são foco da prática clínica e compreendem, em sua maioria, manifestações físicas e fisiológicas. Esses aspectos de saúde podem ser encontrados no eixo foco da CIPE®.

Com a finalidade de identificar os termos do eixo foco relacionados aos sinais, sintomas e complicações do IAM, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, direcionada pelas seguintes questões norteadoras:

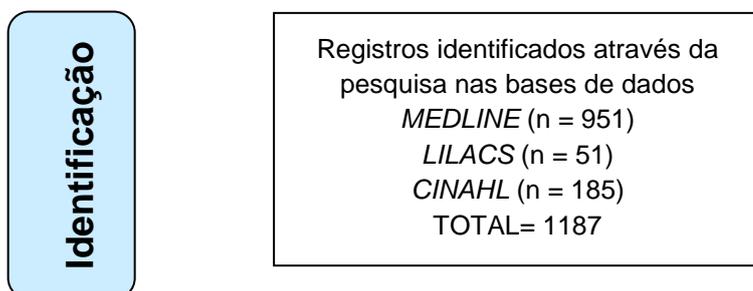
1. Quais são os sinais e sintomas antecedentes do IAM?
2. Quais são os sinais e sintomas que evidenciam as complicações do IAM?

Essa revisão foi realizada por meio dos artigos científicos extraídos das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL) com os descritores: “cuidados de enfermagem”, “diagnóstico de enfermagem”, “classificação” e “infarto agudo do miocárdio”, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados no período de 2010 a 2014. Os critérios para a inclusão dos artigos foram: serem artigos originais, apresentarem em seus resultados sinais, sintomas ou complicações do IAM e

possuírem resumos disponíveis nas bases de dados. Como critérios de exclusão estabeleceu-se: trabalhos apresentados em congressos, dissertações, monografias, teses, cartas ao editor, estudos de reflexão, artigos sobre outros temas ou sobre IAM mas que não trouxessem sinais, sintomas ou complicações e artigos sem resumo disponível.

As buscas foram realizadas, de forma independente, por duas pesquisadoras. A seleção dos estudos foi feita a partir da análise dos títulos, resumos e textos completos das publicações. Vale destacar que, em situações de divergências, as mesmas foram resolvidas através do consenso. Os artigos incluídos na revisão que não estavam disponíveis, inicialmente, nas bases de dados foram obtidos no formato de texto completo no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Foram encontrados 51 artigos na *LILACS*, 951 na *MEDLINE* e 185 na *CINAHL*. Desse total de 1187 artigos, 68 foram excluídos por estarem sem o resumo disponível, assim, 1119 artigos foram selecionados para leitura dos resumos. Dos 1119, 33 foram excluídos por serem repetidos, restando 1086 artigos. Destes, 747 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, ficando 372 artigos elegíveis para a leitura na íntegra. Após essa etapa, 252 foram excluídos, aplicando-se os critérios de exclusão. Por fim, 120 artigos foram incluídos nessa revisão integrativa (10 com desenho qualitativo e 110 com quantitativo) (Figura 5; Quadro 1).



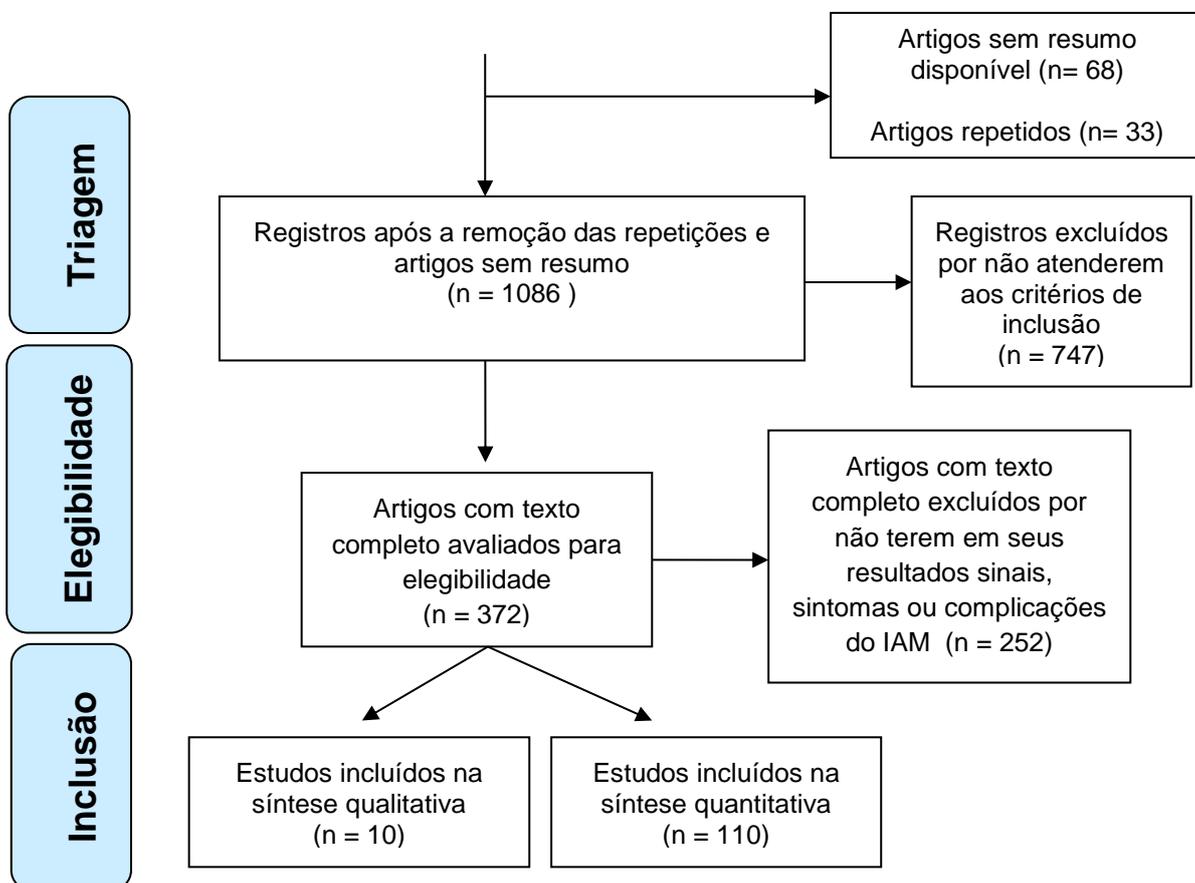


Figura 5: Fluxograma PRISMA do processo de busca e seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa.

BASE DE DADOS		REVISTA	PAÍS
E1	MEDLINE	JAMDA	Alemanha

E2	MEDLINE	RMMG	Brasil
E3	MEDLINE	SMW	Suíça
E4	MEDLINE	JC	Japão
E5	MEDLINE	ARYA Atheroscler	Irã
E6	MEDLINE	General Hospital Psychiatry	4 países do norte dos países baixos
E7	MEDLINE	Arch Cardiovasc Dis	Multinacional (37 países)
E8	MEDLINE	Am. J. Med	Dinamarca
E9	MEDLINE	Eur Heart J Suppl	Reino Unido
E10	MEDLINE	J Am Soc Echocardiogr	Holanda
E11	MEDLINE	Heart	Sérvia
E12	MEDLINE	J Zhejiang Univ Sci B	China
E13	MEDLINE	AMIA Annu Symp Proc.	Estados Unidos
E14	MEDLINE	J Magn Reson Imaging	Paris
E15	MEDLINE	Eur Heart J Suppl	Estados Unidos, Bélgica e Polônia
E16	MEDLINE	Med J Aust	Austrália e Nova Zelândia
E17	MEDLINE	Radiology	Espanha
E18	MEDLINE	Clin. Cardiol.	Taiwan
E19	MEDLINE	Psychosom Med	Bélgica
E20	MEDLINE	J. Am. Coll. Cardiol.	Estados Unidos
E21	MEDLINE	Theor Biol Med Mode	Irã
E22	MEDLINE	Circ Cardiovasc Qual Outcomes	Estados Unidos
E23	MEDLINE	BMJ Open	Reino Unido
E24	MEDLINE	Circulation	Estados Unidos
E25	MEDLINE	Psychosom Med	Holanda
E26	MEDLINE	JACC: cardiovasc interv	Reino Unido
E27	MEDLINE	Wiley Periodicals	Estados Unidos
E28	MEDLINE	Am. J. Med.	Dinamarca
E29	MEDLINE	BMJ Open	Itália, Países Baixos e Dinamarca
E30	MEDLINE	J Invasive Cardiol	Estados Unidos
E31	MEDLINE	Eur Heart J Suppl	Reino Unido, Bélgica e Polônia
E32	MEDLINE	J. Clin. Lab. Anal.	Turquia
E33	MEDLINE	Circulation	Estados Unidos
E34	MEDLINE	Crit Pathw Cardiol	Estados Unidos
E35	MEDLINE	Circ. J.	Taiwan
E36	MEDLINE	Int Urol Nephrol	Israel
E37	MEDLINE	Am J Emerg Med	Espanha
E38	MEDLINE	J Am Heart Assoc	Austrália
E39	MEDLINE	Eur J Prev Cardiol	Noruega
E40	MEDLINE	AJC online	Estados Unidos
E41	MEDLINE	AJC online	Itália
E42	MEDLINE	Am. Heart J.	Itália
E43	MEDLINE	Kardiol Pol	Alemanha
E44	MEDLINE	Coron. Artery Dis.	Turquia
E45	MEDLINE	Emerg Med J	Austrália
E46	MEDLINE	Jecg Online	Alemanha
E47	MEDLINE	BMC Res. Notes	Catar
E48	MEDLINE	Am. J. Med	Suíça
E49	MEDLINE	Eur Heart J Cardiovasc Imaging	Itália
E50	MEDLINE	Cardiovasc J Afr.	República Checa e Bulgária
E51	MEDLINE	Acad Emerg Med	Estados Unidos
E52	MEDLINE	Circ Cardiovasc Qual Outcomes	Estados Unidos
E53	MEDLINE	Chin. Med. J.	China
E54	MEDLINE	AJC online	Estados Unidos
E55	MEDLINE	Emerg Med Australas	Austrália

Continua (Quadro 1)

BASE DE DADOS		REVISTA	PAÍS
E56	MEDLINE	Acad Emerg Med	Estados Unidos
E67	MEDLINE	Acad Emerg Med	França
E58	MEDLINE	Clin. Cardiol.	Espanha

E48	MEDLINE	J Cardiovasc Nurs	Estados Unidos
E60	MEDLINE	Cardiology	Israel
E61	MEDLINE	AJC online	Estados Unidos
E62	MEDLINE	Kardiol Pol	Turquia
E63	MEDLINE	J Public Health	Reino Unido
E64	MEDLINE	Atherosclerosis	Brasil
E65	MEDLINE	Acta Med Iran	Irã
E66	MEDLINE	J Pak Med Assoc	Paquistão
E67	MEDLINE	Clin. Sci.	Inglaterra
E68	MEDLINE	J Cardiopulm Rehabil Prev.	Estados Unidos
E69	MEDLINE	Clin. Cardiol	Alemanha
E70	MEDLINE	Clin. Chem.	Suíça
E71	MEDLINE	Eur J Clin Invest	Espanha
E72	MEDLINE	Eur Heart J Suppl	Dinamarca
E73	MEDLINE	Rev. salud pública	Colômbia
E74	MEDLINE	PLoS One	Bélgica
E75	MEDLINE	Kardiol Pol	Polônia
E76	MEDLINE	Am J Emerg Med	Bahrein, Kuwait, Catar, Omã, Emirados Árabes Unidos e Iémen
E77	MEDLINE	Chin Med	China
E78	MEDLINE	Clin Med Insights Cardiol	Irã
E79	MEDLINE	J Med Dent Sci	Japão
E80	MEDLINE	Eur J Echocardiogr	Japão
E81	MEDLINE	Acad Emerg Med	Estados Unidos
E82	MEDLINE	Clin. Cardiol	Itália
E83	MEDLINE	J Electrocardiol.	Estados Unidos
E84	MEDLINE	Br J Psychiatry Suppl	Estados Unidos
E85	MEDLINE	Psychol Med	Holanda
E86	MEDLINE	Circ. J.	Coréia
E87	MEDLINE	J Adv Nurs	Austrália
E88	MEDLINE	Open Nurs J	Suíça
E89	MEDLINE	Nurs Res Pract	Finlândia
E90	MEDLINE	J Clin Nurs	Suécia
E91	MEDLINE	RGE	Brasil
E92	MEDLINE	Qual Health Res	Suécia
E93	MEDLINE	ESC	Suécia
E94	MEDLINE	Scand J Caring Sci	Suécia
E95	MEDLINE	Nurs Res	Canadá
E96	MEDLINE	J Invasive Cardiol	China
E97	MEDLINE	HSR: Health Serv Res	Estados Unidos
E98	MEDLINE	Br J Nurs	Reino Unido
E99	MEDLINE	JMI	Japão
E100	MEDLINE	Int J Qualitative Stud Health Well-being	Suécia
E101	MEDLINE	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Brasil
E102	MEDLINE	Rev Esc Enferm USP	Brasil
E103	MEDLINE	J Adv Nurs	Grécia
E104	MEDLINE	Issues Ment Health Nurs	Estados Unidos
E105	LILACS	Rev Bras Cardiol	Brasil
E106	LILACS	Acta Paul Enferm	Brasil
E107	LILACS	Esc Anna Nery	Brasil
E108	LILACS	Texto Contexto Enferm	Brasil
E109	LILACS	R. Enferm. Cent. O. Min	Brasil
E110	LILACS	Rev. Enfermería	Cuba
E111	LILACS	Rev Assoc Med Bras	Brasil
E112	LILACS	Res Nurs Health	Estados Unidos
E113	CINAHL	J Cardiovasc Nurs	Estados Unidos
E114	CINAHL	Prehosp Emerg Care	Austrália
E115	CINAHL	Am J Crit Care	Estados Unidos
E116	CINAHL	Crit Care Med	Bélgica

Continua (Quadro 1)

BASE DE DADOS		REVISTA	PAÍS
E117	CINAHL	Aust Health Rev	Austrália
E118	CINAHL	J Cardiovasc Nurs	Estados Unidos
E119	CINAHL	Int Emerg Nurs	Austrália
E120	CINAHL	CJE/M	Canadá

*E: Estudo.

Quadro 1: Distribuição da produção científica a respeito dos sinais, sintomas e complicações do IAM nas bases de dados (2010-2014).

5.2 Segunda etapa: mapeamento dos termos identificados na revisão com os termos do eixo Foco da CIPE® 2015

Os sinais, os sintomas e as complicações do IAM foram identificados nos 120 artigos selecionados na revisão e foram manualmente selecionados e digitados em uma planilha no *software Microsoft Office Excel® 2010*. O processo de mapeamento cruzado foi realizado entre uma planilha com os termos do eixo foco da CIPE® 2015 e a tabela dos termos dos artigos da revisão. Dessa forma, as duas tabelas foram analisadas e comparadas manualmente e o cruzamento dos termos produto da revisão integrativa com os termos do eixo foco da CIPE® 2015 foi realizado.

Segundo Lucena e Barros (2004), o mapeamento cruzado é uma metodologia que permite a adaptação dos dados de enfermagem existentes na prática para uma linguagem padronizada nas classificações de enfermagem.

Nos 120 artigos selecionados na revisão integrativa foram identificados, manualmente, 95 termos do eixo foco relacionados aos sinais, sintomas e complicações do IAM nos resultados dos artigos originais. Foi realizado o mapeamento cruzado por intermédio de duas tabelas dos 95 termos da revisão com os termos do eixo foco da CIPE® 2015 e, após serem eliminados sinônimos e repetições, restaram 24 termos.

5.3 Terceira etapa: elaboração dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem e construção das definições operacionais

Foram elaborados os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem levando-se em consideração a recomendação do ICN: incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo foco e um termo do eixo julgamento e incluir termos adicionais dos outros eixos, conforme a necessidade. Também considerou-se a norma ISO 18.104:2014 - Informática em saúde: estruturas categoriais para representação de diagnósticos de enfermagem e ações de enfermagem em sistemas terminológicos, na

qual um diagnóstico de enfermagem pode ser expresso tanto como um julgamento como um foco ou um achado clínico (ISO, 2014).

Segundo Waltz, Strickland e Lenz (2010) uma definição operacional fornece um significado por meio da definição de um conceito através dos termos da observação de atividades que possam mensurá-lo. Inclui indicadores empíricos do conceito e quaisquer procedimentos utilizados para distinguir esses indicadores. Essas autoras geralmente são utilizadas como base teórica para a estruturação das definições operacionais da NANDA Internacional. Indicadores empíricos são os critérios e/ou as condições experimentais que são utilizados para a observação ou para a mensuração dos conceitos de uma determinada teoria (McEWEN; WILLS, 2016). O presente estudo considera como indicadores empíricos os sinais, sintomas e as complicações do IAM que ocasionam prejuízos nas atividades de vida da pessoa acometida pela doença.

De acordo com Swartz (2015) sintoma se refere ao relato do que a pessoa sente. É descrito para esclarecer a natureza da doença, além de ajudar na exemplificação do desconforto ou tristeza que se se vive. Não são absolutos e influenciam-se pela cultura, inteligência e padrão socioeconômico. Os sintomas constitucionais são os que ocorrem com problemas em qualquer sistema do corpo, como febre, perda de peso ou sudorese excessiva. Como exemplo de sintomas citam-se a dispneia, dor no peito e náusea. Já o sinal é o que o examinador encontra, podendo ser observados e quantificados. Alguns sinais também são sintomas, como sibilância (a pessoa descreve os episódios), mas a evidência do ruído adventício na ausculta realizada pelo profissional de saúde é um sinal (SWARTZ, 2015). A complicação é uma manifestação patológica que surge no curso ou no decurso de uma morbidade e em relação causal direta com ela (BRASIL, 1977).

Foram realizadas para a elaboração da definição operacional as três etapas preconizadas por Waltz, Strickland e Lenz (2010): revisão de literatura; mapeamento do significado do conceito; e afirmação da definição operacional.

A afirmação da definição operacional do presente estudo foi construída tendo como base a definição canônica de terminologias citada por Galvão (2016): “objeto” + verbo

ser + “artigo definido ou indefinido” + “classe a que pertence o objeto” + “características da espécie”.

As definições operacionais foram desenvolvidas pela pesquisadora com o objetivo de representar o conceito do termo relacionado ao IAM na literatura e no cotidiano da prática profissional do enfermeiro. Dessa forma, consultou-se teses, dissertações, livros textos de enfermagem, de clínica médica, de emergência, de cardiologia e dicionários de saúde.

5.4 Quarta etapa: elaboração dos enunciados de intervenções de enfermagem

Para a construção das intervenções de enfermagem utilizou-se um termo do eixo Ação e um termo Alvo. Esses termos podem pertencer a qualquer um dos eixos, exceto do eixo Julgamento. Também deve-se considerar a norma ISO 18.104:2014 – informática em saúde: estruturas categoriais para representação de diagnósticos de enfermagem e ações de enfermagem em sistemas terminológicos (ISO, 2014).

5.5 Quinta etapa: validação dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem

A validação é o ato ou efeito de tornar algo válido, ou seja, algo cuja autenticidade é comprovada (CROSSETTI *et al.*, 2011).

Para a validação do subconjunto terminológico, na terceira etapa preconizada por Nóbrega *et al.* (2015), deve ser utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que irá medir a porcentagem de juízes que estarão em concordância sobre os aspectos do instrumento elaborado e de seus itens. Esse instrumento será avaliado segundo sua utilidade na prática clínica do enfermeiro. Para seu cálculo, utiliza-se uma escala do tipo Likert com uma pontuação de 1 a 4. O score será calculado por meio da soma das respostas para cada item do instrumento sinalizado como “3” ou “4” dividida pela soma total das respostas aos itens (NÓBREGA *et al.*, 2015).

Os enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem passaram pela avaliação de conteúdo por especialistas. A análise de conteúdo por especialistas

do presente subconjunto terminológico teve como objetivo estimar a proporção dos que concordam com os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem elaborados. Não há um padrão estabelecido na literatura científica em relação à definição do enfermeiro especialista. Dessa forma, destaca-se a importância da vivência prática anterior do enfermeiro, aliada ao conhecimento teórico desse profissional que irá realizar o julgamento dos instrumentos da pesquisa. Para o cálculo do número de especialistas foi utilizada a seguinte fórmula (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012):

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p \cdot (1-p)}{e^2} \quad \text{onde:}$$

$Z^2_{1-\alpha/2}$ = nível de confiança adotado;

p = proporção esperada dos especialistas;

e = diferença de proporção aceitável em relação ao que seria esperado.

Adotou-se o nível de confiança de 95% ($Z^2_{1-\alpha/2} = 1,96$), com proporção esperada de 85% dos especialistas e um erro amostral de 15%, obtendo-se uma amostra de 22 especialistas (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012; 2013).

$$n = \frac{1,96 \cdot 0,85 \cdot 0,15}{0,15^2} = 22$$

Para selecioná-los utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, possuir experiência clínica de no mínimo 3 anos nas áreas de urgência/emergência, cardiologia e/ou terapia intensiva e possuir mestrado ou doutorado.

A escolha dos especialistas nesta pesquisa baseou-se no modelo de validação de diagnósticos de enfermagem proposto por Lopes, Silva e Araújo (2012). Segundo estes autores, duas questões são essenciais para a realização do estudo da exatidão dos diagnósticos de enfermagem: a precisão da informação obtida que representa o fenômeno de enfermagem e a adequação do processo de raciocínio clínico.

Após a seleção dos especialistas realizou-se contato via correio eletrônico com o envio de uma carta-convite e após a concordância em participar, assinou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, enviou-se o instrumento no formato online dos formulários do *Google* Documentos, que continha as seguintes informações: caracterização dos enfermeiros, lista dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para infarto agudo do miocárdio.

No instrumento voltado para a validação dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, os especialistas emitiram concordância relativa aos enunciados assinalando com um “x” em uma escala psicométrica do “tipo Likert” contendo “1- Nada pertinente; 2- Pouco pertinente; 3- Muito pertinente; 4- MUITÍSSIMO PERTINENTE”. A pertinência refere-se a “aquilo que concerne ao assunto. Adequabilidade à causa ou caso submetido à apreciação do juiz” (WEISZFLÖG, 1998). Além disso, nos casos de discordância, o especialista preencheu a sugestão para a melhor escrita do diagnóstico/resultado de enfermagem.

Para a avaliação do grau de concordância entre os especialistas foi utilizado o IVC, que é uma “medida ponderada que atribui um peso linearmente mais forte quando o expert acredita na adequação de um componente diagnóstico” (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013). No presente estudo, o IVC será determinado pela soma das concordâncias de cada especialista aos itens marcados por “3” e “4”, que nominalmente representam: “muito pertinente” e “muitíssimo pertinente”. O IVC é definido na fórmula abaixo:

$$IVC = \frac{\sum \text{respostas "3" e "4"}}{\sum \text{respostas}}$$

Logo, após a construção dos 44 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem e das 128 intervenções de enfermagem, estes foram submetidos a um processo de validação de conteúdo pelos 22 enfermeiros especialistas.

No resultado da validação de conteúdo pelos especialistas levou-se em consideração o ponto de corte $IVC \geq 0,80$ para os enunciados de diagnósticos/resultados e

intervenções de enfermagem que foram incluídos no Subconjunto Terminológico CIPE® para a Pessoa Acometida pelo Infarto Agudo do Miocárdio.

5.6 Sexta etapa: organização e estruturação do subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo IAM de acordo com o modelo teórico de Roper-Logan-Tierney

De acordo Nóbrega *et al.* (2015), nessa etapa final de estruturação do subconjunto terminológico da CIPE®, devem ser seguidas as orientações do ICN para sua composição estrutural; os enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem devem ser elaborados em consonância com o modelo teórico de Atividades de Vida, de Roper, Logan e Tierney (2001); e o papel da enfermagem na utilização do subconjunto na prática clínica também deve ser explanado.

A estrutura final do subconjunto deve conter uma mensagem aos leitores; a importância deste para a enfermagem; a inserção da enfermagem no modelo teórico escolhido; a lista de enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem; um tutorial de utilização do subconjunto; um instrumento de aplicação para estudos clínicos; e a bibliografia utilizada (NÓBREGA *et al.* 2015).

5.7 Aspectos éticos

O presente trabalho respeitou os princípios éticos segundo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à pesquisa com seres humanos. O Projeto de Pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em 30 de março de 2016, recebendo o parecer de nº 1.471 (Anexo A).

6.1 PRODUTO 1

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1.1 Título: Subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo infarto agudo do miocárdio.

6.1.2 Equipe técnica: Enfa. Renata Soares Passinho, Profa. Dra. Walckiria Garcia Romero Sipolatti e Profa. Dra. Cândida Caniçali Primo.

6.1.3 Introdução: O infarto agudo do miocárdio (IAM) é conceituado como a morte dos cardiomiócitos em decorrência da isquemia prolongada. Este produto trata sobre a elaboração do subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) específico para atendimento à pessoa acometida pelo IAM.

6.1.4 Descrição do produto: Tecnologia assistencial sob a forma de material instrucional que foi elaborada com base na realização de seis etapas para a elaboração desse subconjunto terminológico: 1) identificação de termos relacionados aos sinais, sintomas e complicações do IAM através de uma revisão integrativa da literatura científica; 2) mapeamento dos termos identificados na revisão com os termos do eixo Foco da CIPE® 2015; 3) elaboração dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem e construção das definições operacionais; 4) elaboração dos enunciados de intervenções de enfermagem; 5) validação dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem com 22 enfermeiros especialistas; 6) organização e estruturação do subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo IAM de acordo com o modelo teórico de Roper-Logan-Tierney após a validação dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem elaborados pela autora e dos incluídos como sugestões dos especialistas.

6.1.5 Tipo e Natureza da produção técnica:

Meio de divulgação: () impresso () meio magnético () meio digital () filme () hipertexto () outro (x) vários

6.1.6 Finalidade do produto: contribuir para a assistência de enfermagem durante a fase aguda do IAM, após o tratamento definitivo e durante a reabilitação pós-infarto, proporcionando melhoria da qualidade de vida da pessoa acometida pela doença.

6.1.7 Registro do produto: Sob a forma de cartilha International Standard Serial Number (ISSN). O ISSN será solicitado ao Centro Brasileiro do ISSN, do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) segundo as normas preconizadas pela instituição:

1. Título de forma idêntica em todos os locais da publicação;
2. Designação numérica e/ou cronológica na capa;
3. Instituição responsável e o logradouro completo constando no expediente da publicação.

6.1.8 Desenvolvimento do Produto: na primeira etapa do estudo, foram identificados os termos do eixo foco relacionados aos sinais, sintomas e complicações do infarto agudo do miocárdio através de uma revisão integrativa da literatura. Na segunda etapa, foi realizado o mapeamento cruzado dos termos encontrados na revisão integrativa com os termos constantes na CIPE® 2015. Na terceira etapa foram elaborados os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem levando-se em consideração a recomendação do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) e da norma ISO 18.104:2014. Ainda na terceira etapa, foram elaboradas as definições operacionais de cada diagnóstico/resultado de enfermagem. Na quarta etapa foram elaborados os enunciados de intervenções de enfermagem, considerando-se, também, a norma ISO 18.104:2014. Na quinta etapa foi realizada a validação de conteúdo dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem por 22 especialistas. Estes validaram os instrumentos online referentes aos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem através da emissão de concordância relativa, que gerou um índice de validade de conteúdo (IVC) maior ou menor que 0,80 para os diagnósticos/resultados e 0,50, para a intervenções de enfermagem segundo a pertinência (pouco pertinente; pertinente; muito pertinente; ou muitíssimo pertinente) de cada item avaliado. Na sexta etapa foi realizada a organização e estruturação do subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo IAM de acordo com o modelo teórico de Roper-Logan-Tierney seguindo as orientações do ICN.

6.2 Elaboração dos enunciados de diagnóstico/resultados de enfermagem

Após o mapeamento cruzado manual com os termos da CIPE® 2015 foram eliminados sinônimos e repetições, ficando ao final, 24 termos do eixo foco da CIPE®

relacionados aos sinais, sintomas e complicações do IAM. Os termos mais comuns dos artigos foram agrupados segundo as semelhanças das alterações emocionais ou clínicas observadas nas pessoas acometidas pelo IAM durante a prática profissional da pesquisadora desse estudo e segundo os conceitos de cada um deles explanados na literatura.

SINAIS, SINTOMAS E COMPLICAÇÕES DO IAM	N	TERMOS DO EIXO FOCO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM
Ansiedade/ Transtorno de ansiedade	9	Ansiedade	Ansiedade	Ansiedade ausente
Angústia/ Aflição/ Afetividade negativa/ Adaptação à nova realidade/ Desesperança/ Desespero/ Sentimento de pressão física ou mental/ Sentimentos de vergonha e culpa/ Tristeza	11	Emoção negativa	Emoção negativa presente	Emoção negativa ausente
Arritmia/Distúrbios de condução (outros)/ Bloqueio atrioventricular/ bradiarritmia/ Taquiarritmia/ Taquicardia supraventricular/Taquicardia ventricular/ Fibrilação atrial/ Fibrilação ventricular/ Palpitação	20	Arritmia	Arritmia	Arritmia ausente
Azia/ Eructação/ Perda de apetite	4	Processo do sistema gastrointestinal	Processo do sistema gastrointestinal prejudicado	Processo do sistema gastrointestinal adequado
Cefaleia/ Dor abdominal/ epigástrica/ Desconforto no braço/Dormência nas mãos/ Dor na mandíbula/desconforto maxilar/dentes/ Dor nas costas/ Dor no pescoço	18	Dor	Dor irradiada	Dor irradiada ausente

Continuação (Quadro 2)

SINAIS, SINTOMAS E COMPLICAÇÕES DO IAM	N	TERMOS DO EIXO FOCO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM
Confusão/ confusão mental	4	Confusão	Confusão	Confusão ausente

Desconforto físico/ Mal estar	5	Autocuidado	Capacidade para executar o autocuidado prejudicada	Capacidade para executar o autocuidado adequada
Disfunção sexual	1	Processo sexual	Processo sexual prejudicado	Processo sexual adequado
Dispneia/hiperventilação/ Insuficiência respiratória	24	Dispneia	Dispneia	Dispneia ausente
Dor/ desconforto no peito/ torácico/ angina de peito/ anginosa/ em repouso/ esforço/ restroesternal/ tipo aperto ou pressão/ pontada/ queimação/ laceração/ peso	75	Dor	Dor no peito	Dor ausente no peito.
Eliminação urinária prejudicada/ Hiperuricemia	2	Função renal	Função renal prejudicada	Função renal adequada
Fadiga/ Fraqueza/ Letargia	16	Fadiga	Fadiga	Fadiga ausente
Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)/ Piora da ICC/ Sinais e sintomas associados à IC complicada: Estertores pulmonares; Presença de Terceira bulha cardíaca; e Congestão pulmonar/ Disfunção ventricular sistólica/ Edema Agudo de Pulmão/ Estertores/ Falência ventricular esquerda/ Killip I a IV (insuficiência cardíaca moderada ou grave, estertores em bases pulmonares, presença de terceira bulha, taquicardia, edema agudo de pulmão e choque cardiogênico)/ Reinfarto/ Remodelação do ventrículo esquerdo/ Revascularização do miocárdio/ Débito cardíaco diminuído/ Diminuição da fração de ejeção ventricular/ Cardiomegalia/ Complicações mecânicas/ Defeitos septais/ Choque Cardiogênico/instabilidade hemodinâmica	52	Débito cardíaco	Débito cardíaco prejudicado	Débito cardíaco adequado

Continuação (Quadro 2)

SINAIS, SINTOMAS E COMPLICAÇÕES DO IAM	N	TERMOS DO EIXO FOCO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM
Insônia	1	Insônia	Insônia	Insônia ausente
Medo/ medo da morte	6	Medo da morte	Medo da morte	Medo da morte ausente
Náusea	6	Náusea	Náusea	Náusea ausente
Parada cardiorrespiratória/cardíaca	8	1. Frequência cardíaca 2. Frequência respiratória	Parada cardiorrespiratória	Parada cardiorrespiratória ausente
Percepção sensorial perturbada	1	Percepção sensorial	Percepção sensorial prejudicada	Percepção sensorial adequada
Perfusão tissular ineficaz	1	Perfusão tissular	Perfusão tissular periférica prejudicada	Perfusão tissular periférica adequada
Sensação de calor	1	Termorregulação	Termorregulação prejudicada	Termorregulação adequada
Síncope/Queda/ Tontura/ Tremor/ Percepção sensorial perturbada	8	Desmaio	Desmaio	Desmaio ausente
Sudorese/diaforese	7	Suor	Suor aumentado	Suor diminuído
Vômito	4	Vômito	Vômito	Vômito ausente

Quadro 2: Sinais, sintomas e complicações do IAM e suas frequências na revisão de literatura, mapeados manualmente com os termos do eixo foco CIPE® 2015 compatíveis com cada sinal, sintoma e complicação, além dos diagnósticos e resultados de enfermagem elaborados a partir dos termos extraídos dos resultados dos artigos da revisão.

6.3 Elaboração das definições operacionais dos diagnósticos/resultados de enfermagem

O Modelo de Atividades de Vida de Roper, Logan e Tierney (2001) foi utilizado como estrutura modelar conceitual para agregar os elementos da prática no subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo IAM e, como tal, orientou a organização dos fenômenos nas categorias do modelo, direcionando uma prática de enfermagem pelo processo de enfermagem tendo por base as atividades de vida.

Após a elaboração dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem CIPE®, foram construídas 44 definições operacionais segundo as orientações de Galvão (2016), conforme o Quadro 3, abaixo.

DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Ansiedade	Emoção negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (CIPE®, 2015).
Ansiedade ausente	Emoção negativa ausente: ausência de sentimentos de ameaça, perigo ou angústia.
Arritmia	Processo cardíaco prejudicado: Variação do ritmo normal de contração atrial e ventricular do miocárdio. (CIPE®, 2015).
Arritmia ausente	Processo cardíaco adequado. Ritmo normal de contração atrial e ventricular do miocárdio.
Capacidade para executar o autocuidado prejudicada	Condição prejudicada. Dificuldade da auto execução das atividades de vida diária básicas, individuais e essenciais necessárias para a própria manutenção e sobrevivência (CIPE®, 2015).
Capacidade para executar o autocuidado adequada	Condição adequada. Auto execução das atividades de vida diária básicas, individuais e essenciais necessárias para a própria manutenção e sobrevivência.
Confusão	Pensamento distorcido: Memória prejudicada com desorientação em relação à pessoa, lugar e tempo (CIPE®, 2015).
Confusão ausente	Memória adequada com orientação em relação à pessoa, lugar e tempo.
Débito cardíaco prejudicado	Condição cardíaca prejudicada: Quantidade insuficiente de sangue ejetado do ventrículo esquerdo, por minuto (CIPE®, 2015).
Débito cardíaco adequado	Condição cardíaca adequada. Quantidade suficiente de sangue ejetado do ventrículo esquerdo, por minuto.
Desmaio	Consciência prejudicada: Perda súbita da consciência (ou cognição) mental, com fraqueza física (CIPE®, 2015).
Desmaio ausente	Consciência adequada: Ausência de perda súbita da consciência.
Dispneia (especificar o grau)	Processo do sistema respiratório prejudicado: Movimento forçado de ar para dentro e fora dos pulmões, respiração curta, associado a insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensação de desconforto e ansiedade (CIPE®, 2015).
Dispneia ausente	Processo do sistema respiratório adequado: movimento eficaz de ar para dentro e fora dos pulmões, caracterizado por adequada perfusão tissular e cerebral.
Dor irradiada (especificar a intensidade)	É um equivalente anginoso da isquemia miocárdica decorrente da associação da dor visceral cardíaca com intensos fenômenos neurovegetativos e nociceptivos, que causa hiperalgesia nos dermatômos e excitação neuronal. Caracterizada por dor no maxilar/mandíbula/dentes, dor abdominal/epigástrica, dor na cabeça, dor no ombro, dor no pescoço, dor nas costas e dor nos membros superiores (GAL <i>et al.</i> , 2001; HESS, 2002; NETO, 2009; SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2012; AEHLERT, 2013; CANESIN; TIMERMAN, 2013; MARTINS <i>et al.</i> , 2013).
Dor irradiada ausente	É a ausência do equivalente anginoso da isquemia miocárdica decorrente da irradiação da dor visceral cardíaca.

Continuação (Quadro 3)

DIAGNÓSTICOS/	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
---------------	-----------------------

RESULTADOS DE ENFERMAGEM	
Dor no peito (especificar a intensidade)	É resultado de um mecanismo de transmissão nociceptivo através das fibras viscerais cardíacas devido à estimulação de terminações nervosas pelo ácido láctico e dióxido de carbono que se acumulam no tecido isquêmico. Caracterizada por manifestar-se sob a forma de “aperto”, “peso”, “pressão”, “sufocamento”, “estrangulamento”, “constricção”, “ruptura”, “queimação”, “como se estivesse apertando”, “um cinto em torno do tórax”, “um peso no centro do tórax” e “uma braçadeira apertando meu peito” (AEHLERT, 2013; MARTINS <i>et al</i> , 2013).
Dor no peito ausente	É a ausência do mecanismo de transmissão nociceptivo advindo das fibras viscerais cardíacas.
Emoção negativa	É um processo psicológico no qual sentimentos conscientes ou subconscientes e dolorosos, são expressos ou não e que podem aumentar com estresse ou doença. Caracterizada por manifestar-se sob a forma de medo, angústia, desesperança, culpa, insegurança, isolamento social e tristeza (CIPE®, 2015).
Emoção negativa ausente	É a ausência do processo psicológico no qual os sentimentos conscientes ou subconscientes e dolorosos, são expressos ou não e que podem aumentar com estresse ou doença.
Fadiga	Emoção negativa: Sentimentos de diminuição da força e resistência, exaustão, cansaço mental ou físico; lassidão com aptidão diminuída para o trabalho físico ou mental (CIPE®, 2015).
Fadiga ausente	Emoção negativa ausente: ausência da diminuição da força e resistência, exaustão, cansaço mental ou físico; lassidão com aptidão diminuída para o trabalho físico ou mental.
Função renal prejudicada	Processo do sistema urinário prejudicado. Relaciona-se à hipoperfusão renal associada ao quadro de choque cardiogênico causado pelo infarto agudo do miocárdio (MARTINS <i>et al</i> , 2013; CIPE®, 2015)
Função renal adequada	Processo do sistema urinário adequado. Ausência da hipoperfusão renal associada ao quadro de choque cardiogênico causado pelo infarto agudo do miocárdio.
Insônia	Incapacidade de conciliar o sono. Sono, Prejudicado: Incapacidade crônica para dormir ou para permanecer adormecido durante a noite ou período de sono planejado, apesar da posição confortável num ambiente adequado; acordado, sem sono; frequentemente associada a fatores psicológicos ou físicos, tais como estresse emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, distúrbio da função cerebral e abuso de drogas (CIPE®, 2015).
Insônia ausente	Capacidade de conciliar o sono. Sono adequado. Capacidade para dormir e permanecer adormecido.
Medo da morte	Emoção negativa: Medo. Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, devido a causa conhecida ou desconhecida, acompanhado às vezes de luta psicológica ou resposta de fuga (CIPE®, 2015).
Medo da morte ausente	Emoção negativa ausente. Ausência do sentimento de medo, da morte perigo ou angústia.
Náusea	Percepção prejudicada: Sensação de enjoo com tendência para vomitar; sensação desagradável vagamente relacionada com o epigástrico e abdome, agravada pelo sabor ou pelo cheiro (CIPE®, 2015).
Náusea ausente	Percepção adequada. Ausência da sensação de enjoo com tendência para vomitar.

Continuação (Quadro 3)

DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Parada cardiorrespiratória	É a ausência de atividade mecânica do coração, confirmada pela ausência de pulso detectável, irresponsividade e apneia ou respiração agônica, ofegante (<i>gasping</i>) (AEHLERT, 2013).
Parada cardiorrespiratória ausente	É a presença de atividade mecânica do coração, confirmada pela presença de pulso detectável, responsividade e eupneia.
Perfusão tissular periférica prejudicada	Processo Vascular: Circulação prejudicada do sangue pelos tecidos periféricos para transporte do oxigênio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado a mudança na temperatura e coloração da pele, diminuição do pulso arterial, mudanças na pressão arterial sanguínea, cicatrização de feridas e crescimento dos pelos do corpo (CIPE®, 2015).
Perfusão tissular periférica adequada	Processo Vascular: Circulação do sangue pelos tecidos periféricos para transporte do oxigênio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado a temperatura e coloração da pele, diminuição do pulso arterial, mudanças na pressão arterial sanguínea, cicatrização de feridas e crescimento dos pelos do corpo (CIPE®, 2015).
Processo gastrointestinal prejudicado	Processo corporal. Sensação de ardor e queimação na região retroesternal ou epigástrica advinda do compartilhamento das inervações de fibras vagais eferentes do coração (parede inferior) com o esôfago. Caracterizado por manifestar-se sob a forma de pirose, eructação, dor epigástrica e falta de apetite (HESS, 2002; AEHLERT, 2013; CANESIN; TIMERMAN, 2013; CIPE®, 2015).
Processo gastrointestinal adequado	Processo corporal. Ausência da sensação de ardor e queimação na região retroesternal ou epigástrica.
Processo sexual prejudicado	Processo do Sistema Reprodutivo: incapacidade para participar em relação sexual e, nos homens, para ejacular (CIPE®, 2015).
Processo sexual adequado	Processo do Sistema Reprodutivo: Capacidade para participar em relação sexual e, nos homens, para ejacular (CIPE®, 2015).
Suor aumentado	É a secreção aumentada de suor pelas glândulas sudoríparas devido à hipoperfusão tecidual e renal causada pelo choque cardiogênico secundário ao IAM. Caracteriza-se por sudorese intensa e fria associada palidez e cianose de extremidades (AEHLERT, 2013; MARTINS <i>et al</i> , 2013; CIPE®, 2015).
Suor diminuído	É a diminuição de suor excretado pelas glândulas sudoríparas. Caracterizado por sudorese em menor quantidade associada à adequada perfusão tissular periférica.
Termorregulação prejudicada	Processo do Sistema Regulatório: Controle prejudicado da produção e perda de calor por meio de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo, pele e temperatura corporal (CIPE®, 2015).
Termorregulação adequada	Processo do Sistema Regulatório: Controle da produção e perda de calor por meio de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo, pele e temperatura corporal (CIPE®, 2015).
Vômito	Processo de Sistema Gastrointestinal, Prejudicado: Expulsão ou retorno à boca de alimentos transformados ou de conteúdo estomacal através do esôfago e para fora da boca (CIPE®, 2015).
Vômito ausente	Processo de Sistema Gastrointestinal adequado: ausência da expulsão ou retorno à boca de alimentos transformados ou de conteúdo estomacal através do esôfago e para fora da boca (CIPE®, 2015).

Quadro 3: Definições operacionais dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem elaborados segundo a definição canônica de terminologias citada por Galvão (2016).

6.4 O Comprometimento das Atividades de Vida na Pessoa Acometida pelo Infarto Agudo do Miocárdio

6.4.1 Manter um ambiente seguro

Existem riscos potenciais que comprometem a segurança do ambiente da pessoa com IAM. Como exemplo, citam-se os que estão relacionados com a agressão dos estressores biológicos e psicológicos ao organismo humano, fazendo com que o corpo perca sua capacidade de regenerar um tecido lesionado, que, nesse caso, é o miocárdio (ROPER; LOGAN; TIERNEY).

Alguns sinais e sintomas inespecíficos apresentados por pessoas com IAM, como a síncope e a vertigem postural, comprometem a segurança do ambiente, na medida em que a contração cardíaca ineficaz, que ocasiona a redução do débito cardíaco, resulta em má perfusão cerebral. Isso não permite um adequado nível de consciência e, por conseguinte, expõe o indivíduo a riscos como traumas por queda e obstrução de vias aéreas devido ao relaxamento da língua. O relaxamento da língua, associado ao rebaixamento do nível de consciência, permite que esta caia para trás e obstrua a hipofaringe conforme a gravidade (em direção a região mais inferior do corpo) caso o doente esteja em posição supina. Essa obstrução das vias aéreas por perda do tônus da língua compromete o estímulo ventilatório (TIMBY; SMITH, 2005; PHTLS, 2011; AEHLERT, 2013; MARTINS *et al.*, 2013).

A síncope no pós-infarto é, geralmente, causada por taquiarritmias ventriculares graves ou pela hipotensão na vigência do choque cardiogênico. As arritmias ventriculares não são eventos raros na fase aguda do IAM. As arritmias ventriculares precoces indicam alguma alteração miocárdica funcional causada pela isquemia e as tardias ocorrem devido à presença de um substrato arritmogênico (PIEGAS *et al.*, 2015). Em algumas formas de síncope, podem existir sintomas prodômicos como náusea, sudorese, fraqueza e escurecimento visual. Ela é considerada um equivalente anginoso no que tange às manifestações da isquemia miocárdica (AEHLERT, 2013; MARTINS *et al.*, 2013).

A sensação de fraqueza, mal-estar e turvação visual que acompanham a vertigem postural é causada pelas mesmas condições que levam à síncope ou pré-síncope de origem cardiogênica e é considerada um equivalente anginoso não doloroso no que tange às manifestações da isquemia miocárdica (AEHLERT, 2013; MARTINS *et al.*, 2013).

6.4.2 Comunicar

Dentro da atividade de vida “comunicar” estão contidas as três formas de linguagem: verbal (capacidade cognitiva; falar; ouvir; ler; e escrever); paralinguagem (altura, tom e velocidade da voz); e não verbal (expressão facial; contato visual; postura; e gestos) (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

O IAM pode vir a comprometer, sobretudo, a capacidade cognitiva do doente em decorrência da má perfusão cerebral relacionada à redução do débito cardíaco durante a lesão isquêmica miocárdica. Esse mesmo mecanismo fisiopatológico associa-se à confusão mental, que, no IAM, é um equivalente isquêmico (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001; AEHLERT, 2013; MARTINS *et al.*, 2013).

6.4.3 Respirar

O Modelo de Roper, Logan e Tierney (2001) referiu durante a explanação da atividade de vida “respirar” que há uma conexão respiratória-cardiovascular no nosso organismo. Os órgãos que formam o sistema respiratório são os responsáveis pelo encaminhamento de oxigênio a cada célula do nosso corpo e, isso só é possível através do transporte dessa molécula essencial por meio do sangue em conjunto com o sistema circulatório e o sistema linfático. Ou seja, “respirar implica o sistema respiratório, mas também o cardiovascular” (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2011).

Com o comprometimento miocárdico que ocorre no IAM, todo o sistema cardiovascular e respiratório é alterado e, essas alterações são manifestadas através de sinais e sintomas que evidenciam a isquemia miocárdica, sejam eles cardíacos, respiratórios, gastrointestinais ou neurológicos. Entre os sinais e sintomas cardíacos que interferem na atividade de vida “respirar” estão a dor no peito, a dispneia, as arritmias (incluindo bradicardia e taquicardia), o choque cardiogênico e a parada cardiorrespiratória.

A dor no peito relacionada ao IAM é resultante do mecanismo de transmissão através das fibras viscerais (coração, esôfago e pleura visceral). É também conhecida como angina pectoris, que é o desconforto torácico que ocorre quando há a isquemia

miocárdica. Significa aperto ou pressão e ocorre devido à estimulação de terminações nervosas pelo ácido lático e dióxido de carbono que se acumulam no tecido isquêmico. Pode ser descrita como “peso”, “pressão”, “aperto” e “queimação”, (AEHLERT, 2013; MARTINS *et al*, 2013; LOSCALZO, 2014).

As manifestações arrítmicas (incluindo as taquicardias e bradicardias) também são equivalentes anginosos da isquemia miocárdica. Em doentes que apresentem a troponina elevada após o diagnóstico do IAM, considera-se o uso de uma estratégia invasiva precoce na presença de taquicardia ventricular (além de desconforto torácico isquêmico refratário; desvio recorrente/persistente de ST; instabilidade hemodinâmica; e sinais de insuficiência cardíaca) (AEHLERT, 2013).

A bradicardia pode surgir devido à diminuição do ritmo cardíaco durante a isquemia (devido à hiperatividade do sistema nervoso parassimpático) ou ao seu tratamento medicamentoso. Pode ocorrer durante o manejo da dor da isquemia miocárdica com medicamentos opióides ou durante a prevenção de arritmias com o uso dos medicamentos betabloqueadores. A bradicardia sinusal pode surgir em infartos de parede inferior, por reflexo vagal ou mesmo por isquemia do nodo sinusal. Manifesta-se sob a forma de sintomas de baixo débito cardíaco como síncope ou pré-síncope, tontura, sensação de cabeça vazia, fraqueza, fadiga, diminuição do nível de consciência, falta de ar e desconforto ou dor torácica, além de sudorese, congestão pulmonar, hipotensões ortostática e arterial, insuficiência cardíaca evidente ou edema pulmonar e taquicardia ventricular (TV) ou complexos ventriculares prematuros (CVP) frequentes relacionados à bradicardia. A taquicardia geralmente acompanha a dor torácica e é causada pela hiperatividade do sistema nervoso simpático (assim como a sudorese e a hipertensão) (KATO, 2003; PESARO; SERRANO JÚNIOR; NICOLAU, 2004; CANESIN; TIMERMAN, 2013; LOSCALZO, 2014).

O choque cardiogênico consiste na redução da oferta de oxigênio sistêmico que tem sua origem na deterioração aguda da função cardíaca devido à isquemia miocárdica. A obstrução de uma ou mais artérias coronarianas resulta em isquemia miocárdica, causando a diminuição da contratilidade miocárdica e da função ventricular, e, conseqüentemente, do diminuição do débito cardíaco, resultando em hipotensão com hipoperfusão sistêmica e hipoperfusão coronariana. Manifesta-se como hipotensão

arterial, taquicardia, vasoconstrição periférica com palidez, cianose, sudorese, confusão mental e extremidades frias, com tempo de enchimento capilar prolongado. (AEHLERT, 2013; GOLDMAN; SHAFER, 2014).

Segundo Aehlert (2013), a parada cardiorrespiratória (PCR) é a ausência de atividade mecânica do coração, confirmada pela ausência de pulso detectável, irresponsividade e apneia ou respiração agônica, ofegante (*gasping*). Utiliza-se mais comumente o termo “parada cardíaca” ao invés de “parada cardiopulmonar” ao nos referirmos a uma pessoa que não está respirando (ou que está apenas em respiração agônica) e não tem pulso palpável. Durante a PCR, os ritmos cardíacos que poderão ser encontrados são:

1. Taquicardia ventricular sem pulso (TV): ECG evidencia complexos QRS alargados e regulares em uma frequência maior que 120 batimentos por minuto. É um ritmo que poder ser organizado através da desfibrilação.
2. Fibrilação ventricular (FV): ECG evidencia deflexões caóticas e irregulares que variam em tamanho e forma, mas não há contração ventricular coordenada. É um ritmo que poder ser organizado através da desfibrilação.
3. Assistolia: não há presença de atividade cardíaca no ECG.
4. Atividade elétrica sem pulso (AESP): há atividade elétrica visível no ECG, mas o pulso está ausente.

A AHA (2015) preconizou duas cadeias de sobrevivência distintas para o atendimento à PCR nos ambientes pré-hospitalar e hospitalar, conforme a figura 6:



Figura 6: As diferentes vias de cuidado de um paciente que sofre PCR nos ambientes pré-hospitalar e intra-hospitalar. Fonte: American Heart Association (AHA), 2015.

A AHA (2015) relatou a necessidade de seguir a cadeia de sobrevivência, tanto no atendimento pré-hospitalar quanto no intra-hospitalar. O algoritmo de PCR em adultos tem a seguinte sequência de prioridades:

- 1) Verificar a segurança do local;
- 2) Se a vítima não responder, chamar por ajuda, acionar o SAMU 192 e obter um Desfibrilador Externo Automático (DEA);
- 3) Se a vítima não apresentar pulso, o socorrista deve imediatamente iniciar as compressões torácicas, seguindo a sequência de 30 compressões para 02 ventilações. Para que as compressões sejam consideradas de qualidade, devem ser realizadas com uma frequência de 100 a 120/min, com intervalo para o retorno do tórax a cada compressão. Necessitam ser fortes e rápidas, simulando os batimentos

cardíacos, e com profundidade de no mínimo 2 polegadas, ou 5 cm, não excedendo esse limite. É essencial que as duas mãos do socorrista estejam posicionadas sobre a metade inferior do osso esterno, pouco abaixo do mamilo esquerdo e que o socorrista observe atentamente o retorno total do tórax após a compressão, não se apoiando sobre o paciente entre os intervalos das compressões. Com a presença do profissional médico no local, faz-se necessário executar as medidas do suporte avançado de vida, como a intubação orotraqueal, a monitorização multiparamétrica para o reconhecimento dos ritmos cardíacos indicativos, ou não, de desfibrilação manual e a administração das drogas vasoativas (adrenalina e/ou amiodarona, a depender do ritmo cardíaco) (CANESIN; TIMERMAN, 2013; AHA, 2015).

Segundo o Modelo de Roper, Logan e Tierney (2001), o coração bate mais depressa na vigência de um exercício vigoroso visando o aumento do pulso e, conseqüentemente, o transporte de oxigênio. As frequências da respiração e do pulso estão relacionadas em uma razão 1:4 e, quando uma delas é alterada, geralmente a outra altera-se também (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001). Os sinais e sintomas respiratórios do IAM são a dispneia e a perfusão tissular prejudicada.

Dispneia significa “falta de fôlego”. É uma sensação subjetiva de desconforto respiratório, que consiste de sensações qualitativamente distintas e que variam em intensidade. Pode ser percebida de diferentes maneiras, como sensação de aperto no peito, sufocamento, falta de ar ou incapacidade de encher o pulmão de ar. Classifica-se como leve, moderada, moderadamente intensa ou intensa e é considerada um equivalente anginoso no que tange às manifestações da isquemia miocárdica. (KATO, 2003; MARTINS *et al.*, 2013; CIE, 2015). A disfunção ventricular esquerda pode ser evidenciada devido à presença de crepitações (ou estertores) pulmonares, que são mais comuns em lobos dependentes (direito e bases do pulmão esquerdo). Elas são causadas por reinflação súbita de grupos de alvéolos e aumento de fluido em pequenas vias aéreas. O som é como “esmagamento de papel celofane” e são mais ouvidos durante o fim da inspiração (LEWIS *et al.*, 2013; PERRY; POTTER; ELKIN, 2013).

A má perfusão tissular periférica pode ocorrer durante a fase inicial do IAM, devido à liberação de catecolaminas (noradrenalina e adrenalina) pelas células miocárdicas

isquêmicas - que resultam na liberação do glicogênio, em diaforese e na vasoconstrição dos vasos sanguíneos periféricos (ao exame físico, a pele do paciente estará cinzenta, pegajosa e fria) - ou então devido ao choque cardiogênico, que é uma grave complicação da doença decorrente da falha do ventrículo esquerdo (LEWIS *et al.*, 2013).

6.4.4 Comer e beber

Levando em consideração a influência das alterações cardiorrespiratórias ocasionadas pelo IAM em todo o restante do organismo, vale ressaltar que outros sinais e sintomas equivalentes da isquemia miocárdica podem aparecer nos demais órgãos. Diante do desconhecimento das manifestações inespecíficas da doença, essas podem passar despercebidas, a exemplo das dores advindas da irradiação da isquemia miocárdica no estômago e maxilar, além das náuseas, vômitos, pirose, eructação e dispepsia.

Segundo o Modelo de Atividades de Vida, comer e beber configura-se como uma atividade prazerosa, ligada à diversidade cultural e ambiental e está relacionada com o crescimento e com a manutenção do organismo (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001). Durante a ocorrência do IAM podem surgir manifestações gastrointestinais relacionadas à essa atividade de vida e a origem dessas manifestações está, sobretudo, na irradiação da dor isquêmica miocárdica.

O desconforto torácico no IAM pode irradiar-se para o pescoço, mandíbula, dentes, braços, ombros e na região epigástrica. Isso reflete a origem comum dos neurônios sensoriais que suprem o coração e essas áreas a partir do corno posterior da medula espinhal. A importância dos sinais e sintomas gastrointestinais nas pessoas acometidas pelo IAM demonstra-se até no diagnóstico diferencial de pacientes com dor torácica, porém sem IAM, como nos casos de refluxo gastresofágico, distúrbios da motilidade esofágica, úlcera péptica e cálculos biliares (LOSCALZO, 2014).

No estudo realizado por Grosmaître *et al.* (2013) com uma população de 255 idosos franceses diagnosticados com IAM e idade maior ou igual a 75 anos, foi identificado

que os sintomas digestivos como apresentação atípica da doença estavam presentes em 9,8% da amostra.

A dor esofágica causada pelo refluxo de ácido no estômago, espasmo, obstrução ou lesão no geral, é difícil de ser diferenciada da dor torácica isquêmica da síndrome coronariana aguda, pois o coração compartilha inervações vagais eferentes com o esôfago. Além disso, a dor esofágica ou abdominal também pode estar relacionada ao IAM de parede inferior durante o infarto de ventrículo direito, sendo ela um equivalente anginoso da isquemia miocárdica (HESS, 2002; LOSCALZO, 2014).

A dor irradiada no maxilar/dentes/mandíbula verificada em pessoas acometidas pelo IAM ocorre devido a distribuição nociceptiva visceral cardíaca através da convergência com os aferentes do nervo trigêmeo no segmento cefálico, excitando os neurônios trigeminais de segunda ordem que também veiculam informações sensoriais provenientes dos dentes. Diante disso, a dor cardíaca pode ser interpretada como dor dos dentes ou da face. Caracterizada como forte à fortíssima e a palpação dos músculos mastigatórios não altera a dor (diagnóstico diferencial para dor por disfunção temporomandibular) (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2012).

As náuseas e vômitos manifestados como sinais e sintomas atípicos da isquemia miocárdica ocorrem devido à estimulação reflexa do centro do vômito pela dor ou devido a reflexos vasovagais iniciados na área do miocárdio infartado (LEWIS *et. al.*, 2013).

6.4.5 Eliminar

A eliminação é parte integrante das atividades diárias, sendo uma atividade privada com o objetivo de liberação dos produtos dos processos metabólicos. No organismo humano, prioriza-se a eliminação urinária e fecal. A eliminação e urina libera o excesso de líquidos e de químicos nela dissolvidos durante 24 horas. A eliminação de fezes liberta o corpo da celulose não digerida e da alimentação não absorvida, além das células endoteliais, secreções intestinais, água e bactérias. Diante disso, para a eliminação adequada faz-se necessário o pleno funcionamento dos sistemas defecatório e urinário de forma simultânea com os respectivos nervos sensoriais e motores. Essa atividade de vida está intimamente relacionada com as atividades

“mobilizar-se” (capacidade de chegar até o sanitário) e com a de “higiene pessoal e vestir-se” (hábitos de higiene após a eliminação) (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

No que tange à pessoa acometida pelo IAM, a atividade de vida de eliminação urinária ficará comprometida devido a hipoperfusão renal (advinda da diminuição do débito cardíaco e da pressão arterial) em decorrência da depressão da contratilidade miocárdica causada pela isquemia e do possível choque cardiogênico como complicação da doença (LOSCALZO, 2014).

A perfusão renal adequada deve produzir, no mínimo, 400 ml de urina em 24 horas ou 20 ml de urina por hora. O choque causa prejuízos na perfusão renal na medida em que reduz o débito urinário para menos que 20 ml por hora. Essa hipoperfusão pode ocasionar necrose tubular aguda e insuficiência renal aguda. Em relação aos prejuízos do choque para a eliminação intestinal, a vasoconstrição compensatória em decorrência da diminuição do débito cardíaco pode resultar em isquemia da mucosa intestinal com consequente gangrena da parede do intestino. Essa lesão pode resultar em destruição tecidual com translocação bacteriana para o abdome e, conseqüentemente, na circulação sistêmica (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

6.4.6 Higiene pessoal e vestir-se

Essa atividade de vida refere-se aos hábitos da higiene diária da pele com água e sabão, limpeza da cavidade oral, cuidados com os cabelos e com o vestuário. Além disso, o nível individual de capacidade física também irá determinar se a atividade de vida relacionada à higiene e à vestimenta poderá ser executada adequadamente de acordo com o nível de independência compatível com a faixa etária (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

Na pessoa acometida pelo IAM poderá ocorrer a diminuição da capacidade de execução da atividade de vida diária relacionada ao autocuidado devido ao comprometimento cardiorrespiratório causado pela doença. Além disso, alguns sinais e sintomas da isquemia miocárdica e do choque cardiogênico podem causar desconforto físico relacionado às condições da umidade da pele e da capacidade de

se higienizar advinda da dor irradiada da isquemia (diaforese e dor ou desconforto no braço). Durante a fase inicial do IAM, as células miocárdicas isquêmicas liberam catecolaminas (noradrenalina e adrenalina). Isso resulta na liberação do glicogênio, em diaforese e na vasoconstrição dos vasos sanguíneos periféricos. Ao exame físico, a pele do paciente estará cinzenta, pegajosa (devido à produção aumentada de suor) e fria (LEWIS *et al.*, 2013).

O desconforto nos membros superiores é umas das manifestações atípicas do IAM e também é considerado um equivalente não anginoso da isquemia miocárdica. É originado das informações nociceptivas veiculadas pelo coração em isquemia via fibras nervosas aferentes que trafegam através do sistema nervoso neurovegetativo simpático até o corno posterior da substância cinzenta da medula espinhal. Manifesta-se pois a dor visceral do infarto está associada a intensos fenômenos neurovegetativos e causa hiperalgesia no dermatomo T1 (partes mediais dos membros superiores) (NETO, 2009).

6.4.7 Controlar a temperatura do corpo

As pessoas, na maior parte do tempo, não têm consciência da atividade de vida “controlar a temperatura do corpo”. Esse controle é conseguido mediante um fino equilíbrio do centro regulador do hipotálamo cerebral no nível do calor produzido e liberado pelo corpo. A regulação da temperatura é efetuada mediante a perda ou o ganho de calor. A perda de calor pode ocorrer devido à radiação, convecção e evaporação através da pele, além de inatividade muscular e vasodilatação. O ganho de calor ocorre mediante os processos metabólicos, exercício ou tremores (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

Na pessoa acometida pelo IAM, a sensação de calor é uma das suas manifestações atípicas, sendo também um equivalente não doloroso da isquemia (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2012). A pele fria característica do choque cardiogênico também está relacionada aos mecanismos compensatórios que ocorrem nessa complicação, como a ativação do sistema nervoso autônomo e do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Essas ativações promovem aumento da frequência cardíaca,

vasoconstrição reflexa, retenção de sódio e água, e elevam o consumo miocárdico de oxigênio (KNOBEL, 1999).

6.4.8 Mobilizar-se

Todo o comportamento associado às atividades de vida implicam em movimento. Esses movimentos estão relacionados à prática de atividades físicas, à ergonomia, ao equilíbrio e à saúde do sistema musculoesquelético (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

O IAM é uma circunstância que interfere no sistema musculoesquelético e em suas vias associadas e que compromete a capacidade de um indivíduo mobilizar-se adequadamente, sobretudo em decorrência dos sinais, sintomas e complicações associados a essa doença (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001). Fadiga, fraqueza, tremor e intolerância à atividade são sintomas inespecíficos do IAM e evidenciam a redução na capacidade de bombeamento do coração (LOSCALZO, 2014).

McSweeney *et. al.* (2010) em um estudo de análise secundária com 1270 mulheres que tiveram IAM nos EUA, evidenciaram que 48,6% das mulheres do grupo classificado com sintomas caracterizados como “leves” apresentou como pródromos da doença um cansaço extremo e uma fadiga incomum.

Andersson, Borglin e Wilman (2013) estudaram a respeito da experiência de 17 adultos com menos de 55 anos que tiveram IAM através de uma pesquisa fenomenológica na Suécia. Eles relataram que após a sobrevivência à doença, havia uma intensa fadiga física e mental relacionada à dificuldade da realização das atividades que faziam anteriormente. Além disso, evidenciaram que diante de um IAM, independentemente da idade em que ocorra, há um grave perigo relacionado à vida diária do paciente, deixando-o em uma situação cotidiana incerta e vulnerável. Os autores analisaram as narrativas dos participantes infartados jovens durante o primeiro ano após o IAM e estes descreveram o evento como uma experiência traumática, acompanhada de um cansaço anormal e de emoções como medo e ansiedade. As experiências dos participantes do estudo foram interpretadas como um processo de transição, onde há a busca do sentido a respeito da vida e dos eventos

de risco que a ameacem. O esgotamento físico e mental experienciado pelos indivíduos que sofreram o IAM exerceu um grande impacto sobre a vida diária destes e de seus familiares.

O IAM traz, além das repercussões clínicas, modificações significantes na qualidade de vida após a ocorrência do evento agudo. O comprometimento da qualidade de vida desses pacientes dá-se, sobretudo, devido às limitações na realização das atividades cotidianas. Dodson *et. al.* (2012) avaliou a incidência da perda de independência e o declínio da função física após um ano de hospitalização em 2002 pacientes que sofreram o IAM nos EUA, visando identificar pacientes vulneráveis ao declínio do estado de saúde após a doença. 43% dos pacientes estudados experimentaram declínio na sua situação de saúde; 12,8% perderam sua independência; 15,2% tiveram declínio da função física; e 15% apresentaram declínio nesses dois últimos, concomitantemente. Kamper *et. al.* (2005) em um estudo de análise secundária com 5804 indivíduos entre 70 e 82 anos de idade que apresentavam algum fator de risco ou história de doença vascular isquêmica, concluíram que eventos vasculares, como o IAM, foram contribuintes relevantes no declínio funcional observado na população de idosos com fatores de risco para doenças cardiovasculares, onde houve um comprometimento nas atividades de vida diária dessa população.

Em um estudo de coorte de base populacional realizado por Levine *et. al.* (2014) com participantes que tiveram limitações funcionais e cognitivas após a hospitalização por AVC (n = 432) e por IAM (n = 450), foi evidenciado que a maior parte das internações hospitalares por essas doenças foram associadas com aumentos significativos na incapacidade funcional dos pacientes no momento do evento e na década posterior. A incapacidade funcional avaliada referiu-se às atividades de vida diária - AVD (caminhar, vestir-se, banhar-se, comer e ir da cama para o banheiro) e às atividades instrumentais de vida diária – AIVD (preparar uma refeição quente, fazer compras no supermercado, realizar chamadas telefônicas, ingerir medicamentos e administrar o próprio dinheiro).

6.4.9 Trabalhar e distrair-se

De acordo com Roper, Logan e Tierney (2001) trabalhar é a palavra mais utilizada para descrever a atividade remunerada principal de uma pessoa. É executada para que os indivíduos e suas famílias satisfaçam suas necessidades de vida. Além do trabalho, a atividade de vida “trabalhar e distrair-se” também inclui os momentos de “não-trabalho” do indivíduo, chamados de distração. Refere-se ao lazer, a descontração, diversão, exercício e férias (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

O IAM traz sinais e sintomas inespecíficos e de caráter emocional que podem se manifestar nos pródromos da doença, na fase aguda ou após o estabelecimento da lesão miocárdica e que repercutem na capacidade do indivíduo em ter disposição para trabalhar e/ou para se distrair. Entre eles, citam-se: inquietação; ansiedade; estresse; angústia; desesperança; má adaptação; insegurança; desespero; frustração; isolamento social; culpa; e tristeza.

A ansiedade aguda pode agravar a dispneia manifestada durante o IAM, pois ela altera a interpretação dos estímulos sensoriais ou pode gerar padrões respiratórios que acentuam as anormalidades do sistema pulmonar (LOSCALZO, 2014). A ansiedade é um dos focos do tratamento clínico do IAM, sendo aliviada por meio da administração de morfina endovenosa que atua como venodilatador e reduz a pré-carga do ventrículo esquerdo, diminuindo a resistência vascular sistêmica. Além disso, atua também como analgésico sobre o Sistema Nervoso Central, reduzindo a ação do Sistema Nervoso Simpático (CANESIN; TIMERMAN, 2013).

O estresse é uma reação do organismo que ocorre frente a situações que exijam dele adaptações além do seu limite. As respostas cardiovasculares ao estresse resultam da ação do sistema nervoso simpático e manifesta-se como taquicardia, aumento da contratilidade miocárdica, do débito cardíaco e hipertensão arterial. O estresse mental aumenta a ativação plaquetária, a viscosidade sanguínea e reduz agudamente o volume circulante plasmático. Além dos efeitos clínicos, o estresse leva ao isolamento social pós-infarto e à precipitação de eventos cardíacos agudos, como o infarto agudo do miocárdio. A atividade mental mostra-se tão relevante quanto a atividade física em determinar isquemia miocárdica transitória, tendo correlação importante com o ritmo circadiano do indivíduo (LOURES, *et al.*, 2002; SELYE, 1936 *apud* SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010).

Um estudo prospectivo realizado com 168 pacientes (60 com IAM; 49 com doença cardiovascular, mas sem IAM; e 59 sem doença cardiovascular) entre 35 a 60 anos de idade, no Rio Grande do Sul, evidenciou que destes, 48,3% da amostra acometida pelo IAM teve o diagnóstico de depressão. Entretanto, os resultados sugeriram que nesses pacientes coronariopatas, os transtornos de depressão não foram, necessariamente, desencadeados pelo IAM, mas já estavam presentes antes da admissão hospitalar. Foi discutido, também, que a depressão surge como um fator de risco para o desenvolvimento da doença, assim como a obesidade (LEMOS *et. al.*, 2008).

A pesquisa descritiva realizada em Fortaleza por Santos e Araújo (2003), com 69 pacientes internados na unidade coronariana em decorrência do IAM e com idade entre 60 e 80 anos investigou, qualitativamente, a respeito do significado do infarto para essas pessoas, as alterações emocionais por elas experienciadas, as modificações na vida funcional de cada uma delas, no relacionamento familiar e nos seus planos de vida. 16% desses pacientes, relataram o IAM como um acontecimento que gera sentimentos negativos e 13% como um acontecimento que gerou dor e sofrimento. O adoecimento relacionado ao coração desencadeia um intenso sofrimento emocional relacionado ao medo da morte, da invalidez, do desconhecido, da solidão e pode resultar em depressão e angústia, comprometendo ainda mais o quadro clínico instalado, agravando o prognóstico e dificultando o sucesso do plano terapêutico e assistencial adotado (SANTOS; ARAÚJO, 2003).

6.4.10 Expressar sexualidade

Além das diferenças biológicas, a expressão da sexualidade relaciona-se com a diversidade sociocultural de cada indivíduo (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001). As alterações orgânicas causadas pelo IAM também interferem na dimensão sexual da pessoa acometida. André e Maria (2013) realizaram um estudo exploratório através de uma revisão integrativa da literatura a fim de investigar o principal diagnóstico de enfermagem associado ao comprometimento da vida sexual do indivíduo que vivenciou o processo de isquemia miocárdica. Como resultados, encontraram que o diagnóstico de “disfunção sexual” foi o mais prevalente na literatura e relacionou-se

às dificuldades físicas para a atividade sexual e às reações emocionais e sociais advindas da doença e do tratamento medicamentoso.

Segundo Andersson, Borglin e Wilman (2013) um dos principais achados do estudo realizado com 17 adultos com menos de 55 anos que tiveram IAM na Suécia foi a fonte de ansiedade após o IAM relacionada ao medo do esforço físico, durante a relação sexual com o cônjuge. Os participantes descreveram o impacto negativo do medo de sentir-se incapaz na realização da atividade sexual e de retomar a normalidade da vida conjugal, o que poderia levar a um sentimento de inutilidade, apesar de continuarem sentindo as emoções envolvidas no ato e si.

6.4.11 Dormir

O sono faz parte das atividades de vida pois, embora o organismo esteja em seu mais alto grau de descanso, o corpo continua a funcionar em estado reduzido. Os fatores biológicos também podem influenciar o ciclo do sono (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

Laks e Teles (2014) realizaram uma revisão a respeito da associação entre a insônia e a doença cardiovascular na literatura e identificaram que a associação entre elas é crescente, entretanto, na maior parte dos estudos encontrados, a depressão também apareceu como uma das causas da insônia em paciente com doenças cardíacas. Conceitua-se insônia como uma condição predominantemente clínica, sendo a percepção subjetiva de insatisfação na quantidade ou qualidade do sono, alterando o humor e a qualidade de vida do indivíduo.

Andrechuk e Ceolim (2015) realizaram um estudo descritivo em um grande hospital universitário brasileiro com 113 pacientes internados com IAM com idade superior a 18 anos. O objetivo dessa pesquisa foi analisar a relação entre o agravamento dos resultados clínicos (morte cardiovascular, eventos isquêmicos cardiovasculares recorrentes e AVC) e qualidade do sono, sonolência diurna e de risco para a síndrome da apnéia obstrutiva do sono em pacientes internados em unidades de cuidados cardíacos, devido ao IAM. Como resultados, foi evidenciado que ocorreu um agravamento da condição clínica dos pacientes em 12,4% dos casos que não tinham

um sono adequado, o que implicou na piora do quadro de cada um deles, afetando negativamente o processo de recuperação.

6.4.12 Morrer

Para a maioria das pessoas a morte é acompanhada de um medo intenso e associa-se diretamente com a dor e a perda. Envolve inúmeras reações emocionais, como a descrença, o desespero, a raiva, a negação, a vergonha, a culpa, o ressentimento, o medo, a ansiedade e a depressão. Essa atividade de vida tem total relação com um dos conceitos do Modelo de Roper, Logan e Tierney (2001), a “duração da vida”. A duração da vida é representada por uma linha unidirecional que vai do nascimento até a morte (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2011).

No estudo de Anderson, Borglin e Wilman (2013) o medo foi relatado pelos participantes como uma “constante companhia”. A consciência do próprio processo de morrer e a noção de fragilidade da vida associavam-se ao medo da morte e de um novo episódio de IAM. Esse medo da morte esteve relacionado à desassistência que seus filhos teriam e a incapacidade de vê-los crescer e de participar dos seus planos de vida e sonhos.

Segundo Garcia *et. al.* (2013), através de uma pesquisa descritiva, qualitativa e exploratória realizada com 18 pessoas que eram familiares de pacientes pós-IAM em acompanhamento ambulatorial no Sul do Brasil, foi evidenciado que a doença afetou a dinâmica familiar, ocasionando o aparecimento dos sentimentos relacionados ao medo da morte, como angústia e aflição.

6.5 Elaboração dos enunciados de intervenções de enfermagem

A partir dos 44 diagnósticos/resultados de enfermagem, foram construídos, na quarta etapa, 128 enunciados de intervenções de enfermagem para a assistência à pessoa acometida pelo IAM segundo as alterações nas atividades de vida, conforme Quadro 4 (abaixo).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM
Atividade de vida: manter um ambiente seguro		
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acompanhar durante a mobilização no leito e/ou deambulação 2. Aconselhar a não ficar em posição ortostática sem auxílio dos profissionais de enfermagem e/ou acompanhantes 3. Aconselhar o acompanhante a comunicar qualquer alteração sensorial 4. Atenuar ruídos ambientais 5. Avaliar nível de consciência após a queda 6. Conter no leito nos casos de rebaixamento do nível de consciência com agitação psicomotora e explicar a importância para o acompanhante 7. Manter seguro no leito por meio da elevação das grades de proteção 8. Elevar os membros inferiores se constatado desmaio por hipotensão 9. Garantir a permeabilidade das vias aéreas durante a ocorrência do desmaio 	
Atividade de vida: comunicar		
	<ol style="list-style-type: none"> 10. Acompanhar durante a mobilização no leito e/ou deambulação 11. Aconselhar a não ficar em posição ortostática sem auxílio dos profissionais de enfermagem e/ou acompanhantes 12. Alimentar de acordo com sua capacidade de deglutir e seu nível de consciência 13. Avaliar o risco de quedas 14. Avaliar nível de consciência 15. Elevar a cabeceira do leito de 30 a 45° 16. Manter seguro no leito por meio da elevação das grades de proteção 17. Verificar a ocorrência de sinais e sintomas de aumento da pressão intracraniana (náuseas, vômitos, alterações pupilares e rebaixamento do nível de consciência) 	
Atividade de vida: respirar		
	<ol style="list-style-type: none"> 18. Auscultar as bulhas cardíacas 19. Auscultar os sons respiratórios 20. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades 21. Avaliar a descrição de dor anginosa 22. Avaliar a pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 23. Avaliar o nível de consciência 24. Avaliar o ritmo cardíaco mostrado no monitor multiparamétrico 	

Continuação (Quadro 4)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM
Atividade de vida: respirar		
	25. Controlar o débito urinário 26. Instalar cateter urinário 27. Instalar oxigenoterapia 28. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45° 29. Manter as vias aéreas pérvias 30. Monitorar a ocorrência de arritmias e instabilidade hemodinâmica 31. Monitorar glicose sanguínea 32. Monitorar risco de quedas 33. Monitorar sinais e sintomas de baixo débito cardíaco (alteração do nível de consciência, hipotensão ou choque, congestão pulmonar e dor torácica anginosa) 34. Promover privacidade e ambiente tranquilo 35. Realizar balanço hídrico	
	36. Avaliar as bulhas cardíacas 37. Avaliar os sons respiratórios 38. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades 39. Avaliar a pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 40. Avaliar o nível de consciência 41. Instalar cateter urinário 42. Instalar oxigenoterapia 43. Investigar a presença de dor torácica 44. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45° 45. Realizar balanço hídrico	
	46. Auscultar as bulhas cardíacas 47. Auscultar os sons respiratórios 48. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades 49. Avaliar a pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 50. Controlar a ingesta hídrica 51. Instalar oxigenoterapia 52. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45° 53. Manter vias aéreas pérvias	
	54. Auscultar bulhas e o ritmo cardíaco 55. Auscultar os sons respiratórios 56. Avaliar a intensidade, localização e o tempo da dor 57. Avaliar pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 58. Avaliar o nível de consciência 59. Investigar a satisfação com o controle medicamentoso da dor	

Continuação (Quadro 4)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM
Atividade de vida: respirar		
	60. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45° 61. Manter o ambiente calmo e tranquilo 62. Realizar eletrocardiograma de 12 derivações no leito	
	63. Avaliar frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 64. Iniciar a ressuscitação cardiopulmonar precoce 65. Treinar a equipe de enfermagem a respeito dos cuidados no suporte avançado de vida	
	66. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades 67. Instalar oxigenoterapia 68. Monitorar a frequência e a profundidade das respirações 69. Monitorar a saturação de oxigênio	
Atividade de vida: comer e beber		
	70. Auscultar os ruídos hidroaéreos 71. Estimular ingestão de líquidos ou alimentos 72. Encorajar a ingestão de pequenas quantidades de alimento 73. Obter dados sobre o apetite 74. Pesquisar uma vez ao dia, em jejum	
	75. Auxiliar na realização da higiene oral 76. Manter o ambiente sem estímulos luminosos, sonoros e olfativos de grande intensidade	
	77. Avaliar o turgor da pele 78. Verificar as características do vômito (quantidade, cor, consistência e frequência) 79. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45°	

Continuação (Quadro 4)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM
Atividade de vida: eliminar		
	80. Avaliar o débito urinário 81. Controlar a diurese 82. Controlar a ingesta hídrica 83. Instalar cateter urinário, se necessário 84. Realizar balanço hídrico	
Atividade de vida: higiene pessoal e vestir-se		
	85. Auxiliar durante a troca de roupas 86. Auxiliar na higiene corporal e oral 87. Encaminhar para banho de aspersão com auxílio de cadeira de rodas 88. Estimular mobilidade física no leito 89. Facilitar a capacidade para comunicar necessidades e sentimentos 90. Monitorar condições cardíaca e respiratória 91. Solicitar avaliação do serviço de terapia ocupacional 92. Solicitar avaliação do serviço de fisioterapia	
	93. Auxiliar na higiene corporal e oral 94. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades 95. Avaliar a pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 96. Investigar as causas da sudorese 97. Monitorar a função cardiovascular	
Atividade de vida: controlar a temperatura do corpo		
	98. Avaliar a pressão arterial, ritmo e frequência de pulso, frequência cardíaca e a frequência e profundidade das respirações 99. Avaliar a temperatura da pele 100. Avaliar a umidade da pele 101. Identificar a presença de cianose de extremidades 102. Monitorar a temperatura na região axilar	
Atividade de vida: mobilizar-se		
	103. Auxiliar na higiene corporal e oral 104. Solicitar avaliação do serviço de fisioterapia 105. Solicitar avaliação do serviço de terapia ocupacional 106. Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos 107. Investigar as causas da fraqueza 108. Manter o ambiente sem estímulos luminosos, sonoros e olfativos de grande intensidade 109. Estimular mobilidade física no leito 110. Solicitar avaliação do serviço de fisioterapia	

Continuação (Quadro 4)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM
Atividade de vida: trabalhar e distrair-se		
	111. Demonstrar técnicas de relaxamento	
	112. Solicitar avaliação do serviço de psicologia	
	113. Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos	
	114. Promover arteterapia em parceria com o serviço de terapia ocupacional	
	115. Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos	
	116. Identificar condição psicossocial	
	117. Apoiar as crenças e ritos espirituais	
	118. Solicitar presença contínua do acompanhante	
Atividade de vida: exprimir sexualidade		
	119. Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos	
	120. Obter dados sobre o comportamento sexual	
Atividade de vida: dormir		
	121. Agrupar os horários para os procedimentos de enfermagem, evitando a interrupção do sono noturno	
	122. Estimular a verbalização de sentimentos	
	123. Instruir sobre a importância do sono noturno para sua recuperação	
	124. Manter o ambiente sem estímulos luminosos, sonoros e olfativos de grande intensidade	
	125. Proporcionar conforto no leito	
	126. Promover privacidade durante procedimentos	
Atividade de vida: morrer		
	127. Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado	
	128. Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos	

Quadro 4: Enunciados de intervenções de enfermagem separados segundo as repercussões nas atividades de vida da pessoa acometida pelo IAM de acordo com a CIPE®.

Para elaboração dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem utilizaram-se os termos constantes no Modelo Sete Eixos da CIPE® 2015, sendo 33 termos do eixo “Ação”, 01 termo do eixo “Cliente”, 28 termos do eixo “Foco”, 05 termos do eixo “Julgamento”; 05 termos do eixo “Meios”, 04 termos do eixo “Localização” e 02 termos do eixo “Tempo” e aplicaram-se 12 termos não constantes na CIPE® 2015, conforme Quadro 5, abaixo.

EIXO	TERMOS CONSTANTES NO MODELO DE SETE EIXOS CIPE® VERSÃO 2015	TERMOS NÃO-CONSTANTES NO MODELO DE SETE EIXOS CIPE® VERSÃO 2015
AÇÃO	Acompanhar; Aconselhar; Agrupar; Alimentar; Atenuar; Auscultar; Auxiliar; Avaliar; Conter; Controlar; Demonstrar; Elevar; Encaminhar; Encorajar; Estimular; Facilitar; Garantir; Higiene; Identificar; Instalar; Instruir; Investigar; Manter; Monitorar; Obter; Pesquisar; Promover; Proporcionar; Realizar; Solicitar; Ressuscitação cardiopulmonar; Treinar; Verificar.	
CLIENTE	Família.	Acompanhante; Equipe de enfermagem
FOCO	Ansiedade; Arritmia; Autocuidado; Conforto; Confusão; Débito cardíaco; Desmaio; Dispneia; Dor; Emoção negativa; Fadiga; Fraqueza; Frequência cardíaca; Frequência respiratória; Função renal; Glicose sanguínea; Insônia; Medo da morte; Náusea; Percepção sensorial; Perfusão tissular; Pressão intracraniana; Processo do sistema gastrointestinal; Processo sexual; Suor; Temperatura; Termorregulação; Vômito.	Ruídos hidroaéreos.
JULGAMENTO	Aumentado; Ausente; Diminuído; Prejudicado; Presente.	
MEIOS	Alimento; Cadeira de rodas; Cateter urinário; Oxigenoterapia; Serviço de terapia ocupacional.	Banho de aspersão; Eletrocardiograma; Grades do leito; Hídrico; Leito; Monitor multiparamétrico; Serviço de psicologia.
LOCALIZAÇÃO	Corpo; Peito; Região axilar.	Oral.
TEMPO	Contínuo; Dia.	Noturno.

Quadro 5: Termos constantes e não-constantos utilizados na elaboração do subconjunto terminológico para a pessoa acometida pelo IAM.

6.6 Validação dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem

Para o conhecimento a respeito do perfil dos 22 enfermeiros especialistas, estes preencheram um instrumento que trouxe as seguintes características: sexo; idade; unidade federativa de atuação profissional; titulação máxima (mestre ou doutor); ocupação atual; tempo de graduação; tempo de prática clínica; setor de atuação profissional; e uso da CIPE® na prática clínica.

Dos 22 especialistas, 36,36% tinham entre 20 e 35 anos de idade; 59,09% entre 36 e 51 anos e apenas 4,54% acima de 51 anos. 77,27% eram do sexo feminino e, 22,72% eram do sexo masculino. Em relação ao estado de atuação profissional, 45,45% referiram atuar no estado da Bahia; 31,81% no Espírito Santo; 18,18% no Rio de

Janeiro; e 4,54% no Ceará. 63,63% apresentaram a titulação máxima de mestre e 36,36% de doutor. 81,81% declararam-se docentes e 18,18% enfermeiros assistenciais. 68,18% referiram possuir mais de 10 anos de término da graduação de enfermagem e 31,81% menos de 10 anos. 77,27% referiram entre 3 e 18 anos de prática clínica e 22,72% entre 19 e 34 anos. Os setores de atuação durante a prática clínica dos especialistas foram unidades coronarianas (18,18%); unidades de terapia intensiva (31,81%); SAMU 192 (4,54%); unidades clínicas ou cirúrgicas dos hospitais (9,09%); e mais de um dos setores citados anteriormente (18,18%). 40,90% declararam usar a CIPE® na prática clínica e 59,09% nunca utilizaram a taxonomia durante a atuação profissional.

Após finalizar o primeiro momento de avaliação por parte dos especialistas, os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem foram tabulados e passaram no *software Microsoft Excel®* 2010, objetivando a identificação dos que iriam obter um Índice de Concordância $\geq 0,80$, conforme apresentado a seguir (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem e seus Índices de Validade de Conteúdo. Vitória, 2017.

Diagnósticos/resultados de enfermagem	IVC
Ansiedade	0,81
Ansiedade ausente	0,81
Arritmia	0,95
Arritmia ausente	0,95
Capacidade para executar o autocuidado prejudicada	0,81
Capacidade para executar o autocuidado adequada	0,81
Confusão	0,86
Confusão ausente	0,86
Débito cardíaco prejudicado	0,95
Débito cardíaco adequado	0,95
Desmaio	0,86
Desmaio ausente	0,86
Dispneia	0,95
Dispneia ausente	0,95
Dor irradiada	0,95
Dor irradiada ausente	0,95
Dor no peito	0,95
Dor no peito ausente	0,95
Emoção negativa	0,81
Emoção negativa ausente	0,81
Fadiga	0,81
Fadiga ausente	0,81
Função renal prejudicada	0,81
Função renal adequada	0,81
Insônia	0,81
Insônia ausente	0,81
Medo da morte	1
Medo da morte ausente	1
Náusea	0,86
Náusea ausente	0,86
Parada cardiorrespiratória	0,86
Parada cardiorrespiratória ausente	0,86
Perfusão tissular periférica prejudicada	0,95
Perfusão tissular periférica adequada	0,95

Continua

Continuação	
Diagnósticos/resultados de enfermagem	IVC
Processo do sistema gastrointestinal prejudicado	0,77
Processo do sistema gastrointestinal adequado	0,77
Processo sexual prejudicado	0,63
Processo sexual adequado	0,63
Suor aumentado	0,68
Suor diminuído	0,68
Termorregulação prejudicada	0,63
Termorregulação adequada	0,63
Vômito	0,72
Vômito ausente	0,72

Fonte: Dados da pesquisa.

O resultado da validação de conteúdo pelos especialistas, levando-se em consideração o ponto de corte - $IVC \geq 0,80$ - para o consenso dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem que serão incluídos no Subconjunto Terminológico CIPE® para a Pessoa Acometida pelo Infarto Agudo do Miocárdio, resultou que dos 44 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem encaminhados para validação de conteúdo, 34 (77,27%) alcançaram o $IVC \geq 0,80$ e, 10 (22,7%) obtiveram um $IVC < 0,80$.

Foram apresentadas no quadro 6 sugestões de diagnósticos/resultados de enfermagem por alguns especialistas, sendo estas analisadas e não acatadas (apesar de pertinentes) na medida em que os diagnósticos/resultados de enfermagem foram sugeridos separadamente, sem suas intervenções. Além disso, considerou-se que os termos utilizados para a construção dos diagnósticos/resultados de enfermagem desse trabalho foram extraídos da revisão integrativa da literatura e posteriormente mapeados com os termos do eixo foco da CIPE®.

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	SUGESTÕES	ALTERAÇÕES/JUSTIFICATIVAS
	Risco de queda	Não atendido, apesar de pertinente, pois esse diagnóstico/resultados não foi sugerido em conjunto com suas intervenções. Associa-se ao diagnóstico de confusão devido ao débito cardíaco diminuído e à má perfusão cerebral. Queda foi um dos termos encontrados na revisão integrativa.
	Risco de sangramento	Não foi atendido, pois o risco de sangramento ocorre durante a implementação do tratamento ao paciente com IAM (clínico ou mecânico) e não faz parte dos sinais, sintomas e complicações antes do tratamento.
Débito cardíaco prejudicado	Pressão sanguínea diminuída Risco de choque	Não atendido, apesar de pertinente, pois esse diagnóstico/resultados não foi sugerido em conjunto com suas intervenções. Estes diagnósticos são consequências diretas do débito cardíaco diminuído. Choque cardiogênico e a instabilidade hemodinâmica foram dos termos encontrados na revisão integrativa.
Dispneia	Troca de gases prejudicada Ventilação espontânea prejudicada	Não atendido, apesar de pertinente, pois esse diagnóstico/resultados não foi sugerido em conjunto com suas intervenções. Eles estão relacionados diretamente à dispneia. A insuficiência respiratória foi um dos termos encontrados na revisão integrativa.
Insônia	Sono e repouso prejudicados	Não atendido, apesar de pertinente, pois esse diagnóstico/resultados não foi sugerido em conjunto com suas intervenções. O termo “distúrbios do sono” foi encontrado na revisão integrativa.
Perfusão tissular periférica prejudicada	Perfusão tissular associada a falha no débito cardíaco	Não foi atendido, pois a para a elaboração de um diagnóstico CIPE® faz-se necessário um só termo do eixo foco e um termo do eixo julgamento. Nesse diagnóstico, há dois termos do eixo foco (perfusão tissular e débito cardíaco) e não há o termo julgamento sobre o foco.

Quadro 6: Processo de análise dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem sugeridos pelos especialistas.

Os diagnósticos/resultados de enfermagem com IVC \geq 0,80 foram classificados segundo o Modelo de Atividades de Vida de Roper, Logan e Tierney (2001) pela pesquisadora e suas orientadoras, considerando-se a experiência clínica dessas e o comprometimento das atividades de vida que são observadas cotidianamente nas pessoas acometidas pelo IAM. Essa classificação foi realizada para que fosse possível a elaboração das intervenções de enfermagem.

Vale ressaltar que os diagnósticos/resultados “processo do sistema gastrointestinal prejudicado” e “processo do sistema gastrointestinal adequado”; “processo sexual

prejudicado” e “processo sexual adequado”; “suor aumentado” e “suor diminuído”; “termorregulação prejudicada” e “termorregulação adequada”; “vômito” e “vômito ausente” não foram validados pelos especialistas e, dessa forma, as atividades de vida “controlar a temperatura do corpo” e “sexualidade” não foram contempladas no subconjunto terminológico após a validação.

6.7 Validação dos enunciados de intervenções de enfermagem

As intervenções de enfermagem foram elaboradas de acordo com a norma ISO 18.104:2014 – informática em saúde: estruturas categoriais para representação de diagnósticos de enfermagem e ações de enfermagem em sistemas terminológicos (ISO, 2014). Realizou-se o cálculo do IVC para a inclusão das intervenções que apresentaram um índice maior ou igual que 0,80 durante a validação pelos especialistas (Quadro 7).

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	IVC
Atividade de vida: manter um ambiente seguro		
	1. Acompanhar durante a mobilização no leito e/ou deambulação	0,81
	2. Aconselhar a não ficar em posição ortostática sem auxílio dos profissionais de enfermagem e/ou acompanhantes	0,81
	3. Aconselhar o acompanhante a comunicar qualquer alteração sensorial	0,95
	4. Atenuar ruídos ambientais	0,31
	5. Avaliar nível de consciência após a queda	0,77
	6. Conter no leito nos casos de rebaixamento do nível de consciência com agitação psicomotora e explicar a importância para o acompanhante	0,59
	7. Manter seguro no leito por meio da elevação das grades de proteção	0,95
	8. Elevar os membros inferiores se constatado desmaio por hipotensão	0,45
	9. Garantir a permeabilidade das vias aéreas durante a ocorrência do desmaio	0,81

Continuação (Quadro 7)

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	IVC
Atividade de vida: comunicar		
	10. Acompanhar durante a mobilização no leito e/ou deambulação	0,72
	11. Aconselhar a não ficar em posição ortostática sem auxílio dos profissionais de enfermagem e/ou acompanhantes	0,72
	12. Alimentar de acordo com sua capacidade de deglutir e seu nível de consciência	0,68
	13. Avaliar o risco de quedas	0,81
	14. Avaliar nível de consciência	0,95
	15. Elevar a cabeceira do leito de 30 a 45°	0,72
	16. Manter seguro no leito por meio da elevação das grades de proteção	0,81
	17. Verificar a ocorrência de sinais e sintomas de aumento da pressão intracraniana (náuseas, vômitos, alterações pupilares e rebaixamento do nível de consciência)	0,59
Atividade de vida: respirar		
	18. Auscultar as bulhas cardíacas	0,81
	19. Auscultar os sons respiratórios	0,63
	20. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades	0,77
	21. Avaliar a descrição de dor anginosa	0,68
	22. Avaliar a pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações	0,83
	23. Avaliar o nível de consciência	0,83
	24. Avaliar o ritmo cardíaco mostrado no monitor multiparamétrico	0,90
	25. Controlar o débito urinário	0,68
	26. Instalar cateter urinário	0,27
	27. Instalar oxigenoterapia	0,59
	28. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45°	0,72
	29. Manter as vias aéreas pérvias	0,81
	30. Monitorar a ocorrência de arritmias e instabilidade hemodinâmica	0,90
	31. Monitorar glicose sanguínea	0,50
	32. Monitorar risco de quedas	0,63
	33. Monitorar sinais e sintomas de baixo débito cardíaco (alteração do nível de consciência, hipotensão ou choque, congestão pulmonar e dor torácica anginosa)	0,86
	34. Promover privacidade e ambiente tranquilo	0,59
	35. Realizar balanço hídrico	0,63
	36. Avaliar as bulhas cardíacas	0,86
	37. Avaliar os sons respiratórios	0,77
	38. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades	0,95
	39. Avaliar a pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações	0,90
	40. Avaliar o nível de consciência	0,90
	41. Instalar cateter urinário	0,54
	42. Instalar oxigenoterapia	0,72
	43. Investigar a presença de dor torácica	0,95
	44. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45°	0,81
	45. Realizar balanço hídrico	0,81

Continuação (Quadro 7)

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	IVC
Atividade de vida: respirar		
	46. Auscultar as bulhas cardíacas	0,50
	47. Auscultar os sons respiratórios	0,95
	48. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades	1
	49. Avaliar a pressão arterial, ritmo e frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações	0,81
	50. Controlar a ingesta hídrica	0,50
	51. Instalar oxigenoterapia	0,90
	52. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45°	0,90
	53. Manter vias aéreas pèrvias	0,90
	54. Auscultar bulhas e o ritmo cardíaco	0,77
	55. Auscultar os sons respiratórios	0,63
	56. Avaliar a intensidade, localização e o tempo da dor	1
	57. Avaliar pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações	0,95
	58. Avaliar o nível de consciência	0,63
	59. Investigar a satisfação com o controle medicamentoso da dor	0,95
	60. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45°	0,86
	61. Manter o ambiente calmo e tranquilo	0,86
	62. Realizar eletrocardiograma de 12 derivações no leito	1
	63. Avaliar frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações	0,72
	64. Iniciar a ressuscitação cardiopulmonar precoce	0,95
	65. Treinar a equipe de enfermagem a respeito dos cuidados no suporte avançado de vida	0,77
	66. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades	1
	67. Instalar oxigenoterapia	0,95
	68. Monitorar a frequência e a profundidade das respirações	0,77
	69. Monitorar a saturação de oxigênio	1

Continuação (Quadro 7)

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	IVC
Atividade de vida: comer e beber		
	70. Auscultar os ruídos hidroaéreos	0,86
	71. Estimular ingestão de líquidos ou alimentos	0,63
	72. Encorajar a ingestão de pequenas quantidades de alimento	0,77
	73. Obter dados sobre o apetite	0,77
	74. Pesar uma vez ao dia, em jejum	0,54
	75. Auxiliar na realização da higiene oral	0,81
	76. Manter o ambiente sem estímulos luminosos, sonoros e olfativos de grande intensidade	0,77
	77. Avaliar o turgor da pele	0,68
	78. Verificar as características do vômito (quantidade, cor, consistência e frequência)	0,95
	79. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45°	0,90
Atividade de vida: eliminar		
	80. Avaliar o débito urinário	0,90
	81. Controlar a diurese	0,77
	82. Controlar a ingesta hídrica	0,63
	83. Instalar cateter urinário, se necessário	0,81
	84. Realizar balanço hídrico	1
Atividade de vida: higiene pessoal e vestir-se		
	85. Auxiliar durante a troca de roupas	0,90
	86. Auxiliar na higiene corporal e oral	0,95
	87. Encaminhar para banho de aspersão com auxílio de cadeira de rodas	0,81
	88. Estimular mobilidade física no leito	0,90
	89. Facilitar a capacidade para comunicar necessidades e sentimentos	0,86
	90. Monitorar condições cardíaca e respiratória	0,77
	91. Solicitar avaliação do serviço de terapia ocupacional	0,54
	92. Solicitar avaliação do serviço de fisioterapia	0,59
	93. Auxiliar na higiene corporal e oral	0,81
	94. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades	0,77
	95. Avaliar a pressão arterial, ritmo e frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações	0,90
	96. Investigar as causas da sudorese	0,95
	97. Monitorar a função cardiovascular	0,86
Atividade de vida: controlar a temperatura do corpo		
	98. Avaliar a pressão arterial, ritmo e frequência de pulso, frequência cardíaca e a frequência e profundidade das respirações	0,81
	99. Avaliar a temperatura da pele	1
	100. Avaliar a umidade da pele	0,90
	101. Identificar a presença de cianose de extremidades	0,86
	102. Monitorar a temperatura na região axilar	0,86

Continuação (Quadro 7)

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	IVC
Atividade de vida: mobilizar-se		
	103.Auxiliar na higiene corporal e oral	0,77
	104.Solicitar avaliação do serviço de fisioterapia	0,77
	105.Solicitar avaliação do serviço de terapia ocupacional	0,63
	106.Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos	0,54
	107.Investigar as causas da fraqueza	0,68
	108.Manter o ambiente sem estímulos luminosos, sonoros e olfativos de grande intensidade	0,86
	109.Estimular mobilidade física no leito	0,50
	110.Solicitar avaliação do serviço de fisioterapia	0,81
Atividade de vida: trabalhar e distrair-se		
	111.Demonstrar técnicas de relaxamento	0,72
	112.Solicitar avaliação do serviço de psicologia	0,90
	113.Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos	1
	114.Promover arteterapia em parceria com o serviço de terapia ocupacional	0,72
	115.Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos	0,95
	116.Identificar condição psicossocial	0,77
	117.Apoiar as crenças e ritos espirituais	0,77
	118.Solicitar presença contínua do acompanhante	0,72
Atividade de vida: exprimir sexualidade		
	119.Facilitar capacidade para comunicar sentimentos	0,81
	120.Obter dados sobre o comportamento sexual	0,72
Atividade de vida: dormir		
	121.Agrupar os horários para os procedimentos de enfermagem, evitando a interrupção do sono noturno	0,95
	122.Estimular a verbalização de sentimentos	0,77
	123.Instruir sobre a importância do sono noturno para sua recuperação	0,81
	124.Manter o ambiente sem estímulos luminosos, sonoros e olfativos de grande intensidade	0,95
	125.Proporcionar conforto no leito	0,95
	126.Promover privacidade durante procedimentos	0,54
Atividade de vida: morrer		
	127.Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado	1
	128.Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos	1

Quadro 7: Enunciados de intervenções de enfermagem separados segundo as repercussões nas atividades de vida da pessoa acometida pelo IAM de acordo com a CIPE® e o índice de validação de conteúdo de cada uma delas segundo a avaliação dos especialistas.

Os enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem elaborados pela autora e validados pelos especialistas seguem abaixo (Quadro 8).

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Atividade de vida: manter um ambiente seguro	
	1. Acompanhar durante a mobilização no leito e/ou deambulação 2. Aconselhar a não ficar em posição ortostática sem auxílio dos profissionais de enfermagem e/ou acompanhantes 3. Aconselhar o acompanhante a comunicar qualquer alteração sensorial 4. Manter seguro no leito por meio da elevação das grades de proteção 5. Garantir a permeabilidade das vias aéreas durante a ocorrência do desmaio
Atividade de vida: comunicar	
	6. Avaliar o risco de quedas 7. Avaliar nível de consciência 8. Manter seguro no leito por meio da elevação das grades de proteção
Atividade de vida: respirar	
	9. Auscultar as bulhas cardíacas 10. Avaliar a pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 11. Avaliar o nível de consciência 12. Avaliar o ritmo cardíaco mostrado no monitor multiparamétrico 13. Manter as vias aéreas pérvias 14. Monitorar a ocorrência de arritmias e instabilidade hemodinâmica 15. Monitorar sinais e sintomas de baixo débito cardíaco (alteração do nível de consciência, hipotensão ou choque, congestão pulmonar e dor torácica anginosa)
	16. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades 17. Avaliar a pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 18. Avaliar o nível de consciência 19. Investigar a presença de dor torácica 20. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45° 21. Realizar balanço hídrico
	22. Auscultar os sons respiratórios 23. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades 24. Avaliar a pressão arterial, ritmo e frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 25. Instalar oxigenoterapia 26. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45° 27. Manter vias aéreas pérvias
	28. Avaliar a intensidade, localização e o tempo da dor 29. Avaliar pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 30. Investigar a satisfação com o controle medicamentoso da dor
	31. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45° 32. Manter o ambiente calmo e tranquilo 33. Realizar eletrocardiograma de 12 derivações no leito
Parada cardiorrespiratória/ Parada cardiorrespiratória ausente	34. Iniciar a ressuscitação cardiopulmonar precoce

Continuação (Quadro 8)

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Atividade de vida: respirar	
	35. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades
	36. Instalar oxigenoterapia
	37. Monitorar a saturação de oxigênio
Atividade de vida: comer e beber	
Náusea/ Náusea ausente	38. Auxiliar na realização da higiene oral
Atividade de vida: eliminar	
	39. Avaliar o débito urinário
	40. Instalar cateter urinário, se necessário
	41. Realizar balanço hídrico
Atividade de vida: higiene pessoal e vestir-se	
	42. Auxiliar durante a troca de roupas
	43. Auxiliar na higiene corporal e oral
	44. Encaminhar para banho de aspersão com auxílio de cadeira de rodas
	45. Estimular mobilidade física no leito
	46. Facilitar a capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
Atividade de vida: controlar a temperatura do corpo	
Atividade de vida: mobilizar-se	
	47. Manter o ambiente sem estímulos luminosos, sonoros e olfativos de grande intensidade
	48. Solicitar avaliação do serviço de fisioterapia
Atividade de vida: trabalhar e distrair-se	
	49. Solicitar avaliação do serviço de psicologia
	50. Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
Emoção negativa/ Emoção negativa ausente	51. Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
Atividade de vida: exprimir sexualidade	
Atividade de vida: dormir	
	52. Agrupar os horários para os procedimentos de enfermagem, evitando a interrupção do sono noturno
	53. Instruir sobre a importância do sono noturno para sua recuperação
	54. Manter o ambiente sem estímulos luminosos, sonoros e olfativos de grande intensidade
	55. Proporcionar conforto no leito
Atividade de vida: morrer	
	56. Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado
	57. Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos

Quadro 8: Enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem elaborados pela autora e validados pelos especialistas.

Das 128 intervenções de enfermagem elaboradas inicialmente, os especialistas validaram 57 e sugeriram acréscimos e mudanças. Entretanto, 20 intervenções de enfermagem validadas tiveram que ser retiradas do subconjunto terminológico, pois os diagnósticos/resultados “processo do sistema gastrointestinal prejudicado”, “processo do sistema gastrointestinal adequado”; “vômito”, “vômito ausente”; “suor aumentado”, “suor diminuído”; “termorregulação prejudicada”, “termorregulação aumentada”; e “processo sexual prejudicado”, “processo sexual adequado” não foram

validados pelos especialistas e, conseqüentemente, as intervenções relacionadas à esses diagnósticos/resultados não puderam ser incluídas no subconjunto. As intervenções de enfermagem sugeridas e suas justificativas para a inclusão no subconjunto terminológico encontram-se no quadro 9, abaixo.

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM VALIDADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SUGERIDAS	ALTERAÇÕES/JUSTIFICATIVAS
Atividade de vida: manter um ambiente seguro		
Atividade de vida: comunicar		
Atividade de vida: respirar		
	Instalar acesso venoso periférico.	Atendido e acrescentado como "Puncionar acesso intravenoso", utilizando um termo do eixo ação e um termo do eixo foco.
	Realizar eletrocardiograma de 12 derivações no leito.	Atendido e acrescentado. "Realizar" pertence ao eixo "ação" e "Eletrocardiograma" é um termo não-constante da CIPE, sendo inserido como pertencente ao eixo "meio" nessa intervenção.
Dispneia/ Dispneia ausente	Instalar oxigenoterapia, conforme necessidade.	Atendido e acrescentado. O termo "necessidade" faz parte do eixo "foco" na CIPE.

Continuação (Quadro 9)

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM VALIDADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SUGERIDAS	ALTERAÇÕES/JUSTIFICATIVAS
Atividade de vida: respirar		
	Investigar a satisfação com o controle medicamentoso da dor.	Atendido e acrescentado. O termo "investigar" faz parte do eixo "ação" e o termo "satisfação com o controle da dor" faz parte do eixo "foco" da CIPE.
	Avaliar resposta da dor (escala de dor) após uso do analgésico.	Atendido e acrescentado como "investigar resposta ao controle da dor". O termo "investigar" faz parte do eixo ação e o termo "resposta ao controle da dor" faz parte do eixo "foco" da CIPE.
	Avaliar a intensidade da dor.	Atendido e acrescentado como "investigar atitude em relação à dor". O termo "investigar" faz parte do eixo "ação" e o termo "atitude em relação à dor" faz parte do eixo "foco" da CIPE;
Perfusão tissular periférica prejudicada/ Perfusão tissular periférica adequada	Monitorar enchimento capilar.	Atendido e acrescentado. "Monitorar" faz parte do eixo "ação" e "capilar" faz parte do eixo "localização".
Atividade de vida: comer e beber		
Náusea/ Náusea ausente	Avaliar resposta ao uso de medicamentos para controle de náuseas.	Atendido e acrescentado como "Avaliar controle da náusea". "Avaliar" é um termo do eixo "ação"; "controle" e "náuseas" são termos do eixo "foco".
Atividade de vida: eliminar		
	Retirar a intervenção "avaliar o débito urinário" pois "realizar balanço hídrico" já contempla essa ação.	Atendido. Retirou-se a intervenção validada "avaliar o débito urinário" pois a intervenção, também validada, "realizar balanço hídrico" já contempla essa ação.
	Registrar as características da micção e da diurese.	Atendido e acrescentado como "avaliar condição geniturinária", que é uma intervenção coordenada da CIPE e "registrar as características da urina", sendo "registrar" pertencente ao eixo "ação" e "característica" e "urina" pertencentes ao eixo "foco".
Atividade de vida: higiene pessoal e vestir-se		
	Avaliar condições para banho (no leito ou de aspersão).	Atendido e acrescentado como "avaliar capacidade para tomar banho em substituição à "Encaminhar para banho de aspersão com auxílio de cadeira de rodas"
	Estimular mobilidade física no leito, quando possível.	Atendido e acrescentado como "estimular mobilidade na cama, quando possível". "Estimular" faz parte do eixo "ação" e "mobilidade na cama" faz parte do eixo "foco".
Atividade de vida: controlar a temperatura do corpo		

Continuação (Quadro 9)

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM VALIDADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SUGERIDAS	ALTERAÇÕES/JUSTIFICATIVAS
Atividade de vida: mobilizar-se		
Fadiga/ Fadiga ausente	Investigar as causas da fadiga.	Atendido e acrescentado. Substituída a intervenção “investigar as causas da fraqueza”. “Investigar” faz parte do eixo “ação” e “fadiga” faz parte do eixo “foco”.
Atividade de vida: trabalhar e distrair-se		
Emoção negativa/ Emoção negativa ausente	Solicitar avaliação do serviço de psicologia.	Atendido e acrescentado. “Solicitar” e “serviço de psicologia” são termos não-constantes na CIPE.
Atividade de vida: exprimir sexualidade		
Atividade de vida: dormir		
Atividade de vida: morrer		
	Solicitar avaliação do serviço de psicologia.	Atendido e acrescentado. “Solicitar” e “serviço de psicologia” são termos não-constantes na CIPE.
	Promover uma escuta ativa	Atendido e acrescentado. “Escuta ativa” é um termo não-constante na CIPE. A lista de termos traz “ouvir” significando “escutar atentamente o que os outros dizem”, entretanto, no Brasil, o termo utilizado na literatura a respeito da relação profissional e usuário é “escuta”.

Quadro 9: Enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem separados segundo as repercussões nas atividades de vida da pessoa acometida pelo IAM em conjunto com as sugestões de intervenções de enfermagem de acordo com a avaliação dos especialistas.

6.8 Estruturação do Subconjunto Terminológico para a Pessoa Acometida pelo Infarto Agudo do Miocárdio

Após a validação de conteúdo realizada pelos especialistas, os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem que alcançaram IVC $\geq 0,80$ fizeram parte do subconjunto terminológico elaborado no presente estudo. Ao final, o subconjunto ficou composto por 34 diagnósticos/resultados e 68 intervenções de enfermagem, que já as sugestões dos especialistas foram acatadas (Quadro 10). As intervenções se repetem em alguns diagnósticos/resultados de enfermagem, sobretudo as relacionadas ao suporte assistencial clínico.

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Atividade de vida: manter um ambiente seguro	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acompanhar durante a mobilização no leito e/ou deambulação 2. Aconselhar a não ficar em posição ortostática sem auxílio dos profissionais de enfermagem e/ou acompanhantes 3. Aconselhar o acompanhante a comunicar qualquer alteração sensorial 4. Manter seguro no leito por meio da elevação das grades de proteção 5. Garantir a permeabilidade das vias aéreas durante a ocorrência do desmaio
Atividade de vida: comunicar	
	<ol style="list-style-type: none"> 6. Avaliar o risco de quedas 7. Avaliar nível de consciência 8. Manter seguro no leito por meio da elevação das grades de proteção
Atividade de vida: respirar	
	<ol style="list-style-type: none"> 9. Auscultar as bulhas cardíacas 10. Avaliar a pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 11. Avaliar o nível de consciência 12. Avaliar o ritmo cardíaco mostrado no monitor multiparamétrico 13. Manter as vias aéreas pervias 14. Monitorar a ocorrência de arritmias e instabilidade hemodinâmica 15. Monitorar sinais e sintomas de baixo débito cardíaco (alteração do nível de consciência, hipotensão ou choque, congestão pulmonar e dor torácica anginosa) 16. Puncionar acesso intravenoso 17. Realizar eletrocardiograma de 12 derivações no leito
	<ol style="list-style-type: none"> 18. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades 19. Avaliar a pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 20. Avaliar o nível de consciência 21. Investigar a presença de dor torácica 22. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45° 23. Realizar balanço hídrico
	<ol style="list-style-type: none"> 24. Auscultar os sons respiratórios 25. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades 26. Avaliar a pressão arterial, ritmo e frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 27. Instalar oxigenoterapia, conforme necessidade 28. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45° 29. Manter vias aéreas pervias
	<ol style="list-style-type: none"> 30. Avaliar a intensidade, localização e o tempo da dor 31. Avaliar pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 32. Investigar a satisfação com o controle medicamentoso da dor
	<ol style="list-style-type: none"> 33. Avaliar resposta da dor (escala de dor) após uso do analgésico. 34. Investigar a satisfação com o controle medicamentoso da dor 35. investigar atitude em relação à dor 36. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45° 37. Manter o ambiente calmo e tranquilo 38. Realizar eletrocardiograma de 12 derivações no leito
Parada Parada ausente	cardiorrespiratória/ cardiorrespiratória 39. Iniciar a ressuscitação cardiopulmonar precoce

Continuação (Quadro 10)

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Atividade de vida: respirar	
	40. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades
	41. Instalar oxigenoterapia
	42. Monitorar a saturação de oxigênio
	43. Monitorar enchimento capilar.
Atividade de vida: comer e beber	
	44. Avaliar controle da náusea
	45. Auxiliar na realização da higiene oral
Atividade de vida: eliminar	
	46. Avaliar condição geniturinária
	47. Instalar cateter urinário, se necessário
	48. Realizar balanço hídrico
Atividade de vida: higiene pessoal e vestir-se	
	49. Avaliar capacidade para tomar banho
	50. Auxiliar durante a troca de roupas
	51. Auxiliar na higiene corporal e oral
	52. Estimular mobilidade na cama
	53. Facilitar a capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
Atividade de vida: controlar a temperatura do corpo	
Atividade de vida: mobilizar-se	
	54. Investigar as causas da fadiga
	55. Manter o ambiente sem estímulos luminosos, sonoros e olfativos de grande intensidade
	56. Solicitar avaliação do serviço de fisioterapia
Atividade de vida: trabalhar e distrair-se	
	57. Solicitar avaliação do serviço de psicologia
	58. Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
	59. Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
	60. Solicitar avaliação do serviço de psicologia.
Atividade de vida: exprimir sexualidade	
Atividade de vida: dormir	
	61. Agrupar os horários para os procedimentos de enfermagem, evitando a interrupção do sono noturno
	62. Instruir sobre a importância do sono noturno para sua recuperação
	63. Manter o ambiente sem estímulos luminosos, sonoros e olfativos de grande intensidade
	64. Proporcionar conforto no leito
Atividade de vida: morrer	
	65. Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado
	66. Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
	67. Promover uma escuta ativa
	68. Solicitar avaliação do serviço de psicologia.

Quadro 10: Enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem elaborados pela autora, validados e sugeridos pelos especialistas, separados segundo as repercussões nas atividades de vida da pessoa acometida pelo IAM, de acordo com a CIPE®.

Evidenciou-se que, do total de 22 especialistas, 59,09% relataram nunca terem utilizado a CIPE® na prática clínica. Tal informação é relevante para a compreensão a respeito da não validação de 10 diagnósticos/resultados de enfermagem elaborados com o objetivo de abordarem as repercussões nas atividades de vida da pessoa

acometida pelo IAM. Diante disso, duas das doze atividades de vida (controlar a temperatura do corpo e exprimir sexualidade) não puderam ser contempladas no subconjunto terminológico CIPE®, apesar das evidências científicas encontradas na revisão integrativa da literatura apontarem para a manifestação de sinais, sintomas e complicações relacionados à esses enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem.

Algumas intervenções de enfermagem essenciais para a assistência de enfermagem à pessoa acometida pelo IAM, como “acompanhar durante a mobilização no leito e/ou deambulação; aconselhar a não ficar em posição ortostática sem auxílio dos profissionais de enfermagem e/ou acompanhantes” no diagnóstico “confusão”; “auscultar sons respiratórios; avaliar a coloração e temperatura das extremidades; realizar balanço hídrico” no diagnóstico “arritmia”; “avaliar sons respiratórios” no diagnóstico “débito cardíaco prejudicado”; “auscultar bulhas cardíacas” no diagnóstico “dispneia”; “monitorar a frequência e a profundidade das respirações” no diagnóstico “perfusão tissular prejudicada”; e “monitorar as condições cardíaca e respiratória” no diagnóstico “capacidade para executar o autocuidado prejudicada” não foram validadas, apesar de estarem incluídas no cuidado de enfermagem necessário durante o evento isquêmico miocárdico.

6.9 ARTIGO 1: Revista de enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE online (REUOL)

**SINAIS, SINTOMAS E COMPLICAÇÕES DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Renata Soares Passinho¹, Cândida Caniçali Primo² Walckiria Garcia Romero Sipolatti³

Resumo

O infarto agudo do miocárdio é conceituado como a morte dos cardiomiócitos em decorrência da isquemia prolongada. **Objetivo:** analisar as produções científicas a respeito da frequência dos principais sinais, sintomas e complicações do infarto agudo do miocárdio. **Método:** revisão integrativa da literatura que incluiu artigos originais de 2010 a 2014, das bases de dados internacionais, através dos descritores selecionados. **Resultados:** 120 artigos foram selecionados nessa revisão. A dor no peito foi o sintoma mais encontrado (N = 75), seguido da complicação insuficiência cardíaca (N = 52), do sintoma dispneia (N= 24) e do sinal arritmia (N= 20). **Conclusão:** o reconhecimento precoce dos sinais, sintomas e complicações do infarto irá contribuir para a melhoria do prognóstico da pessoa acometida pela doença. Conhecendo as evidências científicas sobre a isquemia coronariana, o enfermeiro irá aprofundar seu raciocínio clínico e oferecer ao usuário uma assistência de qualidade e resolutiva.

Descritores: Cuidados de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; infarto agudo do miocárdio; classificação.

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória - ES, Brasil. E-mail: renatapassinho@gmail.com. ^{2,3}Enfermeiras. Professoras Doutoras. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória - ES, Brasil. E-mails: walckiriagr@uol.com.br; candidaprino@gmail.com.

Descriptors: Nursing care; Nursing diagnosis; acute myocardial infarction; classification.

Descriptoros: Cuidados de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; infarto agudo de miocárdio; classificação.

Introdução

No Brasil, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte desde a década de 1960, representando uma porcentagem relevante de todas as hospitalizações no país.¹

Dentre elas, o infarto agudo do miocárdio (IAM), foi a principal causa de óbitos em todo o mundo, sendo responsável por 8,76 milhões de todas as mortes em 2015.²

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em 2016 foram registrados 107.409 internações e 12.215 óbitos por IAM.³

A terceira definição universal do IAM o conceitua, no que se refere às características patológicas, como a morte dos cardiomiócitos em decorrência da isquemia prolongada.⁴

O sintoma mais comum de IAM é o desconforto torácico, que manifesta-se em 75% a 80% dos pacientes, sob a forma de “queimação, indigestão, peso, aperto, opressão, sufocação, dor ou pressão” que pode durar por cerca de 30 minutos e pode ser constante e desaparecer, ou ser aliviado com a eructação.⁵

Dentre as principais causas das doenças cardiovasculares, segundo a *American Heart Association* estão os maus hábitos de vida e de comportamento de saúde, principalmente para o IAM e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), que incluem: fumo/uso do tabaco, obesidade, sedentarismo, dietas ricas em gordura e sódio, história familiar e genética de cardiopatias, altos índices de colesterol e de outros

lipídeos sanguíneos, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e síndrome metabólica.⁶

Diante da relevância do tema e do caráter de morbimortalidade crescente no Brasil, esta revisão integrativa da literatura tem como objetivo analisar as produções científicas a respeito da frequência dos principais sinais, sintomas e complicações do IAM, contribuindo para a identificação precoce da doença (tanto entre os profissionais de saúde quanto na população em geral) e subsidiando a prática clínica de enfermagem.

Método

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura realizada de agosto de 2015 até dezembro de 2015 por meio dos artigos científicos extraídos das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL) com os descritores: “cuidados de enfermagem”, “diagnóstico de enfermagem”, “classificação” e “infarto agudo do miocárdio”, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados no período de 2010 a 2014. Os critérios para a inclusão dos artigos foram: serem artigos originais, apresentarem em seus resultados sinais, sintomas ou complicações do IAM e possuírem resumos disponíveis nas bases de dados. Como critérios de exclusão estabeleceu-se: trabalhos apresentados em congressos, dissertações, monografias, teses, cartas ao editor, estudos de reflexão, artigos sobre outros temas ou sobre IAM mas que não trouxessem sinais, sintomas ou complicações e artigos sem resumo disponível.

A revisão integrativa da literatura pode ser definida como um método de revisão amplo que inclui pesquisas experimentais e não-experimentais, objetivando o melhor

entendimento a respeito de um fenômeno e permitindo o resumo do estado do conhecimento a respeito de um assunto específico, sinalizando, dessa forma, as lacunas científicas que necessitam ser preenchidas com a execução de novas pesquisas.^{7,8}

A finalidade dessa revisão foi identificar os termos relacionados aos sinais, sintomas e complicações do IAM, sendo direcionada pelas seguintes questões norteadoras:

1. Quais são os sinais e sintomas preditores do IAM?
2. Quais são os sinais e sintomas relacionados às complicações do IAM?

As buscas foram realizadas, de forma independente, por duas pesquisadoras (a autora principal do estudo e sua orientadora). A seleção dos estudos foi feita a partir da análise dos títulos, resumos e textos completos das publicações. Vale destacar que, em situações de divergências, as mesmas foram resolvidas através do consenso. Os artigos incluídos na revisão que não estavam disponíveis, inicialmente, nas bases de dados foram obtidos no formato de texto completo no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O presente trabalho foi uma das etapas metodológicas de uma dissertação de mestrado que respeitou os princípios éticos segundo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à pesquisa com seres humanos. O projeto de Pesquisa dessa dissertação foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres-humanos, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, em 30 de março de 2016, recebendo o parecer de nº 1.471.367.

Resultados

Foram encontrados 1187 artigos divididos nas seguintes bases de dados: 51 artigos na *LILACS*, 951 na *MEDLINE* e 185 na *CINAHL*. Desse total, 68 foram excluídos por

estarem sem o resumo disponível. Assim, 1119 artigos foram selecionados para leitura dos resumos. Destes, 33 foram excluídos por estarem repetidos, restando 1086 artigos. Após, outros 966 artigos também foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão e exclusão. Por fim, 120 artigos foram incluídos nessa revisão integrativa (10 com desenho qualitativo e 110 com quantitativo) (Figura 1).

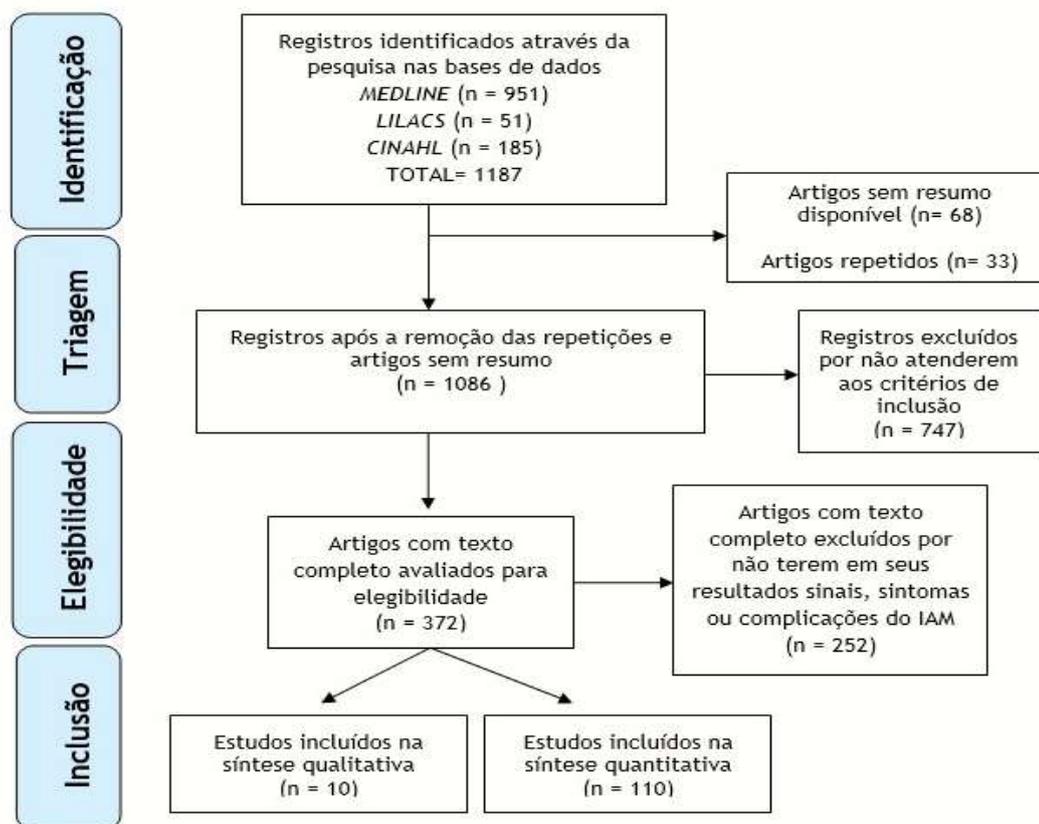


Figura 1: Fluxograma Prisma do processo de busca e seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa.

A base de dados onde a maioria dos artigos foram encontrados, foi a *MEDLINE*, com 104 artigos (86,66%), seguida da *CINAHL* e *LILACS*, com 8 artigos cada (6,66%; 6,66%). Desse total de 120 artigos selecionados, apenas 11 foram realizados no Brasil, 26 estudos foram realizados nos Estados Unidos e o restante em diversos países europeus, asiáticos e da América do Sul, conforme exposto no Quadro 1.⁹⁻¹²⁸

Quadro 1: Distribuição da produção científica a respeito dos sinais, sintomas e complicações do IAM nas bases de dados (2010-2014).

BASE DE DADOS		REVISTA	PAÍS
E1 ⁹	MEDLINE	JAMDA	Alemanha
E2 ¹⁰	MEDLINE	RMMG	Brasil
E3 ¹¹	MEDLINE	SMW	Suíça
E4 ¹²	MEDLINE	JC	Japão
E5 ¹³	MEDLINE	ARYA Atheroscler	Irã
E6 ¹⁴	MEDLINE	General Hospital Psychiatry	4 países do norte dos países baixos
E7 ¹⁵	MEDLINE	Arch Cardiovasc Dis	Multinacional (37 países)
E8 ¹⁶	MEDLINE	Am. J. Med	Dinamarca
E9 ¹⁷	MEDLINE	Eur Heart J Suppl	Reino Unido
E10 ¹⁸	MEDLINE	J Am Soc Echocardiogr	Holanda
E11 ¹⁹	MEDLINE	Heart	Sérvia
E12 ²⁰	MEDLINE	J Zhejiang Univ Sci B	China
E13 ²¹	MEDLINE	AMIA Annu Symp Proc.	Estados Unidos
E14 ²²	MEDLINE	J Magn Reson Imaging	Paris
E15 ²³	MEDLINE	Eur Heart J Suppl	Estados Unidos, Bélgica e Polônia
E16 ²⁴	MEDLINE	Med J Aust	Austrália e Nova Zelândia
E17 ²⁵	MEDLINE	Radiology	Espanha
E18 ²⁶	MEDLINE	Clin. Cardiol.	Taiwan
E19 ²⁷	MEDLINE	Psychosom Med	Bélgica
E20 ²⁸	MEDLINE	J. Am. Coll. Cardiol.	Estados Unidos
E21 ²⁹	MEDLINE	Theor Biol Med Mode	Irã
E22 ³⁰	MEDLINE	Circ Cardiovasc Qual Outcomes	Estados Unidos
E23 ³¹	MEDLINE	BMJ Open	Reino Unido
E24 ³²	MEDLINE	Circulation	Estados Unidos
E25 ³³	MEDLINE	Psychosom Med	Holanda
E26 ³⁴	MEDLINE	JACC: cardiovasc interv	Reino Unido
E27 ³⁵	MEDLINE	Wiley Periodicals	Estados Unidos
E28 ³⁶	MEDLINE	Am. J. Med.	Dinamarca
E29 ³⁷	MEDLINE	BMJ Open	Itália, Países Baixos e Dinamarca
E30 ³⁸	MEDLINE	J Invasive Cardiol	Estados Unidos
E31 ³⁹	MEDLINE	Eur Heart J Suppl	Reino Unido, Bélgica e Polônia
E32 ⁴⁰	MEDLINE	J. Clin. Lab. Anal.	Turquia
E33 ⁴¹	MEDLINE	Circulation	Estados Unidos
E34 ⁴²	MEDLINE	Crit Pathw Cardiol	Estados Unidos
E35 ⁴³	MEDLINE	Circ. J.	Taiwan
E36 ⁴⁴	MEDLINE	Int Urol Nephrol	Israel
E37 ⁴⁵	MEDLINE	Am J Emerg Med	Espanha
E38 ⁴⁶	MEDLINE	J Am Heart Assoc	Austrália
E39 ⁴⁷	MEDLINE	Eur J Prev Cardiol	Noruega
E40 ⁴⁸	MEDLINE	AJC online	Estados Unidos
E41 ⁴⁹	MEDLINE	AJC online	Itália
E42 ⁵⁰	MEDLINE	Am. Heart J.	Itália
E43 ⁵¹	MEDLINE	Kardiol Pol	Alemanha
E44 ⁵²	MEDLINE	Coron. Artery Dis.	Turquia
E45 ⁵³	MEDLINE	Emerg Med J	Austrália
E46 ⁵⁴	MEDLINE	Jecg Online	Alemanha
E47 ⁵⁵	MEDLINE	BMC Res. Notes	Catar
E48 ⁵⁶	MEDLINE	Am. J. Med	Suíça
E49 ⁵⁷	MEDLINE	Eur Heart J Cardiovasc Imaging	Itália
E50 ⁵⁸	MEDLINE	Cardiovasc J Afr.	República Checa e Bulgária
E51 ⁵⁹	MEDLINE	Acad Emerg Med	Estados Unidos
E52 ⁶⁰	MEDLINE	Circ Cardiovasc Qual Outcomes	Estados Unidos
E53 ⁶¹	MEDLINE	Chin. Med. J.	China
E54 ⁶²	MEDLINE	AJC online	Estados Unidos
E55 ⁶³	MEDLINE	Emerg Med Australas	Austrália
E56 ⁶⁴	MEDLINE	Acad Emerg Med	Estados Unidos

Continuação (Quadro 1)

BASE DE DADOS		REVISTA	PAÍS
E67 ⁶⁵	MEDLINE	Acad Emerg Med	França
E58 ⁶⁶	MEDLINE	Clin. Cardiol.	Espanha
E48 ⁶⁷	MEDLINE	J Cardiovasc Nurs	Estados Unidos
E60 ⁶⁸	MEDLINE	Cardiology	Israel
E61 ⁶⁹	MEDLINE	AJC online	Estados Unidos
E62 ⁷⁰	MEDLINE	Kardiol Pol	Turquia
E63 ⁷¹	MEDLINE	J Public Health	Reino Unido
E64 ⁷²	MEDLINE	Atherosclerosis	Brasil
E65 ⁷³	MEDLINE	Acta Med Iran	Irã
E66 ⁷⁴	MEDLINE	J Pak Med Assoc	Paquistão
E67 ⁷⁵	MEDLINE	Clin. Sci.	Inglaterra
E68 ⁷⁶	MEDLINE	J Cardiopulm Rehabil Prev.	Estados Unidos
E69 ⁷⁷	MEDLINE	Clin. Cardiol	Alemanha
E70 ⁷⁸	MEDLINE	Clin. Chem.	Suíça
E71 ⁷⁹	MEDLINE	Eur J Clin Invest	Espanha
E72 ⁸⁰	MEDLINE	Eur Heart J Suppl	Dinamarca
E73 ⁸¹	MEDLINE	Rev. salud pública	Colômbia
E74 ⁸²	MEDLINE	PLoS One	Bélgica
E75 ⁸³	MEDLINE	Kardiol Pol	Polónia
E76 ⁸⁴	MEDLINE	Am J Emerg Med	Bahrein, Kuwait, Catar, Omã, Emirados Árabes Unidos e Iémen
E77 ⁸⁵	MEDLINE	Chin Med	China
E78 ⁸⁶	MEDLINE	Clin Med Insights Cardiol	Irã
E79 ⁸⁷	MEDLINE	J Med Dent Sci	Japão
E80 ⁸⁸	MEDLINE	Eur J Echocardiogr	Japão
E81 ⁸⁹	MEDLINE	Acad Emerg Med	Estados Unidos
E82 ⁹⁰	MEDLINE	Clin. Cardiol	Itália
E83 ⁹¹	MEDLINE	J Electrocardiol.	Estados Unidos
E84 ⁹²	MEDLINE	Br J Psychiatry Suppl	Estados Unidos
E85 ⁹³	MEDLINE	Psychol Med	Holanda
E86 ⁹⁴	MEDLINE	Circ. J.	Coreia
E87 ⁹⁵	MEDLINE	J Adv Nurs	Austrália
E88 ⁹⁶	MEDLINE	Open Nurs J	Suíça
E89 ⁹⁷	MEDLINE	Nurs Res Pract	Finlândia
E90 ⁹⁸	MEDLINE	J Clin Nurs	Suécia
E91 ⁹⁹	MEDLINE	RGE	Brasil
E92 ¹⁰⁰	MEDLINE	Qual Health Res	Suécia
E93 ¹⁰¹	MEDLINE	ESC	Suécia
E94 ¹⁰²	MEDLINE	Scand J Caring Sci	Suécia
E95 ¹⁰³	MEDLINE	Nurs Res	Canadá
E96 ¹⁰⁴	MEDLINE	J Invasive Cardiol	China
E97 ¹⁰⁵	MEDLINE	HSR: Health Serv Res	Estados Unidos
E98 ¹⁰⁶	MEDLINE	Br J Nurs	Reino Unido
E99 ¹⁰⁷	MEDLINE	JMI	Japão
E100 ¹⁰⁸	MEDLINE	Int J Qualitative Stud Health Well-being	Suécia
E101 ¹⁰⁹	MEDLINE	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Brasil
E102 ¹¹⁰	MEDLINE	Rev Esc Enferm USP	Brasil
E103 ¹¹¹	MEDLINE	J Adv Nurs	Grécia
E104 ¹¹²	MEDLINE	Issues Ment Health Nurs	Estados Unidos
E105 ¹¹³	LILACS	Rev Bras Cardiol	Brasil
E106 ¹¹⁴	LILACS	Acta Paul Enferm	Brasil
E107 ¹¹⁵	LILACS	Esc Anna Nery	Brasil
E108 ¹¹⁶	LILACS	Texto Contexto Enferm	Brasil
E109 ¹¹⁷	LILACS	R. Enferm. Cent. O. Min	Brasil
E110 ¹¹⁸	LILACS	Rev. Enfermeria	Cuba
E111 ¹¹⁹	LILACS	Rev Assoc Med Bras	Brasil
E112 ¹²⁰	LILACS	Res Nurs Health	Estados Unidos
E113 ¹²¹	CINAHL	J Cardiovasc Nurs	Estados Unidos
E114 ¹²²	CINAHL	Prehosp Emerg Care	Austrália
E115 ¹²³	CINAHL	Am J Crit Care	Estados Unidos
E116 ¹²⁴	CINAHL	Crit Care Med	Bélgica
E117 ¹²⁵	CINAHL	Aust Health Rev	Austrália

Continuação (Quadro 1)

BASE DE DADOS		REVISTA	PAIS
E118 ¹²⁶	CINAHL	J Cardiovasc Nurs	Estados Unidos
E119 ¹²⁷	CINAHL	Int Emerg Nurs	Austrália
E120 ¹²⁸	CINAHL	CJE/M	Canadá

*E: Estudo.

Apesar do grande número de artigos selecionados nas bases de dados sobre o IAM, somente 19 foram publicados em revistas de enfermagem.

Após a leitura dos artigos, os sinais e sintomas e complicações semelhantes nas manifestações clínicas foram agrupados e, no que tange à frequência de aparecimento nos artigos, os mais encontrados foram (Quadro 2):

Quadro 2: Frequência absoluta dos sinais, sintomas e complicações do IAM encontrados na revisão integrativa da literatura e agrupados segundo suas semelhanças clínicas.

SINAIS, SINTOMAS E COMPLICAÇÕES DO IAM	N
Dor/ desconforto no peito/ torácico/ angina de peito/ anginosa/ em repouso/ esforço/ retroesternal/ tipo aperto ou pressão/ pontada/ queimação/ laceração/ peso	75
Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)/ Piora da ICC/ Sinais e sintomas associados à IC complicada: Estertores pulmonares; Presença de Terceira bulha cardíaca; e Congestão pulmonar/ Disfunção ventricular sistólica/ Edema Agudo de Pulmão/ Estertores/ Falência ventricular esquerda/ Killip I a IV (insuficiência cardíaca moderada ou grave, estertores em bases pulmonares, presença de terceira bulha, taquicardia, edema agudo de pulmão e choque cardiogênico)/ Reinfarto/ Remodelação do ventrículo esquerdo/ Revascularização do miocárdio/ Débito cardíaco diminuído/ Diminuição da fração de ejeção ventricular/ Cardiomegalia/ Complicações mecânicas/ Defeitos septais/ Choque Cardiogênico/instabilidade hemodinâmica	52
Dispneia/hiperventilação/ Insuficiência respiratória	24
Arritmia/Distúrbios de condução (outros)/ Bloqueio atrioventricular/ bradiarritmia/ Taquiarritmia/ Taquicardia supraventricular/Taquicardia ventricular/ Fibrilação atrial/ Fibrilação ventricular/ Palpitação	20
Irradiação da dor isquêmica miocárdica: Cefaleia/ Dor abdominal/ epigástrica/ Desconforto no braço/Dormência nas mãos/ Dor na mandíbula/desconforto maxilar/dentes/ Dor nas costas/ Dor no pescoço	18
Fadiga	12
Angústia/ Aflição/ Afetividade negativa/ Adaptação à nova realidade/ Desesperança/ Desespero/ Sentimento de pressão física ou mental/ Sentimentos de vergonha e culpa/ Tristeza	11
Ansiedade/ Transtorno de ansiedade	9
Parada cardiorrespiratória/cardiaca	8
Síncope/Queda/ Tontura/ Tremor/ Percepção sensorial perturbada	8
Sudorese/diaforese	7
Medo/ medo da morte	6
Náusea	6
Desconforto físico/ Mal estar	5
Azia/ Eructação/ Perda de apetite	4
Confusão/ confusão mental	4
Vômito	4
Fraqueza	3
Eliminação urinária prejudicada/ Hiperuricemia	2
Disfunção sexual	1
Insônia	1
Letargia	1
Percepção sensorial perturbada	1
Perfusão tissular ineficaz	1
Sensação de calor	1

A dor no peito foi o sintoma mais frequente nos artigos dessa revisão (75 vezes). Ela também foi denominada de dor torácica, dor precordial ou precordialgia. Descrita como em aperto, opressiva, com irradiação para os membros superiores, mandíbula, dorso ou epigástrico, sendo acompanhada, ou não, por dispneia (24 vezes), sudorese fria (7 vezes), náuseas (6 vezes) e vômitos (4 vezes).

Discussão

Esta pesquisa teve como objetivo analisar as produções científicas a respeito da frequência dos principais sinais, sintomas e complicações do IAM, dados estes importantes para a identificação precoce dessa doença, reduzindo assim os riscos de morbidade e mortalidade na população adulta.

Observamos que a dor no peito foi o sintoma mais encontrado. Tal dor tem origem isquêmica e é caracterizada pelo sinal de Levine (o paciente coloca sua mão espalmada sobre o centro do precórdio). O desconforto comum na dor é retroesternal e de localização difusa. Mesmo sendo impossível caracterizar a parede miocárdica acometida pela isquemia tecidual somente pela localização da dor e a sua irradiação, já se verificou uma associação entre a dor epigástrica com o infarto na parede inferior miocárdica.¹²⁹

Os pacientes que apresentam o desconforto torácico atípico que são similares às causas de origem musculoesquelética, postural ou pleurítica, geralmente, são os idosos, os diabéticos e as mulheres. Os diabéticos podem apresentar os seguintes sinais e sintomas atípicos: fraqueza generalizada, síncope, tonturas ou alteração no nível de consciência. Algumas mulheres que apresentam síndrome coronariana aguda descrevem um desconforto torácico vago que pode desaparecer. Além disso, manifestam com frequência: dispneia, fraqueza, fadiga incomum, sudorese fria,

tontura, náusea e vômitos, e têm duas vezes mais probabilidade de vir à óbito e reinfartar nas primeiras semanas após o IAM em relação aos homens. Entretanto, nem todos os indivíduos irão apresentar dor torácica, como por exemplo, alguns diabéticos (devido a neuropatia sensitiva e autonômica), algumas mulheres e idosos.^{5,130}

A insuficiência cardíaca é uma das complicações mais frequentes pós IAM, sendo evidenciada 52 vezes nessa revisão. Em relação ao surgimento da insuficiência cardíaca e à gravidade funcional do IAM, vale ressaltar a elaboração da classificação clínica de Thomas *Killip III* e *John T. Kimball*, que foi divulgada inicialmente em 1967 com o propósito de descrever os resultados do tratamento de 250 pacientes com IAM internados em uma unidade coronariana de um hospital universitário dos Estados Unidos. Foi apresentada com base nas evidências clínicas de insuficiência cardíaca e do choque cardiogênico. Dessa forma, relacionou-se a gravidade funcional com a morbidade e mortalidade do IAM, sendo classificados em: Killip I - sem sinais de descompensação cardíaca; Killip II - com estertores crepitantes pulmonares, presença de terceira bulha e pressão venosa jugular elevada; Killip III - com edema agudo de pulmão; e Killip IV - com choque cardiogênico ou hipotensão arterial e vasoconstrição periférica.^{131,132}

A dispneia foi encontrada em 24 artigos dessa revisão e significa “falta de fôlego”. É uma sensação subjetiva de desconforto respiratório, que consiste de sensações qualitativamente distintas e que variam em intensidade. Pode ser percebida de diferentes maneiras, como sensação de aperto no peito, sufocamento, falta de ar ou incapacidade de encher o pulmão de ar. Classifica-se como leve, moderada, moderadamente intensa ou intensa e é considerada um equivalente anginoso no que tange às manifestações da isquemia miocárdica.¹³⁴⁻¹³⁶

Uma das causas da dispneia no IAM é a disfunção ventricular esquerda, que pode ser evidenciada devido à presença de crepitações (ou estertores) pulmonares, mais comuns em lobos dependentes (direito e bases do pulmão esquerdo). A crepitação pulmonar é causada por reinflação súbita de grupos de alvéolos e aumento de fluido em pequenas vias aéreas. O som é como “esmagamento de papel celofane” e são mais ouvidos durante o fim da inspiração.^{137,138}

As manifestações arrítmicas (incluindo as taquicardias e bradicardias) também são equivalentes anginosos da isquemia miocárdica e foram evidenciadas 20 vezes nessa revisão. A bradicardia pode surgir devido à diminuição do ritmo cardíaco durante a isquemia (resultante da hiperatividade do sistema nervoso parassimpático) ou ao seu tratamento medicamentoso. Pode ocorrer durante o manejo da dor da isquemia miocárdica com medicamentos opióides ou durante a prevenção de arritmias com o uso dos medicamentos betabloqueadores. A bradicardia sinusal pode surgir em infartos de parede inferior, por reflexo vagal ou mesmo por isquemia do nodo sinusal. Manifesta-se sob a forma de sintomas de baixo débito cardíaco como síncope ou pré-síncope, tontura, sensação de cabeça vazia, fraqueza, fadiga, diminuição do nível de consciência, falta de ar e desconforto ou dor torácica, além de sudorese, congestão pulmonar, hipotensões ortostática e arterial, insuficiência cardíaca evidente ou edema pulmonar e taquicardia ventricular ou complexos ventriculares prematuros frequentes relacionados à bradicardia. A taquicardia geralmente acompanha a dor torácica e é causada pela hiperatividade do sistema nervoso simpático (assim como a sudorese e a hipertensão).^{129,136,139}

Os sinais e sintomas advindos da irradiação da dor isquêmica miocárdica foram encontrados 18 vezes nessa revisão. O desconforto torácico no IAM pode irradiar-se para o pescoço, mandíbula, dentes, braços, ombros e na região epigástrica. Isso

reflete a origem comum dos neurônios sensoriais que suprem o coração e essas áreas a partir do corno posterior da medula espinhal. ¹³⁸

Em um estudo realizado com uma população de 255 idosos franceses diagnosticados com IAM e idade maior ou igual a 75 anos, foi identificado que os sintomas digestivos como apresentação atípica da doença estavam presentes em 9,8% da amostra. ¹⁴⁰

A dor esofágica causada pelo refluxo de ácido no estômago, espasmo, obstrução ou lesão no geral, é difícil de ser diferenciada da dor torácica isquêmica da síndrome coronariana aguda, pois o coração compartilha inervações vagais eferentes com o esôfago. Além disso, a dor esofágica ou abdominal também pode estar relacionada ao IAM de parede inferior durante o infarto de ventrículo direito, sendo ela um equivalente anginoso da isquemia miocárdica. ^{138,141}

A dor irradiada no maxilar/dentes/mandíbula verificada em pessoas acometidas pelo IAM ocorre devido a distribuição nociceptiva visceral cardíaca através da convergência com os aferentes do nervo trigêmeo no segmento cefálico, excitando os neurônios trigeminais de segunda ordem que também veiculam informações sensoriais provenientes dos dentes. Diante disso, a dor cardíaca pode ser interpretada como dor dos dentes ou da face. Caracterizada como forte à fortíssima e a palpação dos músculos mastigatórios não altera a dor (diagnóstico diferencial para dor por disfunção temporomandibular).¹⁴²

As náuseas (6 vezes na revisão) e vômitos (4 vezes na revisão) manifestados como sinais e sintomas atípicos da isquemia miocárdica e ocorrem devido à estimulação reflexa do centro do vômito pela dor ou devido a reflexos vasovagais iniciados na área do miocárdio infartado. ¹³⁶

O IAM é uma circunstância que interfere no sistema musculoesquelético e em suas vias associadas e que compromete a capacidade de um indivíduo mobilizar-se

adequadamente, sobretudo em decorrência dos sinais, sintomas e complicações associados a essa doença.¹⁴³

Fadiga (12 vezes na revisão) é conceituada como uma emoção negativa. São sentimentos de diminuição da força e resistência, exaustão, cansaço mental ou físico; lassidão com aptidão diminuída para o trabalho físico ou mental.¹⁴⁴ Fraqueza (4 vezes na revisão) é um atributo da fadiga e é conceituada como sinônimo de astenia (fraqueza, debilidade orgânica).¹⁴⁵

Fadiga, fraqueza, tremor e intolerância à atividade são sintomas inespecíficos do IAM e evidenciam a redução na capacidade de bombeamento do coração.¹³⁸

Em um estudo de análise secundária com 1270 mulheres que tiveram IAM nos Estados Unidos (EUA) foi evidenciado que 48,6% das que estavam no grupo classificado com sintomas caracterizados como “leves” apresentaram como pródromos da doença um cansaço extremo e uma fadiga incomum.¹²³

Em uma pesquisa fenomenológica na Suécia a respeito da experiência de 17 adultos com menos de 55 anos que tiveram IAM, evidenciou-se que após a sobrevivência à doença, havia uma intensa fadiga física e mental relacionada à dificuldade da realização das atividades que faziam anteriormente. Além disso, evidenciaram que diante de um IAM, independentemente da idade em que ocorra, há um grave perigo relacionado à vida diária do paciente, deixando-o em uma situação cotidiana incerta e vulnerável.¹⁰⁰

O IAM traz, além das repercussões clínicas, modificações significantes na qualidade de vida após a ocorrência do evento agudo. O comprometimento da qualidade de vida desses pacientes dá-se, sobretudo, devido às limitações na realização das atividades cotidianas. Um estudo realizado em 2012 avaliou a incidência da perda de independência e o declínio da função física após um ano de hospitalização em 2002

pacientes que sofreram o IAM nos EUA, visando identificar pacientes vulneráveis ao declínio do estado de saúde após a doença. 43% dos pacientes estudados experimentaram declínio na sua situação de saúde; 12,8% perderam sua independência; 15,2% tiveram declínio da função física; e 15% apresentaram declínio nesses dois últimos, concomitantemente. ¹⁴⁶

Em um estudo de coorte de base populacional realizado em 2014 com participantes que tiveram limitações funcionais e cognitivas após a hospitalização por AVC (n = 432) e por IAM (n = 450), foi evidenciado que a maior parte das internações hospitalares por essas doenças foram associadas com aumentos significativos na incapacidade funcional dos pacientes no momento do evento e na década posterior. A incapacidade funcional avaliada referiu-se às atividades de vida diária - AVD (caminhar, vestir-se, banhar-se, comer e ir da cama para o banheiro) e às atividades instrumentais de vida diária - AIVD (preparar uma refeição quente, fazer compras no supermercado, realizar chamadas telefônicas, ingerir medicamentos e administrar o próprio dinheiro). ¹⁴⁷

Outros sinais e sintomas e complicações também foram encontrados nessa revisão, porém em menor frequência.

Limitações do estudo

Esse estudo apresenta as seguintes limitações: não foram incluídos artigos escritos em outros idiomas além do português, espanhol e inglês.

Conclusões

Os resultados encontrados nessa revisão integrativa irão contribuir para o reconhecimento precoce dos sinais, sintomas e possíveis complicações tanto durante a admissão, quanto no tratamento clínico ou mecânico do IAM proporcionando ao enfermeiro subsídios científicos para oferecer uma assistência de qualidade pautada

na integralidade e na redução das sequelas da morbidade e da mortalidade, através de uma prática baseada em evidências.

Referências

1. Ribeiro AL, Duncan BB, Brant LC, Lotufo PA, Mill JG, Barreto SM. Cardiovascular Health in Brazil: Trends and Perspectives. *Circulation*. 2016 jan 02;133(4):422-33.
2. World Health Organization. The top 10 causes of death. 2017 jan [cited 2017 mar 01]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310>.
3. Ministério da Saúde (BR). Indicadores de Saúde. Datasus. [Internet]. 2016 [cited 2017 mar]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>.
4. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD. Terceira definição universal de enfarte do miocárdio. *Rev Port Cardiol*. 01;32(7-8):643.e1-643.e16.
5. Aehlert B. ACLS, Advanced Cardiac Life Support. Emergências em Cardiologia: suporte avançado de vida em cardiologia. Um guia para estudo. Tradução de Bianca Tarrise de Fontoura. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
6. American Heart Association Statistical - AHA Update. Heart Disease and Stroke Statistics - 2015 Update A Report From the American Heart Association. [internet]. 2015 jan [cited may 2015]. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/131/4/434.full?sid=5acee552-e2f2-43ba-89b3-faaa01ca7f56>.
7. Almeida M de A, Lucena A de F, Franzen E, Laurent M do C. Processo de Enfermagem na Prática Clínica. Porto Alegre: Artmed, 2011.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm*. 2008 Dez.;17(4): 758-764.
9. Bahrmann P, Christ M, Bahrmann A, Rittger H, Heppner HJ, Achenbach S et al. A 3-Hour Diagnostic Algorithm for Non-ST-Elevation Myocardial Infarction Using High-Sensitivity Cardiac Troponin T in Unselected Older Patients Presenting to the Emergency Department. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 jun 14(6): 409-16.
10. Marino, BCA, Nascimento GA, Rabelo W, Marino MA, Marino RL. Infarto do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST: características clínicas, angiográficas e evolução intra-hospitalar dos pacientes. *Rev Med Minas Gerais*. 2012 mar; 22(1): 1-128.
11. Witassek F, Schwenkglens M, Erne P, Radovanovic D. Impact of Body Mass Index on mortality in Swiss hospital patients with ST-elevation myocardial infarction: does an obesity paradox exist?. *Swiss Med Wkly*. 2014 Aug 7;144.
12. Fujii T, Masuda N, Suzuki T, Trii S, Murakami T, Nakano M et al. Impact of transport pathways on the time from symptom onset of ST-segment elevation myocardial infarction to door of coronary intervention facility. *J Cardiol*. 2014 Jul;64(1):11-8.
13. Mohammadian-Hafshejani A, Sarrafzadegan N, Hosseini S, Baradaran HR, Roohafza H.. Seasonal pattern in admissions and mortality from acute myocardial infarction in elderly patients in Isfahan. *ARYA Atheroscler*. 2014 Jan;10(1):46-54.

14. De Jonge P, Zuidersma M, Bültmann U. The presence of a depressive episode predicts lower return to work rate after myocardial infarction. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014 Jul-Aug;36(4):363-7.
15. Carillo S, Zhang Y, Fay R, Angioi M, Vincent J, Sutradhor SC et al.. Heart failure with systolic dysfunction complicating acute myocardial infarction – differential outcomes but similar eplerenone efficacy by ST-segment or non-ST-segment elevation: A post hoc substudy of the EPHEsus trial. *Arch Cardiovasc Dis*. 2014 Mar;107(3):149-57.
16. Saaby L, Poulsen TS, Diederichsen AC, Hosbond S, Larsen TB, Schmidt Mortality Rate in Type 2 Myocardial Infarction: Observations from an Unselected Hospital Cohort. *Am J Med*. 2014 Apr;127(4):295-302. doi: 10.1016.
17. Van Der Laan AM, Ter Horst EN, Delewi R, Begieneman MP, Krijnen PA, Hirsch A et al.. Monocyte subset accumulation in the human heart following acute myocardial infarction and the role of the spleen as monocyte reservoir. *Eur Heart J*. 2014 Feb;35(6):376-85.
18. Abate E, Hoogslag GE, Leong DP, Bertini M, Antoni ML, Nucifora G et. al. Association between Multilayer Left Ventricular Rotational Mechanics and the Development of Left Ventricular Remodeling after Acute Myocardial Infarction. *J Am Soc Echocardiogr*. 2014 Mar;27(3):239-48.
19. Matic DM, Milasinovic DG, Asanin MR, Mrdovic IB, Marinkovic JM, Kocev NI et. al. Prognostic implications of bleeding measured by Bleeding Academic Research Consortium (BARC) categorisation in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention. *Heart*. 2014 Jan;100(2):146-52.
20. Sheng QH, Chih-Chi H, Jian-ping L, Hong T, Yong, H. Correlation between fragmented QRS and the short-term prognosis of patients with acute myocardial infarction. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2014 Jan;15(1):67-74.
21. Zheng J, Yarzebski J, Ramesh BP, Goldberg RJ, Yo H. Automatically Detecting Acute Myocardial Infarction Events from EHR Text: A Preliminary Study. *AMIA Annu Symp Proc*. 2014 Nov 14;2014:1286-93.
22. Laissy JP, Gaxotte V, Ironde-Laissy E, Klein I, Ribert A, Bendriss A et. al. Cardiac Diffusion-weighted MR Imaging in Recent, Subacute, and Chronic Myocardial Infarction: A Pilot Study. *J Magn Reson Imaging*. 2013 Dez;38(6):1377-87.
23. Buyschaert I, Carruthers KF, Dunbar DR, Peuteman G, Rietzschel E, Belmans A et al. A variant at chromosome 9p21 is associated with recurrent myocardial infarction and cardiac death after acute coronary syndrome: The GRACE Genetics Study. *Eur Heart J*. 2010 Mai;31(9):1132-41.
24. Chew DP, French J, Briffa TG, Hammett CJ, Eli CJ et al. Acute coronary syndrome care across Australia and New Zealand: the SNAPSHOT ACS study. *Med J Aust* 2013; 199 (3): 185-191.
25. Romero-Farina G, Aguadé-Bruix S, Candell-Riera J, Pizzi MN, Pineda V, Figueras J et al. Acute Myocardial Infarction: Estimation of At-Risk and Salvaged Myocardium at Myocardial Perfusion SPECT 1 Month after Infarction. *Radiology*. vol. 269. Nov. 2013.
26. Chua SK, Hung HF, Shyu KG, Cheng JJ, Chiu CZ, Chang CM et al. Acute ST-elevation Myocardial Infarction in Young Patients: 15 Years of Experience in a Single Center. *Clin Cardiol*. 2010 Mar;33(3):140-8.
27. Denollet J, Pedersen SS, Vrints CJ, Conraads VM. Predictive Value of Social Inhibition and Negative Affectivity for Cardiovascular Events and Mortality in Patients With Coron. Artery Dis.: The Type D Personality Construct. *Psychosom Med*. 2013 Nov-Dec;75(9):873-81.

28. Epstein AE, Abraham WT, Bianco NR, Kern KB, Mirro M, Rao SV et al. Wearable Cardioverter-Defibrillator Use in Patients Perceived to Be at High Risk Early Post-Myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2013 Nov 19;62(21):2000-7.
29. Salari N, Shamarina S, Farid N, Meenakshii N, Isthrinayagy. Application of pattern recognition tools for classifying acute coronary syndrome: an integrated medical modeling. *Theor Biol Med Model*. 2013; 10: 57.
30. Anderson ML, Peterson ED, Peng SA, Wang TY, Ohman EM, Bhatt DL, Saucedo JF, Roe MT et. al. Differences in the Profile, Treatment, and Prognosis of Patients With Cardiogenic Shock by Myocardial Infarction Classification A Report From NCDR. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2013 Nov;6(6):708-15.
31. Liu A, Castillo MG, Capewell S, Lucy J, O'Flaherty M. Reduction in myocardial infarction admissions in Liverpool after the smoking ban: potential socioeconomic implications for policymaking. *BMJ Open* 2013;3:003307.
32. Hess CN, Shah BR, Peng SA, Thomas L, Roe MT, Peterson ED. The Association of Early Physician Follow-up and 30-Day Readmission after Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction among Older Patients. *Circulation*. 2013 Set 10;128(11):1206-13.
33. Denollet J, Freedland KE, Carney RM, De Jonge P, Roest AM. Cognitive-Affective symptoms of Depression After Myocardial Infarction: Different Prognostic Importance Across Age Groups. *Psychosom Med*. 2013 Set;75(7):701-8.
34. Rao SV, McCoy LA, Spertus JA, Krone RJ, Singh M, Fitzgerald S, Peterson ED. An Updated Bleeding Model to Predict the Risk of Post-Procedure Bleeding Among Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention. *JACC Cardiovasc Interv*. 2013 Sep;6(9):897-904.
35. Hanson I, Kahn J, Dixon S, Goldstein J. Angiographic and Clinical characteristics of Type 1 Versus Type 2 Perioperative Myocardial Infarction. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*. Wiley Periodicals 82:622-628 (2013).
36. Saaby L, Poulsen TS, Hosbond S, Larsen TB, Pyndt Diederichsen AC, Hallas J et al. Classification of Myocardial Infarction: Frequency and Features of Type 2 Myocardial Infarction. *Am J Med*. 2013 Set;126(9):789-97.
37. Coloma PM, Valkhoff VE, Mazzaglia G, Nielsson MS, Pedersen L, Molokhia M et al. Identification of acute myocardial infarction from electronic healthcare records using different disease coding systems: a validation study in three European countries. *BMJ Open* 2013;3:e002862.
38. Cavender MA, Rajeswaran J, DiPaola L, Houghtaling P, Kiernan MS, Rassi AN et al. Outcomes of Culprit Versus Multivessel PCI in Patients With Multivessel Coron. Artery Dis. Presenting With ST-levation Myocardial Infarction Complicated by Shock. *J Invasive Cardiol*. 2013 May;25(5):218-24.
39. Wauters E, Carruthers KF, Buysschaert I, Dunbar DR, Peuteman G, Belmans A et al. Influence of 23 Coron. Artery Dis. variants on recurrent myocardial infarction or cardiac death: the GRACE Genetics Study. *Eur Heart J*. 2013 Abr;34(13):993-1001.
40. Toker A, Aribas A, Yerlikaya FH, Tasyurek E, Akbuga K. Serum and Saliva Levels of Ischemia-Modified Albumin in Patients with Acute Myocardial Infarction. *J Clin Lab Anal*. 2013 Mar;27(2):99-104.
41. Fosbol EL, Granger CB, Jollis JG, Monk L, Lin L, Lytle BL et. al. The Impact of a Statewide Pre-Hospital STEMI Strategy to Bypass Hospitals Without Percutaneous Coronary Intervention Capability on Treatment Times. *Circulation*. 2013 Feb 5;127(5):604-12.

42. Marcoon S, Chang AM, Lee B, Salhi R, Hollander JE. HEART Score to Further Risk Stratify Patients With Low TIMI Scores. *Crit Pathw Cardiol.* 2013 Mar;12 (1):1-5.
43. Hsieh MJ, Chen YC, Chen CC, Wang CL, Wu LS, Wang CC. Renal Dysfunction on Admission, Worsening Renal Function, and Severity of Acute Kidney Injury Predict 2-Year Mortality in Patients With Acute Myocardial Infarction. *Circ J.* 2013;77(1):217-23.
44. Shacham Y, Leshem-Rubinow E, Ziv-Baran T, Gal-Oz A, Steinvil A, Ben Assa E et al. Incidence and mortality of acute kidney injury in acute myocardial infarction patients: a comparison between AKIN and RIFLE criteria. *Int Urol Nephrol.* 2014 Dez;46(12):2371-7.
45. García-Paredes T, Aguilar-Alonso E, Arboleda-Sánchez JA, Vera-Almazán A, Arias-Verdú MD, Oléa-Jiménez V et al. Evaluation of prognostic scale Thrombolysis In Myocardial Infarction and Killip. An ST-elevation myocardial infarction new scale. *Am J Emerg Med.* 2014 Nov;32(11):1364-9.
46. Idris H, Lo S, Shugman IM, Saad Y, Hopkins AP, Mussap C et al. Varying Definitions for Periprocedural Myocardial Infarction Alter Event Rates and Prognostic Implications. *J Am Heart Assoc.* 2014;3:e001086.
47. Langorgen J, Ebbing M, Igland J, Vollset SE, Nordrehaug JE, Tell GC et al. Implications of changing definitions of myocardial infarction on number of events and all-cause mortality: the WHO 1979, ESC/ACC 2000, AHA 2003, and Universal 2007 definitions revisited. *Eur J Prev Cardiol.* 2014 Nov;21(11):1349-57.
48. Bengtson LG, Chen LY, Chamberlain AM, Michos ED, Whitsel EA, Lutsey PL et al. Temporal Trends in the Occurrence and Outcomes of Atrial Fibrillation in Patients With Acute Myocardial Infarction (from the Atherosclerosis Risk in Communities Surveillance Study). *Am J Cardiol.* 2014 Set 1;114(5):692-7.
49. Corada E, Ferrante G, Mazzali C, Barbieri P, Merlino L, Merlini P et al. Eleven-Year Trends in Gender Differences of Treatments and Mortality in ST-Elevation Acute Myocardial Infarction in Northern Italy, 2000 to 2010. *Am J Cardiol.* 2014 Ago 1;114(3):336-41.
50. Ortolani P, Marino M, Melandri G, Guastaroba P, Corzani A, Berti E et al. Recent temporal trends for first-time hospitalization for acute myocardial infarction. Treatment patterns and clinical outcome in a large cohort study. *Am Heart J.* 2013 Nov;166(5):846-54.
51. Kubler P, Jankowski EA, Miroslaw F, Ponikowski P, Banasiak W, Reczuch K et al. Comparison of drug-eluting stents to bare-metal stents in ST-elevation myocardial infarction in long-term follow-up. *Kardiol Pol* 2013;71(1):25-31.
52. Sahin DY, Gür M, Elbasan Z, Kuloglu O, Seker T, Krivrak A et al. SYNTAX score is a predictor of angiographic no-reflow in patients with ST-elevation myocardial infarction treated with a primary percutaneous coronary intervention. *Coron Artery Dis.* 2013 Mar;24(2):148-53.
53. Kelly, AM. What is the incidence of major adverse cardiac events in emergency department chest pain patients with a normal ECG, thrombolysis in myocardial infarction score of zero and initial troponin #99th centile: an observational study. *Emerg Med J.* 2013 Jan;30(1):15-8.
54. Sarafoff N, Schuster T, Vochem R, Fichtner S, Martinoff S, Schwaiger M et al. Association of ST-elevation and non-ST-elevation presentation on ECG with transmural and size of myocardial infarction as assessed by contrast-enhanced magnetic resonance imaging. *J Electrocardiol.* 2013 Mar-Apr;46(2):100-6.

55. Khafaji HA, Bener AB, Rizk NM, Al Suwaidi J. Elevated serum leptin levels in patients with acute myocardial infarction; correlation with coronary angiographic and echocardiographic findings. *BMC Res Notes*. 2012 Mai 29;5:262.
56. Reichlin T, Twerenbold R, Reiter M, Steuer S, Bassetti S, Balmelli C et al. Introduction of High-sensitivity Troponin Assays: Impact on Myocardial Infarction Incidence and Prognosis. *Am J Med*. 2012 Dez;125(12):1205-1213.e1.
57. Canali E, Masci P, Bogaert J, Ducci CB, Francone M, McAlindon E et al. Impact of gender differences on myocardial salvage and post-ischaemic left ventricular remodelling after primary coronary angioplasty: new insights from cardiovascular magnetic resonance. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2012 Nov;13(11):948-53.
58. Knot J, Rohac FP, Petr R, Kova DB, Widimsky P, Belohlavek J et al. Comparison of outcomes in ST-segment depression and ST-segment elevation myocardial infarction patients treated with emergency PCI: data from a multicenter registry. *Cardiovasc J Afr*. 2012 Oct;23(9):495-500.
59. Poku JK, Bellamkonda-Athmaram VR, Bellolio MF, Nestler DM, Stiell IG, Hess EP. Failure of Prospective Validation and Derivation of a Refined Clinical Decision Rule for Chest Radiography in Emergency Department Patients With Chest Pain and Possible Acute Coronary Syndrome. *Acad Emerg Med*. 2012 Set;19(9):E1004-10.
60. Somma KA, Bhatt DL, Fonarow GC, Cannon CP, Cox M, Laskey W et al. Guideline Adherence After ST-Segment Elevation Versus Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2012 Set 1;5(5):654-61.
61. Zhang H, Tian NL, Hu ZY, Wang F, Chen L, Zhang YJ et al. Three hours continuous injection of adenosine improved left ventricular function and infarct size in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. *Chin Med J (Engl)*. 2012 Mai;125(10):1713-9.
62. Wood FO, Leonowicz NA, Vanhecke TE, Dixon SR, Grines CL. Mortality in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Who Do Not Undergo Reperfusion. *Am J Cardiol*. 2012 Ago 15;110(4):509-14.
63. Kelly AM. How useful are the Heart Foundation risk criteria for assessment of emergency department patients with chest pain? *Emerg Med Australas*. 2012 Jun;24(3):260-5.
64. Miller CD, Thomas MJ, Hiestand B, Samuel MP, Wilson MD, Sawyer J et al. Cholesteryl Esters Associated With Acyl-CoA:cholesterol Acyltransferase Predict Coron. Artery Dis. in Patients With Symptoms of Acute Coronary Syndrome. *Acad Emerg Med*. 2012 Jun;19(6):673-82.
65. Charpentier S, Maupas-Schwalm F, Cournot M, Elbaz M, Botella JM, Lauque D. Combination of Copeptin and Troponin Assays to Rapidly Rule Out Non-ST Elevation Myocardial Infarction in the Emergency Department. *Acad Emerg Med*. 2012 Mai;19(5):517-24.
66. Palau P, Núñez J, Sanchis J, Husser O, Bodí V, Núñez E et al. Differential Prognostic Effect of Revascularization according to a Simple Comorbidity Index in High-Risk Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndrome. *Clin Cardiol*. 2012 Abr;35(4):237-43.
67. McSweeney JC, Cleves MA, Zhao W, Lefler LL, Yang S. Cluster Analysis of Women's Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms by Race and Other Characteristics. *J Cardiovasc Nurs*. 2010 Jul-Ago;25(4):311-22.

68. Rott D, Leibowitz D, Schwartz R, Weiss AT, Behar S, Hod H. Combination of the Killip and TIMI Classifications for Early Risk Stratification of Patients with Acute ST Elevation Myocardial Infarction. *Cardiology*. 2010;117(4):291-5.
69. Huang HD, Tran V, Jneid H, Wilson JM, Birnbaum Y. Comparison of Angiographic Findings in Patients With Acute Anteroseptal Versus Anterior Wall ST-Elevation Myocardial Infarction. *Am J Cardiol*. 2011 Mar 15;107(6):827-32.
70. Isilak Z, Kardesoglu E, Aparci M, Uz O, Yalcin M, Yiginer O, Cingozbay BY et al. Comparison of clinical risk assessment systems in predicting three-vessel Coron. Artery Dis. and angiographic culprit lesion in patients with non-ST segment elevated myocardial infarction//unstable angina pectoris. *Kardiol Pol*. 2012;70(3):242-50.
71. Davies AR, Grundy E, Nitsch D, Smeeth L. Constituent country inequalities in myocardial infarction incidence and case fatality in men and women in the United Kingdom, 1996-2005. *J Public Health (Oxf)*. 2011 Mar;33(1):131-8.
72. Gualandro DM, Campos CA, Calderaro D, Yu PC, Marques AC, Pastana AF et al. Coronary plaque rupture in patients with myocardial infarction after noncardiac surgery: Frequent and dangerous. *Atherosclerosis*. 2012 May;222(1):191-5.
73. Nozari Y, Geraiely B. Correlation between the Serum Levels of Uric Acid and HS-CRP with the Occurrence of Early Systolic Failure of Left Ventricle Following Acute Myocardial Infarction. *Acta Med Iran*. 2011;49(8):531-5.
74. Lakhani MS, Qadir F, Hanif B, Farooq S, Khan M. Correlation of Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) risk score with extent of Coron. Artery Dis. in patients with acute coronary syndrome. *J Pak Med Assoc*. 2010 Mar;60(3):197-200.
75. Narayan H, Dhillon OS, Quinn PA, Struck J, Squire IB, Davies JE et al. C-terminal proavopressin (copeptin) as a prognostic marker after acute non-ST elevation myocardial infarction: Leicester Acute Myocardial Infarction Peptide II (LAMP II) study. *Clin Sci (Lond)*. 2011 Jul;121(2):79-89.
76. Fennessy MM, Fink AM, Eckhardt AL, Jones J, Kruse DK, VanderZawan KJ et al. Gender Differences in Fatigue Associated With Acute Myocardial Infarction. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2010 Jul-Aug;30(4):224-30.
77. Hailer B, Naber C, Koslowski B, Van Leeuwen P, Schäfer H, Budde T et al. Gender-Related Differences in Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: Results From the Registry Study of the ST Elevation Myocardial Infarction Network Essen. *Clin Cardiol*. 2011 May;34(5):294-301.
78. Hochholzer W, Reicin T, Twerenbold R, Stelzig C, Hochholzer K, Meissner J et al. Incremental Value of High-Sensitivity Cardiac Troponin T for Risk Prediction in Patients with Suspected Acute Myocardial Infarction. *Clin Chem*. 2011 Sep;57(9):1318-26.
79. Jiménez-Navarro MF, Caballero-Borrego J, Rodríguez-Losada N, Cabrera-Bueno F, Marchal JÁ, Estebaranz J et al. Influence of preinfarction angina on the release kinetics of endothelial progenitor cells and cytokines during the week after infarction. *Eur J Clin Invest*. 2011 Nov;41(11):1220-6.
80. Lonborg J, Kelbaek K, Vejlsstruo N, Botker HE, Kim WY, Holmavang L et al. Influence of pre-infarction angina, collateral flow, and pre-procedural TIMI flow on myocardial salvage index by cardiac magnetic resonance in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2012 May;13(5):433-43.
81. Naranjo-Estupinan NF, Diaz-Quijano FA, Garcia RG. Influencia de la rehabilitación cardíaca sobre la tasa de re-hospitalización en pacientes con

- infarto agudo de miocardio, Santander, Colombia. *Rev. salud pública*, Bogotá , v. 14, n. 5, p. 831-841, Set. 2012 .
82. Azuaje F, Devaux Y, Wagner DR. Integrative Pathway-Centric Modeling of Ventricular Dysfunction after Myocardial Infarction. *PLoS One*. 2010 Mar 11;5(3):e9661.
 83. Wudkowska A, Goch J, Goch A. Ischemia-modified albumin in differential diagnosis of acute coronary syndrome without ST elevation and unstable angina pectoris. *Kardiologia Polska* 2010; 68, 4: 431-437.
 84. El-Menvar A, Zubaid M, AlMahmeed W, Sulaiman K, AlNabti A, Singh R et. al. Killip classification in patients with acute coronary syndrome: insight from a multicenter registry. *Am J Emerg Med*. 2012 Jan;30(1):97-103. doi: 10.1016.
 85. Zhang HT, Jia ZH, Zhang J, Ye ZK, Yang WX, Tian YQ et al. No-reflow protection and long-term efficacy for acute myocardial infarction with Tongxinluo: a randomized double-blind placebo- controlled multicenter clinical trial (ENLEAT Trial). *Chin Med J (Engl)*. 2010 Oct;123(20):2858-64.
 86. Fazlinezhad A, Rezaeian MK, Yousefzadeh H, Ghaffarzadegan K, Kahajedaluee M. Plasma Brain Natriuretic Peptide (BNP) as an Indicator of Left Ventricular Function, Early Outcome and Mechanical Complications after Acute Myocardial Infarction. *Clin Med Insights Cardiol*. 2011; 5: 77-83.
 87. Miyamoto T, Obayashi T, Hattori E, Yamauchi Y, Niwa A, Isobe M. Pre-hospital Physical Activity Status Affects In-hospital Course of Elderly Patients with Acute Myocardial Infarction. *J Med Dent Sci*. 2010 Mar;57(1):119-26.
 88. Sakaguchi E, Yamada A, Sugimoto K, Ito Y, Shiino K, Takada K, Iwase M, Ozaki Y. Prognostic value of left atrial volume index in patients with first acute myocardial infarction. *Eur J Echocardiogr*. 2011 Jun;12(6):440-4.
 89. Tsai CL, Magid DJ, Sullivan AF, Gordon JA, Kaushal R, Michael Ho P et al. Quality of Care for Acute Myocardial Infarction in 58 U.S. Emergency Departments. *Acad Emerg Med*. 2010 September ; 17(9): 940-950.
 90. Valente S, Lazzeri C, Chiostrri M, Osmanagaj L, Giglioli C, Gensini GF. STEMI Patients—The More You Bleed, the More You Die: A Comparison Between Classifications. *Clin Cardiol*. 2011 Feb;34(2):90-6.
 91. Fleischmann KE, Zègre-Hemsey J, Drew BJ. The New Universal Definition of Myocardial Infarction Criteria Improves Electrocardiographic Diagnosis of Acute Coronary Syndrome. *J Electrocardiol*. 2011 Jan-Feb; 44(1): 69-73.
 92. Scherrer JF, Chrusciel T, Garfield LD, Freedland KE, Carney RM, Hauptman PJ et al. Treatment-resistant and insufficiently treated depression and all-cause mortality following myocardial infarction. *Br J Psychiatry*. 2012 Feb;200(2):137-42.
 93. Smith ORF, Kupper N, Denollet J, De Jonge P. Vital exhaustion and cardiovascular prognosis in myocardial infarction and heart failure: predictive power of different trajectories. *Psychol Med*. 2011 Apr;41(4):731-8.
 94. Hong JS, Kang HC, Lee SH. Comparison of Case Fatality Rates for Acute Myocardial Infarction in Weekday vs Weekend Admissions in South Korea. *Circ J*. 2010 Mar;74(3):496-502. Epub 2010 Jan 14.
 95. McKinley S, Fien M, Riegel B, Meischke H, Aburuz ME, Lennie TA, Moser DK. Complications after acute coronary syndrome are reduced by perceived control of cardiac illness. *J Adv Nurs*. 2012 Oct;68(10):2320-30.
 96. Brink E. Considering Both Health-Promoting and Illness-Related Factors in Assessment of Health-Related Quality of Life After Myocardial Infarction. *Open Nurs J*. 2012; 6: 90-94.

97. Salminen-Tuomaala M, Astedt-Kurki P, Rekiaro M, Paavilainen E. Coping Experiences: A Pathway towards Different Coping Orientations Four and Twelve Months after Myocardial Infarction—A Grounded Theory Approach. *Nursing Research and Practice*. Volume 2012 (2012), Artigo ID 674783, 9 pag.
98. Eriksson M, Asplund K, Svedlund M. Couples' thoughts about and expectations of their future life after the patient's hospital discharge following acute myocardial infarction. *J Clin Nurs*. 2010 Dez;19(23-24):3485-93.
99. Garcia RP, Budó MLD, Simon BS, Wünsch S, Oliveira, SG, Barbosa BS. Vivências da família após infarto agudo do miocárdio. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre , v. 34, n. 3, p. 171-178, Set. 2013.
100. Andersson EK, Borglin G, Wilman A. The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction. *Qual Health Res*. 2013 Jun;23(6):762-72.
101. Nilsson UG, Ivarsson B, Alm-Roijer C, Svedberg P, SAMMI-study group. The desire for involvement in healthcare, anxiety and coping in patients and their partners after a myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2013 Oct;12(5):461-7.
102. Andersson EK, Borglin G, Sjöström-Strand A, Willman A. Standing alone when life takes an unexpected turn: being a midlife next of kin of a relative who has suffered a myocardial infarction. *Scand J Caring Sci*. 2013 Dez; 27(4):864-71.
103. Cossete S, Frasure-Smith N, Dupuis J, Juneau M, Guertin MC. Randomized Controlled Trial of Tailored Nursing Interventions to Improve Cardiac Rehabilitation Enrollment. *Nurs Res*. 2012 Mar-Abr ;61(2):111-20.
104. Wang YB, Fu XH, Wang XC, Gu XS, Zhao YJ, Hao GZ et al. Randomized Comparison of Radial Versus Femoral Approach for Patients With STEMI Undergoing Early PCI Following Intravenous Thrombolysis. *J Invasive Cardiol*. 2012 Ago.
105. Meterko M, Wright S, Lin H, Lowy E, Cleary PD. Mortality among Patients with Acute Myocardial Infarction: The Influences of Patient-Centered Care and Evidence-Based Medicine. *Health Serv Res*. 2010 Oct;45(5 Pt 1):1188-204.
106. Baldachinno, D. Long-term causal meaning of myocardial infarction. *Br J Nurs*. 2010 Jun 24-Jul 7;19(12):774-81.
107. Yshuara Y, Takada S, Tanioka T, Kawanishi C, Locsin RC. Illness experiences of patients with ischemic heart disease during their transitional phase from hospitalization to discharge in Japan. *J Med Invest*. 2010 Aug;57(3-4):293-304.
108. Fredriksson-Larsson U, Alsen P, Brink E. I've lost the person I used to Experiences of the consequences of fatigue following myocardial infarction. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2013.
109. Mussi FC, Gibaut MAM, Damasceno CA, Mendes AS, Guimarães AC, Santos CAST. Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao tempo de decisão para a procura de atendimento no infarto agudo do miocárdio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* nov.-dez. 2013;21(6):1248-57.
110. Damasceno CA, Queiroz, TL de, Santos AST. Fatores associados à decisão para procura de serviço de saúde no infarto do miocárdio: diferenças entre gêneros. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 46, n.6, p. 1362-1370, Dec. 2012 .
111. Xanthos T, Pantazopoulos I, Vlachos I, Stroumpoulis K, Barouxis D, Kitsou V et al. Factors influencing arrival of patients with acute myocardial infarction at

- emergency departments: implications for community nursing interventions. *J Adv Nurs*. 2010 Jul;66(7):1469-77.
112. Abed MA, Haal LA, Moser DK. Spielberger's State Anxiety Inventory: Development of a Shortened Version for Critically Ill Patients. *Issues Ment Health Nurs*. 2011;32(4):220-7.
 113. Santos CG, Utsch PRC, Chagas AGF, Vasconcelos LVS, Campos LR, Hijazi MA, Soares LG et. al. Prevalência de Dor Torácica e Medicação Antianginosa em Hospital Universitário de Vassouras. *Rev Bras Cardiol*. 2014;27(4):267-275 julho/agosto.
 114. Mendes AS, Reis VRSS, Menezes TMO, Santos CAST, Mussi FC. Acesso de usuários com infarto do miocárdio a hospitais referência em cardiologia. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(6):505-12.
 115. Ponte KMA, Silva LF, Aragão EA, Guedes MVC, Zagonel IPS. Contribuição do Cuidado Clínico de Enfermagem para O Conforto Psicoespiritual de Mulheres com Infarto Agudo do Miocárdio. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro*, v. 16, n. 4, p. 666-673, Dez. 2012 .
 116. Ponte KMA, Silva LF, Aragão EA, Guedes MVC, Zagonel IPS. Cuidado Clínico De Enfermagem Para Conforto De Mulheres Com Infarto Agudo Do Miocárdio. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2014 Jan-Mar; 23(1):56-640.
 117. Caveião C, Santos RB, Montezeli JH, Visentin A, Brey C, Oliveira VBCA. Dor Torácica: Atuação Do Enfermeiro Em Um Pronto Atendimento De Um Hospital Escola. *R. Enferm. Cent. O. Min. Vol. 4, Nº.1*, 2014.
 118. Gonzalez MA, Valdés EH, Tur BN, Almeida, JC, Giró MLH. Evaluación de las acciones de enfermería en el tiempo Puerta Aguja en pacientes con tratamiento trombolítico. *Rev Cubana Enfermer, Ciudad de la Habana*, v. 27, n. 1, p. 79-87, marzo 2011 .
 119. Mussi FC, Mendes AS, Queiroz TL, Pereira A, Caramelli B. Pre-hospital delay in acute myocardial infarction: judgement of symptoms and resistance to pain. *Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo*, v. 60, n. 1, p. 63-69, Fev. 2014 .
 120. DeVon HA, Ryan CJ, Rankin SH, Cooper BA. Classifying Subgroups of Patients With Symptoms of Acute Coronary Syndromes: A Cluster Analysis. *Res Nurs Health*. 2010 Oct;33(5):386-97.
 121. DeVon HA, Hogan N, Ochs AL, Shapiro M. Time to Treatment for Acute Coronary Syndromes: The Cost of Indecision. *J Cardiovasc Nurs*. 2010 Mar-Apr;25(2):106-14.
 122. Coventry LL, Bremmer AP, Williams TA, Jacobs IG, Finn J. Symptoms Of Myocardial Infarction: Concordance Between Paramedic And Hospital Records. *Prehosp Emerg Care*. 2014 Jul-Sep;18(3):393-401.
 123. McSweeney JC, O'Sullivan P, Cleves MA, Lefler LL, Cody M, Moser DK et al. Racial Differences in Women's Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms. *Am J Crit Care*. 2010 Jan;19(1):63-73.
 124. Jarai R, Huber K, Bogaerts K, Sinnaeve PQ, Ezekowitz J, Ross AM et. al. Prediction of cardiogenic shock using plasma B-type natriuretic peptide and the N-terminal fragment of its pro-hormone concentrations in ST elevation myocardial infarction: An analysis from the ASSENT-4 Percutaneous Coronary Intervention Trial. *Crit Care Med*. 2010 Sep;38(9):1793-801.

125. Rana S, Tran T, Luo W, Phung D, Kennedy RL, Venkatesh S. Predicting unplanned readmission after myocardial infarction from routinely collected administrative hospital data. *Aust Health Rev.* 2014 Sep;38(4):377-82.
126. McSweeney J, Cleves MA, Fischer EP, Moser DK, Wei J, Pettey C et. al. Predicting Coronary Heart Disease Events in Women: A Longitudinal Cohort Study. *J Cardiovasc Nurs.* 2014 Nov-Dec;29(6):482-92.
127. Kuhn L, Page K, Polley JX, Worrall-Carter L. Effect of patient sex on triage for ischaemic heart disease and treatment onset times: A retrospective analysis of Australian emergency department data. *Int Emerg Nurs.* 2014 Apr;22(2):88-93.
128. Hess EP, Perry JJ, Ladouceur P, Wells GA, Stiell IG. Derivation of a clinical decision rule for chest radiography in emergency department patients with chest pain and possible acute coronary syndrome. *CJEM.* 2010 Mar;12(2):128-34.
129. Canesin MF, Timerman S. *Treinamento de Emergências Cardiovasculares Avançado da Sociedade Brasileira de Cardiologia - TECA A.* Manole: São Paulo, 2013.
130. Braga JR, Santos ISO, Flato UP, Guimarães HP, Avezum A. Impacto do diabetes mellitus na mortalidade em síndromes coronarianas agudas. *Arq Bras Endocrinol Metab.* São Paulo v. 51, n. 2, p. 275-280, Mar. 2007. 51(2): 275-280.
131. Mello BHG, Oliveira GBF, Ramos RF, Lopes BBC, Barros CBS, Carvalho EO et al. Validação da Classificação de Killip e Kimball e Mortalidade Tardia Após Infarto Agudo do Miocárdio. *Arq. Bras. Cardiol.* São Paulo , v. 103, n. 2, p. 107-117, ago. 2014. 103(2): 107-117.
132. Killip T, 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.
133. Conselho Internacional de Enfermeiros. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® - versão 2015.*
134. Martins HS, Neto RAB, Velasco IT. *Emergências clínicas: abordagem prática.* 8ª ed. Manole: São Paulo, 2013.
135. Kato K. *DICIONÁRIO Termos Técnicos de Saúde.* 1ª ed. São Paulo: Conexão, 2003.
136. Lewis SL, Dirksen, SR, Heitkemper MM, Bucher L, Camera IM . *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Avaliação e Assistência dos Problemas Clínicos.* 8ª ed. 2096 p. Elsevier: 2013.
137. Perry G, Potter PA, Elkin MK. *Procedimentos e Intervenções de Enfermagem.* 5ª ed. 2013. Elsevier. 816 p.
138. Loscalzo, J. *Medicina Cardiovascular de Harisson.* 2ª ed. Nova York. MacGraw--Hill, 2014.
139. Pesaro AEP, Serrano Júnior CV, Nicolau JC. Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. *Rev. Assoc. Med. Bras.* São Paulo, v. 50, n. 2, p. 214-220, Abr. 2004. 50(2): 214-20.
140. Grosmaître P, Le Vavasseur O, Yachouh E, Courtial Y, Jacob X, Mevrans S et al. Significance of atypical symptoms for the diagnosis and management of myocardial infarction in elderly patients admitted to emergency departments. *Archives of Cardiovascular Disease.* Nov 2013. 106, 586–592.
141. Hess ML. *Doenças Cardíacas: primeiros cuidados.* São Paulo: Ed. Manole. 2002.
142. Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dores Orofaciais. Diagnóstico e tratamento.* 1ª. ed. São Paulo: Artes médicas, 2012, v. 1, p. 385-395.

143. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney: baseado nas atividades de vida diária. 1ª ed., Lisboa, 2001. Ed: CLIMEPSI. 198 p.
144. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® - versão 2015.
145. Souza RP. Dicionário de Termos Técnicos e Médicos. Ed: Clube de Autores, 2015. 239 p.
146. Dodson JA, Arnold SV, Reid KJ, Gill TM, Rich MW, Masoudi FA et al. Physical function and independence 1 year after myocardial infarction: observations from the Translational Research Investigating Underlying disparities in recovery from acute Myocardial infarction: Patients' Health status registry. *Am Heart J.* 2012 May. 163(5):790-6.
147. Levine DA, Davydow DS, Hough CL, Langa KM, Rogers MA, Iwashyna TJ *et. al.* Functional disability and cognitive impairment after hospitalization for myocardial infarction and stroke. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 7(6): 863-71, 2014.

6.10 ARTIGO 2: Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – REEUSP

Validação do subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo infarto agudo do miocárdio

Renata Soares Passinho¹; Cândida Caniçali Primo²; Mirian Fioresi³; Maria Miriam Lima da Nóbrega⁴; Marcos Antônio Gomes Brandão⁵; Walckiria Garcia Romero Sipolatti⁶

Resumo

Objetivos: elaborar e validar o subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® para a pessoa com infarto agudo do miocárdio (IAM).

Método: Estudo metodológico que seguiu as orientações do Conselho Internacional de Enfermeiros e utilizou o Modelo de Atividades de Vida de Roper, Logan e Tierney para elaboração do subconjunto terminológico CIPE®. A validação de conteúdo foi realizada por 22 enfermeiros especialistas. **Resultado:** Dos 44 diagnósticos/resultados elaborados, 77,27% alcançaram Índice de Validade de Conteúdo (IVC) $\geq 0,80$ e das 128 intervenções propostas, 44,53% alcançaram IVC $\geq 0,80$. Ao final, o subconjunto ficou composto por 34 diagnósticos/resultados e 68 intervenções de enfermagem. **Conclusão:** A CIPE® mostrou-se uma classificação com uso facilitado devido à presença de termos que são compatíveis com os utilizados na prática clínica do enfermeiro. O subconjunto é uma ferramenta útil, auxiliando os enfermeiros no pensamento crítico e na tomada de decisões.

Abstract

Key words: nursing care; Nursing diagnosis; classification; acute myocardial infarction.

Resumen

Palabras claves: cuidados de enfermería; diagnóstico de enfermería; clasificación; infarto agudo de miocardio.

†

Introdução

A doença cardiovascular tem sido a principal causa de mortalidade no Brasil e no mundo desde a década de 1960 e tem representado uma percentagem substancial de todas as hospitalizações¹.

¹Endereço para correspondência: Universidade Federal do Sul da Bahia. Campus Sosígenes Costa. BR 367, Km 31, Porto Seguro – BA. CEP: 45810-000. Telefone: (73) 3288-8400. E-mail: renatapassinho@ufsb.edu.br.

^{2,3,6}Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória- ES, Brasil. ⁴Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – PB, Brasil. ⁵Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro – RJ, Brasil. † Subconjunto Terminológico CIPE® para a Pessoa Acometida pelo Infarto Agudo do Miocárdio. 2017. Universidade Federal do Espírito Santo.

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) foram registrados no ano de 2016 no Brasil 107.409 internações e 12.215 óbitos por infarto agudo do miocárdio (IAM)². De modo a evitar complicações e a recorrência do infarto, torna-se relevante o monitoramento e a detecção precoce das complicações pelo enfermeiro do qual se requer conhecimento atualizado sobre avanços tecnológicos e evidências científicas em relação à assistência prestada a esse paciente³, bem como dispor de instrumental que o ampare na identificação de diagnósticos, e estabelecimento de resultados e de intervenções de enfermagem apropriados.

Uma das ferramentas que pode apoiar os enfermeiros no melhor uso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem são os subconjuntos terminológicos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Os subconjuntos terminológicos incorporam diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem voltados para um grupo específico de clientes, e utilizam os termos e estrutura da CIPE® como a linguagem padronizada representativa da prática de enfermagem no âmbito mundial, promovendo o adequado uso instrumental do processo de enfermagem, expressando-se em competente coleta, armazenamento e análise de dados de enfermagem, resultando no reconhecimento da profissão⁴⁻⁷.

Como esperado, frente aos benefícios trazidos pelos subconjuntos terminológicos, sua construção e difusão é crescente no cenário mundial. No entanto, até o momento foram desenvolvidos e publicados sete subconjuntos terminológicos, sendo que ainda não existe subconjunto voltado ao cuidado da pessoa com IAM, mesmo se reconhecendo o impacto social das mudanças na vida de pacientes infartados e suas famílias. Assim, o presente estudo explora esta brecha no conhecimento e propõe um subconjunto terminológico de forma a contribuir com a qualidade da atenção, pautada na integralidade e na redução das sequelas da morbidade. Diante do exposto, os objetivos desse estudo são elaborar e validar o subconjunto terminológico da CIPE® para a pessoa com IAM.

Método

Estudo metodológico realizado nos meses de agosto de 2015 a março de 2017, dividido em seis etapas: 1) Revisão integrativa da literatura com identificação de termos relacionados aos sinais, sintomas e complicações do IAM; 2) Mapeamento dos termos identificados na revisão com os termos do eixo Foco da CIPE®; 3) Elaboração dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem e construção de definições operacionais; 4) elaboração dos enunciados de intervenções de enfermagem; 5) Validação dos diagnósticos/resultados e intervenções de

enfermagem; e 6) Organização e estruturação do subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo IAM de acordo com o modelo teórico de Roper-Logan-Tierney⁸.

A revisão integrativa da literatura foi realizada por meio dos artigos científicos extraídos das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL) com os descritores: “cuidados de enfermagem”, “diagnóstico de enfermagem”, “classificação” e “infarto agudo do miocárdio”, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados no período de 2010 a 2014. Os critérios para a inclusão dos artigos foram: serem artigos originais, apresentarem em seus resultados sinais, sintomas ou complicações do IAM e possuírem resumos disponíveis nas bases de dados. Foram critérios de exclusão: trabalhos apresentados em congressos; dissertações; monografias; teses; cartas ao editor; e estudos de reflexão. A seleção dos estudos foi feita pela análise dos títulos, resumos e textos completos das publicações. Os artigos não disponíveis, inicialmente, nas bases de dados, foram obtidos no formato de texto completo no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Foram encontrados 51 artigos na *LILACS*, 951 na *MEDLINE* e 185 na *CINAHL*. Do total de 1.187 artigos, 68 foram excluídos por estarem sem o resumo disponível, assim, 1.119 artigos foram selecionados para leitura dos resumos. Destes, 33 foram excluídos por estarem repetidos e 966 por não atenderem aos critérios de inclusão e exclusão, restando 120 artigos (10 com desenho qualitativo e 110 com quantitativo) na revisão integrativa.

Na segunda etapa, os termos relacionados aos sinais, sintomas e complicações do IAM foram manualmente selecionados e digitados em uma planilha no *software Microsoft Office Excel®* 2010. No item “Resultados” dos artigos foram identificados manualmente, 95 termos do eixo foco relacionados aos sinais, sintomas e complicações do IAM. Foi realizado o mapeamento cruzado através de duas tabelas: uma com os 95 termos da revisão e outra com os termos do eixo foco da CIPE® 2015 e, após serem eliminados sinônimos e repetições, restaram 24 termos. Na terceira etapa foram elaborados os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem levando-se em consideração as recomendações do CIE e da norma ISO 18.104:2014⁹. Para a elaboração das definições operacionais foram utilizadas três etapas: revisão de literatura; mapeamento do significado do conceito; e afirmação da definição operacional⁷.

Na quarta etapa foram elaborados os enunciados de intervenções de enfermagem utilizando-se um termo do eixo Ação e um termo Alvo, considerando, também, a norma ISO 18.104:2014⁹.

Na quinta etapa foi realizada a validação de conteúdo dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem por especialistas. Para selecioná-los utilizou-se os seguintes

critérios de inclusão: ser enfermeiro, possuir experiência clínica de no mínimo 3 anos nas áreas de urgência/emergência, cardiologia e/ou terapia intensiva e possuir mestrado ou doutorado. Para o cálculo do número de especialistas foi utilizada a seguinte fórmula: $n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p \cdot (1-p)}{e^2}$, onde “ $Z^2_{1-\alpha/2}$ ” = nível de confiança adotado; “ p ” = proporção esperada dos especialistas; e “ e ” = diferença de proporção aceitável em relação ao que seria esperado¹⁰. Adotou-se o nível de confiança de 95% ($Z^2_{1-\alpha/2} = 1,96$), com proporção esperada de 85% dos especialistas e um erro amostral de 15%¹¹ obtendo-se uma amostra ideal de 22 especialistas ($n = \frac{1,96 \cdot 0,85 \cdot 0,15}{0,15^2} = 22$).

Foram feitos convites de participação via correio eletrônico (e-mail) a 54 especialistas do Brasil, obtendo-se o aceite de 22, aos quais foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura. Após essa etapa, foram encaminhados os formulários no formato online do *Google* Documentos, que continham as seguintes informações: caracterização dos enfermeiros, lista dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para IAM.

No instrumento voltado para a validação dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, os especialistas emitiram concordância relativa aos enunciados assinalando com um “x” em uma escala psicométrica do “tipo Likert” contendo “1- Nada pertinente; 2- Pouco pertinente; 3- Muito pertinente; 4- MUITÍSSIMO pertinente”. Além disso, nos casos de discordância, o especialista preencheu sugestão para a melhor escrita do diagnóstico/resultado e intervenção de enfermagem. Para a avaliação do grau de concordância entre os especialistas foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), sendo determinado pela soma das concordâncias dos itens “3” e “4”. O IVC é definido na fórmula: $IVC = \frac{\sum \text{respostas “3” e “4”}}{\sum \text{respostas}}$. No resultado da validação levou-se em consideração o ponto de corte $IVC \geq 0,80$ para o consenso dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem.

Na sexta etapa foi realizada a organização e estruturação do subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo IAM de acordo com o modelo teórico de Roper-Logan-Tierney. O presente trabalho foi aprovado por Comitê de Ética e Pesquisa em 30 de março de 2016, sob parecer nº 1.471.367.

Resultados

Para elaboração dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem utilizaram-se os termos do Modelo Sete Eixos da CIPE®, sendo 33 termos do eixo “Ação”, 01 termo do eixo “Cliente”, 28 termos do eixo “Foco”, 05 termos do eixo “Julgamento”; 05 termos do eixo “Meios”, 04 termos do eixo “Localização” e 02 termos do eixo “Tempo” e aplicaram-se 12 termos não constantes na CIPE®.

Desses termos foram elaborados 44 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem e suas definições operacionais e a partir daí, foram construídas 128 intervenções de enfermagem. Após esse processo foi estruturado o Subconjunto terminológico CIPE[®], identificando a clientela, a significância para a enfermagem, o modelo teórico e os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para a pessoa acometida de IAM.

Após a validação de conteúdo, dos 44 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, 34 alcançaram $IVC \geq 0,80$ (77,27%) e das 128 intervenções de enfermagem, 57 alcançaram $IVC \geq 0,80$ (44,53%). Porém, após sugestões feitas pelos especialistas de inclusão e retiradas, restaram 114 enunciados de intervenções de enfermagem. Após a validação de conteúdo, dos 44 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, 34 alcançaram $IVC \geq 0,80$ (77,27%) e das 128 intervenções de enfermagem, 57 alcançaram $IVC \geq 0,80$ (44,53%). E após sugestões feitas pelos especialistas de inclusão e retiradas, permaneceram 68 enunciados de intervenções de enfermagem.

Os enunciados de diagnósticos/resultados e as intervenções de enfermagem foram distribuídos de acordo com as atividades de vida da Teoria de Roper-Logan-Tierney e organizados por ordem alfabética seguindo as recomendações do CIE para apresentação de Subconjuntos terminológicos CIPE[®] (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem da CIPE[®] organizados segundo as atividades de vida da Teoria de Roper-Logan-Tierney.

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Atividade de vida: manter um ambiente seguro	
	1. Acompanhar durante a mobilização no leito e/ou deambulação
	2. Aconselhar a não ficar em posição ortostática sem auxílio dos profissionais de enfermagem e/ou acompanhantes
	3. Aconselhar o acompanhante a comunicar qualquer alteração sensorial
	4. Manter seguro no leito por meio da elevação das grades de proteção
	5. Garantir a permeabilidade das vias aéreas durante a ocorrência do desmaio
Atividade de vida: comunicar	
	6. Avaliar o risco de quedas

Confusão/ Confusão ausente	7. Avaliar nível de consciência
	8. Manter seguro no leito por meio da elevação das grades de proteção
Atividade de vida: respirar	
	9. Auscultar as bulhas cardíacas
	10. Avaliar a pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações
	11. Avaliar o nível de consciência
	12. Avaliar o ritmo cardíaco mostrado no monitor multiparamétrico
	13. Manter as vias aéreas pérvias
	14. Monitorar a ocorrência de arritmias e instabilidade hemodinâmica
	15. Monitorar sinais e sintomas de baixo débito cardíaco (alteração do nível de consciência, hipotensão ou choque, congestão pulmonar e dor torácica anginosa)
	16. Puncionar acesso intravenoso
	17. Realizar eletrocardiograma de 12 derivações no leito
	18. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades
	19. Avaliar a pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações
	20. Avaliar o nível de consciência
	21. Investigar a presença de dor torácica
	22. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45°
	23. Realizar balanço hídrico
	24. Auscultar os sons respiratórios
	25. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades
	26. Avaliar a pressão arterial, ritmo e frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações
	27. Instalar oxigenoterapia, conforme necessidade
	28. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45°
	29. Manter vias aéreas pérvias
	30. Avaliar a intensidade, localização e o tempo da dor
	31. Avaliar pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações
	32. Investigar a satisfação com o controle medicamentoso da dor
	33. Avaliar resposta da dor (escala de dor) após uso do analgésico.
	34. Investigar a satisfação com o controle medicamentoso da dor
	35. Investigar atitude em relação à dor
	36. Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45°
	37. Manter o ambiente calmo e tranquilo
	38. Realizar eletrocardiograma de 12 derivações no leito
Parada cardiorrespiratória/ Parada cardiorrespiratória ausente	39. Iniciar a ressuscitação cardiopulmonar precoce

Continuação (Quadro 10)

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Atividade de vida: respirar	
	40. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades
	41. Instalar oxigenoterapia
	42. Monitorar a saturação de oxigênio
	43. Monitorar enchimento capilar.
Atividade de vida: comer e beber	
	44. Avaliar controle da náusea
	45. Auxiliar na realização da higiene oral
Atividade de vida: eliminar	
	46. Avaliar condição geniturinária
	47. Instalar cateter urinário, se necessário
	48. Realizar balanço hídrico
Atividade de vida: higiene pessoal e vestir-se	
	49. Avaliar capacidade para tomar banho
	50. Auxiliar durante a troca de roupas

Capacidade para executar o autocuidado prejudicada/ Capacidade para executar o autocuidado adequada	51. Auxiliar na higiene corporal e oral
	52. Estimular mobilidade na cama
	53. Facilitar a capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
Atividade de vida: controlar a temperatura do corpo	
Atividade de vida: mobilizar-se	
	54. Investigar as causas da fadiga
	55. Manter o ambiente sem estímulos luminosos, sonoros e olfativos de grande intensidade
	56. Solicitar avaliação do serviço de fisioterapia
Atividade de vida: trabalhar e distrair-se	
	57. Solicitar avaliação do serviço de psicologia
	58. Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
	59. Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
	60. Solicitar avaliação do serviço de psicologia.
Atividade de vida: exprimir sexualidade	
Atividade de vida: dormir	
	61. Agrupar os horários para os procedimentos de enfermagem, evitando a interrupção do sono noturno
	62. Instruir sobre a importância do sono noturno para sua recuperação
	63. Manter o ambiente sem estímulos luminosos, sonoros e olfativos de grande intensidade
	64. Proporcionar conforto no leito
Atividade de vida: morrer	
	65. Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado
	66. Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
	67. Promover uma escuta ativa
	68. Solicitar avaliação do serviço de psicologia.

Discussão

Os diagnósticos/resultados de enfermagem elaborados neste estudo, alcançaram um significativo percentual (77,27%) de validação do conteúdo segundo a avaliação dos especialistas. Isso evidencia a relevância clínica do subconjunto terminológico para a pessoa acometida pelo IAM. O percentual de intervenções de enfermagem validadas (44,53%) foi menor, todavia, tal fato demonstra a expressão da variabilidade de conhecimentos entre os enfermeiros considerados especialistas, já que os estudos realizados com essa população sempre são condicionados a opiniões e estas podem apresentar variação em função das suas formações e experiências. Diante disso, indica-se a necessidade de pesquisas futuras com o propósito de testarem a eficiência ou a efetividade das intervenções em estudos de desenho experimental.

Este trabalho demonstrou a importância da validação do subconjunto terminológico CIPE® na assistência de enfermagem à pessoa com IAM. A utilização da taxonomia na prática profissional facilita o registro de enfermagem tornando o cuidado mais ágil e preciso, através da redução do tempo entre o início dos sinais e sintomas até a prestação da assistência de enfermagem específica a pessoa com IAM^{11,12}.

Os sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem (SLP) contribuem para a construção do conhecimento da disciplina, na formação do raciocínio dos enfermeiros e na prática clínica da profissão. Entende-se esta última como a prática que ocorre no âmbito das interações entre as pessoas envolvidas no cuidado (os que cuidam e os que estão a serem cuidados). A utilização dos SLP exige que seu principal propósito esteja no estudo dos fenômenos de interesse para a disciplina de enfermagem¹³.

O modelo de Roper, Logan e Tierney propõe 12 atividades de vida que são: manter um ambiente seguro; comunicar; respirar; comer e beber; eliminar; higiene pessoal e vestir-se; controlar a temperatura do corpo; mobilizar-se; trabalhar e distrair-se; exprimir sexualidade; dormir; e morrer⁹. Na validação do subconjunto terminológico para IAM foi possível alcançar índices de validade de conteúdo para diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para todas as categorias de atividades de vida. Como dimensão operacional essencial ao processo de enfermagem, o subconjunto proposto tanto possui a especificidade clínica da linguagem padronizada quanto abarca a amplitude do modelo de enfermagem, utilizado como referencial dos fenômenos e intervenções. Mesmo que se possa verificar a concentração em algumas atividades de vida, como comunicar e respirar, o subconjunto terminológico provavelmente possui a abrangência necessária a oferta de um cuidado de enfermagem integral.

No que tange à manutenção de um ambiente seguro, ressalta-se que existem riscos potenciais que comprometem a segurança do ambiente da pessoa com IAM destacando-se sinais e sintomas inespecíficos como a síncope e a vertigem postural, pois na medida em que a contração cardíaca torna-se ineficaz, ocorre a redução do débito cardíaco, resultando em má perfusão cerebral com inadequado nível de consciência, e conseqüentemente em confusão mental. Isso expõe o indivíduo a riscos como traumas por queda e obstrução de vias aéreas devido ao relaxamento da língua^{8,14}. Pelo mesmo motivo, a segunda atividade de vida “comunicar”, contida na forma de linguagem verbal (capacidade cognitiva; falar; ouvir; ler; e escrever) pode estar comprometida.

O Modelo de Roper, Logan e Tierney defende na terceira atividade de vida “respirar” que há uma conexão respiratória-cardiovascular no nosso organismo⁸, sendo que a dor no peito, a dispneia, as arritmias, o choque cardiogênico e a parada cardiorrespiratória são associados a essa atividade de vida⁹. Tais sinais e sintomas envolvem o estímulo do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) simpático (taquicardia; sudorese; e hipertensão) e parassimpático (bradicardia), além da hipoperfusão tecidual decorrente do choque cardiogênico (hipotensão arterial; vasoconstrição periférica; sudorese; palidez, cianose; e confusão mental). Estudos demonstram que o sintoma mais comum do IAM é a dor no peito que ocorre devido à

estimulação de terminações nervosas pelo ácido lático e dióxido de carbono que se acumulam no tecido isquêmico¹⁴. Destaca-se também a irradiação da dor isquêmica visceral cardíaca (estômago; dorso; membros superiores; maxilar; mandíbula; e dentes) através do estímulo de terminações nervosas aferentes localizadas no miocárdio e nos vasos coronarianos^{4,15}.

Na pessoa acometida pelo IAM, o comprometimento da quarta atividade de vida “comer e beber” ocorre devido às dores advindas da irradiação da isquemia miocárdica no estômago e maxilar, além das náuseas, vômitos, pirose, eructação e dispepsia. Sintomas digestivos como apresentação atípica da doença geralmente estão presentes nos indivíduos com IAM¹⁶. “Eliminar” é a denominação da quinta atividade de vida afetada durante o IAM. A eliminação urinária e fecal ficará comprometida devido a hipoperfusão renal (podendo resultar em hiperuricemia) e da mucosa intestinal causada pelo choque cardiogênico^{17,18}. A sexta atividade de vida “higiene pessoal e vestir-se” refere-se aos hábitos da higiene diária da pele⁸. Na pessoa acometida pelo IAM poderá ocorrer a diminuição da capacidade de realização das atividades diárias relacionadas ao autocuidado devido ao comprometimento cardiorrespiratório causado pela doença. Além disso, alguns sinais e sintomas da isquemia miocárdica e do choque cardiogênico podem causar desconforto físico relacionado às condições da umidade da pele e da capacidade de se higienizar advinda da dor irradiada da isquemia (diaforese e dor ou desconforto no braço). “Controlar a temperatura do corpo” é a sétima atividade de vida, onde a sensação de calor é uma das suas manifestações atípicas na pessoa acometida pelo IAM, sendo também um equivalente não doloroso da isquemia¹⁹. Já a pele fria é característica do choque cardiogênico¹⁴. No que tange à oitava atividade de vida “mobilizar-se”, Roper, Logan e Tierney relataram que todo o comportamento associado às atividades de vida implica em movimento¹³. O IAM é uma circunstância que interfere no sistema musculoesquelético e em suas vias associadas e que compromete a capacidade de um indivíduo mobilizar-se adequadamente, sobretudo em decorrência dos sinais, sintomas e complicações associados a essa doença como fadiga, fraqueza, tremor e intolerância à atividade. Alguns estudos evidenciaram a manifestação de cansaço extremo, fadiga física e mental e repercussões na qualidade de vida da pessoa acometida pelo IAM²⁰⁻²². A nona atividade de vida comprometida pelo IAM “Trabalhar e distrair-se” inclui os momentos de “não-trabalho” do indivíduo, chamados de distração. Refere-se ao lazer, a descontração, diversão, exercício e férias⁸. O IAM traz sinais e sintomas inespecíficos e de caráter emocional que podem se manifestar nos pródromos da doença, na fase aguda ou após o estabelecimento da lesão miocárdica e que repercutem na capacidade do indivíduo em ter disposição para trabalhar e/ou para se distrair. Entre eles, citam-se: inquietação; ansiedade; estresse; angústia; desesperança; má adaptação; insegurança;

desespero; frustração; isolamento social; culpa; e tristeza²³⁻²⁵. A décima atividade de vida “expressar sexualidade” pode estar comprometida no IAM, pois, as alterações orgânicas causadas pela doença também interferem na dimensão sexual, sobretudo no que tange à disfunção sexual associada às reações emocionais e sociais advindas da doença e do tratamento medicamentoso^{20,26}. Dormir é a décima primeira atividade de vida comprometida na pessoa acometida pelo IAM. Sabe-se que a associação entre a insônia e a doença cardiovascular é crescente^{27,28} e evidenciou-se que o uso de práticas de higiene do sono e de modificações ambientais durante a internação das pessoas acometidas pela isquemia miocárdica, em combinação com outros tratamentos, reduziu a incidência de arritmia após o IAM²⁹. A décima segunda atividade de vida “morrer” envolve inúmeras reações emocionais, como a descrença, o desespero, a raiva, a negação, a vergonha, a culpa, o ressentimento, o medo, a ansiedade e a depressão. Ela tem total relação com um dos conceitos do Modelo de Roper-Logan-Tierney, a “duração da vida”. Nesse modelo, a duração da vida é representada por uma linha unidirecional que vai do nascimento até a morte⁸. O medo é relatado pelas pessoas que passaram pela experiência do IAM como uma “constante companhia”²⁰.

Conclusão

O subconjunto ficou composto por 34 diagnósticos/resultados e 68 intervenções de enfermagem. O subconjunto apresentado obteve índices de validade de conteúdo capazes de apresentar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem com abrangência suficiente para abarcar dez das doze categorias de atividades de vida do modelo de Roper, Logan e Tierney, sendo, portanto, uma tecnologia operacional plenamente orientada pelo modelo teórico adotado.

Este estudo evidenciou que, do total de 22 especialistas, 59,09% relataram nunca terem utilizado a CIPE® na prática clínica. Tal informação é relevante para a compreensão a respeito da não validação de 10 diagnósticos/resultados de enfermagem elaborados com o objetivo de abordarem as repercussões nas atividades de vida da pessoa acometida pelo IAM. Diante disso, duas das doze atividades de vida (controlar a temperatura do corpo e expressar sexualidade) não puderam ser contempladas no subconjunto terminológico CIPE®, apesar das evidências científicas encontradas na revisão integrativa da literatura apontarem para a manifestação de sinais, sintomas e complicações relacionados a esses enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem.

Algumas intervenções de enfermagem essenciais para a assistência de enfermagem à pessoa acometida pelo IAM, como “acompanhar durante a mobilização no leito e/ou deambulação;

aconselhar a não ficar em posição ortostática sem auxílio dos profissionais de enfermagem e/ou acompanhantes” no diagnóstico “confusão”; “auscultar sons respiratórios; avaliar a coloração e temperatura das extremidades; realizar balanço hídrico” no diagnóstico “arritmia”; “avaliar sons respiratórios” no diagnóstico “débito cardíaco prejudicado”; “auscultar bulhas cardíacas” no diagnóstico “dispneia”; “monitorar a frequência e a profundidade das respirações” no diagnóstico “perfusão tissular prejudicada”; e “monitorar as condições cardíaca e respiratória” no diagnóstico “capacidade para executar o autocuidado prejudicada” não foram validadas, apesar de estarem incluídas no cuidado de enfermagem necessário durante a ocorrência evento isquêmico miocárdico.

Observou-se a ocorrência de divergências de opiniões a respeito dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, resultando em um IVC < 0,80 para diagnósticos/resultados e intervenções importantes para a assistência à pessoa com IAM, já evidenciados anteriormente na literatura de enfermagem.

O maior número de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem está concentrado na categoria “respirar”, indicando a necessidade de investigações futuras para validação clínica.

O enfermeiro possui papel fundamental em relação à educação em saúde da população. Para tal, a elaboração e validação do subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com IAM torna-se importante ferramenta, de uso facilitado devido à presença de termos que são compatíveis com os utilizados na prática clínica do enfermeiro. Esse subconjunto também auxilia no pensamento crítico e na tomada de decisões que irão contribuir com a assistência de enfermagem de qualidade e aplicação de terminologias de linguagem especializadas a pessoa com IAM.

Limitações do estudo

Alcance apenas do número mínimo de enfermeiros especialistas requeridos pelo cálculo amostral.

Referências

1. Ribeiro AL, Duncan BB, Brant LC, Lotufo PA, Mill JG, Barreto SM. Cardiovascular Health in Brazil: Trends and Perspectives. *Circulation*. 2016;133(4):422-33.
2. Ministério da Saúde (BR). Indicadores de Saúde. Datasus. [Internet]. 2016 [cited 2017 mar]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>.
3. Serrano-Martínez M, San Julián-Aranguren B, Ezpeleta-Iturralde I, Madoz-Zubilaga E, Goñj MJU, Irala-Estevez de J. Primary care nursing of coronary patients and reduction of re-infarction risk: a nested case-control study. *Public Health* (2005) 119, 112–117.
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem. Disponível

- em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em novembro de 2015.
5. Garcia TM, Nobrega M M L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 22, n. spe, p. 875-879, 2009.
 6. Araújo AM, Nóbrega MML, Garcia TR. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(2):385-92.
 7. Garcia TR, Bartz CC, Coenen AM. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. 24-39 p. In: Garcia TR. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® Aplicado à realidade brasileira*. Ed: Artmed. Porto Alegre, 2016. 352 p.
 8. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney: baseado nas atividades de vida diária. 1ª ed., Lisboa, 2001. Ed: CLIMEPSI. 198 p.
 9. International Organization for Standardization (ISO). *Health Informatics: Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems (ISO/FDIS 18104: 2014)*. Geneva: ISO; 2014. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=59431>. Acesso em novembro de 2015.
 10. Lopes MVO, Silva V M, Araujo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs Knowl*. 2012 oct;23(3):134-9.
 11. Veríssimo RCSS, Marin H de F. Protótipo de sistema de documentação em enfermagem no puerpério. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(2):108-15.
 12. Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD et al . V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq. Bras. Cardio*. 2015 Ago; 105(2 Suppl 1): 1-121.
 13. Carvalho EC de, Cruz D de AL, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Rev. bras. enferm*. 2013; 66(spe): 134-141.
 14. Aehlert B. *ACLS, Advanced Cardiac Life Support. Emergências em Cardiologia: suporte avançado de vida em cardiologia. Um guia para estudo*. Tradução de Bianca Tarrise de Fontoura. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
 15. Pereira JMV, Cavalcanti ACD, Santana RF, Cassiano KM, Queluci GC, Guimarães TCF. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. *Esc. Anna Nery*. 2011 Dez ; 15(4): 737-745.
 16. Grosmaître P, Le Vavasœur O, Yachouh E, Courtial Y, Jacob X, Mevrans S et al. Significance of atypical symptoms for the diagnosis and management of myocardial infarction in elderly patients admitted to emergency departments. *Archives of Cardiovascular Disease*. Nov 2013. 106, 586—592.
 17. Bernoche C, Kopel L, Geisler LN, Lopes D, Frota M, Macatrão-Costa, Lage S. Atualização no manejo clínico do choque cardiogênico. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 2016;26(1):14-20.
 18. Nozari Y, Geraiely B. Correlation between the Serum Levels of Uric Acid and HS-CRP with the Occurrence of Early Systolic Failure of Left Ventricle Following Acute Myocardial Infarction. *Acta Med Iran*. 2011;49(8):531-5.
 19. DeVon HA, Ryan CJ, Cooper BA. Classifying subgroups of patients with symptoms of acute coronary syndromes: A cluster analysis. *Res Nurs Health*. 2010 Oct;33(5):386-97.

20. Andersson EK, Borglin G, Wilman A. The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction. *Qual Health Res.* 2013 Jun;23(6):762-72.
21. Dodson JA, Arnold SV, Reid KJ, Gill TM, Rich MW, Masoud FA et al. Physical function and independence 1 year after myocardial infarction: observations from the Translational Research Investigating Underlying disparities in recovery from acute Myocardial infarction: Patients' Health status registry. *Am Heart J.* 2012 May;163(5):790-6.
22. Levine DA, Davydow DS, Hough CL, Langa KM, Rogers MA, Iwashyna TJ *et. al.* Functional disability and cognitive impairment after hospitalization for myocardial infarction and stroke. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 7(6): 863-71, 2014.
23. Lemos C, Gottschall CAM, Pellanda LC, Muller M. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. *Psic.: Teor. e Pesq., Brasília* , v. 24, n. 4, p. 471-476, Dez. 2008 .
24. Iles-Smith H, Deaton C, Campbell M, Mercer C, McGowan L. The experiences of Myocardial Infarction patients readmitted within six months of Primary Percutaneous Coronary Intervention. *J Clin Nurs;* 2 January 2017.
25. De Jonge P, Zuidersma M, Bültmann U. The presence of a depressive episode predicts lower return to work rate after myocardial infarction. *Gen Hosp Psychiatry.* 2014 Jul-Aug;36(4):363-7.
26. Andre FF, Maria VLR. Sexuality of postinfarction patients: diagnosis, results and nursing interventions. *Journal of Clinical Nursing,* 2014; 23, 2101–2109.
27. Laks J, Teles LL. Insônia e doença cardiovascular: marcadores inflamatórios e risco aumentado de cardiopatias. *JBM - Março/Abril,* 2014. Vol. 102
28. Andrechuk CRS, Ceolim MF. Sleep quality and adverse outcomes for patients with acute myocardial infarction. *J Clin Nurs;* 25(1-2): 223-30, 2016 Jan.
29. Salavati M, Khalili Z, Borzou SR, Malmir M, Musavi S, Homayonfar S. The Effect of Sleep Hygiene on the Incidence of Cardiac Dysrhythmia in Patients with Myocardial Infarction Hospitalized in Critical Care Units: A Randomized Controlled Trial. *Nurs Midwifery Stud.* In press:e37652. Published online 2017 January 3.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo possibilitou a elaboração de um subconjunto terminológico da CIPE® para a pessoa com infarto agudo do miocárdio orientado pelo “Modelo de Atividades de Vida” de Roper, Logan e Tierney composto por 34 diagnósticos/resultados e 68 intervenções de enfermagem.

A CIPE® mostrou-se uma classificação com uso facilitado devido à presença de termos que são compatíveis com os utilizados na prática clínica do enfermeiro. A validação de conteúdo por especialistas dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem evidenciou que os termos da CIPE® são equivalentes,

em sua maioria, aos termos da literatura científica a respeito dos sinais, sintomas e complicações do IAM. Verificou-se que 77,27% dos enunciados de diagnósticos/resultados e 44,53% das intervenções de enfermagem foram validados, alcançando IVC $\geq 0,80$.

O subconjunto é uma ferramenta útil para investigação dos sinais e sintomas que acometem uma pessoa com IAM e na prática clínica de enfermeiros da área urgência e emergência auxilia-os no pensamento crítico e na tomada de decisões. A elaboração do subconjunto contribui para a documentação sistematizada do cuidado de enfermagem, aplicando terminologias de linguagem especializada da prática da profissão.

Pela elevada morbimortalidade por IAM e importância da atuação do enfermeiro como prestador da assistência ao paciente grave, educador e responsável pela promoção da saúde, mostrou-se relevante a elaboração e a validação do subconjunto terminológico CIPE® específico para o atendimento à pessoa acometida agravo.

REFERÊNCIAS

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.994, de 13 de Dezembro de 2011. **Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicações, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.** Brasília, 2011.

ABATE, E. *et al.* Association between Multilayer Left Ventricular Rotational Mechanics and the Development of Left Ventricular Remodeling after Acute Myocardial Infarction. **J Am Soc Echocardiogr.** 2014 Mar;27(3):239-48. Disponível em: <[http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0894-7317\(13\)00967-X](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0894-7317(13)00967-X)>. Acesso em agosto de 2015.

ABED, M.A. HALL, L.A. MOSER, D.K. *et al.* Spielberger's State Anxiety Inventory: Development of a Shortened Version for Critically Ill Patients. **Issues Ment Health Nurs.** 2011;32(4):220-7. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01612840.2010.546493?journalCode=mhn20#.V6jH2fkrKUK>>. Acesso em agosto de 2015.

AEHLERT, Barbara. **ACLS, Advanced Cardiac Life Suport.** Emergências em Cardiologia: suporte avançado de vida em cardiologia. Um guia para estudo. 4ª ed. Elsevier, 2013.

ALMEIDA, M. A. *et al.* **Processo de enfermagem na prática clínica:** estudos de caso realizados no Hospital de Clinicas de Porto Alegre. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 319 p.

ALMEIDA, M.C. de; *et al.* Comparação do Perfil Clínico-Epidemiológico entre Homens e Mulheres na Síndrome Coronariana Aguda. **Rev Bras Cardiol.** 2014;27(6):423-429 novembro/dezembro. Disponível em: <onlinejcs.org/exportar-pdf/318/v27n6a06.pdf>. Acesso em agosto de 2015.

AMERICAN HEART ASSOCIATION STATISTICAL - AHA UPDATE. **Heart Disease and Stroke Statistics - 2015 Update** A Report From the American Heart Association. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/131/4/434.full?sid=5acee552-e2f2-43ba-89b3-faaa01ca7f56>>. Acesso em maio de 2015.

AMERICAN HEART ASSOCIATION – AHA. **Destaques da American Heart Association 2015:** atualização das diretrizes de RCP e ACE. Edição em português. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>. Acesso em agosto de 2016.

ANDERSON, M.L. *et al.* Differences in the Profile, Treatment, and Prognosis of Patients With Cardiogenic Shock by Myocardial Infarction Classification A Report From NCDR. **Circ Cardiovasc Qual Outcomes.** 2013 Nov;6(6):708-15. Disponível em:<<http://circoutcomes.ahajournals.org/content/6/6/708.long>>. Acesso em agosto de 2015.

ANDERSSON, E.K. *et al.* Standing alone when life takes an unexpected turn: being a midlife next of kin of a relative who has suffered a myocardial infarction. **Scand J**

Caring Sci. 2013 Dez; 27(4):864-71. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2012.01094.x/abstract>. Acesso em agosto de 2015.

ANDERSSON, E.K.; BORGLIN, G.; WILMAN, A. *et al.* The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction. **Qual Health Res.** 2013 Jun;23(6):762-72. Disponível em: <<http://qhr.sagepub.com/content/23/6/762.long>>. Acesso em agosto de 2015.

ANDRE, F.F; MARIA; V.L.R. Sexuality of postinfarction patients: diagnosis, results and nursing interventions. **Journal of Clinical Nursing**, 23, 2101–2109. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25040761>>. Acesso em outubro de 2016.

ANDRECHUK, C.R.S; CEOLIM, M.F. Sleep quality and adverse outcomes for patients with acute myocardial infarction. **J Clin Nurs**; 25(1-2): 223-30, 2016 Jan. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13051/abstract>>. Acesso em outubro de 2015.

ARAÚJO, A.M. de; NÓBREGA, M.M.L. da; GARCIA, T.R. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®. **Rev Esc Enferm USP.** 2013; 47(2):385-92. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/16.pdf>>. Acesso em outubro de 2016.

ARAÚJO, A.M. **Catálogo CIPE® para Insuficiência Cardíaca Congestiva.** 2009. 100 f. Dissertação. Mestrado em “Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em enfermagem e saúde” – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.

AZUAJE, F.; DEVAUX, Y.; WAGNER, D.R. *et al.* Integrative Pathway-Centric Modeling of Ventricular Dysfunction after Myocardial Infarction. **PLoS One.** 2010 Mar 11;5(3):e9661.. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2836383/>>. Acesso em agosto de 2015.

BAENA, C.P. *et al.* Tendência de mortalidade por infarto agudo do miocárdio em Curitiba (PR) no período de 1998 a 2009. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 98, n. 3, p. 211-217, Mar. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2015.

BAHR R.D.. Chest pain centers: moving toward proactive acute coronary care. **Int J Cardiol.** 2000;72(2):101-10. Disponível em: <<http://www.sccpc.org/webdocs/cpc-moving-toward.pdf>>. Acesso outubro de 2015.

BAHRMANN, P. *et al.* A 3-Hour Diagnostic Algorithm for Non-ST-Elevation Myocardial Infarction Using High-Sensitivity Cardiac Troponin T in Unselected Older Patients Presenting to the Emergency Department. **J Am Med Dir Assoc**; 14(6): 409-16, 2013 Jun. Disponível em: <[http://www.jamda.com/article/S1525-8610\(12\)00451-3/abstract](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(12)00451-3/abstract)>. Acesso em agosto de 2015.

BALDACHINNO, D. Long-term causal meaning of myocardial infarction. **Br J Nurs.** 2010 Jun 24-Jul 7;19(12):774-81. Disponível em: <http://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2010.19.12.48656?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&>. Acesso em agosto de 2015.

BARRETO M.L., Teixeira M.G., Moraes Neto OL, Duarte EC. **O nascimento, a vida, o adoecimento, a morte e a atenção à saúde da população brasileira durante 20 anos de Sistema Único de Saúde: uma síntese.** In: Ministério da Saúde, organizador. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 407-16. Disponível em:<http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/sau.de_brasil_2008.pdf>. Acesso em agosto de 2015.

BASTOS, A.S., *et al.* Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto, v. 27, n. 3, p. 411-418, Sept. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382012000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2015.

BENGTSON, L.G. *et al.* Temporal Trends in the Occurrence and Outcomes of Atrial Fibrillation in Patients With Acute Myocardial Infarction (from the Atherosclerosis Risk in Communities Surveillance Study). **Am J Cardiol.** 2014 Set 1;114(5):692-7. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4609175/>>. Acesso em agosto de 2015.

BEZERRA A.V., *et al.* A conduta de enfermagem frente ao paciente infartado. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição** [serial on-line] 2011 jan-jul 1(1) 1-10. Disponível em: <http://www.ceen.com.br/revista_eletronica>. Acesso em maio de 2015.

BRAGA, J.R. de *et al.* Impacto do diabetes mellitus na mortalidade em síndromes coronarianas agudas. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo v. 51, n. 2, p. 275-280, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em outubro de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Linha do Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio na Rede de Atenção às Urgências.** 2011. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/protocolo_sindrome_coronaria_MS2011.pdf>. Acesso em julho de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências – 3. ed. ampl.–** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: il. Disponível em: <http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3e_d.pdf>. Acesso em julho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80: il. Disponível

em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>>. Acesso em novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conceitos e Definições em Saúde**. Brasília, 1977. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em agosto de 2016.

BRAUWALD E. Evolution of the management of acute myocardial infarction: a 20th century saga. **Lancet** 1998; 352: 1771-4. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673698032127>>. Acesso em maio de 2015.

BRAUNWALD, E. **Tratado de Medicina Cardiovascular**. Ed.: Rocha, 5ª ed. vol.1, São Paulo, 1999.

BRINK, E. Considering Both Health-Promoting and Illness-Related Factors in Assessment of Health-Related Quality of Life After Myocardial Infarction. **Open Nurs J**. 2012; 6: 90–94. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3434460/pdf/TONURSJ-6-90.pdf>>. Acesso em agosto de 2015.

BUYSSCHAERT, I. *et al.* A variant at chromosome 9p21 is associated with recurrent myocardial infarction and cardiac death after acute coronary syndrome: The GRACE Genetics Study. **Eur Heart J**. 2010 Mai;31(9):1132-41. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2862180/>>. Acesso em agosto de 2015.

CANALI, E. *et al.* Impact of gender differences on myocardial salvage and post-ischaemic left ventricular remodelling after primary coronary angioplasty: new insights from cardiovascular magnetic resonance. **Eur Heart J Cardiovasc Imaging**. 2012 Nov;13(11):948-53. Disponível em: <<http://ehjcm.oxfordjournals.org/content/13/11/948.long>>. Acesso em agosto de 2015.

CANESIN, M.F. e TIMERMAN, S. **Treinamento de Emergências Cardiovasculares Avançado da Sociedade Brasileira de Cardiologia** – TECA A. Manole: São Paulo, 2013.

CARILLO S. *et al.* Heart failure with systolic dysfunction complicating acute myocardial infarction — differential outcomes but similar eplerenone efficacy by ST-segment or non-ST-segment elevation: A post hoc substudy of the EPHEBUS trial. **Arch Cardiovasc Dis**. 2014 Mar;107(3):149-57. Disponível em: <<http://www.cardio-online.fr/content/download/107791/2251569/>>. Acesso em agosto de 2015>.

CARLSON, J. **Total consensus validation process**: a standardized research method to identify and link relevant NNN terms for professional practice. Documento apresentado na NANDA, NRC e salas de conferências NOC, Filadélfia. Março de 2006.

CARVALHO, M.W.A. de. **Catálogo CIPE® para Dor Oncológica**. 2009. 88 f. Dissertação. Mestrado em “Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em enfermagem e saúde” – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.

CARVALHO, M.W.A. de; NOBREGA, M.M.L. da; GARCIA, T.R. Process and results of the development of an ICNP® Catalogue for Cancer Pain. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1060-1067, Out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501060&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2016.

CASCALDI, B.G., *et al.* Infarto Agudo do Miocárdio sob a Ótica da População Brasileira. **Rev Bras Cardiol**. 2014;27(6):409-417 novembro/dezembro. Disponível em: <onlineijcs.org/exportar-pdf/316/v27n6a04.pdf>. Acesso em julho de 2015.

CASTRO, I. Consenso sobre tratamento do pós-infarto do miocárdio: reabilitação após infarto do agudo do miocárdio. **Arq Bras Cardiol**, volume 64, (nº3), 1995. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/1995/6403/64030023.pdf>>. Acesso em agosto de 2015.

CAVEIÃO, C. *et al.* Dor Torácica: Atuação Do Enfermeiro Em Um Pronto Atendimento De Um Hospital Escola. **R. Enferm. Cent. O. Min**. Vol. 4, Nº.1, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/427>>. Acesso em agosto de 2015.

CAVENDER, M.A. *et al.* Outcomes of Culprit Versus Multivessel PCI in Patients With Multivessel Coron. Artery Dis. Presenting With ST-levation Myocardial Infarction Complicated by Shock. **J Invasive Cardiol**. 2013 May;25(5):218-24. Disponível em: <http://www.invasivecardiology.com/articles/outcomes-culprit-versus-multivessel-pci-patients-multivessel-coronary-artery-disease-presen>. Acesso em agosto de 2015.

CHARPENTIER, S. *et al.* Combination of Copeptin and Troponin Assays to Rapidly Rule Out Non-ST Elevation Myocardial Infarction in the Emergency Department. **Acad Emerg Med**. 2012 Mai;19(5):517-24. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2012.01350.x/abstract>. Acesso em agosto de 2015.

CHEW, D.P. *et al.* Acute coronary syndrome care across Australia and New Zealand: the SNAPSHOT ACS study. **Med J Aust** 2013; 199 (3): 185-191. Disponível em: <<https://www.mja.com.au/journal/2013/199/3/acute-coronary-syndrome-care-across-australia-and-new-zealand-snapshot-acs-study>>. Acesso em agosto de 2015.

CHUA, S.K. *et al.* Acute ST-elevation Myocardial Infarction in Young Patients: 15 Years of Experience in a Single Center. **Clin Cardiol**. 2010 Mar;33(3):140-8. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clc.20718/abstract>>. Acesso em agosto de 2015.

COENEN, A. e KIM, T.Y. Development of terminology subsets using ICNP®. **Int J Med Inform**. 2010.

COENEN, A; *et. al.* ICNP Catalogues for supporting nursing content in electronic health records. **Stud Health Technol Inform.** 2012.

COLOMA, P.M. *et. al.* Identification of acute myocardial infarction from electronic healthcare records using different disease coding systems: a validation study in three European countries. **BMJ Open** 2013;**3**:e002862. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/3/6/e002862.full.pdf+html>>. Acesso em agosto de 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 272/2002. **Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileira.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html>. Acesso em novembro de 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358/2009. **Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em novembro de 2015.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®** - versão 1.0. São Paulo: Algol; 2007.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®** - versão 2015.

CORADA, E. *et. al.* Eleven-Year Trends in Gender Differences of Treatments and Mortality in ST-Elevation Acute Myocardial Infarction in Northern Italy, 2000 to 2010. **Am J Cardiol.** 2014 Ago 1;114(3):336-41. Disponível em: <[http://www.ajconline.org/article/S0002-9149\(14\)01110-2/abstract](http://www.ajconline.org/article/S0002-9149(14)01110-2/abstract)>. Acesso em agosto de 2015.

COSSETE, S. *et. al.* Randomized Controlled Trial of Tailored Nursing Interventions to Improve Cardiac Rehabilitation Enrollment. **Nurs Res.** 2012 Mar-Abr ;61(2):111-20. Disponível em: <http://www.centrepic.org/wp-content/uploads/2015/04/2012_Cosette_Juneau.pdf>. Acesso em agosto de 2015.

COSTA, C. F. C. D. da. **As emoções morais: a vergonha, a culpa e as bases motivacionais do ser humano.** 2008. 52 f. Dissertação. Mestrado em “Psicologia clínica e da saúde núcleo de psicoterapia cognitiva – comportamental e integrativa” – Universidade de Lisboa, Lisboa.

COVENTRY, L.L. *et. al.* Symptoms Of Myocardial Infarction: Concordance Between Paramedic And Hospital Records. **Prehosp Emerg Care.** 2014 Jul-Sep;18(3):393-401. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10903127.2014.891064?journalCode=ipec20>>. Acesso em agosto de 2015.

CROSSETTI, M. da G. O. *et al.* Validação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. In: ALMEIDA, M. de A. *et al.* **Processo de Enfermagem na Prática Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 320 p.

CRUZ, D.A.L.M. Processo de enfermagem e classificações. In: GAIDZINSKI R.R. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed; 2008. 368 p.

D'AMICO, M.M , SOUZA, R. K. de. Simultaneidade de Fatores de Risco Cardiovascular Controláveis: Estudo de Base Populacional. **Rev Bras Cardiol.** 2014;27(5):318-326 setembro/outubro. Disponível em:<http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/Art_125_Mariana_DAmico_Artigo_Original.pdf>. Acesso em maio de 2015.

DAMASCENO, C.A., *et al.* Fatores associados à decisão para procura de serviço de saúde no infarto do miocárdio: diferenças entre gêneros. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 6, p. 1362-1370, Dec. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Agosto de 2015.

DANTAS, R.A.S.; COLOMBO, R.C.R.; AGUILLAR, O.M. Perfil de mulheres com infarto agudo do miocárdio, segundo o modelo de “campo de saúde”. **Rev.latino am enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 63-68, julho 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13477.pdf>>. Acesso em julho de 2015.

DAVIES, A.R. *et al.* Constituent country inequalities in myocardial infarction incidence and case fatality in men and women in the United Kingdom, 1996–2005. **J Public Health (Oxf)**. 2011 Mar;33(1):131-8. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3043643/>>. Acesso em agosto de 2015.

DE JONGE, P. *et al.* The presence of a depressive episode predicts lower return to work rate after myocardial infarction. **Gen Hosp Psychiatry**. 2014 Jul-Aug;36(4):363-7. Disponível em: <[http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163-8343\(14\)00069-3](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163-8343(14)00069-3)>. Acesso em agosto de 2015.

DENOLLET, J. *et al.* Cognitive-Affective symptoms of Depression After Myocardial Infarction: Different Prognostic Importance Across Age Groups. **Psychosom Med**. 2013 Set;75(7):701-8. Disponível em: http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/2013/09000/Cognitive_Affective_Symptoms_of_Depression_After.12.aspx. Acesso em agosto de 2015.

DENOLLET, J. *et al.* Predictive Value of Social Inhibition and Negative Affectivity for Cardiovascular Events and Mortality in Patients With Coron. Artery Dis.: The Type D Personality Construct. **Psychosom Med**. 2013 Nov-Dec;75(9):873-81. Disponível em: <<http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/pages/articleviewer.aspx?year=2013&issue=11000&article=00011&type=abstract>>. Acesso em agosto de 2015.

DeVON, H.A. *et al.* Classifying Subgroups of Patients With Symptoms of Acute Coronary Syndromes: A Cluster Analysis. **Res Nurs Health**. 2010 Oct;33(5):386-97. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3102439/>>. Acesso em agosto de 2015.

DeVON, H.A. *et al.* Time to Treatment for Acute Coronary Syndromes: The Cost of Indecision. **J Cardiovasc Nurs**. 2010 Mar-Apr;25(2):106-14.. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2884185/>. Acesso em agosto de 2015.

DODSON, J.A. *et al.* Physical function and independence 1 year after myocardial infarction: observations from the Translational Research Investigating Underlying disparities in recovery from acute Myocardial infarction: Patients' Health status registry. **Am Heart J**. 2012 May;163(5):790-6. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22607856>>. Acesso em outubro de 2016.

DOUGLAS, P.S., *et al.* Outcomes of anatomical versus functional for Coron. Artery Dis.. **N Engl J Med**: 372(14): 1291-300, 2 de abr. de 2015. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1415516>> Acesso em outubro de 2015.

EL-MENVAR, *et al.* Killip classification in patients with acute coronary syndrome: insight from a multicenter registry. **Am J Emerg Med**. 2012 Jan;30(1):97-103. doi: 10.1016. Disponível em: [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735-6757\(10\)00489-4](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735-6757(10)00489-4). Acesso em agosto de 2015.

EPSTEIN, A.E. *et al.* Wearable Cardioverter-Defibrillator Use in Patients Perceived to Be at High Risk Early Post-Myocardial infarction. **J Am Coll Cardiol**. 2013 Nov 19;62(21):2000-7. Disponível em: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1723276>. Acesso em agosto de 2015.

ERIKSSON, M; ASPLUND, K.; SVEDLUND, M. *et al.* Couples' thoughts about and expectations of their future life after the patient's hospital discharge following acute myocardial infarction. **J Clin Nurs**. 2010 Dez;19(23-24):3485-93. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03292.x/abstract>>. Acesso em agosto de 2015.

ESCOSTEGUY, C.C. *et al.* Acute myocardial infarction: clinical and epidemiological profile and factors associated with in-hospital death in the municipality of Rio de Janeiro. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 80, n. 6, p. 600-606, Junho 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2003000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em agosto 2015.

ESCOSTEGUY, C.C. *et al.* Implementando diretrizes clínicas na atenção ao infarto agudo do miocárdio em uma emergência pública. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v. 96, n. 1, p. 18-25, Jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em maio de 2015.

FAZLINEZHAD, A. *et al.* Plasma Brain Natriuretic Peptide (BNP) as an Indicator of Left Ventricular Function, Early Outcome and Mechanical Complications after Acute Myocardial Infarction. **Clin Med Insights Cardiol**. 2011; 5: 77–83.. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3165920/pdf/cmc-5-2011-077.pdf>>. Acesso em agosto de 2015.

FENNESSY, M.M. *et al.* Gender Differences in Fatigue Associated With Acute Myocardial Infarction. **J Cardiopulm Rehabil Prev**. 2010 Jul-Aug;30(4):224-30. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3003435/>>. Acesso em agosto de 2015.

FEHRING, R.J. Methods to Validate Nursing Diagnoses. **Heart & Lung**, Vol. 16, Nº. 6 (Novembro, 1987). Disponível em: <http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=nursing_fac>. Acesso em agosto de 2016.

FEHRING, R.J. **The Fehring model**. In: Carrol-Johnson RM, Paquette M, editors. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference. Philadelphia (USA): JB Lippincott; 1994. p. 55-62. *apud* MELO, R. P. *et al.* Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev. Rene**, v.12, n.2, p.424-31. 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_pdf/a26v12n2.pdf>. Acesso em agosto de 2016.

FERREIRA, P.M.F. *et al.* Acetylsalicylic Acid Daily vs Acetylsalicylic Acid Every 3 Days in Healthy Volunteers: effect on platelet aggregation, gastric mucosa, and prostaglandin E₂ synthesis. **The Journal of Clinical Pharmacology**. Volume 56, Julho de 2016. Páginas 862–868. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jcph.685/full>>. Acesso em Agosto de 2016.

FLEISCHMANN, K.E. *et al.* The New Universal Definition of Myocardial Infarction Criteria Improves Electrocardiographic Diagnosis of Acute Coronary Syndrome. **J Electrocardiol**. 2011 Jan–Fev; 44(1): 69–73.. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3073862/>>. Acesso em agosto de 2015.

FOSBOL, E.L. *et al.* The Impact of a Statewide Pre-Hospital STEMI Strategy to Bypass Hospitals Without Percutaneous Coronary Intervention Capability on Treatment Times. **Circulation**. 2013 Fev 5;127(5):604-12. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/127/5/604.long>>. Acesso em agosto de 2015.

FREDRIKSSON-LARSSON, U. ALSEN, P.; BRINK, E. *et al.* I've lost the person I used to Experiences of the consequences of fatigue following myocardial infarction. **Int J Qual Stud Health Well-being**. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3683631/pdf/QHW-8-20836.pdf>>. Acesso em agosto de 2015.

FRENK J., *et al.* **La transición epidemiológica en América Latina**. Bol Oficina Sanit Panam 1991; 111:485-96. Disponível em:

<<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v111n6p485.pdf>>. Acesso em agosto de 2015.

FUJII, T. *et al.* Impact of transport pathways on the time from symptom onset of ST-segment elevation myocardial infarction to door of coronary intervention facility. **J Cardiol.** 2014 Jul;64(1):11-8. Disponível em: <[http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0914-5087\(13\)00357-2](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0914-5087(13)00357-2)>. Acesso em agosto de 2015.

FULY, P. dos S.C.; LEITE, J.L.; LIMA, S.B.S.. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 61, n. 6, p. 883-887, Dec. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em novembro de 2015.

GAL, P.L.M. *et al.* Dor torácica. **Rev. Med.** (São Paulo), 80(ed. esp. pt.2):341-50, 2001. Disponível em: <www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/69990/72635>. Acesso em agosto de 2016.

GARCIA, R. P. *et al.* Vivências da família após infarto agudo do miocárdio. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 34, n. 3, p. 171-178, Set. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em agosto de 2015.

GALVÃO, M.C.B. Uso de linguagens de especialidade na prática profissional. In: GARCIA, T. R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® Aplicado à realidade brasileira.** Ed: Artmed. Porto Alegre, 2016. 352 p.

GARCIA, T.T; BARTZ, C.C; COENEN, A.M. CIPE: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: GARCIA, T. R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® Aplicado à realidade brasileira.** Ed: Artmed. Porto Alegre, 2016. 352 p

GARCIA, T. R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® Aplicado à realidade brasileira.** Ed: Artmed. Porto Alegre, 2016. 352 p.

GARCIA, T.M.; NOBREGA, M. M. L. da. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, p. 142-150, Sept. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em outubro de 2015.

GARCIA, T.M.; NOBREGA, M. M. L. da. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 22, n. spe, p. 875-879, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em outubro de 2015.

GARCIA, T.R., NÓBREGA M.M.L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS I., FIGUEIREDO N.M.A., PADILHA M.I.C.S., organizadores. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. 1ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2004.

GARCIA, T.R.; NOBREGA, M.M.L. da. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 816-818, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Julho de 2015.

GARCÍA-PAREDES, T. *et. al.* Evaluation of prognostic scale Thrombolysis In Myocardial Infarction and Killip. An ST-elevation myocardial infarction new scale. **Am J Emerg Med**. 2014 Nov;32(11):1364-9. Disponível em: [http://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757\(14\)00580-4/abstract](http://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757(14)00580-4/abstract). Acesso em agosto de 2015.

GOLDMAN L, SHAFER, A.I. **Cecil: Medicina**. v. 1. 24ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

GONZALEZ, M.A. *et. al.* Evaluación de las acciones de enfermería en el Tiempo Puerta Aguja en pacientes con tratamiento trombolítico. **Rev Cubana Enfermer**, Ciudad de la Habana, v. 27, n. 1, p. 79-87, marzo 2011. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em agosto de 2015.

GORDON M., SWEENEY M.A. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. **Adv Nurs Sci** 1979; 2(1):1-15. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/114094>>. Acesso em novembro de 2015.

GROSMAITRE, P. *et. al.* Significance of atypical symptoms for the diagnosis and management of myocardial infarction in elderly patients admitted to emergency departments. **Archives of Cardiovascular Disease** (2013) 106, 586—592. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S1875213613003033/1-s2.0-S1875213613003033-main.pdf?_tid=73e7b640-9530-11e6-8f90-00000aab0f27&acdnat=1476794781_5344821634c85d3dd145120c0b653578>. Acesso em outubro de 2016.

GUALANDRO, D.M. *et. al.* Coronary plaque rupture in patients with myocardial infarction after noncardiac surgery: Frequent and dangerous. **Atherosclerosis**. 2012 May;222(1):191-5. Disponível em: <[http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0021-9150\(12\)00135-9](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0021-9150(12)00135-9)>. Acesso em agosto de 2015.

HAILER, B. *et al.* Gender-Related Differences in Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: Results From the Registry Study of the ST Elevation Myocardial Infarction Network Essen. **Clin Cardiol**. 2011 May;34(5):294-301. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clc.20916/abstract>. Acesso em agosto de 2015.

HANSON, I. *et al.* Angiographic and Clinical characteristics of Type 1 Versus Type 2 Perioperative Myocardial Infarction. **Catheterization and Cardiovascular Interventions** 82:622–628 (2013).

HESS, C.N. *et al.* The Association of Early Physician Follow-up and 30-Day Readmission after Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction among Older Patients. **Circulation**. 2013 Set 10;128(11):1206-13. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3926095/>. Acesso em agosto de 2015.

HESS, E.P. *et al.* Derivation of a clinical decision rule for chest radiography in emergency department patients with chest pain and possible acute coronary syndrome. **CJEM**. 2010 Mar;12(2):128-34. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/41893887_Derivation_of_a_clinical_decision_rule_for_chest_radiography_in_emergency_department_patients_with_chest_pain_and_possible_acute_coronary_syndrome>. Acesso em agosto de 2015.

HESS, M. L. **Doenças Cardíacas**: primeiros cuidados. São Paulo: Ed. Manole. 2002.

HOCHHOLZER, W. *et al.* Incremental Value of High-Sensitivity Cardiac Troponin T for Risk Prediction in Patients with Suspected Acute Myocardial Infarction. **Clin Chem**. 2011 Sep;57(9):1318-26. Disponível em: <http://www.clinchem.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=21771945>. Acesso em agosto de 2015.

HONG, J.S; KANG, H.C; LEE, S.H. *et al.* Comparison of Case Fatality Rates for Acute Myocardial Infarction in Weekday vs Weekend Admissions in South Korea. **Circ J**. 2010 Mar;74(3):496-502. Epub 2010 Jan 14.. Disponível em: <http://joi.jlc.jst.go.jp/JST.JSTAGE/circj/CJ-09-0678?from=PubMed>>. Acesso em agosto de 2015.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HOSKINS, L.M. **Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research**. In: Carrol Johnson RM, editor. Classification of nursing diagnoses. Proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia (USA): JB Lippincott; 1989. p.126-131.

HSIEH, M.J. *et al.* Renal Dysfunction on Admission, Worsening Renal Function, and Severity of Acute Kidney Injury Predict 2-Year Mortality in Patients With Acute Myocardial Infarction. **Circ J**. 2013;77(1):217-23. Disponível em: https://www.jstage.jst.go.jp/article/circj/77/1/77_CJ-12-0539/_article. Acesso em agosto de 2015.

HUANG, H.D. *et al.* Comparison of Angiographic Findings in Patients With Acute Anteroseptal Versus Anterior Wall ST-Elevation Myocardial Infarction. **Am J Cardiol**. 2011 Mar 15;107(6):827-32. Disponível em: [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002-9149\(10\)02410-0](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002-9149(10)02410-0)>. Acesso em agosto de 2015.

IDRIS, H. *et. al.* Varying Definitions for Periprocedural Myocardial Infarction Alter Event Rates and Prognostic Implications. **J Am Heart Assoc.**2014;3:e001086. Disponível em: <http://jaha.ahajournals.org/content/3/6/e001086.full.pdf+html>. Acesso em agosto de 2015.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **Guidelines for ICNP® Catalogue Development**: International Classification for Nursing Practice Program. Geneva: ICN; 2008.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **International Classification for Nursing Practice**: ICNP. Version 1.0. Geneva: ICN; 2005.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **Nursing's next advance**: an International Classification for Nursing Practice (ICNP). Geneva: ICN; 1993.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **ICNP® Catalogues (online)**. Atualizado em 13 de abril de 2016. Disponível em: <http://www.icn.ch/what-we-do/icnpr-catalogues/>. Acesso em outubro de 2016.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO). **Health Informatics**: Categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems (ISO/FDIS 18104: 2014). Geneva: ISO; 2014. Disponível em: http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=59431. Acesso em novembro de 2015.

ISILAK, Z. *et. al.* Comparison of clinical risk assessment systems in predicting three-vessel Coron. Artery Dis. and angiographic culprit lesion in patients with non-ST segment elevated myocardial infarction/unstable angina pectoris. **Kardiol Pol.** 2012;70(3):242-50. Disponível em: http://www.kardiologiapolska.pl/en/darmowy_pdf.phtml?id=126&indeks_art=3188. Acesso em agosto de 2015.

JARAI, R. *et. al.* Prediction of cardiogenic shock using plasma B-type natriuretic peptide and the N-terminal fragment of its pro-hormone concentrations in ST elevation myocardial infarction: An analysis from the ASSENT-4 Percutaneous Coronary Intervention Trial. **Crit Care Med.** 2010 Sep;38(9):1793-801. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/44687297_Prediction_of_cardiogenic_shock_using_plasma_B-type_natriuretic_peptide_and_the_N-terminal_fragment_of_its_pro-hormone_concentrations_in_ST_elevation_myocardial_infarction_An_analysis_from_the_ASSENT. Acesso em agosto de 2015.

JESUS, A.V. de; CAMPELO, V. e SILVA, M.J.S. da. Perfil dos pacientes admitidos com Infarto Agudo do Miocárdio em Hospital de Urgência de Teresina-PI. **Interd.** v.6, n.1, p.25-33, jan.fev.mar. 2013. Disponível em: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/8/pdf_2. Acesso em maio de 2015.

JÍMENEZ-NAVARRO, M.F. *et. al.* Influence of preinfarction angina on the release kinetics of endothelial progenitor cells and cytokines during the week after infarction. **Eur J Clin Invest.** 2011 Nov;41(11):1220-6.

Disponível:<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2362.2011.02529.x/abstract>>. Acesso em agosto de 2015.

JOHNSON, D. E. Theory in Nursing: borrowed and unique. **Nursing Research:** maio/junho 1968 – v. 17, p. 206-209. Disponível em:

<http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1968/05000/THEORY_IN_NURSING__BORROWED_AND_UNIQUE_.6.aspx>. Acesso em agosto de 2015.

KAMPER, A.M. *et. al.* Predictors of functional decline in elderly people with vascular risk factors or disease. **Age Ageing.** 2005 Set;34(5):450-5. Disponível em:

<<http://ageing.oxfordjournals.org/content/34/5/450.long>>. Acesso em outubro de 2016.

KATO, K. **DICIONÁRIO Termos Técnicos de Saúde.** 1ª ed. São Paulo: Conexão, 2003.

KELLY, A.M. *et. al.* How useful are the Heart Foundation risk criteria for assessment of emergency department patients with chest pain? **Emerg Med Australas.** 2012 Jun;24(3):260-5. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-6723.2012.01536.x/abstract>.

Acesso em agosto de 2015.

KELLY, A.M. *et. al.* What is the incidence of major adverse cardiac events in emergency department chest pain patients with a normal ECG, thrombolysis in myocardial infarction score of zero and initial troponin #99th centile: an observational study. **Emerg Med J.** 2013 Jan;30(1):15-8. Disponível em:<<http://emj.bmj.com/content/30/1/15.long>>. Acesso em agosto de 2015.

KHAFAJI, H.A. *et. al.* Elevated serum leptin levels in patients with acute myocardial infarction; correlation with coronary angiographic and echocardiographic findings.

BMC Res Notes. 2012 Mai 29;5:262. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3490852/>. Acesso em agosto de 2015.

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

Disponível em: <[http://www.ajconline.org/article/0002-9149\(67\)90023-9/pdf](http://www.ajconline.org/article/0002-9149(67)90023-9/pdf)>. Acesso em outubro de 2015.

KNOBEL, E. Choque Cardiogênico. **Arq Bras Cardiol.** Volume 72, (nº 4), 1999.

Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/1999/7204/72040002.pdf>>. Acesso em outubro de 2016.

KNOT, J. *et. al.* Comparison of outcomes in ST-segment depression and ST-segment elevation myocardial infarction patients treated with emergency PCI: data from a multicenter registry. **Cardiovasc J Afr.** 2012 Oct;23(9):495-500. Disponível

em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3721943/>>. Acesso em agosto de 2015.

KUBLER, P. *et al.* Comparison of drug-eluting stents to bare-metal stents in ST-elevation myocardial infarction in long-term follow-up. **Kardiol Pol** 2013;71(1):25-31. Disponível em: <<https://ojs.kardiologiapolska.pl/kp/article/view/7608>>. Acesso em agosto de 2015.

KUHN, L. *et al.* Effect of patient sex on triage for ischaemic heart disease and treatment onset times: A retrospective analysis of Australian emergency department data. **Int Emerg Nurs**. 2014 Apr;22(2):88-93. Disponível em: [http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X\(13\)00067-0/abstract](http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X(13)00067-0/abstract). Acesso em agosto de 2015.

LAISSY, J.P. *et al.* Cardiac Diffusion-weighted MR Imaging in Recent, Subacute, and Chronic Myocardial Infarction: A Pilot Study. **J Magn Reson Imaging**. 2013 Dez;38(6):1377-87. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmri.24125/abstract;jsessionid=7CA3E9C4AB70386DF37EC534ACE98F92.f03t02>>. Acesso em agosto de 2015.

LAKHANI, M.S. *et al.* Correlation of Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) risk score with extent of Coron. Artery Dis. in patients with acute coronary syndrome. **J Pak Med Assoc**. 2010 Mar;60(3):197-200. Disponível em: <http://jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=1952>. Acesso em agosto de 2015.

LAKS, J.; TELES, L.L. Insônia e doença cardiovascular: marcadores inflamatórios e risco aumentado de cardiopatias. **JBM** - Março/Abril, 2014. Vol. 102. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n2/a4190.pdf>>. Acesso em outubro de 2016.

LANGORGEN, J. *et al.* Implications of changing definitions of myocardial infarction on number of events and all-cause mortality: the WHO 1979, ESC/ACC 2000, AHA 2003, and Universal 2007 definitions revisited. **Eur J Prev Cardiol**. 2014 Nov;21(11):1349-57. Disponível em: <<http://cpr.sagepub.com/content/21/11/1349.long>>. Acesso em agosto de 2015.

LEMOES, C. *et al.* Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 471-476, Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em outubro de 2016.

LEVINE, D.A. *et al.* Functional disability and cognitive impairment after hospitalization for myocardial infarction and stroke. **Circ Cardiovasc Qual Outcomes**; 7(6): 863-71, 2014 Nov. Disponível em: <<http://circoutcomes.ahajournals.org/content/7/6/863.full.pdf+html>>. Acesso em outubro de 2016.

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

LIMA W.A., GLANER M.F. Principais fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.** 2006;8(1):96-104. Disponível em:

<<http://twingo.ucb.br/jspui/bitstream/123456789/162/1/Principais%20fatores%20de%20risco%20relacionados%20%C3%A0s%20doen%C3%A7as%20cardiovasculares.pdf>>. Acesso em agosto de 2015.

LIU, A. *et. al.* Reduction in myocardial infarction admissions in Liverpool after the smoking ban: potential socioeconomic implications for policymaking. **BMJ Open** 2013;3:003307. Disponível em:

<http://bmjopen.bmj.com/content/3/11/e003307.full.pdf+html>. Acesso em agosto de 2015.

LONBORG, J. *et. al.* Influence of pre-infarction angina, collateral flow, and pre-procedural TIMI flow on myocardial salvage index by cardiac magnetic resonance in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. **Eur Heart J Cardiovasc Imaging.** 2012 May;13(5):433-43. Disponível:

<http://ehjcmaging.oxfordjournals.org/content/13/5/433.long>. Acesso em agosto de 2015.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.

LOPES, M.V.O; SILVA, V.M. da; ARAUJO, T.L. de. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 5, p. 649-655, Out. 2013 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Agosto de 2015.

LOSCALZO, J. **Medicina Cardiovascular de Harisson.** 2ª ed. Nova York. MacGraw-Hill, 2014.

LOURES, D.L. *et al.* Estresse Mental e Sistema Cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 78, n. 5, p. 525-530, Maio 2002 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2002000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em março de 2016.

LUCENA, A. F.; BARROS, A. L. B. L. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n.1, p.82-8. 2005.

MAHMOOD, S.S; LEVY D.; VASAN R.S.; WANG, T.J. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective.

Lancet. 2014, Mar 15;383(9921):999-1008. Epub 2013 Set. 29. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159698/pdf/nihms588573.pdf>>.

Acesso em junho de 2015.

MARCOON, S. *et. al.* HEART Score to Further Risk Stratify Patients With Low TIMI Scores. **Crit Pathw Cardiol.** 2013 Mar;12. Disponível em:

<<http://www.pubpdf.com/pub/23411600/HEART-score-to-further-risk-stratify-patients-with-low-TIMI-scores>>. Acesso em agosto de 2015.

MARIN, H. F.; PERES, H. H. C.; DAL SASSO, G. T. M. Análise da estrutura categorial da Norma ISO 18104 na documentação em Enfermagem. **Acta paul. enferm.**, v. 26, n. 3, p.299-306. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/16.pdf>>. Acesso em agosto de 2015.

MARINO, B.C.A, *et. al.* Infarto do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST: características clínicas, angiográficas e evolução intra-hospitalar dos pacientes. **Rev Med Minas Gerais** 2012; 22(1): 1-128. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/126>>. Acesso em agosto de 2015.

MARTINS, H.S. *et al.* **Emergências clínicas**: abordagem prática. 8ª ed. Manole: São Paulo, 2013.

MATIC, D.M. *et. al.* Prognostic implications of bleeding measured by Bleeding Academic Research Consortium (BARC) categorisation in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention. **Heart**. 2014 Jan;100(2):146-52. Disponível em: <<http://heart.bmj.com/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=24179161>>. Acesso em agosto de 2015.

McEWEN, M; WILLS, E. M. **Bases Teóricas para a Enfermagem**. 4ªed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

McKINLEY, S. *et. al.* Complications after acute coronary syndrome are reduced by perceived control of cardiac illness. **J Adv Nurs**. 2012 Oct;68(10):2320-30. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05933.x/abstract>>. Acesso em agosto de 2015.

McSWEENEY, J. *et. al.* Predicting Coronary Heart Disease Events in Women: A Longitudinal Cohort Study. **J Cardiovasc Nurs**. 2014 Nov-Dec;29(6):482-92. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4019730/>>. Acesso em agosto de 2015.

McSWEENEY, J.C. *et. al.* Cluster Analysis of Women's Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms by Race and Other Characteristics. **J Cardiovasc Nurs**. 2010 Jul-Ago;25(4):311-22. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2884391/>. Acesso em dezembro 2015.

McSWEENEY, J.C. *et. al.* Racial Differences in Women's Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms. **Am J Crit Care**. 2010 Jan;19(1):63-73. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2860802/>. Acesso em agosto de 2015.

MEDEIROS, A. C. T. de. **Validação do subconjunto terminológico da CIPE® para a pessoa idosa**. 2014. 206 f. Tese. Doutorado em "Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em enfermagem e saúde" – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.

MELLO, B.H.G de *et al* . Validação da Classificação de Killip e Kimball e Mortalidade Tardia Após Infarto Agudo do Miocárdio. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 103, n. 2, p. 107-117, ago. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014002000004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em outubro de 2015.

MENDES, A.S. *et al*. Acesso de usuários com infarto do miocárdio a hospitais referência em cardiologia. **Acta Paul Enferm.** 2014; 27(6):505-12. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0505.pdf>>. Acesso em agosto de 2015.

METERKO, M. *et al*. Mortality among Patients with Acute Myocardial Infarction: The Influences of Patient-Centered Care and Evidence-Based Medicine. **Health Serv Res.** 2010 Oct;45(5 Pt 1):1188-204. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2965500/>. Acesso em agosto de 2015.

MILLER, C.D. *et al*. Cholesteryl Esters Associated With Acyl-CoA:cholesterol Acyltransferase Predict Coron. Artery Dis. in Patients With Symptoms of Acute Coronary Syndrome. **Acad Emerg Med.** 2012 Jun;19(6):673-82. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3566778/>. Acesso em agosto de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Indicadores de Saúde. **Datasus.** [Internet]. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em maio de 2016.

MIYAMOTO, T. *et al*. Pre-hospital Physical Activity Status Affects In-hospital Course of Elderly Patients with Acute Myocardial Infarction. **J Med Dent Sci.** 2010 Mar;57(1):119-26.. Disponível em: <http://lib.tmd.ac.jp/jmd/5701/13_Miyamoto.pdf>. Acesso em agosto de 2015.

MOHAMMADIAN-HAFSHEJANI, A. *et al*. Seasonal pattern in admissions and mortality from acute myocardial infarction in elderly patients in Isfahan. **ARYA Atheroscler.** 2014 Jan;10(1):46-54. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4063513/>>. Acesso em agosto de 2015.

MORROW, D.A. *et al*. TIMI Risk Score for ST-Elevation Myocardial Infarction: A Convenient, Bedside, Clinical Score for Risk Assessment at Presentation. **Circulation.** 2000;102:2031-2037. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/102/17/2031.long>>. Acesso em agosto de 2015.

MUSSI, F.C. *et al* . Retardo pré-hospitalar no infarto do miocárdio: julgamento dos sintomas e resistência à dor. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 60, n. 1, p. 63-69, fev. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302014000100063&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em Agosto de 2015.

MUSSI, F.C., *et al*. Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao tempo de decisão para a procura de atendimento no infarto agudo do miocárdio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** nov.-dez. 2013;21(6):1248-57. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/76047/79728>>. Acesso em julho de 2015.

NARANJO-ESTUPINAN, N. F.; DIAZ-QUIJANO, F. A.; GARCIA, R. G. Influencia de la rehabilitación cardíaca sobre la tasa de re-hospitalización en pacientes con infarto agudo de miocardio, Santander, Colombia. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 14, n. 5, p. 831-841, Set. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em agosto de 2015.

NARAYAN, H. *et al.* C-terminal provasopressin (copeptin) as a prognostic marker after acute non-ST elevation myocardial infarction: Leicester Acute Myocardial Infarction Peptide II (LAMP II) study. **Clin Sci (Lond)**. 2011 Jul;121(2):79-89. Disponível em: <<http://www.clinsci.org/content/121/2/79.long>>. Acesso em agosto de 2015.

NASCIMENTO, D.M *et al.* Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia **Rev. Eletr. Enf.** 2011 abr/jun;13(2):165-73. Disponível em:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a02.htm>>.

NASCIMENTO, D. M. do. **Proposta de Um Subconjunto da CIPE® para Clientes Submetidos à Prostatectomia**. 2013. 151 f. Dissertação. Mestrado em “Fundamentos Teóricos Filosóficos do Cuidar em Enfermagem” – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

NEÓFITI, R. C. **Fundamentos conceituais da psicologia humanista: autoconhecimento e liberdade na filosofia existencial**. 2005. 108 f. Monografia. Graduação em psicologia – Universidade Federal da São Carlos. São Carlos.

NETO, O.A. **Dor: princípios e prática**. 1438 p. Porto Alegre: Artmed, 2009.

NILSSON, U.G. *et al.* The desire for involvement in healthcare, anxiety and coping in patients and their partners after a myocardial infarction. **Eur J Cardiovasc Nurs**. 2013 Oct;12(5):461-7. Disponível em:

<<http://cnu.sagepub.com/content/12/5/461.long>>. Acesso em agosto de 2015.

NÓBREGA, R.V. **Proposta de um Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para Hipertensos na Atenção Básica**. 2012. 147 f. Dissertação. Mestrado em “Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em enfermagem e saúde” – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.

NÓBREGA, R.V; SOUZA, G.L.L. de; BRITO, S.S. *et al.* Cross-mapping of terms on the records of hypertensive patients in a family health unit with ICNP®. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, 7(2):321-7, Fev., 2013. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2979/pdf_1840>. Acesso em maio de 2016.

NÓBREGA, M.M.L. da *et al.* Reflexões sobre a validação de subconjuntos terminológicos da CIPE®. In: CUBAS, M.R.; NÓBREGA, M.M.L. (Org.). **Atenção primária em saúde: diagnóstico, resultado e intervenções de enfermagem**. 1. ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

NÓBREGA, M.M. L. da *et al.* Desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE® no Brasil. In: CUBAS, M.R.; NÓBREGA, M.M.L. (Org.). **Atenção primária em saúde: diagnóstico, resultado e intervenções de enfermagem**. 1. ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

NOGUEIRA, L.G.F. **Subconjunto Terminológico da CIPE® para Pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Especializada**. 2014. 196 f. Tese. Doutorado em “Cuidado em Enfermagem e Saúde”. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.

NOGUEIRA, L. G. F; NÓBREGA M. M. L. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 1, p. 54-60, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0054.pdf>. Acesso em maio de 2016.

NOZARI, Y.; GERAIELY, B. *et al.* Correlation between the Serum Levels of Uric Acid and HS-CRP with the Occurrence of Early Systolic Failure of Left Ventricle Following Acute Myocardial Infarction. **Acta Med Iran**. 2011;49(8):531-5. Disponível em: <<http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/3790>>. Acesso em agosto de 2015.

OLIVEIRA, Jullyana Marion Medeiros de. **Diagnósticos/ Resultados e Intervenções de enfermagem da CIPE® para a pessoa idosa institucionalizada**. 2014. 125fls. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, 2014.

OLIVEIRA, J.M.M.; NÓBREGA, M.M.L.; OLIVEIRA, JS. Nursing Diagnosis and Results for the Institutionalized Elderly: A Methodological Study . **Online braz j nurs**. 2015 Mar.; 14 (2):110-20. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5151>>. Acesso em março de 2017.

OMRAN A.R. **The epidemiologic transition**. A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. Vol. 49, No. 4, Part 1 (Oct., 1971), pp. 509-538.

ORTOLANI, P. *et al.* Recent temporal trends for first-time hospitalization for acute myocardial infarction. Treatment patterns and clinical outcome in a large cohort study. **Am Heart J**. 2013 Nov;166(5):846-54. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/813878>>. Acesso em agosto de 2015.

PALAU,P. *et al.* Differential Prognostic Effect of Revascularization according to a Simple Comorbidity Index in High-Risk Non–ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndrome. **Clin Cardiol**. 2012 Abr;35(4):237-43. Disponível

em:<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clc.20996/abstract>>. Acesso em dezembro 2015.

PEREIRA, J. de M. V. *et al.* Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 737-745, Dez. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Julho 2015.

PERRY, G.; POTTER, P.A.; ELKIN, M.K. **Procedimentos e Intervenções de Enfermagem**. 5ª ed. 2013. Elsevier. 816 p.

PESARO, A.E.P.; SERRANO JÚNIOR, C.V; NICOLAU, J.C. Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 50, n. 2, p. 214-220, Abr. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200041&lng=en&nrm=iso>. Acesso em março de 2016.

PIEGAS, L.S, *et al.* Estudo AFIRMAR – Avaliação dos Fatores de Risco Associados com Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil. **Am. Heart.** J 2003; 146:331-8. Disponível em: < [http://www.ahjonline.com/article/S0002-8703\(03\)00181-9/pdf](http://www.ahjonline.com/article/S0002-8703(03)00181-9/pdf)>. Acesso em outubro de 2015.

PIEGAS L.S. *et al.* V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol.** 2015; 105(2):1-105. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf>. Acesso em agosto de 2016.

POKU, J.K. *et al.* Failure of Prospective Validation and Derivation of a Refined Clinical Decision Rule for Chest Radiography in Emergency Department Patients With Chest Pain and Possible Acute Coronary Syndrome. **Acad Emerg Med.** 2012 Set;19(9):E1004-10. Disponível em:<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2012.01428.x/abstract>>. Acesso em agosto de 2015.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTE, K.M de A. *et al.* Contribuição do Cuidado Clínico de Enfermagem para O Conforto Psicoespiritual de Mulheres com Infarto Agudo do Miocárdio. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 666-673, Dez. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em agosto de 2015.

PONTE, K.M de A. *et al.* Cuidado Clínico De Enfermagem Para Conforto De Mulheres Com Infarto Agudo Do Miocárdio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014 Jan-Mar; 23(1):56-640. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00056.pdf> . Acesso em agosto de 2015.

PONTE, K.M de A.; SILVA, L. F. Cuidados de enfermagem a mulheres com infarto do miocárdio: promoção do conforto sociocultural pela pesquisa-cuidado. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2014 nov/dez; 22(6):808-14. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a14.pdf>>. Acesso em agosto de 2015.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PRE HOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT/PHTLS. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

RANA, S. *et al.* Predicting unplanned readmission after myocardial infarction from routinely collected administrative hospital data. **Aust Health Rev**. 2014 Sep;38(4):377-82. Disponível em: <http://www.publish.csiro.au/index.cfm?paper=AH14059>. Acesso em agosto de 2015.

RAO, S.V. *et al.* An Updated Bleeding Model to Predict the Risk of Post-Procedure Bleeding Among Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention. **JACC Cardiovasc Interv**. 2013 Sep;6(9):897-904. Disponível em: <http://interventions.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1738800>. Acesso em agosto de 2015.

REICHLIN, T. *et al.* Introduction of High-sensitivity Troponin Assays: Impact on Myocardial Infarction Incidence and Prognosis. **Am J Med**. 2012 Dez;125(12):1205-1213.e1. Disponível em: <<https://www.clinicalkey.com/#!/content/journal/1-s2.0-S000293431200647X>>. Acesso em agosto de 2015.

RIBEIRO, L.A.M; FAGUNDES, M.L.A. A Terapêutica Fibrinolítica no Infarto Agudo do Miocárdio. Estreptoquinase e rt-PA. **Rev. SOCERJ** 2. 59-66. 1989. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/1989_02_05.pdf>. Acesso em dezembro de 2016.

RIBEIRO, A.L. *et al.* Cardiovascular Health in Brazil: Trends and Perspectives. **Circulation**. 2016;133(4):422-33. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/133/4/422.long>>. Acesso em março de 2017.

ROMERO-FARINA, G. *et al.* Acute Myocardial Infarction: Estimation of At-Risk and Salvaged Myocardium at Myocardial Perfusion SPECT 1 Month after Infarction. **Radiology**. vol. 269. Nov. 2013. Disponível em: http://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.13122324?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed>. Acesso em agosto de 2015.

ROPER, N.; LOGAN, W.W. e TIERNEY, A.J. **O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney**: baseado nas atividades de vida diária. 1ª ed., Lisboa, 2001. Ed: CLIMEPSI. 198 p.

ROTT, D. *et al.* Combination of the Killip and TIMI Classifications for Early Risk Stratification of Patients with Acute ST Elevation Myocardial Infarction.

Cardiology. 2010;117(4):291-5. Disponível em:

<<http://www.karger.com/?DOI=10.1159/000323842>>. Acesso em agosto de 2015.

SÁ, R.M.G. de, *et al.* Avaliação de Fatores de Risco e Metas Terapêuticas em Pacientes com Doença Arterial Coronariana. **Rev Bras Cardiol**. 2014;27(6):418-422 novembro/dezembro. Disponível em: <<http://www.rbconline.org.br/artigo/avaliacao-de-fatores-de-risco-e-metas-terapeuticas-em-pacientes-com-doenca-arterial-coronariana/>>. Acesso em agosto de 2015.

SAABY, L. *et al.* Classification of Myocardial Infarction: Frequency and Features of Type 2 Myocardial Infarction. **Am J Med**. 2013 Set;126(9):789-97. Disponível em: <[http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002-9343\(13\)00349-5](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002-9343(13)00349-5)>. Acesso em agosto de 2015.

SAABY, L. *et al.* Mortality Rate in Type 2 Myocardial Infarction: Observations from an Unselected Hospital Cohort. **Am J Med**. 2014 Apr;127(4):295-302. doi: 10.1016. Disponível em: <[http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002-9343\(14\)00033-3](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002-9343(14)00033-3)>. Acesso em agosto de 2015.

SAHIN, D.Y. *et al.* SYNTAX score is a predictor of angiographic no-reflow in patients with ST-elevation myocardial infarction treated with a primary percutaneous coronary intervention. **Coron Artery Dis**. 2013 Mar;24(2):148-53. Disponível em: <<https://auth.cardiosource.org/EasyConnect/Integration/Post.aspx>>. Acesso em agosto de 2015.

SAKAGUCHI, E. *et al.* Prognostic value of left atrial volume index in patients with first acute myocardial infarction. **Eur J Echocardiogr**. 2011 Jun;12(6):440-4. Disponível em: <<http://ehjcm.oxfordjournals.org/content/12/6/440.long>>. Acesso em agosto de 2015.

SALARI, N. *et al.* Application of pattern recognition tools for classifying acute coronary syndrome: an integrated medical modeling. **Theor Biol Med Model**. 2013; 10: 57. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3848855/pdf/1742-4682-10-57.pdf>>. Acesso em agosto de 2015.

SALMINEN-TUOMAALA, M. *et al.* Coping Experiences: A Pathway towards Different Coping Orientations Four and Twelve Months after Myocardial Infarction—A Grounded Theory Approach. **Nursing Research and Practice**. Volume 2012 (2012), Artigo ID 674783, 9 pag. Disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/nrp/2012/674783/>>. Acesso em agosto de 2015.

SAMPAIO, E.S. e MUSSI, F.C. Cuidado de Enfermagem: evitando o retardo Pré-hospitalar face ao infarto agudo do miocárdio. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 jul/set. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a25.pdf>>. Acesso em junho de 2015.

- SANTANA, F.G. A Importância da Ressonância Magnética Cardiovascular na Avaliação do Paciente com Suspeita de Síndrome Coronariana Aguda e Coronariografia Normal. **Arq Bras Cardiol:imagem cardiovasc.** 2014;27(1):7-17. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dic/publicacoes/revistadic/revista/2014/portugues/Revista01/03-artigo-revisao.pdf>>. Acesso em janeiro de 2017
- SANTOS, C.G. *et al.* Prevalência de Dor Torácica e Medicação Antianginosa em Hospital Universitário de Vassouras. **Rev Bras Cardiol.** 2014;27(4):267-275 julho/agosto. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/Art_204_Leo_Soares_Artigo_Original1.pdf>. Acesso em agosto de 2015.
- SANTOS, E.S. dos, *et al.* Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 87, n. 5, p. 597-602, Nov. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001800008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em outubro de 2015.
- SARAFOFF, N. *et al.* Association of ST-elevation and non-ST-elevation presentation on ECG with transmuralty and size of myocardial infarction as assessed by contrast-enhanced magnetic resonance imaging. **J Electrocardiol.** 2013 Mar-Abr;46(2):100-6. Disponível em: <[http://www.jecgonline.com/article/S0022-0736\(12\)00554-7/abstract](http://www.jecgonline.com/article/S0022-0736(12)00554-7/abstract)>. Acesso em agosto de 2015.
- SARMENTO-LEITE, R.; KREPSKY, A.M. e GOTTSCHALL, C.A.M. Infarto Agudo do Miocárdio. Um século de história. **Arq Bras Cardiol** 2001; 77: 593-601. Porto Alegre: RS. Disponível em: <<http://www.arquivosonline.com.br/em/011.pdf>>. Acesso em maio de 2015.
- SCHERRER, J.F. *et al.* Treatment-resistant and insufficiently treated depression and all-cause mortality following myocardial infarction. **Br J Psychiatry.** 2012 Fev;200(2):137-42. Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=22241930>. Acesso em agosto de 2015.
- SELYE, H. A. (1936). Syndrome produced by diverse nervous agents. **Nature**, 138, 32. *Apud* SADIR, Maria Angélica; BIGNOTTO, Márcia Maria; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto , v. 20, n. 45, Abr. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em fevereiro de 2016.
- SERRANO-MARTÍNEZ, M. *et al.* Primary care nursing of coronary patients and reduction of re-infarction risk: a nested case–control study. **Public Health** (2005) 119, 112–117. Disponível em: <[http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506\(04\)00103-9/pdf](http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506(04)00103-9/pdf)>. Acesso em novembro de 2015.
- SHACHAM, Y. *et al.* Incidence and mortality of acute kidney injury in acute myocardial infarction patients: a comparison between AKIN and RIFLE criteria. **Int**

Urol Nephrol. 2014 Dez;46(12):2371-7. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11255-014-0827-6>. Acesso em agosto de 2015.

SHENG, Q.H. *et. al.* Correlation between fragmented QRS and the short-term prognosis of patients with acute myocardial infarction. **J Zhejiang Univ Sci B.** 2014 Jan;15(1):67-74. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3891120/>. Acesso em agosto de 2015.

SHIAN, C.W.; LIMA, S.G. de; MARKMAN FILHO, B. Angina pré-infarto na evolução intra-hospitalar de pacientes idosos com infarto agudo do miocárdio. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 6, p. 370-376, Dez. 2007 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001800004&lng=en&nrm=iso. Acesso em outubro de 2015.

SILVA, M.C.D. da; SOUSA, A.G.M.R.; SCHARGODSKY, H. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil: estudo FRICAS. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 71, n. 5, p. 667-675, Nov. 1998 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1998001100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em outubro de 2015.

SILVA, R. S. da. **Enfermagem em cuidados paliativos para um morrer com dignidade: subconjunto terminológico CIPE®.** 2014. 236 f. Tese. Doutorado em “O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano” – Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SIQUEIRA, J.T.T; TEIXEIRA, M.J. **Dores Orofaciais.** Diagnóstico e tratamento. 1ª ed. São Paulo: Artes médicas, 2012, v. 1, p. 385-395.

SMITH, O.R.F. *et. al.* Vital exhaustion and cardiovascular prognosis in myocardial infarction and heart failure: predictive power of different trajectories. **Psychol Med.** 2011 Apr;41(4):731-8. Disponível em: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8137692&fileId=S0033291710001133>. Acesso em agosto de 2015.

SOMMA, K.A. *et. al.* Guideline Adherence After ST-Segment Elevation Versus Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. **Circ Cardiovasc Qual Outcomes.** 2012 Set 1;5(5):654-61. Disponível em: <http://circoutcomes.ahajournals.org/content/5/5/654.long>. Acesso em agosto de 2015.

SWARTZ, M.H. **Tratado de Semiologia Médica:** história e exame clínico. 7ª ed - Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

TAVARES, A.; KOHLMANN JR. O. Tratamento da crise hipertensiva. **HiperAtivo** 1998;2:120-5. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/5-2/tratamento.pdf>. Acesso em agosto de 2016.

TIMBY, B. K; SMITH, N. E. **Enfermagem Médico Cirúrgica**. 8ª ed – Barueri, São Paulo: Manole, 2005.

THYGESEN, K. *et al.* Terceira definição universal de enfarte do miocárdio. **Rev Port Cardiol**. 2013;32(7-8):643.e1-643.e16. Disponível em: <http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90220466&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=334&ty=11&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=334v32n07a90220466pdf001.pdf>. Acesso em outubro de 2015.

TOKER, A. *et al.* Serum and Saliva Levels of Ischemia-Modified Albumin in Patients with Acute Myocardial Infarction. **J Clin Lab Anal**. 2013 Mar;27(2):99-104.. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jcla.21569/abstract>>. Acesso em agosto de 2015.

TSAI, C-L. *et al.* Quality of Care for Acute Myocardial Infarction in 58 U.S. Emergency Departments. **Acad Emerg Med**. 2010 September ; 17(9): 940–950.

VALENTE, S. *et al.* STEMI Patients—The More You Bleed, the More You Die: A Comparison Between Classifications. **Clin Cardiol**. 2011 Feb;34(2):90-6. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clc.20842/abstract>>. Acesso em agosto de 2015.

VAN DER LAAN, A.M. *et al.* Monocyte subset accumulation in the human heart following acute myocardial infarction and the role of the spleen as monocyte reservoir. **Eur Heart J**. 2014 Feb;35(6):376-85. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3916776/>. Acesso em agosto de 2015.

WAGNER, E.H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? **Eff Clin Pract**. 1998;1(1):2-4. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10345255>>. Acesso em outubro de 2016.

WALTZ, CF; STRICKLAND, OL; LENZ, ER. **Measurement in Nursing an Health Research**. 4ª ed. Philadelphia: Davis; 2010.

WANG, Y.B. *et al.* Randomized Comparison of Radial Versus Femoral Approach for Patients With STEMI Undergoing Early PCI Following Intravenous Thrombolysis. **J Invasive Cardiol**. 2012 Ago. Disponível em: <<http://www.invasivecardiology.com/articles/randomized-comparison-radial-versus-femoral-approach-patients-stemi-undergoing-early-pci-fo>>. Acesso em agosto de 2015.

WAUTERS, E. *et al.* Influence of 23 Coron. Artery Dis. variants on recurrent myocardial infarction or cardiac death: the GRACE Genetics Study. **Eur Heart J**. 2013 Abr;34(13):993-1001. Disponível em: <<http://eurheartj.oxfordjournals.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=23161703>>. Acesso em agosto de 2015.

WEISZFLÖG, Walter. 1998. **Michaelis**: Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The top 10 causes of death**. Janeiro de 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310>>. Acesso em março de 2017.

WITASSEK, F. *et al.* Impact of Body Mass Index on mortality in Swiss hospital patients with ST-elevation myocardial infarction: does an obesity paradox exist?. **Swiss Med Wkly**. 2014 Aug 7;144. Disponível em: http://www.smw.ch/dfe/set_archiv.asp?target=10.4414/smw.2014.13986. Acesso em agosto de 2015.

WOOD, F.O. *et al.* Mortality in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Who Do Not Undergo Reperfusion. **Am J Cardiol**. 2012 Ago 15;110(4):509-14. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002914912011794>>. Acesso em agosto de 2015.

WOODS, S. L; FROELICHER, E.S.S; MOTZER, S.U. **Enfermagem em Cardiologia**. 4ª ed. Barueri- SP: Manole, 2005.

WUDKOWSKA, A.; GOCH, J.; GOCH, A. Ischemia–modified albumin in differential diagnosis of acute coronary syndrome without ST elevation and unstable angina pectoris. **Kardiologia Polska** 2010; 68, 4: 431–437. Disponível em: <<https://ojs.kardiologiapolska.pl/kp/article/viewFile/985/4167>>. Acesso em agosto de 2015.

XANTHOS, T. *et al.* Factors influencing arrival of patients with acute myocardial infarction at emergency departments: implications for community nursing interventions. **J Adv Nurs**. 2010 Jul;66(7):1469-77. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05301.x/abstract>>. Acesso em agosto de 2015.

YSHUARA, Y. *et al.* Illness experiences of patients with ischemic heart disease during their transitional phase from hospitalization to discharge in Japan. **J Med Invest**. 2010 Aug;57(3-4):293-304. Disponível em: <<http://japanlinkcenter.org/JST.JSTAGE/jmi/57.293?from=PubMed>>. Acesso em agosto de 2015.

YUSUF S., *et al.* Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. **Lancet** 2004;364(9438):937-52. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15364185>>. Acesso em outubro de 2015.

ZHANG, H. *et al.* Three hours continuous injection of adenosine improved left ventricular function and infarct size in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. **Chin Med J (Engl)**. 2012 Mai;125(10):1713-9. Disponível em: <http://124.205.33.103:81/ch/reader/view_abstract.aspx?file_no=201251737508550&flag=1>. Acesso em agosto de 2015.

ZHANG, H.T. *et al.* No-reflow protection and long-term efficacy for acute myocardial infarction with Tongxinluo: a randomized double-blind placebo- controlled multicenter clinical trial (ENLEAT Trial). **Chin Med J (Engl)**. 2010 Out;123(20):2858-64.

Disponível em:

<http://124.205.33.103:81/ch/reader/view_abstract.aspx?file_no=20118231349890&flag=1>. Acesso em agosto de 2015.

ZHENG, J. *et al.* Automatically Detecting Acute Myocardial Infarction Events from EHR Text: A Preliminary Study. **AMIA Annu Symp Proc**. 2014 Nov 14;2014:1286-93. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4419972/>> Acesso em agosto de 2015.

ZORNOFF, L.A.M. *et al.* Infarto do miocárdio experimental em ratos: análise do modelo. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 93, n. 4, p. 434-440, out. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001000018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em outubro de 2015.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROPOSTA DE CATÁLOGO CIPE® PARA INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SEGUNDO O MODELO DE ENFERMAGEM DE ROPER-LOGAN-TIERNEY

Pesquisador: RENATA SOARES PASSINHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52769315.8.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.471.367

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de Mestrado Profissional

Pós Graduação em Enfermagem

Autora: Renata Soares Passinho

Orientadora: Profa. Dra. Walckiria Garcia Romero Sipolatti.

As doenças cardiovasculares são as responsáveis por, aproximadamente, 32% dos óbitos no Brasil. Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) foram registrados em 2014 no Brasil, 94.349 casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) e 85.939 óbitos no ano de 2013. O IAM leva a óbito cerca de um terço dos pacientes acometidos, sendo que a maioria das mortes ocorre nas primeiras horas do evento. Diante da alta morbimortalidade por IAM e da importância da atuação do enfermeiro como prestador da assistência ao paciente grave, educador e responsável pela promoção da saúde, mostra-se relevante a elaboração do Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) específico para atendimento aos clientes com IAM. Essa cardiopatia encontra-se incluída nas prioridades de saúde relevantes para a criação de Catálogos CIPE®, no item "condições de saúde" e subitem "doença cardíaca". Esse

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.471.367

estudo tem como objetivo apresentar uma proposta de Catálogo CIPE® para o Infarto Agudo do Miocárdio segundo o Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney, de acordo com as seis etapas preconizadas pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). É uma pesquisa metodológica. Para a validação dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem do Catálogo CIPE® para IAM serão aplicados questionários de validação aos enfermeiros especialistas atuantes no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e em Unidade Coronarianas (UCO). O subconjunto CIPE® para IAM irá suprir a necessidade prática da descrição dos diagnósticos, resultados e intervenções adequados para a área assistencial da enfermagem cardiovascular tanto no ambiente pré-hospitalar quanto hospitalar. A relevância desse subconjunto fundamenta-se na possibilidade de subsidiar a implementação do processo de enfermagem nos serviços de saúde, visando prestar ao cliente com IAM uma assistência de qualidade, pautada na integralidade e na redução das sequelas da morbidade.

Objetivo da Pesquisa:

Apresentar uma proposta de Catálogo CIPE® para o Infarto Agudo do Miocárdio, segundo as etapas determinadas pelo Conselho Internacional de Enfermeiros, tendo como base teórica de enfermagem o “Modelo de Atividades de Vida” de Roper, Logan e Tierney (2001).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a autora:

Riscos:

Os riscos dessa pesquisa consistem no constrangimento do perito participante ao responder o questionário de validação. Dessa forma, ele poderá se recusar a responder e/ou abandonar a pesquisa em qualquer fase em que esta se encontre.

Benefícios:

Elaboração de um produto assistencial que contribuirá para a valorização da enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa potencialmente relevante, com benefícios prevalecendo sobre os riscos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: adequada

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 1.471.367

Projeto: adequado

TCLE: adequado

Recomendações:

- Verificar a Resolução CNS no 466/12

(<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_647216.pdf	18/12/2015 16:17:15		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/12/2015 16:07:39	RENATA SOARES PASSINHO	Aceito
Outros	apendicec.pdf	18/12/2015 16:07:19	RENATA SOARES PASSINHO	Aceito
Outros	apendiceb.pdf	18/12/2015 16:06:49	RENATA SOARES PASSINHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	18/12/2015 16:06:11	RENATA SOARES PASSINHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	RenataSP.pdf	18/12/2015 16:05:49	RENATA SOARES PASSINHO	Aceito
Folha de Rosto	18121500.PDF	18/12/2015 16:05:22	RENATA SOARES PASSINHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Vimos por meio deste, convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “Subconjunto terminológico CIPE® para a Pessoa Acometida pelo Infarto Agudo do Miocárdio”. Este estudo justifica-se devido ao grande adoecimento da população por infarto e pela importância da atuação do enfermeiro como responsável pelo cuidado ao cliente em todos os aspectos de sua saúde. Diante disso, pretendemos construir um subconjunto terminológico utilizando os termos da taxonomia Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). A relevância desta pesquisa fundamenta-se na necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o tema, contribuindo para formular e subsidiar a implementação de ações estratégicas com vistas a prestar ao paciente com infarto uma assistência de qualidade, pautada na integralidade e na redução das sequelas.

Como benefícios esta pesquisa irá gerar um produto assistencial que contribuirá para a valorização da enfermagem. O risco poderá ser o desconforto ou cansaço em responder os instrumentos. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal pesquisadora é a Enfermeira Mestranda Renata Soares Passinho que poderá ser encontrada na Avenida Marechal Campos 1468, Maruípe, Departamento de Enfermagem – UFES, tel: (73) 98108-9621.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento e da participação do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a sua identificação. Você terá direito de ser mantido(a) atualizado(a) sobre os resultados parciais da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Haverá compromisso do pesquisador em utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido (a) a respeito das informações que foram apresentadas, assim como, os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro, também, que minha participação é isenta de despesa. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo de qualquer natureza.

Assinatura do especialista

Enfermeira Renata Soares Passinho

Pesquisadora responsável: Enfermeira Mestranda Renata Soares Passinho. Endereço: Avenida Marechal Campos 1468, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, Maruípe, ES, Brasil. CEP 29.040-090 – UFES, tel: (73) 8108-9621. Email: renatapassinho@gmail.com

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

CARTA CONVITE

Eu, Renata Soares Passinho, Enfermeira, discente do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo sob orientação das Profas Dras Walckiria Garcia Romero e Cândida Caniçali Primo, estou desenvolvendo um estudo intitulado **“SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE® PARA A PESSOA ACOMETIDA PELO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO”** no qual uma das etapas refere-se à avaliação dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem por especialistas. Trata-se da minha dissertação que tem como objetivos elaborar e validar o “Subconjunto terminológico CIPE® para a Pessoa Acometida pelo Infarto Agudo do Miocárdio”.

Considerando sua especialidade e área de atuação profissional, gostaria de convidá-lo(a) a participar dessa pesquisa, tendo em vista que seus conhecimentos relacionados à temática são relevantes para a avaliação dos diagnósticos/resultados e intervenções enfermagem desenvolvidos. Após sua aceitação em participar, irei enviar-lhe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com a conclusão da sua contribuição, peço que envie a sua avaliação no prazo recomendado (até 30 dias). Em retribuição enviaremos um certificado de sua participação no estudo.

Agradeço desde já a sua participação.

Atenciosamente,

Enfa. Renata Soares Passinho

Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFES.

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ESPECIALISTAS APRESENTAÇÃO E INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Prezado Especialista,

Contamos com a sua participação para responder os instrumentos desta pesquisa, que estão divididos em duas partes:

1. Caracterização do Especialista;
2. Análise dos enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem relacionados à pessoa acometida pelo infarto agudo do miocárdio segundo o modelo de enfermagem de Roper-Logan-Tierney. Os diagnósticos/resultados e intervenções foram elaborados segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®.

Após a leitura atenta de cada diagnóstico/resultado e intervenção de enfermagem solicitamos que avalie com base no critério da **pertinência** (*aquilo que concerne ao assunto. Adequabilidade à causa ou caso submetido à apreciação do juiz*).

De acordo com o critério da pertinência, você deverá assinalar com “X” uma das opções: **Nada pertinente; Pouco pertinente; Muito pertinente; MUITÍSSIMO pertinente**. Caso considere algum item como **nada pertinente** utilize o espaço indicado para justificativa e sugestões de modificação ou exclusão.

Esta etapa é essencial para o desenvolvimento desta pesquisa. Dessa forma, solicitamos que nos envie o instrumento preenchido em um **prazo máximo de 30 dias**, para que seja possível a execução da próxima fase. A devolução do instrumento e TCLE preenchidos pode ser feita por meio eletrônico (e-mail), devendo ser assinado e digitalizado.

Agradecemos a sua contribuição e nos dispomos para quaisquer esclarecimentos e/ou dúvidas.

Mestranda: Renata Soares Passinho (renatapassinho@gmail.com)

Orientadora: Profa. Dra. Walckiria Garcia Romero Sipolatti. (walckiriagr@uol.com.br)

Coorientadora: Profa. Dra. Cândida Caniçali Primo (candida.primo@ufes.br)

APÊNDICE C
CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Idade (anos completos): _____
3. Unidade federativa em que trabalha: _____
4. Titulação máxima:
() Mestrado em Ciências da Saúde () Mestrado em Enfermagem () Mestrado em Ciências Fisiológicas () Mestrado em outra área () Doutorado em Ciências da Saúde () Doutorado em Enfermagem () Doutorado em Ciências Fisiológicas () Doutorado em outra área
5. Tempo de graduação (anos completos): _____
6. Tempo de prática clínica (em anos): _____
7. Setor de atuação anterior e atual: _____

Por favor, responda às seguintes questões (pode escolher mais de uma alternativa nas questões 9, 10, 11 e 12):

9. Atua ou já atuou, como pesquisador (a) ou orientador (a) na linha de pesquisa da enfermagem cardiológica/urgência e emergência/terapia intensiva na:
() Graduação () Especialização () Dissertação () Tese () Autoria/coautoria de artigos científicos
10. Em qual das seguintes linhas de pesquisa você atua?
() Urgência e Emergência () Terapia Intensiva () Cardiologia
11. Atua ou já atuou, como pesquisador (a) ou orientador (a) com o tema infarto agudo do miocárdio na:
() Graduação () Especialização () Dissertação () Tese () Autoria/coautoria de artigos científicos
12. Atua ou já atuou, como pesquisador (a) ou orientador (a) com a taxonomia Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) na:
() Graduação () Especialização () Dissertação () Tese
() Autoria/coautoria de artigos científicos

13. Nos últimos 12 meses, em qual setor/local o senhor (a) exerceu suas atividades profissionais?

- Hospital Unidade de Pronto Atendimento Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
 Instituição de Ensino Superior Outro _____

14. Utiliza ou utilizou os diagnósticos de enfermagem CIPE® em sua prática clínica?

- Sim Não

15. Utiliza ou utilizou os diagnósticos de enfermagem CIPE® em sua atuação como docente?

- Sim Não Não sou docente

APÊNDICE D

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DOS ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE® PARA PESSOA ACOMETIDA PELO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1 – Leia com atenção os enunciados de Diagnósticos/Resultados de enfermagem elaborados a partir dos termos extraídos da revisão integrativa da literatura sobre infarto agudo do miocárdio tendo como base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e marque:

1.1 Sua concordância relativa a esses enunciados de acordo com seu conhecimento prático e teórico prévio, assinalando com um X, na escala abaixo: **Nada pertinente; Pouco pertinente; Muito pertinente; Muitíssimo pertinente.**

Enunciados de Diagnósticos/Resultados de enfermagem	Definição Operacional	Nada pertinente	Pouco pertinente	Muito pertinente	Muitíssimo pertinente
Atividade de vida: manter um ambiente seguro					
1. Desmaio/ Desmaio ausente	Consciência prejudicada: Perda súbita da consciência (ou cognição) mental, com fraqueza física (CIPE®, 2015) / Consciência adequada: Ausência de perda súbita da consciência.				
Atividade de vida: comunicar					
2. Confusão/ Confusão ausente	Pensamento distorcido: Memória prejudicada com desorientação em relação à pessoa, lugar e tempo (CIPE®, 2015) / Memória adequada com orientação em relação à pessoa, lugar e tempo.				
Atividade de vida: respirar					
3. Arritmia/ Arritmia ausente	Processo cardíaco prejudicado: Variação do ritmo normal de contração atrial e ventricular do miocárdio (CIPE®, 2015) / Processo cardíaco prejudicado: Variação do ritmo normal de contração atrial e ventricular do miocárdio (CIPE®, 2015).				
4. Débito cardíaco prejudicado/ Débito cardíaco adequado	Condição cardíaca prejudicada: Quantidade insuficiente de sangue ejetado do ventrículo esquerdo, por minuto (CIPE®, 2015) / Condição cardíaca adequada: Quantidade suficiente de sangue ejetado do ventrículo esquerdo, por minuto.				
5. Dispneia/ Dispneia ausente	Processo do sistema respiratório prejudicado: Movimento forçado de ar para dentro e fora dos pulmões, respiração curta, associado a insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensação de desconforto e ansiedade (CIPE®, 2015) / Processo do sistema respiratório adequado: movimento eficaz de ar para dentro e fora dos pulmões, caracterizado por adequada perfusão tissular e cerebral.				
6. Dor irradiada/ Dor irradiada ausente	É um equivalente anginoso da isquemia miocárdica decorrente da associação da dor visceral cardíaca com intensos fenômenos neurovegetativos e nociceptivos, que causa hiperalgesia nos dermatômos e excitação neuronal. Caracterizada por dor no maxilar/mandíbula/dentes, dor abdominal/epigástrica, dor na cabeça, dor no ombro, dor no pescoço, dor nas costas e dor nos membros superiores (GAL <i>et al.</i> , 2001; HESS, 2002; NETO, 2009; SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2012; AEHLERT, 2013; CANESIN; TIMERMAN, 2013; MARTINS <i>et al.</i> , 2013) / É a ausência do equivalente anginoso da isquemia miocárdica decorrente da irradiação da dor visceral cardíaca.				

Continuação (Quadro 11)

Enunciados de Diagnósticos/Resultados de enfermagem	Definição Operacional	Nada pertinente	Pouco pertinente	Muito pertinente	Muitíssimo pertinente
Atividade de vida: respirar					
7. Dor no peito/ Dor ausente no peito	É resultado de um mecanismo de transmissão nociceptivo através das fibras viscerais cardíacas devido à estimulação de terminações nervosas pelo ácido láctico e dióxido de carbono que se acumulam no tecido isquêmico. Caracterizada por manifestar-se sob a forma de “aperto”, “peso”, “pressão”, “sufocamento”, “estrangulamento”, “constricção”, “ruptura”, “queimação”, “como se estivesse apertando”, “um cinto em torno do tórax”, “um peso no centro do tórax” e “uma braçadeira apertando meu peito” (AEHLERT, 2013; MARTINS <i>et al</i> , 2013) / É a ausência do mecanismo de transmissão nociceptivo advindo das fibras viscerais cardíacas.				
8. Parada cardiorrespiratória/ Parada cardiorrespiratória ausente	É a ausência de atividade mecânica do coração, confirmada pela ausência de pulso detectável, irresponsividade e apneia ou respiração agônica, ofegante (<i>gasping</i>) (AEHLERT, 2013) / É a presença de atividade mecânica do coração, confirmada pela presença de pulso detectável, responsividade e eupneia.				
9. Perfusão tissular periférica prejudicada/ Perfusão tissular periférica adequada	Processo Vascular: Circulação prejudicada do sangue pelos tecidos periféricos para transporte do oxigênio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado a mudança na temperatura e coloração da pele, diminuição do pulso arterial, mudanças na pressão arterial sanguínea, cicatrização de feridas e crescimento dos pelos do corpo (CIPE®, 2015) / Processo Vascular: Circulação do sangue pelos tecidos periféricos para transporte do oxigênio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado a temperatura e coloração da pele, diminuição do pulso arterial, mudanças na pressão arterial sanguínea, cicatrização de feridas e crescimento dos pelos do corpo (CIPE®, 2015).				

Continuação (Quadro 11)

Enunciados de Diagnósticos/Resultados de enfermagem	Definição Operacional	Nada pertinente	Pouco pertinente	Muito pertinente	Muitíssimo pertinente
Atividade de vida: comer e beber					
10. Náusea/ Náusea ausente	Percepção prejudicada: Sensação de enjoo com tendência para vomitar; sensação desagradável vagamente relacionada com o epigástrio e abdome, agravada pelo sabor ou pelo cheiro (CIPE®, 2015) / Percepção adequada. Ausência da sensação de enjoo com tendência para vomitar.				
11. Processo do sistema gastrointestinal prejudicado/ Processo do sistema gastrointestinal adequado	Processo corporal. Sensação de ardor e queimação na região retroesternal ou epigástrica advinda do compartimento das inervações de fibras vagais eferentes do coração (parede inferior) com o esôfago. Caracterizado por manifestar-se sob a forma de pirose, eructação, dor epigástrica e falta de apetite (HESS, 2002; AEHLERT, 2013; CANESIN; TIMERMAN, 2013; CIPE®, 2015) / Processo corporal. Ausência da sensação de ardor e queimação na região retroesternal ou epigástrica.				
12. Vômito/ Vômito ausente	Processo de Sistema Gastrointestinal, Prejudicado: Expulsão ou retorno à boca de alimentos transformados ou de conteúdo estomacal através do esôfago e para fora da boca (CIPE®, 2015) / Processo de Sistema Gastrointestinal adequado: ausência da expulsão ou retorno à boca de alimentos transformados ou de conteúdo estomacal através do esôfago e para fora da boca (CIPE®, 2015).				
Atividade de vida: eliminar					
13. Função renal prejudicada/ Função renal adequada	Processo do sistema urinário prejudicado. Relaciona-se à hipoperfusão renal associada ao quadro de choque cardiogênico causado pelo infarto agudo do miocárdio (CIPE®, 2015; MARTINS <i>et al</i> , 2013) / Processo do sistema urinário adequado. Ausência da hipoperfusão renal associada ao quadro de choque cardiogênico causado pelo infarto agudo do miocárdio.				

Continuação (Quadro 11)

Enunciados de Diagnósticos/Resultados de enfermagem	Definição Operacional	Nada pertinente	Pouco pertinente	Muito pertinente	Muitíssimo pertinente
Atividade de vida: higiene pessoal e vestir-se					
14. Capacidade para executar o autocuidado prejudicada/ Capacidade para executar o autocuidado adequada	Condição prejudicada. Dificuldade da auto execução das atividades de vida diária básicas, individuais e essenciais necessárias para a própria manutenção e sobrevivência (CIPE®, 2015) / Condição adequada. Auto execução das atividades de vida diária básicas, individuais e essenciais necessárias para a própria manutenção e sobrevivência.				
15. Suor aumentado/ Suor diminuído	Substância corporal secretada em maior quantidade pelas glândulas sudoríparas devido à hipoperfusão tecidual e renal causada pelo choque cardiogênico secundário ao IAM (AEHLERT, 2013; CIPE®, 2015; MARTINS <i>et al</i> , 2013) / É a diminuição de suor excretado pelas glândulas sudoríparas. Caracterizado por sudorese em menor quantidade associada à adequada perfusão tissular periférica.				
Atividade de vida: controlar a temperatura do corpo					
16. Termorregulação prejudicada/ Termorregulação adequada	Processo do Sistema Regulatório: Controle prejudicado da produção e perda de calor por meio de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo, pele e temperatura corporal (CIPE®, 2015) / Processo do Sistema Regulatório: Controle da produção e perda de calor por meio de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo, pele e temperatura corporal (CIPE®, 2015).				
Atividade de vida: mobilizar-se					
17. Fadiga/ Fadiga ausente	Emoção negativa: Sentimentos de diminuição da força e resistência, exaustão, cansaço mental ou físico; lassidão com aptidão diminuída para o trabalho físico ou mental (CIPE®, 2015) / Emoção negativa ausente: ausência da diminuição da força e resistência, exaustão, cansaço mental ou físico; lassidão com aptidão diminuída para o trabalho físico ou mental.				
Atividade de vida: trabalhar e distrair-se					
18. Ansiedade/ Ansiedade ausente	Emoção negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (CIPE®, 2015) / Emoção negativa ausente: ausência de sentimentos de ameaça, perigo ou angústia.				
19. Emoção negativa/ Emoção negativa ausente	É um processo psicológico no qual sentimentos conscientes ou subconscientes e dolorosos, são expressos ou não e que podem aumentar com estresse ou doença. Caracterizada por manifestar-se sob a forma de medo, angústia, desesperança, culpa, insegurança, isolamento social e tristeza (CIPE®, 2015) / É a ausência do processo psicológico no qual os sentimentos conscientes ou subconscientes e dolorosos, são expressos ou não e que podem aumentar com estresse ou doença.				

Continuação (Quadro 11)

Enunciados de Diagnósticos/Resultados de enfermagem	Definição Operacional	Nada pertinente	Pouco pertinente	Muito pertinente	Muitíssimo pertinente
Atividade de vida: exprimir sexualidade					
20. Processo sexual prejudicado/ Processo sexual adequado	Processo do Sistema Reprodutivo: incapacidade para participar em relação sexual e, nos homens, para ejacular (CIPE®, 2015) / Processo do Sistema Reprodutivo: Capacidade para participar em relação sexual e, nos homens, para ejacular (CIPE®, 2015).				
Atividade de vida: dormir					
21. Insônia/ Insônia ausente	Incapacidade de conciliar o sono. Sono, Prejudicado: Incapacidade crônica para dormir ou para permanecer adormecido durante a noite ou período de sono planejado, apesar da posição confortável num ambiente adequado; acordado, sem sono; frequentemente associada a fatores psicológicos ou físicos, tais como estresse emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, distúrbio da função cerebral e abuso de drogas (CIPE®, 2015) / Capacidade de conciliar o sono. Sono adequado. Capacidade para dormir e permanecer adormecido.				
Atividade de vida: morrer					
22. Medo da morte/ Medo da morte ausente	Emoção negativa: Medo. Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, devido a causa conhecida ou desconhecida, acompanhado às vezes de luta psicológica ou resposta de fuga (CIPE®, 2015) / Emoção negativa ausente. Ausência do sentimento de medo, da morte perigo ou angústia.				

Quadro 11: Relações dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem classificados de acordo com as repercussões nas atividades de vida da pessoa acometida pelo IAM e julgamento a respeito da pertinência de cada diagnóstico/resultados de enfermagem.

APÊNDICE E

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DOS ENUNCIADOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE® PARA PESSOA ACOMETIDA PELO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

De acordo com o critério da pertinência, você deverá assinalar com “X” uma das opções: **Nada pertinente; Pouco pertinente; Muito pertinente; Muitíssimo pertinente**. Caso considere algum item como **nada pertinente** utilize o espaço indicado para justificativa e sugestões de modificação ou exclusão.

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	NADA PERTINENTE	POUCO PERTINENTE	MUITO PERTINENTE	MUITÍSSIMO PERTINENTE
Atividade de vida: manter um ambiente seguro					
	Acompanhar durante a mobilização no leito e/ou deambulação				
	Aconselhar a não ficar em posição ortostática sem auxílio dos profissionais de enfermagem e/ou acompanhantes				
	Aconselhar o acompanhante a comunicar qualquer alteração sensorial				
	Atenuar ruídos ambientais				
	Avaliar nível de consciência após a queda				
	Conter no leito nos casos de rebaixamento do nível de consciência com agitação psicomotora e explicar a importância para a acompanhante				
	Manter seguro no leito por meio da elevação das grades de proteção				
	Elevar os membros inferiores se constatado desmaio por hipotensão				
	Garantir a permeabilidade das vias aéreas durante a ocorrência do desmaio				

Continuação (Quadro 12)

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	NADA PERTINENTE	POUCO PERTINENTE	MUITO PERTINENTE	MUITÍSSIMO PERTINENTE
Atividade de vida: comunicar					
	Acompanhar durante a mobilização no leito e/ou deambulação				
	Aconselhar a não ficar em posição ortostática sem auxílio dos profissionais de enfermagem e/ou acompanhantes				
	Alimentar de acordo com sua capacidade de deglutir e seu nível de consciência				
	Avaliar o risco de quedas				
	Avaliar nível de consciência				
	Elevar a cabeceira do leito de 30 a 45°				
	Manter seguro no leito por meio da elevação das grades de proteção				
	Verificar a ocorrência de sinais e sintomas de aumento da pressão intracraniana (náuseas, vômitos, alterações pupilares e rebaixamento do nível de consciência)				
Atividade de vida: respirar					
	Auscultar as bulhas cardíacas				
	Auscultar os sons respiratórios				
	Avaliar a coloração e temperatura das extremidades				
	Avaliar a descrição de dor anginosa				
	Avaliar a pressão arterial, ritmo e frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações				
	Avaliar o nível de consciência				
	Avaliar o ritmo cardíaco mostrado no monitor multiparamétrico				

Continuação (Quadro 12)

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	NADA PERTINENTE	POUCO PERTINENTE	MUITO PERTINENTE	MUITÍSSIMO PERTINENTE
Atividade de vida: respirar					
	Controlar o débito urinário				
	Instalar cateter urinário				
	Instalar oxigenoterapia				
	Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45°				
	Manter as vias aéreas pérvias				
	Monitorar a ocorrência de arritmias e instabilidade hemodinâmica				
	Monitorar glicose sanguínea				
	Monitorar risco de quedas				
	Monitorar sinais e sintomas de baixo débito cardíaco (alteração do nível de consciência, hipotensão ou choque, congestão pulmonar e dor torácica anginosa)				
	Promover privacidade e ambiente tranquilo				
	Realizar balanço hídrico				

Continuação (Quadro 12)

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	NADA PERTINENTE	POUCO PERTINENTE	MUITO PERTINENTE	MUITÍSSIMO PERTINENTE
Atividade de vida: respirar					
	Auscultar as bulhas cardíacas				
	Auscultar os sons respiratórios				
	Avaliar a coloração e temperatura das extremidades				
	Avaliar a pressão arterial, ritmo e frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações				
	Controlar a ingesta hídrica				
	Instalar oxigenoterapia				
	Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45°				
	Manter vias aéreas pérvias				
	Auscultar bulhas e o ritmo cardíaco				
	Auscultar os sons respiratórios				
	Avaliar a intensidade, localização e o tempo da dor				
	Avaliar pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações				
	Avaliar o nível de consciência				
	Investigar a satisfação com o controle medicamentoso da dor				
	Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45°				
	Manter o ambiente calmo e tranquilo				

Continuação (Quadro 12)

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	NADA PERTINENTE	POUCO PERTINENTE	MUITO PERTINENTE	MUITÍSSIMO PERTINENTE
Atividade de vida: respirar					
	Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45°				
	Manter o ambiente calmo e tranquilo				
	Realizar eletrocardiograma de 12 derivações no leito				
	Avaliar frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações				
	Iniciar a ressuscitação cardiopulmonar precoce				
	Treinar a equipe de enfermagem a respeito dos cuidados no suporte avançado de vida				
	Avaliar a coloração e temperatura das extremidades				
	Instalar oxigenoterapia				
	Monitorar a frequência e a profundidade das respirações				
	Monitorar a saturação de oxigênio				
	Avaliar as bulhas cardíacas				
	Avaliar os sons respiratórios				
	Avaliar a coloração e temperatura das extremidades				
	Avaliar a pressão arterial, ritmo e frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações				
	Avaliar o nível de consciência				
	Instalar cateter urinário				
	Instalar oxigenoterapia				
	Investigar a presença de dor torácica				
	Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45°				
	Realizar balanço hídrico				

Continuação (Quadro 12)

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	NADA PERTINENTE	POUCO PERTINENTE	MUITO PERTINENTE	MUITÍSSIMO PERTINENTE
Atividade de vida: comer e beber					
	Auscultar os ruídos hidroaéreos				
	Estimular ingestão de líquidos ou alimentos				
	Encorajar a ingestão de pequenas quantidades de alimento				
	Obter dados sobre o apetite				
	Pesar uma vez ao dia, em jejum				
	Auxiliar na realização da higiene oral				
	Manter o ambiente sem estímulos luminosos, sonoros e olfativos de grande intensidade				
	Avaliar o turgor da pele				
	Verificar as características do vômito (quantidade, cor, consistência e frequência)				
	Manter a cabeceira do leito elevada de 30 a 45°				
Atividade de vida: eliminar					
	Avaliar o débito urinário				
	Controlar a diurese				
	Controlar a ingesta hídrica				
	Instalar cateter urinário, se necessário				
	Realizar balanço hídrico				

Continuação (Quadro 12)

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	NADA PERTINENTE	POUCO PERTINENTE	MUITO PERTINENTE	MUITÍSSIMO PERTINENTE
Atividade de vida: higiene pessoal e vestir-se					
	Auxiliar durante a troca de roupas				
	Auxiliar na higiene corporal e oral				
	Encaminhar para banho de aspersão com auxílio de cadeira de rodas				
	Estimular mobilidade física no leito				
	Facilitar a capacidade para comunicar necessidades e sentimentos				
	Monitorar condições cardíaca e respiratória				
	Solicitar avaliação do serviço de terapia ocupacional				
	Solicitar avaliação do serviço de fisioterapia				
	Auxiliar na higiene corporal e oral				
	Avaliar a coloração e temperatura das extremidades				
	Avaliar a pressão arterial, ritmo e frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações				
	Investigar as causas da sudorese				
	Monitorar a função cardiovascular				
Atividade de vida: controlar a temperatura do corpo					
	Avaliar a pressão arterial, ritmo e frequência de pulso, frequência cardíaca e a frequência e profundidade das respirações				
	Avaliar a temperatura da pele				
	Avaliar a umidade da pele				
	Identificar a presença de cianose de extremidades				
	Monitorar a temperatura na região axilar				

Continuação (Quadro 12)

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	NADA PERTINENTE	POUCO PERTINENTE	MUITO PERTINENTE	MUITÍSSIMO PERTINENTE
Atividade de vida: mobilizar-se					
	Auxiliar na higiene corporal e oral				
	Solicitar avaliação do serviço de fisioterapia				
	Solicitar avaliação do serviço de terapia ocupacional				
	Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos				
	Investigar as causas da fraqueza				
	Manter o ambiente sem estímulos luminosos, sonoros e olfativos de grande intensidade				
	Estimular mobilidade física no leito				
Atividade de vida: trabalhar e distrair-se					
	Demonstrar técnicas de relaxamento;				
	Solicitar avaliação do serviço de psicologia				
	Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos				
	Promover arteterapia em parceria com o serviço de terapia ocupacional				
	Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos				
	Identificar condição psicossocial				
	Apoiar as crenças e ritos espirituais				
	Solicitar presença contínua do acompanhante				
Atividade de vida: exprimir sexualidade					
	Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos				
	Obter dados sobre o comportamento sexual				
Atividade de vida: dormir					
	Agrupar os horários para os procedimentos de enfermagem, evitando a interrupção do sono noturno				
	Estimular a verbalização de sentimentos				
	Instruir sobre a importância do sono noturno para sua recuperação;				
	Manter o ambiente sem estímulos luminosos, sonoros e olfativos de grande intensidade				
	Proporcionar conforto no leito				
	Promover privacidade durante procedimentos				

Continuação (Quadro 12)

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Atividade de vida: morrer	
	Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado
	Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos

Quadro 12: Relações dos enunciados de diagnósticos/resultados e das intervenções de enfermagem classificados de acordo com as repercussões nas atividades de vida da pessoa acometida pelo IAM e julgamento a respeito da pertinência de cada um deles.