

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC/UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO –UFPE**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**SÔNIA MARIA JOSINO DOS SANTOS**

**DOR AGUDA – REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM  
PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

**FORTALEZA  
2014**

SÔNIA MARIA JOSINO DOS SANTOS

DOR AGUDA – REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES  
COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Tese apresentada ao Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo.

FORTALEZA  
2014

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, para qualquer meio convencional ou eletrônico, para estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

S238d Santos, Sônia Maria Josino dos.  
Dor aguda: revisão do diagnóstico de enfermagem em pacientes com infarto agudo do miocárdio/ Sônia Maria Josino dos Santos. – 2014.  
195 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2014.  
Área de concentração: Enfermagem na promoção da saúde.  
Orientação: Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo.

1. Enfermagem. 2. Diagnóstico de Enfermagem. 3. Estudos de Validação. 4. Dor Aguda. 5. Infarto do Miocárdio. I. Título.

---

CDD 610.73

SÔNIA MARIA JOSINO DOS SANTOS

DOR AGUDA–REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES  
COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Tese apresentada ao Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Thelma Leite de Araujo (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Fátima Carvalho Fernandes  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rafaella Pessoa Moreira  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Flávia Paula Magalhães Monteiro  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

A Deus, que renova em mim, a cada dia, a vontade para continuar e me concede forças para lutar.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter permitido que eu completasse mais esta etapa na minha vida.

A minha família, em especial Max Josino, pelo companheirismo, dedicação e cuidado dispensados e, Fábio Bezerra, pelo incentivo e por acreditar no meu potencial para concretizar este trabalho.

A meu pai, Pedro Josino dos Santos, in memoriam, por ter acreditado e respeitado minha escolha profissional.

À Profª Drª Thelma Leite de Araujo, pelo conhecimento embasador na orientação deste trabalho.

À professora Tahissa Cavalcante, pelas relevantes contribuições.

Aos membros da banca, pelas contribuições para o aprimoramento deste trabalho.

Aos especialistas, pela disponibilidade e contribuição.

Aos pacientes, pelas contribuições para o desenvolvimento deste trabalho.

Às colegas de doutorado, em especial Maria Amélia, Viviane Rolim e Eliane Rolim.

Aos componentes do Projeto Ações Integradas em Saúde Cardiovascular, pelo aprendizado a cada quarta-feira.

Aos professores e funcionários do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

Aos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória – CAV.

À Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE).

A todos, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei;  
não fosse por elas, eu não teria saído do  
lugar.” (Chico Xavier)

## RESUMO

O estudo tem por objetivo revisar o diagnóstico de enfermagem (DE) Dor aguda em pacientes hospitalizados com infarto agudo do miocárdio (IAM). Estudo metodológico de validação de diagnósticos de enfermagem, desenvolvido em três etapas fundamentadas no modelo de Hoskins (1989): análise de conceito de dor aguda, validação por especialistas e validação clínica. Na primeira etapa utilizaram-se o modelo de Walker e Avant (2005) e a revisão integrativa conforme Whitemore; Knafl (2005) a partir da busca em periódicos indexados, por meio do acesso nas bases de dados CINHALL, SCOPUS e PUBMED, de estudos publicados sobre dor aguda no infarto agudo do miocárdio no período de 2006 a 2012. Para a busca nas bases de dados utilizou-se o vocabulário MeSH – Medical Subject Headings of U.S National Library of Medicine e o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde em língua inglesa e espanhola: *acute pain*; *myocardial infarction* e *dolor agudo, el infarto miocardio*. Para a busca nas três bases de dados e cruzamento dos descritores utilizou-se o operador booleano “AND”. Para ampliar a busca empregou-se o cruzamento: “acute pain” and “myocardial infarction”. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, restaram 29 estudos. Encontraram-se quatro atributos críticos essenciais para a compreensão do conceito dor aguda no infarto agudo do miocárdio: qualidade (constrictiva, opressiva, pressão, aperto e peso, sensação de esmagamento, típica isquêmica, dilacerante e triturante); localização (região retroesternal, subesternal, torácica, do lado esquerdo do peito, centro do esterno em meio do peito, peito direito); tempo e duração (início súbito, prolongada com duração de 15 a 30 minutos, recorrente e intermitente); irradiação (pescoço, ombro esquerdo, mandíbula, região interescapular, braço direito e esquerdo, costas, estômago, abdome, epigastro, pulso braquial e radial esquerdo). Foram identificadas 14 características definidoras (CDs) na análise de conceito, das quais oito encontraram correspondência no DE Dor aguda da NANDA-I. Elaborou-se um instrumento com a definição construída na análise de conceito, a constante na NANDA-I e as 14 CDs e respectivas definições conceituais e referências empíricas identificadas. Submeteu-se esse instrumento ao crivo de 22 especialistas em terminologias de enfermagem e/ou dor aguda e/ou infarto agudo do miocárdio. Dos especialistas (54,54%) optaram pela definição resultante da análise de conceito. Após o julgamento, recomenda-se, além das oito CDs identificadas na NANDA-I, o acréscimo de mais seis CDs ao DE Dor aguda identificadas na análise de conceito: Dispneia; Fraqueza; Fadiga; Náusea; Vômito e Palidez. As 14 CDs analisadas e validadas por especialistas foram testadas na prática clínica, por meio de um estudo transversal realizado com 125 pacientes com diagnóstico de IAM. Os

achados mostraram que Relato de dor aguda, Diaforese, Fadiga, Palidez e Fraqueza, são bons indicadores da ocorrência do diagnóstico de enfermagem Dor aguda no infarto agudo do miocárdio. As CDs Pressão sanguínea elevada, Distúrbio do sono, Frequência cardíaca elevada, Frequência respiratória elevada, Dispnéia, Náusea, Vômito, Ansiedade e Medo não foram indicadores satisfatórios do diagnóstico em estudo. Portanto, cinco CDs demonstraram-se conforme a análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica, apropriadas para avaliar o DE Dor aguda em pacientes com IAM.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Estudos de validação. Dor aguda. Infarto do miocárdio.

## ABSTRACT

The objective of the study was the nursing diagnosis validation (ND) of Acute Pain of patient with Acute Myocardial Infarction (AMI). Methodological study developed in three stages of nursing diagnosis validation, found by the Hoskins model (1989): concept analysis, validation by specialists and clinical validation. In the first stage were Walker and Avant model (2005) and Whittmore; Knafl (2005) integrative review from the indexed journal search by the CINHALL, SCOPUS and PUBMED database access of studies published in the period between 2006 and 2012. The Pubmed and Cinahl database search used the indicated terminology, the MeSH – Medical Subject Headings of U.S National Library of Medicine English vocabulary. The Scopus database had DeCS – Descriptors Health Science structure vocabulary. To identify the different uses of acute concept, there was a study survey with the controlled descriptors Acute Pain and Myocardial Infarction in English language and Dolor Agudo and Infarto Miocardio in Spanish language. In the three databases search descriptor's crossing we used the Boolean operator "AND". "Acute pain" and "myocardial infarction" enlarge the crossing search. After applying the exclusion and inclusion criteria, 29 studies remained (from 535). There were four essential critical characteristics to understand acute pain concept. They are quality (constrictive, oppressive, pressure, tightness and weight, crushing feeling, typical ischemic, heartbreaking and grinding); location (retrosternal region, substernal, chest, the left side of the chest, sternum and through the center of the chest, right chest); time length (sudden onset, prolonged lasting 15 to 30 minutes, recurrent and intermittent); irradiation (neck, left shoulder, jaw, interscapular region, right and left arm, back, stomach, abdomen, epigastrium, left radial and brachial pulse). For the Acute Pain ND, NANDA-I presents 18 defined characteristics (DCs) identifying eight in the concept analysis adequate for Acute Pain diagnosis in AMI patients. Besides these ones, we found six more, in 15 DCs. There were elaboration of an instrument with the concept analysis definition, the constant NANDA-I and 14 DCs and their conceptual definitions and identified empiric references. Twenty-two specialists studied this instrument in nursing terminology and/or acute pain and/or acute myocardial infarction. From them (54,54%) they opted concept analysis definition. After appreciation, there were recommendation of the eight DCs identified in the NANDA-I and six new DCs for the ND Acute pain identified in the concept analysis. They were dyspnea; weakness; fatigue; nausea; Vomiting and paleness. The specialist tested in the clinical practice the 14 analyzed and validated DCs, through a transversal study done with 125 patients with AMI diagnosis. The findings showed that the acute pain, Diaphoresis, Fatigue, Paleness and

Weakness are good indicators of the Acute Pain nursing diagnosis. The Elevated Blood Pressure, Sleep Disturbance, Elevated Heart Rate, Elevated Respiratory Rate, Dyspnea, Nausea, Vomiting, Anxiety and Fear DCs, were not satisfactory indicators of the study diagnosis. Therefore, five DCs were according to concept analysis, specialist validation and clinical validation, right to evaluate the Acute Pain ND in AMI patients.

**Keywords:** Nursing. Nursing Diagnosis. Validation Studies. Acute Pain. Acute Myocardial Infarction.

## **LISTA DE DIAGRAMA**

Diagrama 1 - Processo de seleção na base de dados CINAHL .....	38
Diagrama 2 - Processo de seleção na base de dados SCOPUS .....	38
Diagrama 3 - Processo de seleção na base de dados PUBMED.....	39

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Classificação dos níveis de evidência para avaliação dos estudos conforme Melnyk e Fineuot-Overholt (2005).....	32
Quadro 2 - Evidências encontradas na literatura para o conceito dor aguda em pacientes com infarto agudo do miocárdio. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	43
Quadro 3 - Distribuição dos atributos, antecedentes e consequentes evidenciados na literatura para a Dor aguda no infarto agudo do miocárdio. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	46
Quadro 4 – Características definidoras (CDs) provenientes da análise do conceito e do diagnóstico de enfermagem Dor aguda da Taxonomia NANDA-I. Fortaleza/CE, Brasil, 2014. ....	48
Quadro 5 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Relato de dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil – 2014.....	49
Quadro 6 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Diaforese. Fortaleza/CE, Brasil – 2014.....	51
Quadro 7 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Pressão sanguínea elevada. Fortaleza/CE, Brasil, 2014.....	52
Quadro 8 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Frequência cardíaca elevada. Fortaleza/CE, Brasil, 2014.....	54
Quadro 9 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Frequência respiratória elevada. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	56
Quadro 10 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Dispneia. Fortaleza/CE, Brasil, 2014.....	57
Quadro 11 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Distúrbio do sono. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	59
Quadro 12 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Náusea. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	61
Quadro 13 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Vômito. Fortaleza/CE, Brasil, 2014.....	63
Quadro 14 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Fadiga. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	64
Quadro 15 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Ansiedade. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	66

Quadro 16 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Medo. Fortaleza/CE, Brasil, 2014.....	67
Quadro 17 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Palidez. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	69
Quadro 18 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Fraqueza. Fortaleza/CE, Brasil, 2014.....	71
Quadro 19 - Sistema de pontuação de especialistas no modelo de validação de Fehring (1994) .....	77
Quadro 20 - Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio, após a análise de conceito e validação dos especialistas. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	107
Quadro 21 - Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio, após as três fases de validação. Recife/PE, Brasil, 2014.	134

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos artigos segundo o delineamento e força de evidência, conforme Melnyk, Fineuot-Overholt (2005). Fortaleza/CE, Brasil, 2014.....	40
Tabela 2 - Distribuição dos estudos de acordo com o continente, ano de publicação, área, sujeitos, cenários e temática. Fortaleza/CE, Brasil, 2014. ....	41
Tabela 3- Caracterização do perfil dos especialistas (n=22). Fortaleza/CE, Brasil, 2014.....	82
Tabela 4 - Experiência e vivência dos especialistas na temática diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	84
Tabela 5 - Caracterização da experiência profissional na temática de estudo. Fortaleza/CE, Brasil, 2014.....	86
Tabela 6 - Avaliação pelos especialistas das definições propostas ao diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	87
Tabela 7 - Pertinência da CD Relato de dor aguda para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	89
Tabela 8 - Pertinência da CD Diaforese para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	92
Tabela 9 - Pertinência da CD Pressão sanguínea elevada para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	93
Tabela 10 - Pertinência da CD Distúrbio do sono para o diagnóstico de enfermagem. Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	97
Tabela 11 - Pertinência da CD Frequência cardíaca elevada para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	99
Tabela 12 - Pertinência da CD Frequência respiratória elevada para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	100
Tabela 13 - Pertinência da CD Dispneia para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	101
Tabela 14 - Pertinência de Náusea para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	102
Tabela 15 - Pertinência de Vômito para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	102
Tabela 16 - Pertinência de Fadiga para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	103

Tabela 17 - Pertinência da CD Ansiedade para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	103
Tabela 18 - Pertinência da CD Medo para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	105
Tabela 19 - Pertinência da CD Palidez para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	105
Tabela 20 - Pertinência da CD Fraqueza para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014 .....	106
Tabela 21 - Caracterização dos dados demográficos de pacientes com Infarto agudo do miocárdio. Recife/ PE, Brasil, 2014.....	126
Tabela 22 - Distribuição dos pacientes segundo o histórico familiar de Infarto agudo do miocárdio, co-morbididades, prática de exercício físico, tabagismo e hábito de ingestão de bebida alcoólica. Recife/ PE, Brasil, 2014 .....	128
Tabela 23 - Distribuição das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda presentes nos pacientes com Infarto agudo do miocárdio. Recife/PE, Brasil, 2014 .....	130
Tabela 24 - Distribuição das medidas de acurácia das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda presente nos pacientes com Infarto agudo do miocárdio. Recife/ PE, Brasil, 2014.....	132
Tabela 25 - Sensibilidade e especificidade para diferentes pontuações do teste em relação às CDs Relato de dor aguda, Diaforese, Fadiga, Palidez e Fraqueza. Recife/ PE, Brasil, 2014.	133

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	20
CAPÍTULO I: ANÁLISE DE CONCEITO .....	27
1 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DA ANÁLISE DE CONCEITO.....	28
1.1 - Modelo de validação de Hoskins (1989).....	28
1.2 - Análise de conceito .....	28
1.3 O Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant .....	29
1.4 Revisão da Literatura .....	30
2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA ANÁLISE DE CONCEITO.....	34
3 - MATERIAIS E MÉTODOS DA ANÁLISE DO CONCEITO.....	35
3.1 Análise do conceito Dor aguda no infarto agudo do miocárdio .....	35
3.1.1 Seleção do conceito e Determinação dos propósitos da análise e usos do conceito.....	35
3.1.2 Determinação dos atributos e identificação dos antecedentes e consequentes.....	35
3.1.3 Identificação dos casos modelo e contrário .....	36
3.1.4 Definições conceituais e referências empíricas.....	36
4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ANÁLISE DE CONCEITO .....	40
4.1 Caracterização dos estudos e avaliação da qualidade metodológica .....	40
CAPÍTULO II: VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS.....	74
5 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DA ETAPA DE VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS.....	75
6 - OBJETIVO ESPECÍFICO DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS .....	78
7 - MATERIAIS E MÉTODOS DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS .....	79
7.1 Seleção dos especialistas .....	79
7.2 - Instrumento de coleta de dados, período e operacionalização da coleta.....	80
7.3 - Organização e análise dos dados .....	80
7.4 - Aspectos éticos .....	81
8 - RESULTADOS E DISCUSSÃO DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS .....	82
8.1 - Caracterização do perfil dos especialistas.....	82
CAPÍTULO III: VALIDAÇÃO CLÍNICA .....	114
8 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DA VALIDAÇÃO CLÍNICA .....	115
9 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA VALIDAÇÃO CLÍNICA .....	116
10 - MATERIAIS E MÉTODOS DA VALIDAÇÃO CLÍNICA.....	117

10.1 - Desenho do estudo.....	117
10.2 - Cenário do estudo .....	117
10.3 - População e amostra do estudo.....	117
10.4 - Variáveis do estudo e instrumento de coleta de dados.....	118
10.5 - Procedimentos para coleta e análise de dados .....	122
10.6 - Organização e análise dos dados .....	123
10.7 - Aspectos éticos .....	124
11 - RESULTADOS E DISCUSSÃO DA VALIDAÇÃO CLÍNICA.....	126
CONCLUSÃO.....	135
REFERÊNCIAS .....	140
ANEXO A - Protocolo da Revisão Integrativa (Instrumento adaptado de Cavalcante, 2011)	155
ANEXO B - Instrumento de coleta de dados para a Revisão Integrativa da Literatura adaptado do estudo de Chaves (2008) .....	156
ANEXO C - Instrumento para caracterização dos especialistas adaptado do estudo de Cavalcante (2011).....	157
APÊNDICE A - Carta-Convite para participação no estudo .....	160
(Etapa – Validação por especialista).....	160
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do Especialista .....	161
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do paciente .....	163
APÊNDICE D - Carta de Anuência do Hospital e Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE) .....	166
APÊNDICE E - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS ESPECIALISTAS .....	167
APÊNDICE F - Instrumento de coleta de dados para validação clínica das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor aguda.....	193

## INTRODUÇÃO

O estudo tem por objeto a revisão do diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes hospitalizados com infarto agudo do miocárdio. Na assistência ao paciente com dor, destaca-se o papel da Enfermagem como profissão que tem como pilar o ato de cuidar. Nesse contexto, a revisão do diagnóstico de enfermagem (DE) Dor aguda viabiliza a acurácia dos fenômenos observados na prática, favorece a manutenção e aperfeiçoamento das evidências da Taxonomia NANDA-I e, desse modo, serve para subsidiar a prática clínica do enfermeiro ao paciente com dor no infarto agudo do miocárdio.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define dor como “experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal dano (IASP, 2013). A dor representa uma das principais causas de sofrimento humano (BROWN; HAMILTON, 2010; LOPES *et al.*, 2011; TEIXEIRA, 2006), afeta a qualidade de vida das pessoas e reflete no seu estado físico, psicossocial e econômico (RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

Em alguns estudos, a dor vem descrita como o quinto sinal vital (BOTTEGA; FONTANA, 2010; SOUSA, 2002) e se caracteriza como um fenômeno resultante de fatores fisiológicos, psicológicos, e influenciado por aspectos sensoriais, socioafetivos e culturais (LOPES *et al.*, 2011).

A dor aguda é definida como aquela que se manifesta durante um período relativamente curto, de minutos a algumas semanas, associada a lesões em tecidos ou órgãos e ocasionada por inflamação, infecção, traumatismo ou outras causas (PORTO, 2011).

A literatura não apresenta dados estatísticos oficiais sobre a dor no Brasil. Contudo, sua ocorrência tem aumentado consideravelmente nos últimos anos e, nos hospitais, sua prevalência varia de 45% a 80% em pacientes internados (SANTORO BATISTA; PIMENTA, 2008). Estudo epidemiológico demonstra que aproximadamente 80% da procura das pessoas pelos serviços de saúde são motivadas pela dor, sendo 50% por dor aguda (BOTTEGA, FONTANA, 2010).

A dor tem diagnóstico diferencial bem amplo e várias doenças potencialmente fatais podem causar dor. Entre estas, está incluído o infarto agudo do miocárdio (IAM) (LOPES *et al.*, 2011). O IAM é um agravo cardiovascular decorrente da morte celular secundária à isquemia miocárdica em consequência do desequilíbrio entre a oferta e a

demanda de oxigênio. Esse agravo requer identificação clínica rápida, internação hospitalar e assistência imediata (SANTORO BATISTA; PIMENTA, 2008).

Importa ressaltar que a Enfermagem, como uma ciência, é marcada pela busca constante e construção de um conjunto de conhecimentos específicos para embasar o cuidado, nortear e servir de suporte para definição e descrição da prática (SANTOS; NÓBREGA, 2004), para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao indivíduo, à família e à comunidade.

Para tanto, enfatizam Garcia e Nóbrega (2004), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método científico que norteia a forma de pensar do profissional enfermeiro, o qual envolve o raciocínio e julgamento diagnóstico; o raciocínio e julgamento terapêutico; o raciocínio e julgamento ético. Caracterizando-se, portanto, em um instrumental tecnológico ou um modelo metodológico para o cuidado profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2009). Nesse contexto, o Processo de Enfermagem (PE) se traduz como uma metodologia de trabalho que fornece aos profissionais ferramentas capazes de delinear o conhecimento e, assim, fundamentar suas ações e, conseqüentemente, aprimorar o cuidado. O PE é dividido em cinco fases: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. O diagnóstico de enfermagem corresponde à segunda etapa do PE e evidencia a condição clínica do paciente.

No contexto do cuidado de enfermagem e com intuito de contribuir com a uniformização da linguagem e desenvolvimento do conhecimento próprio da profissão, a fim de definir e descrever a prática de enfermagem, várias tentativas foram realizadas. No entanto, a primeira classificação relevante para a prática da enfermagem ocorreu nos Estados Unidos, nos anos de 1970, com o movimento de classificação dos diagnósticos de enfermagem, comandado pelo Grupo Norte-Americano de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem (CRUZ, 1994), que depois passou a ser denominado de Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (North American Nursing Diagnoses Association – NANDA). A partir de 2002 a Associação passou a ser denominada de NANDA Internacional (NANDA-I) e a sua última edição contempla a mesma estrutura taxonômica e conta com 217 diagnósticos de enfermagem aprovados (NANDA, 2012).

O sistema de classificações de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I é um dos mais conhecidos e utilizados em todo o mundo. Surgiu a partir da necessidade de identificação, organização e classificação de uma estrutura taxonômica que incorporasse uma linguagem única que definisse os problemas de enfermagem.

O DE é definido pela NANDA-I como um julgamento clínico que o enfermeiro realiza sobre as respostas de indivíduo, família ou comunidade frente a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais (HERDMAN, 2010). É considerado um instrumento capaz de uniformizar a linguagem e contribuir para a melhoria da prática do cuidado. Como asseveram Chaves, Carvalho e Rossi (2008), o diagnóstico de enfermagem viabiliza o planejamento da assistência e fornece direção para o cuidado em situações específicas. Desse modo, o objetivo deste tipo de diagnóstico é padronizar a terminologia utilizada por enfermeiros e assim tornar o processo de cuidado mais científico e baseado em evidência.

O diagnóstico Dor aguda é definido na Taxonomia da NANDA-I como uma:

“Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); de início súbito ou lento, de intensidade leve ou intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses” (NANDA, 2012, p.548).

Esse diagnóstico pertence ao domínio Conforto, à classe Conforto físico e apresenta como características definidoras (CDs): alterações na pressão sanguínea, comportamento de distração (p. ex., andar de um lado para o outro, procurar outras pessoas e/ou atividades repetidas), comportamento de proteção, comportamento expressivo (p. ex., agitação, gemido, choro, vigilância, irritabilidade, suspiro), diaforese, dilatação pupilar, distúrbio do sono, evidência observada de dor, expressão facial (olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta), foco em si próprio, foco estreitado (percepção do tempo alterada, processos de pensamento prejudicados, interação reduzida com pessoas e o ambiente), gestos protetores, mudanças na frequência cardíaca, mudanças na frequência respiratória, mudanças no apetite, posição para evitar dor, relato codificado, relato verbal de dor. Seus fatores relacionados são: agentes lesivos biológicos, químicos, físicos, psicológicos (NANDA, 2012).

Os diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA-I são bastante utilizados, no entanto, esses diagnósticos não são definitivos, ou seja, para serem mais confiáveis e terem sua estrutura conceitual mais aprimorada, necessitam ser revisados em populações específicas, (MELO, 2004; PILEGGI, 2007), como no caso do DE Dor aguda quando aplicado a pessoas com dor torácica.

A dor aguda é frequente e muitas vezes não tem diagnosticada a sua causa. Como afirma Bassan (2002), o diagnóstico correto para os pacientes com dor torácica tem sido um dos maiores problemas enfrentados. Isso decorre da inexperiência e do conhecimento

insuficiente no manejo de pacientes com dor, além da priorização em favor dos politraumatizados, dos com hemorragia digestiva, etc., no setor de emergência. Esses fatores impedem a investigação adequada e definição do diagnóstico dos pacientes com dor torácica.

Observa-se que, nesse cenário clínico, uma situação importante é exatamente a dor relacionada ao infarto agudo do miocárdio (IAM), que se constitui como principal sintoma dessa morbidade. Para tanto, a caracterização da dor nesse contexto é essencial para a avaliação e o tratamento dos seus efeitos.

Nesse sentido, a validação do diagnóstico de enfermagem Dor aguda se traduz como ferramenta essencial para o aprimoramento da prática clínica e operacionalização do cuidado ao paciente com dor aguda por ocasião do infarto do miocárdio.

Nos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I muitas características definidoras não são identificadas na prática clínica, argumenta Fehring (1987). Assim, para ampliar a confiabilidade desses diagnósticos, é necessário submetê-los a um processo de validação. A validação dos diagnósticos de enfermagem viabiliza a acurácia dos fenômenos observados na prática, favorece a manutenção e aperfeiçoamento das evidências da Taxonomia NANDA-I e, desse modo, serve para subsidiar a prática clínica do enfermeiro.

O termo “validar”, dentre outras significações, quer dizer legitimar, portanto, validar um diagnóstico de enfermagem significa torná-lo legítimo para aquela situação clínica e para todos os profissionais de enfermagem (MELO; CARVALHO; HASS, 2008). Desse modo, a validação de diagnóstico de enfermagem se constitui em etapa importante para o desenvolvimento do conhecimento e da prática profissional, pois reflete o grau com que um grupo de características definidoras descreve a realidade clínica observada nos cenários práticos (GORDON, HILTUNEN, 1994). Destarte, os estudos de validação de diagnósticos de enfermagem medem os fenômenos observados na prática clínica do enfermeiro, além de fornecerem a possibilidade de refinamento do conjunto de indicadores clínicos, tornando confiável sua utilização, tanto na prática como no ensino (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Atualmente, há vários modelos de validação de diagnósticos de enfermagem que empregam a validação ora de um diagnóstico, ora de seus componentes, e vários estudos mostram a possibilidade de associação de mais de um modelo (CHAVES, 2008; MELO, 2004; PILEGGI, 2007). Entre eles, os Modelos de validação de Hoskins (1989), Fehring (1994), Lopes, Silva e Araujo (2012).

A literatura apresenta poucos estudos de validação com o diagnóstico de enfermagem Dor. Dentre estes, destaca-se o de validação clínica em pacientes em pós-

operatório de cirurgia cardíaca, que evidenciou o diagnóstico de enfermagem Dor aguda numa frequência de 100% entre os pacientes avaliados (CORRÊA; CRUZ; DALM, 2000). E, em outro referente à validação de diagnóstico de enfermagem com crianças hospitalizadas, constatou-se 19 características definidoras (CDs) do diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Na validação clínica, 17 CDs foram consideradas válidas; duas foram excluídas e igualmente duas foram acrescentadas (FERREIRA, 2009). Valores de presença mais elevada do diagnóstico Dor aguda foram evidenciados em 82,5% dos pacientes com doença miocárdica isquêmica (angina instável) internados em hospital especializado (FORTES, 2007). Outra evidência desse mesmo estudo é que não foram encontrados registros de enfermagem que relatassem a ocorrência de dor nesses pacientes, apesar de a dor ser um fator intrínseco à angina instável.

As evidências científicas apontam que a dor do paciente é subavaliada e muitas vezes não há coincidência entre o registro do enfermeiro e o relato do doente (MAGALHÃES *et al.*, 2011; PEDROSO; CELICH 2006; SILVA; PIMENTA, 2003). Ainda conforme esses autores, os enfermeiros não conhecem os indicadores clínicos para avaliar a presença ou não do diagnóstico de enfermagem Dor e não raras vezes atribuem a responsabilidade da avaliação da dor ao médico. Essas evidências se assemelham a outros estudos que também revelam que os enfermeiros não conhecem os indicadores da dor, não avaliam a dor de forma sistemática, subestimam a frequência de ocorrência da dor, ignoram o efeito devastador que ela provoca no indivíduo e não utilizam os métodos de controle da dor e, em consequência disso, a dor continua sendo subtratada e subnotificada (PEDROSO; CELICH 2006; SILVA; ZAGO, 2001). Esses dados sugerem que os enfermeiros têm conhecimento deficiente sobre as formas de avaliar a dor.

Diante do exposto e em decorrência da vivência como docente da disciplina Emergência e experiência como enfermeira de um pronto atendimento, surgiu a motivação para a realização desta pesquisa, ao observar que muitos pacientes adultos procuravam o serviço com queixa de dor torácica aguda, eram medicados e recebiam alta. Alguns eram diagnosticados com infarto agudo do miocárdio e internados, outros, muitas vezes, evoluíam para o óbito sem diagnóstico médico e de enfermagem definidos. Um dado preocupante é que havia pouca ou nenhuma sistematização da assistência e o cuidado de enfermagem ao paciente com este tipo de necessidade humana restringia-se ao cumprimento da terapêutica medicamentosa analgésica prescrita pelo médico. Esse dado reforça a necessidade de atendimento de enfermagem sistematizado que forneça subsídios para avaliação rápida e segura dos pacientes que chegam à emergência com dor.

Sabe-se que as características definidoras elencadas para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda (NANDA-I) são gerais e, diante da complexidade do fenômeno da dor, necessitam ser mais exploradas, entendidas e refinadas. Diante disso, das evidências apresentadas e considerando que a dor é uma experiência complexa, multideterminada, subjetiva e pessoal, o presente estudo fundamenta-se na necessidade de revisar o diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes por ocasião do infarto agudo do miocárdio, a fim de averiguar a adequação da definição e das características definidoras (CDs) nessa população e fornecer mais subsídios para que o enfermeiro possa cuidar adequadamente do paciente com Dor aguda no IAM.

Em função do exposto, o presente estudo parte do seguinte questionamento: A definição proposta pela NANDA-I é pertinente ao DE Dor aguda em pacientes hospitalizados com infarto agudo do miocárdio? As características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda são pertinentes para pacientes com infarto agudo do miocárdio? Há outras características definidoras para dor aguda não contempladas na Taxonomia II da NANDA-I?

Logo, a tese fundamenta-se nas seguintes hipóteses: a) é necessário revisar o diagnóstico de enfermagem Dor aguda em relação à adequação da definição e das características definidoras na população de pacientes com infarto agudo do miocárdio; b) além dos indicadores clínicos definidos pela Taxonomia II da NANDA-I, existem outras características definidoras pertinentes à Dor aguda em pacientes com infarto agudo do miocárdio.

Diante da abrangência e complexidade do problema da dor aguda, este estudo se mostra relevante na medida em que é necessário um diagnóstico válido para a interpretação das respostas dos pacientes aos problemas de saúde na perspectiva de melhorar o nível de acurácia dos diagnósticos de enfermagem implementados no cuidado ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Assim, acredita-se que a revisão de diagnóstico de enfermagem Dor aguda se faz importante, uma vez que servirá para o aperfeiçoamento e legitimação dos elementos constantes na Taxonomia da NANDA-I, além de contribuir para promoção do desenvolvimento do conhecimento, se traduzindo como uma ferramenta útil para alicerçar a prática clínica do enfermeiro no cuidado ao paciente com IAM.

Com a finalidade de responder aos questionamentos e testar as hipóteses levantadas, o presente estudo tem como objetivo revisar o diagnóstico de enfermagem Dor aguda em paciente hospitalizados com infarto agudo do miocárdio. A tese encontra-se

dividida em: Capítulo 1: Análise de Conceito; Capítulo 2: Validação por Especialistas; Capítulo 3: Validação Clínica.

## **CAPÍTULO I: ANÁLISE DE CONCEITO**

## **1 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DA ANÁLISE DE CONCEITO**

Esta etapa da pesquisa tem como percurso metodológico o modelo de validação proposto por Hoskins (1989).

### **1.1 - Modelo de validação de Hoskins (1989)**

A validação diagnóstica de enfermagem de acordo com o modelo de Hoskins (1989) apresenta-se em três fases. Na primeira são descritas a análise de conceito e as suas características; a segunda diz respeito à validação por especialistas, com a revisão e a avaliação das características definidoras selecionadas a partir da análise do conceito, e cada característica é mensurada de acordo com os valores e sua importância para o diagnóstico em estudo. A terceira ou última etapa da validação diagnóstica de enfermagem corresponde à etapa de validação clínica dos indicadores encontrados na análise de conceito e validação por especialistas. Nesta etapa, as características definidoras são testadas ou investigadas em um ambiente clínico real para averiguar nas evidências clínicas a presença ou ausência destas características na população em estudo.

Hoskins (1989) afirma que na etapa do processo de validação de diagnóstico de enfermagem são determinados os atributos característicos do conceito, a partir da revisão da literatura, o que possibilita a construção do conhecimento e explicação das características quando da ocorrência de determinado fenômeno. Essa mesma autora ainda recomenda o uso do Modelo de Análise de Conceito proposto por Walker e Avant e uma revisão de literatura. Para tanto, como método de estudo foi utilizada a Revisão Integrativa da Literatura conforme proposto por Whittemore e Knafl (2005) e, para a análise do conceito, utilizadas as etapas do modelo de Walker e Avant (2005).

### **1.2 - Análise de conceito**

Os conceitos são dinâmicos, refletem os fenômenos e estão continuamente se transformando, e suas interpretações e significados dependem do contexto (RODGERS, 2000). Nesse sentido, a análise do conceito é utilizada para clarificar e determinar os atributos e, a partir daí, enfatizar a importância de serem usados adequadamente dentro do contexto de interesse (LOPES *et al.*, 2010).

A etapa da análise de conceito no processo de validação de diagnóstico de enfermagem é utilizada para clarificar e determinar os atributos do conceito e, para isso, é necessário buscar referências a partir da literatura para nomear características e assim definir determinado conceito (HOSKINS, 1989). Essa mesma autora ainda afirma que, na etapa do processo de validação de diagnóstico de enfermagem para determinação dos atributos característicos do conceito, é necessária uma ampla revisão de literatura para auxiliar a Análise de Conceito. Nesse aspecto, recomenda que seja utilizado, além da revisão de literatura, o Modelo de Análise de Conceito proposto por Walker e Avant (2005). Neste estudo, para auxiliar a Análise de Conceito foi utilizada a revisão integrativa conforme o modelo de Whittemore e Knafl (2005).

### **1.3 O Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant**

O Modelo de Análise de Conceito de Walker e Avant (2005) é caracterizado por uma abordagem filosófica. Compreende oito etapas adaptadas das 11 sugeridas por Wilson em 1963, quais sejam:

1. Seleção do conceito: Esta etapa é importante e serve para delinear todo o trabalho. A escolha de tema, em geral, é uma etapa de muita reflexão, de escolhas e de leituras;
2. Determinação dos objetivos da análise conceitual: Nesta etapa deve ser respondida a questão: Por que estou fazendo esta análise? Os objetivos devem ser decididos com antecedência e servir para descobrir usos diferentes do conceito e distinguir entre o uso da linguagem comum do conceito e a científica para o mesmo conceito;
3. Identificação dos usos do conceito: Realizada para conhecer todos os usos do conceito por meio de dicionários, enciclopédias, colegas, literatura. Importante não limitar apenas um aspecto do conceito, com o objetivo de evitar vieses;
4. Determinação dos atributos críticos: Considerada a parte principal da análise do conceito. Os atributos críticos são caracterizados pelas palavras ou termos essenciais que estão associados aos usos do conceito nos diferentes contextos;
5. Desenvolvimento de casos-modelo: O Caso modelo é um exemplo do uso do conceito no qual são aplicados todos os atributos críticos do conceito, servindo para demonstrar de forma mais concreta o seu uso. Podem ser exemplos atuais

da vida real, encontrados na literatura, exemplos da Enfermagem ou construídos pelo pesquisador;

6. Desenvolvimento de casos adicionais: Nesta etapa são construídos casos adicionais para ajudar o pesquisador a decidir o que é válido como atributo crítico para o conceito de interesse e o que não é;
7. Identificação de antecedentes e consequentes: Nesta etapa são levantados os eventos que antecedem e sucedem o fenômeno. Os antecedentes são os eventos ou situações que são necessários para a ocorrência do conceito, e os consequentes, por sua vez, são eventos ou situações que surgem ou resultam da presença do conceito;
8. Definição de referências empíricas: É última etapa da análise de conceito. As referências empíricas são classes ou categorias do fenômeno atual que, pela sua existência ou presença, demonstram a ocorrência do conceito em si. São importantes porque contribuem para elaboração de instrumentos acurados que permitem a validação de conteúdo e de constructo, permitindo a observação do fenômeno na prática assistencial.

#### **1.4 Revisão da Literatura**

Para a etapa de análise de conceito no processo de validação de diagnóstico, a literatura apresenta vários métodos de revisão de literatura cuja finalidade é proporcionar caminhos concisos até os resultados oriundos de pesquisas (FEHRING, 1987; HOSKINS, 1989; POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). A utilização de métodos de revisão da literatura tem como finalidade a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis sobre o tema investigado (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Dentre esses, destacam-se a revisão narrativa, a qual possibilita ampla apresentação e discussão do tema investigado, permitindo ao pesquisador fundamentação para a pesquisa (BEYEA; NICOLL, 1998), um método que traz como fragilidade o fato de a busca e seleção das bases serem feitas de forma aleatória; revisão sistemática, que segue um método rigoroso de seleção e avaliação exaustiva de pesquisas, no qual se recomenda a inclusão de estudos oriundos de delineamento experimental; a meta-análise, que é um método estatístico, utilizado para integrar resultados de estudos incluídos e fortalecer o poder estatístico de pesquisas primárias (SOUSA; RIBEIRO, 2009); e a revisão integrativa, método utilizado para identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto (SOUZA; SILVA;

CARVALHO, 2010). É um método que permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Como enfatiza Whitemore e Knafl (2005), esse método tem como propósito reunir e sintetizar estudos realizados sobre determinado assunto a partir das evidências de estudos similares para que se possa definir se o conhecimento é válido para ser utilizado na prática.

As fases percorridas na elaboração da revisão integrativa, com base no proposto por Whitemore e Knafl, (2005), são as que se seguem:

1ª Fase: Identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa:

Consiste na elaboração da questão de pesquisa do tema delimitado para a construção da revisão integrativa e, posteriormente, a definição das palavras-chave para a estratégia de busca dos estudos. Esta fase é considerada por muitos autores como norteadora para conduzir uma revisão integrativa.

As perguntas norteadoras devem ser explícitas e claras para auxiliar na identificação das palavras-chave, na delimitação da busca das informações e na escolha dos estudos e das informações a serem extraídas (BROOME, 2000).

2ª Fase: Busca na literatura

Após a definição do tema ou do problema de pesquisa, a fase seguinte é a busca na literatura. Uma boa revisão integrativa deve ser realizada em referências relacionadas à área do estudo de forma correta, ou seja, o pesquisador deve saber utilizar as estratégias de busca, para obter acesso, em diferentes bases eletrônicas de dados, a artigos publicados em periódicos, bases de dados, lista de referências bibliográficas, teses, dissertações e livros-texto. Nesta fase da revisão integrativa devem-se definir as palavras-chave utilizadas, delimitar as bases de dados consultadas, as estratégias de busca e os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). De posse dos estudos, a próxima etapa é realizar leitura dos títulos e resumos para selecionar e analisar na íntegra aqueles que retratem as evidências relacionadas ao objeto de pesquisa.

3ª fase: Categorização dos estudos

Esta fase corresponde à coleta de dados a partir da elaboração ou a utilização de instrumento já validado, com o propósito de extrair dados relevantes de cada artigo selecionado na etapa anterior (WHITEMORE; KNAFL, 2005).

O instrumento deve conter itens para identificação do estudo, tais como introdução, objetivos, delineamento do estudo, amostra, técnica para coleta de dados,

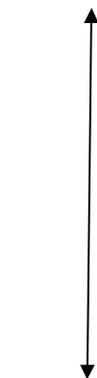
resultados e conclusões. Os dados podem ser organizados em fichários ou *softwares* bibliográficos.

#### 4ª fase: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Nesta fase é feita avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, utilizando-se as ferramentas apropriadas para análise dos dados coletados dos estudos selecionados para a revisão integrativa. A partir de então, é importante construir quadros com a distribuição das informações coletadas para permitir melhor análise e discussão das evidências encontradas em cada estudo selecionado para a pesquisa (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

A literatura recomenda que seja feita análise criteriosa dos estudos selecionados para a avaliação da qualidade metodológica. Assim, de acordo com Polit, Beck e Hungler (2011), para fortalecer os resultados e aumentar o nível de confiabilidade dos estudos, deve-se avaliar o nível de evidência dos mesmos. Esta etapa de estudo foi realizada conforme a classificação das forças de evidência para avaliação de pesquisas de acordo com Melnyk e Fineuot-Overholt (2005).

Quadro 1- Classificação dos níveis de evidência para avaliação dos estudos conforme Melnyk e Fineuot-Overholt (2005).

Nível de evidência	Força de evidência
Nível 1: as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados	
Nível 2: evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado	
Nível 3: evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização	
Nível 4: evidências provenientes de estudos de coorte e de casos-controle bem delineados	
Nível 5: evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos	
Nível 6: evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo	
Nível 7: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas	
	Menos forte

#### 5ª fase: Interpretação dos resultados

Nesta fase são comparadas as evidências selecionadas para a amostra da revisão integrativa com o conhecimento teórico (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

6ª fase: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento evidenciado nos estudos analisados

Esta etapa consiste na descrição das etapas percorridas na revisão, trazendo os principais resultados evidenciados na análise dos artigos incluídos. É uma fase importante porque apresenta a síntese do conhecimento evidenciado nos estudos, os quais proporcionam ao pesquisador aprofundamento do tema estudado e do conhecimento científico no processo de validação de diagnóstico de enfermagem (MENDES; SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

5ª fase: Interpretação dos resultados

Nesta fase são comparadas as evidências selecionadas para a amostra da revisão integrativa com o conhecimento teórico (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

6ª fase: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento evidenciado nos estudos analisados

Esta etapa consiste na descrição das etapas percorridas na revisão, trazendo os principais resultados evidenciados na análise dos artigos incluídos. É uma fase importante porque apresenta a síntese do conhecimento evidenciado nos estudos. Esses conhecimentos proporcionam ao pesquisador aprofundamento do tema estudado e do conhecimento científico no processo de validação de diagnóstico de enfermagem (MENDES; SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

## **2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA ANÁLISE DE CONCEITO**

- Revisar os componentes do diagnóstico de enfermagem Dor aguda proposto pela NANDA-I (definição e características definidoras), a partir das evidências da literatura para pacientes com infarto agudo do miocárdio.
- Construir as definições conceituais e referências empíricas das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor aguda para pacientes com infarto agudo do miocárdio.

### **3 - MATERIAIS E MÉTODOS DA ANÁLISE DO CONCEITO**

Neste estudo foi utilizado o modelo de análise de conceito proposto por Walter e Avant (2005) e, para auxiliar nesse processo, foi realizada a Revisão Integrativa da Literatura conforme o modelo de Whitemore e Knafl (2005). Tais modelos possibilitaram a estruturação teórica e a construção do conhecimento e das evidências do diagnóstico de enfermagem Dor aguda, das suas características definidoras (atuais e novas), a partir das definições conceituais e empíricas, as quais poderão ser acrescentadas à Taxonomia da NANDA-I. Para a realização dessas etapas foi utilizado o instrumento adaptado de Chaves (2008). (APÊNDICE C).

#### **3.1 Análise do conceito Dor aguda no infarto agudo do miocárdio**

##### ***3.1.1 Seleção do conceito e Determinação dos propósitos da análise e usos do conceito***

Essas etapas são interativas e foram realizadas concomitantemente à revisão integrativa, mesmo sendo apresentadas de forma consecutiva. Fundamentada nas informações colhidas na revisão integrativa, foi realizada a análise do conceito “Dor aguda” no contexto de pacientes com infarto agudo do miocárdio.

##### ***3.1.2 Determinação dos atributos e identificação dos antecedentes e consequentes***

Foram utilizadas as seguintes questões para a identificação dos atributos críticos do conceito Dor aguda em indivíduos que sofreram infarto agudo do miocárdio: Como os autores definem o conceito Dor aguda no contexto de um infarto agudo do miocárdio? Quais são os antecedentes e consequentes da Dor aguda no infarto agudo do miocárdio? Quais os atributos críticos apresentados para Dor aguda no contexto do infarto agudo do miocárdio? E como eles são definidos e mensurados?

Para identificar as respostas sobre os eventos antecedentes do conceito Dor aguda em indivíduos com infarto agudo do miocárdio, foi utilizado o seguinte questionamento: Que eventos, fatores ou fenômenos contribuem para evidenciar o conceito Dor aguda no indivíduo com infarto agudo do miocárdio? A identificação dos consequentes para o conceito Dor aguda foi feita a partir das respostas à questão: Quais são os eventos, fatores ou fenômenos resultantes da Dor aguda em indivíduos com infarto agudo do miocárdio? Para identificar os fatores de alívio da Dor aguda em indivíduos com infarto agudo do miocárdio, foi feita a

seguinte questão: Quais fatores contribuem para aliviar a Dor aguda em indivíduos com infarto agudo do miocárdio?

### ***3.1.3 Identificação dos casos modelo e contrário***

No presente estudo foram construídos um caso modelo e um caso contrário, a partir dos quais foi construída uma única definição contendo os resultados da análise conceitual, clarificando, desse modo, o conceito Dor aguda no Infarto do miocárdio.

### ***3.1.4 Definições conceituais e referências empíricas***

As definições conceituais e referências empíricas serviram para construir um instrumento com base na definição, nas características definidoras do diagnóstico Dor aguda utilizado na etapa de Validação por especialistas (APÊNDICE E).

A busca na literatura, conforme os critérios de inclusão e exclusão de estudos publicados no período compreendido entre 2006 a 2012 em periódicos indexados, foi feita por meio do acesso *on-line* as bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINHAL), Scopus, *Public/Publish Medline* (PubMed). Para a busca nas bases de dados Pubmed e Cinahl foi utilizada a terminologia preconizada, o vocabulário MeSH – Medical Subject Headings of U.S National Library of Medicine, em língua inglesa. Para a base de dados Scopus foi adotado o vocabulário estruturado DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. O DeCS é um vocabulário controlado da área de saúde utilizado para representar os assuntos dos documentos e para recuperar os mesmos. O DeCS é uma adaptação do MeSH, está disponível em três idiomas, português, espanhol e inglês, e contém descritores distribuídos e organizados em categorias.

Realizou-se o levantamento dos estudos utilizando os descritores controlados Dor Aguda e Infarto do Miocárdio na língua inglesa (*acute pain; myocardial infarction*) e espanhola (*dolor agudo, el infarto miocardio*). Para a busca nas três bases de dados e cruzamento dos descritores empregou-se o operador booleano “AND”. Para ampliar a busca foi utilizado o cruzamento: “acute pain” and “myocardial infarction”. Os critérios de inclusão dos estudos foram: ser completo; estar publicado nos idiomas português, inglês ou espanhol; abordar a Dor aguda ou as características da Dor aguda em pacientes com infarto agudo do miocárdio; e estar disponível eletronicamente. Foram excluídos editoriais e cartas ao editor. As bases de dados foram acessadas em um único dia, entre os meses de novembro e dezembro de 2012.

Ressalta-se que após a análise do conceito, determinação dos atributos, consequentes e antecedentes, foi necessário recorrer a outras literaturas (livros-texto da área de saúde), para auxiliar no processo de construção das referências empíricas, já que nem todos os estudos selecionados para a amostra evidenciaram as referências empíricas para as CDs e no processo de validação, torna-se necessário levantar diferentes fontes, inclusive livros textos. Ressalta-se que recorreu-se a especialistas da área de cardiologia para indicação dos livros-textos utilizados.

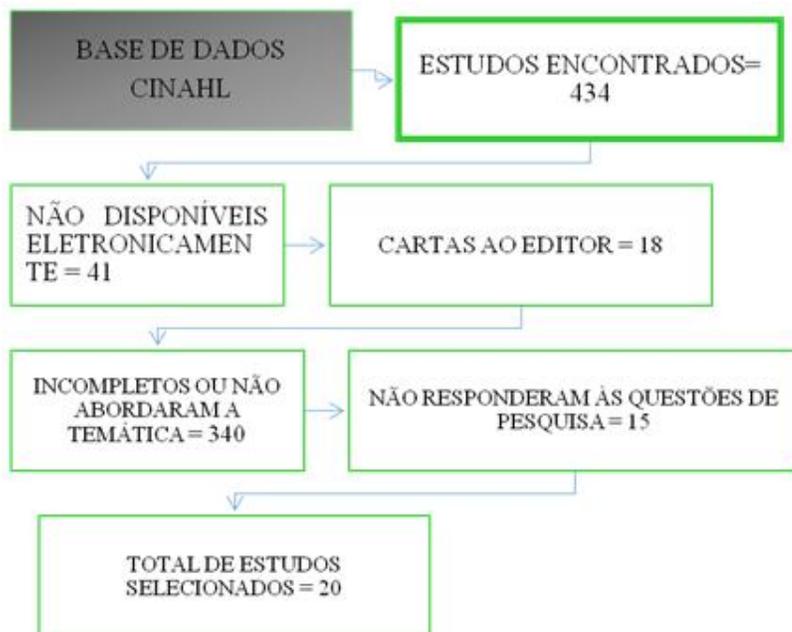
Para o atendimento dos critérios de inclusão e exclusão, foram lidos o título e o resumo de cada estudo e selecionados aqueles que atendiam os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. A busca em cada uma das bases de dados foi feita simultaneamente mas de forma individual, pela pesquisadora e por um bolsista de apoio técnico. Para isso, destaca-se que houve treinamento do bolsista de apoio técnico, realizado pela pesquisadora do trabalho, no tocante ao acesso às bases de dados e à utilização dos descritores adotados, com vistas a garantir que os estudos selecionados atendessem aos critérios de inclusão e fornecessem elementos básicos para a análise conceitual. É importante ressaltar que não houve divergência entre a pesquisadora e o bolsista no tocante à inclusão dos estudos.

A partir daí, foi feita a leitura exhaustiva dos estudos a fim de obedecer aos critérios de inclusão estabelecidos previamente. Essas etapas foram realizadas no período de janeiro a abril de 2013. Aqueles estudos que no início da busca não estavam disponíveis nas bases de dados foram acessados através do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Nessa fase ocorreram a identificação, extração e documentação do nível de evidência dos estudos, os objetivos, a metodologia empregada, os resultados e as principais conclusões de cada estudo selecionado. Durante a leitura foi possível extrair trechos que caracterizavam as definições conceituais e referências empíricas para caracterizar os atributos críticos, antecedentes e consequentes da Dor aguda no infarto agudo do miocárdio. Para a transcrição dos dados de identificação dos estudos, das características metodológicas e dos resultados encontrados, utilizou-se o instrumento adaptado do estudo de Chaves (2008). (ANEXO C).

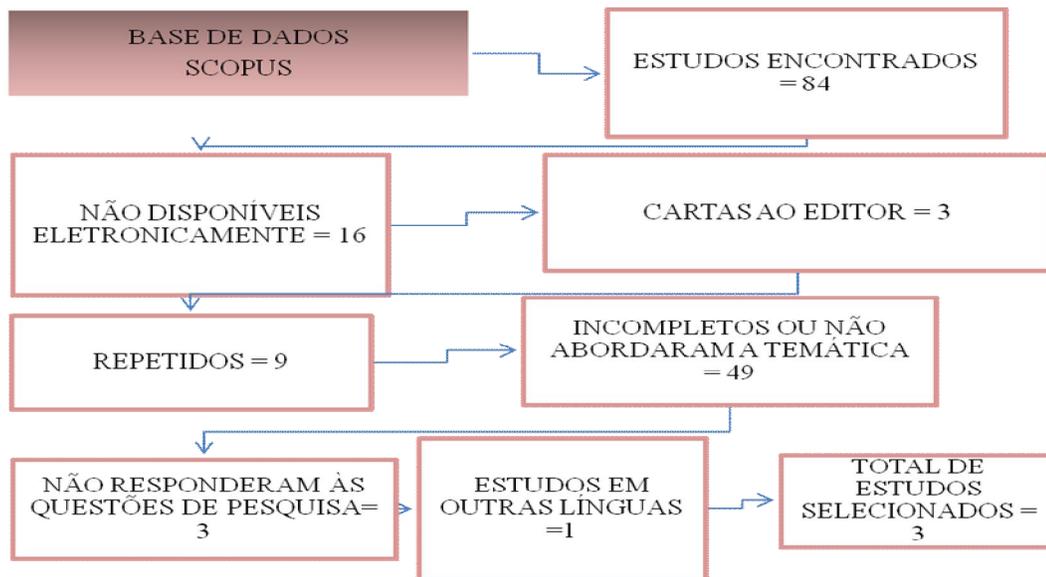
A seguir apresentam-se os diagramas com a representação gráfica do processo de busca bibliográfica realizada neste estudo.

Diagrama 1 - Processo de seleção na base de dados CINAHL



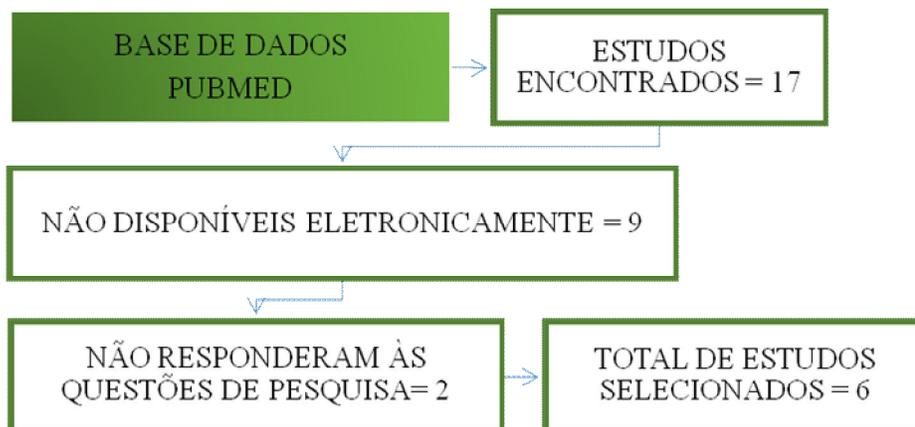
Fonte: Elaboração própria, 2014.

Diagrama 2 - Processo de seleção na base de dados SCOPUS



Fonte: Elaboração própria, 2014.

Diagrama 3 - Processo de seleção na base de dados PUBMED



Fonte: Elaboração própria, 2014.

#### 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ANÁLISE DE CONCEITO

O processo de busca bibliográfica nas bases de dados permitiu, após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão, de um total de 535, selecionar 29 estudos publicados no período compreendido entre 2006 e 2012 em periódicos indexados, os quais serviram para fundamentar a análise do conceito dor aguda em indivíduos com infarto agudo do miocárdio.

##### 4.1 Caracterização dos estudos e avaliação da qualidade metodológica

Os estudos forneceram subsídios para análise do conceito dor aguda em pacientes com infarto agudo do miocárdio. Nas tabelas a seguir, são apresentadas a caracterização e a qualidade metodológica dos estudos selecionados.

**Tabela 1 - Distribuição dos artigos segundo o delineamento e força de evidência, conforme Melnyk, Fineout-Overholt (2005). Fortaleza/CE, Brasil, 2014**

<b>Tipo de estudo</b>	<b>Nível de Evidência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Revisão sistemática/Metanálise</b>	I	04	13,8
<b>Estudo clínico randomizado bem delineado</b>	II	04	13,8
<b>Ensaio clínico bem delineado sem randomização</b>	III	06	20,7
<b>Estudo de coorte ou caso-controle bem delineados</b>	IV	06	20,7
<b>Revisão de estudos descritivos ou qualitativos</b>	V	02	6,9
<b>Estudo descritivo ou qualitativo</b>	VI	07	24,1
<b>Evidências oriundas de Opinião de autoridades e/ou Relatório de Comitês de Especialistas</b>	VII	-	-
<b>Total</b>		29	100

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Quanto ao delineamento dos estudos, sobressaíram-se os de natureza descritiva ou qualitativa (24,1%), seguidos dos ensaios clínicos bem delineados sem randomização e estudos de coorte ou caso-controle bem delineados, com 20,7% cada. Evidências oriundas dos estudos de revisão sistemática/metanálise e ensaio clínico randomizado bem delineado perfizeram, respectivamente, 13,8% cada. Observa-se que, no tocante aos níveis de evidência das publicações analisadas, houve predomínio de estudos com delineamentos nos níveis de evidência III e IV, seguidos de estudos de evidência I e II.

O nível de evidência dos estudos avaliados reflete o estado do conhecimento atual sobre o tema investigado e aponta lacuna no que diz respeito às pesquisas com níveis de evidência clínica mais fortes, que possam incorporar resultados à prática. Portanto, faz-se importante o desenvolvimento de estudos que gerem melhores evidências clínicas a fim de subsidiar os cuidados de enfermagem ao paciente com dor aguda no infarto do miocárdio. Nesse contexto, as revisões sistemáticas quantitativas (meta-análise) são o melhor nível de evidência disponível (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

É importante enfatizar que as publicações com níveis de evidência mais baixos foram adotadas, uma vez que auxiliaram fornecendo elementos conceituais relevantes para análise do conceito dor aguda e de suas características definidoras no paciente com infarto agudo do miocárdio.

**Tabela 2 - Distribuição dos estudos de acordo com o continente, ano de publicação, área, sujeitos, cenários e temática. Fortaleza/CE, Brasil, 2014**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Continente</b>		
<b>América do Norte</b>	13	44,8
<b>Europa</b>	10	34,5
<b>Ásia</b>	06	20,7
<b>Total</b>	29	100
<b>Ano de publicação</b>		
<b>2006 – 2008</b>	10	34,5
<b>2009 – 2012</b>	19	65,5
<b>Total</b>	29	100
<b>Área</b>		
<b>Medicina</b>	17	58,6
<b>Enfermagem</b>	10	34,5
<b>Multiprofissional</b>	01	3,4
<b>Farmácia</b>	01	3,4
<b>Total</b>	29	100
<b>Sujeitos</b>		
<b>Adultos</b>	25	86,2
<b>Idosos</b>	02	6,9
<b>Adultos e idosos</b>	01	3,4
<b>Adolescente</b>	01	3,4
<b>Total</b>	29	100
<b>Cenário</b>		
<b>Hospital</b>	25	86,2

<b>Domicílio</b>	01	3,4
<b>Atenção pré-hospitalar</b>	01	3,4
<b>Não mencionado</b>	02	6,9
<b>Total</b>	29	100
<b>Temática do estudo</b>		
<b>Infarto agudo miocárdio</b>	27	93,1
<b>Doença coronariana aguda</b>	01	3,4
<b>Síndrome coronariana</b>	01	3,4
<b>Total</b>	29	100

---

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Os estudos originaram-se, principalmente, da América do Norte (44,8%) e na Europa (34,5%). A maioria foi realizada por médicos (58,6%) e enfermeiros (34,5%). Quanto ao ano de publicação, 65,5% foram desenvolvidos nos anos de 2009 a 2012, seguidos dos anos de 2006 a 2008 (34,5%).

A maioria dos estudos foi publicada entre os anos 2008 e 2012. Notadamente, no período de 2009 a 2012 houve acréscimo de publicações relacionadas à temática. Por outro lado, observa a ausência de estudos sobre a dor aguda em pacientes com infarto do miocárdio na América do Sul, o que é preocupante, uma vez que há uma alta incidência e prevalência de casos da doença especificamente no Brasil.

A maioria dos estudos envolveu população adulta (86,2%) e teve o hospital como principal cenário de pesquisa (86,2%). Dos estudos, 93,1% abordaram o infarto agudo do miocárdio. Ressalta-se que foram incluídos dois estudos cuja temática envolvia a doença coronariana aguda e síndrome coronariana, pelo fato de os mesmos apresentarem evidências relacionadas à dor aguda no infarto agudo do miocárdio.

Concernente à predominância de estudos com adultos, esse resultado é corroborado por outros estudos que revelam que o infarto agudo do miocárdio acomete pessoas com média de idade entre 30 e 50 anos (ALMAS *et al.*, 2010; FREITAS *et al.*, 2010; LEMOS *et al.*, 2012; MUSSI; FERREIRA; MENEZES, 2006).

Em relação ao alto número de estudos sobre dor aguda no infarto do miocárdio realizados no cenário hospitalar, resultado semelhante é evidenciado por outros estudos (PUCCINI; CORNETTA; 2008; SANCHEZ; PIERIN, 2004), os quais relacionam a predominância de estudos nesse cenário à gravidade e à emergência dos problemas cardiovasculares agudos e ainda às falhas da atenção básica no controle dos fatores de risco.

Quadro 2 - Evidências encontradas na literatura para o conceito dor aguda em pacientes com infarto agudo do miocárdio. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

Definição de Dor aguda no infarto agudo do miocárdio	Referência	Base
Dor torácica retroesternal, prolongada com duração de 15 a 30 minutos, causada pela redução da perfusão coronariana, persistente e prolongada que não poderia ser aliviada pela administração de nitroglicerina sublingual, associada à náusea, ansiedade e medo.	HWANG, S. Y. <i>et al.</i> Atypical Symptom Cluster Predicts a Higher Mortality in Patients With First-Time Acute Myocardial Infarction. <b>Korean Circ. J.</b> , v. 42, p. 16-22, 2012.	PUBMED
	ALOMRAN, H.; ALGHAMDI, F.; ALKHATTABI, F. B. Chest pain in a 12-year-old boy: when is it a harbinger of poor outcome? <b>Int. J. Emerg. Med.</b> , v. 2, p. 179-185, 2009.	PUBMED
Dor torácica retroesternal tipicamente prolongada (mais de 20 minutos) e não aliviada com repouso ou nitrato sublingual, associada à fraqueza, náusea e ansiedade.	MATURA, L. A. In-hospital Mortality Characteristics of Women With Acute Myocardial Infarction. <b>J. Clin. Med. Res.</b> v. 1, n. 5, p. 262-266, 2009.	PUBMED
	BERGMAN, E., <i>et al.</i> Does one's sense of coherence change after an acute myocardial infarction?: A two-year longitudinal study in Swedennhs. <b>Nursing and Health Sciences</b> , v. 13, p. 156-163, 2011.	CINAHL
Dor torácica retroesternal opressiva com frequência mais prolongada que dura 30 minutos e não aliviada pelo repouso ou pela nitroglicerina sublingual.	CANTO, J. A. <i>et al.</i> Differences in symptom presentation and hospital mortality according to type of acute myocardial infarction. <b>Am. Heart. J.</b> , v. 163, n. 4, p. 572-579, 2012.	SCOPUS
	COYLE, M. K. Depressive Symptoms After a Myocardial Infarction and Self-care. <b>Archives of Psychiatric Nursing</b> , v. 26, n. 2, p. 127-134, apr., 2012.	CINAHL
	LØVLIEN, M.; SCHEI, B.; GJENGEDAL, E. Are There Gender Differences Related to Symptoms of Acute Myocardial Infarction? A Norwegian Perspective. <b>Prog. Cardiovasc. Nurs.</b> , v. 21, n. 1, p. 14-19, 2006.	CINAHL
Dor de início súbito, prolongada, com duração de 30 minutos, que irradia para o braço esquerdo, com ou sem supradesnivelamento.	COLLIN, M. J. <i>et al.</i> Young patients with chest pain: 1-year outcomes. <b>American Journal of Emergency Medicine</b> , v. 29, p. 265-270, 2011.	CINAHL
Dor torácica retroesternal persistente subesternal com duração de 20 minutos ou mais irradiada para o pescoço, braço esquerdo, costas, mandíbula e estômago.	ALBARRAN, J. W.; CLARKE, B. A.; CRAWFORD, J. 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. <b>Journal of Clinical Nursing</b> , v.16, p. 1292-1301, 2007.	CINAHL
	DIMITRIOS, C. H. <i>et al.</i> Association between subjective descriptions of coronary pain and disease characteristics: A pilot study in a Hellenic rural population. <b>Intensive and Critical Care Nursing</b> , v. 23, p. 342-354, 2007.	CINAHL

<p>Dor torácica subesternal dilacerante, de início súbito com uma duração de 15 minutos ou mais, não aliviada pelo repouso e uso de nitratos, associada à diaforese, fraqueza, fadiga e náusea.</p>	<p>DANG, N. D <i>et al.</i> Characteristics of and outcome for patients with chest pain relation to transport by the emergency medical services in a 20-year perspective. <b>American Journal of Emergency Medicine</b>, 2012.</p> <p>GELLERSTEDT, M. <i>et al.</i> Does sex influence the allocation of life support level by dispatchers in acute chest pain? <b>American Journal of Emergency Medicine</b>, v. 28, p. 922-927, 2010.</p> <p>NATHAN, S. Case report: A 55-year-old woman with chest pain upon arrival to the emergency department. <b>Am. J. Health-Syst Pharm.</b>, v. 67, supp.7, 2010.</p>	<p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p> <p>CINAHL</p>
<p>Dor típica isquêmica com duração de 15 minutos, localizada no meio do peito e irradiada para o pescoço e epigastro associada à náusea, vômito, diaforese e taquipneia.</p>	<p>DALZELL, J. R <i>et al.</i> Acute myocardial infarction due to coronary vasospasm in a heart transplant recipient. <b>American Journal of Emergency Medicine</b>, v. 28, n. 4, mai., 2010.</p>	<p>CINAHL</p>
<p>Dor torácica retroesternal com duração de 30 minutos, em peso, intermitente no peito direito que irradia para o braço direito e ombro esquerdo.</p>	<p>COVENTRY, L. L., FINN, J.; BREMNER, A. P. Sex differences in symptom presentation in acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. <b>Heart &amp; Lung</b>, St. Louis, v. 40, n. 6, p. 477-491, nov./dec., 2011.</p> <p>GOEL, P. K. <i>et al.</i> A study of clinical presentation and delays in management of acute myocardial infarction in community. <b>Indian Heart Journal</b>, v. 64, n. 3, p. 295-301, mai./jun., 2012.</p>	<p>CINAHL</p> <p>SCOPUS</p>
<p>Dor torácica retroesternal em pressão e peso no peito, prolongada com duração de 15 a30 minutos, associada com taquipneia, fraqueza e não aliviada pelo repouso ou pela nitroglicerina sublingual.</p>	<p>MCCORD, J. <i>et al.</i> Management of Cocaine-Associated Chest Pain and Myocardial Infarction. <b>Circulation</b>, v. 117, p. 1897-1907, 2008.</p> <p>FANG, B. R. Acute Myocardial Infarction Presenting with Sudden Death Owing to Cardiac Rupture. <b>Journal of Medical Ultrasound</b>, v. 20, p. 236-239, 2012.</p> <p>KAUR, R.; LOPEZ, V.; THOMPSON, D. R. Factors Influencing Hong Kong Chinese Patients' Decision-Making in Seeking Early Treatment for Acute Myocardial Infarction. <b>Research in Nursing &amp; Health</b>, v. 29, n. 6, p. 636-646, dec., 2006.</p>	<p>SCOPUS</p> <p>CINAHL</p> <p>SCOPUS</p> <p>CINAHL</p>
<p>Dor torácica subesternal, prolongada de 15 a20 minutos, desencadeada por perfusão miocárdica diminuída, com ardência no lado esquerdo do peito, típica isquêmica, dilacerante e triturrante com irradiação para o pescoço e epigastro associada com a presença de fadiga, náusea e insônia.</p>	<p>HAASENRITTER, J. <i>et al.</i> Does the patient with chest pain have a coronary heart disease? Does the patient with chest pain have a coronary heart disease? Diagnostic value of single symptoms and signs – a meta-analysis. <b>Croat Med. J.</b>, v. 53, p. 432-441, 2012.</p>	<p>PUBED</p>

Dor subesternal em repouso de início súbito, desencadeada pela diminuição da perfusão coronariana, com duração de 15 a 30 minutos, intermitente, em aperto, constrictiva e opressiva, com irradiação para o pescoço, ombro, mandíbula e região interescapular e para a parte ulnar esquerda, associada à presença de hipertensão e taquicardia.	FUKUOKA, Y. <i>et al.</i> Is Severity of Chest Pain a Cue for Women and Men to Recognize Acute Myocardial Infarction Symptoms as Cardiac in Origin? <b>Progress in Cardiovascular Nursing</b> , v. 22, p. 132–13, 2007.	CINAHL
	HOUCK, P. D. <i>et al.</i> Should We Establish a New Protocol for the Treatment of Peripartum Myocardial Infarction? <b>Tex. Heart Inst. J.</b> , v. 39, n. 2, p. 244-248, 2012.	PUBMED
	XANTHOS, T. <i>et al.</i> Factors influencing arrival of patients with acute myocardial infarction at emergency departments: implications for community nursing interventions. <b>Journal of Advanced Nursing</b> , v. 66, n. 7, p. 1469–1477, 2010.	CINAHL
Dor torácica retroesternal no peito com duração de 15 a 30 minutos, desencadeada pelo estresse emocional, de início súbito em compressão e sensação de esmagamento no centro do esterno com a pessoa em colapso, com medo, diaforese, náusea e vômito.	HOWARD, P. K., SHAPIRO, S. E. Does Gender and Ethnicity Impact Initial Assessment and Management of Chest Pain? <b>Advanced Emergency Nursing Journal</b> , v. 33, n. 1, p. 4-7, jan./mar., 2011.	CINAHL
	MOURAD, G. <i>et al.</i> Depressive symptoms and healthcare utilization in patients with noncardiac chest pain compared to patients with ischemic heart disease. <b>Heart &amp; Lung</b> , v. 41, n. 5, p. 446-455, 2012.	CINAHL
	WIEDEMAR, L. <i>et al.</i> Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder in patients with acute myocardial infarction. <b>Heart &amp; Lung</b> , v. 37, p. 113–121, 2008.	CINAHL
Dor torácica retroesternal com duração de mais de 20 minutos, desencadeada por trombose de artéria coronária, em constrição e queimação no peito que irradia para o braço direito e esquerdo, parte posterior do pescoço e região abdominal associada com dispneia; taquipneia e ansiedade.	KHAN, J.B <i>et al.</i> Associated with acute myocardial infarction in Chinese patients: a questionnaire survey. <b>Journal of Clinical Nursing</b> , 19, 2720–2729.2010.	CINAHL
	MCSWEENEY, J. C. <i>et al.</i> Racial Differences in Women's Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms. <b>Am. J. Crit. Care</b> . v. 19, n. 1, p. 63-73, jan., 2010.	PUBMED
	KUNIYOSHI, F. H. <i>et al.</i> Day–Night Variation of Acute Myocardial Infarction in Obstructive Sleep Apnea. <b>J. Am. Coll. Cardiol.</b> v. 52, p. 343-346, 2008.	CINAHL

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Das publicações analisadas, 23 (79,3%) referenciam a dor aguda no infarto agudo do miocárdio com os seguintes atributos críticos: qualidade, localização, tempo e duração, fatores desencadeantes, irradiação e sintomas associados.

Em sua maioria (44,8%) os estudos referem que a dor aguda no infarto do miocárdio tem duração de 15 a 30 minutos, seguidos pelos que a apresentam com duração de até 20 minutos (41,3%); de 15 a 20 minutos (31%), recorrente (27%), e intermitente com 24,1%. Em relação ao tempo, os estudos apresentam seu início como súbito.

Em relação à duração e irradiação para membros superiores e pescoço, geralmente acompanhada por outros sintomas associados (dispneia, náusea, vômitos), os resultados trazem semelhança com os obtidos em outro estudo (SANTORO BATISTA; PIMENTA, 2008).

Concernente à qualidade da dor, 41,3% dos estudos analisados a descrevem como constrictiva, opressiva; aperto e peso (27,6%); como uma sensação de esmagamento (24,1%); típica isquêmica (17, 2%); dilacerante e triturante (10,3%).

Na maior parte dos artigos (44,8%) a dor aguda no infarto do miocárdio é localizada na região retroesternal. Mas outras regiões são também citadas: subesternal (34, 5%), torácica (37,9%), do lado esquerdo do peito (31%), no centro do esterno em meio do peito (24,1%), no peito, no peito direito, com 17,2% citações.

Alguns atributos críticos da dor aguda no infarto do miocárdio, evidenciados no presente estudo são semelhantes aos encontrados do estudo de Lopes *et al.*, (2011), no qual a maioria dos pacientes com dor aguda nas síndromes coronarianas apresentou dor retroesternal, do tipo compressiva, súbita, com irradiação para o pescoço, braço esquerdo, costas, região epigástrica e abdome e com duração entre 15 e 30 minutos.

Observa-se que os estudos em sua totalidade se referem à inexistência de fatores de alívio para a dor aguda no infarto do miocárdio. O não alívio da dor torácica com repouso ou com nitratos sugere causa de dor e real possibilidade de infarto do miocárdio iminente (CASAGRANDE, 2002).

Após a análise do conceito Dor aguda no infarto agudo do miocárdio, identificaram-se os atributos críticos, os antecedentes e consequentes, apresentados a seguir no Quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição dos atributos, antecedentes e consequentes evidenciados na literatura para a Dor aguda no infarto agudo do miocárdio. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

<b>DOR AGUDA NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b>	<b>ATRIBUTOS</b>	<p><b>Qualidade:</b> constrictiva, opressiva; pressão; aperto e peso; sensação de esmagamento; típica isquêmica; dilacerante e triturante.</p> <p><b>Localização:</b> região retroesternal; subesternal; torácica; do lado esquerdo do peito; centro do esterno em meio do peito; peito direito.</p> <p><b>Tempo e duração:</b> início súbito; prolongada com duração de 15 a 30 minutos; recorrente e intermitente.</p> <p><b>Irradiação:</b> pescoço; ombro esquerdo; mandíbula; região interescapular; braço direito e esquerdo; costas; estômago; abdome; epigastro.</p>
	<b>ANTECEDENTES</b>	<p>Oclusão de <i>stent</i>; obstrução do fluxo sanguíneo para o miocárdio; trombose de artéria coronária; redução da perfusão coronariana; estresse emocional; perfusão miocárdica diminuída; isquemia miocárdica prolongada; morte do tecido miocárdico.</p>

<b>CONSEQUENTES</b>	Relato de dor; dispneia; frequência respiratória elevada; náusea; vômito; pressão sanguínea elevada; frequência cardíaca elevada; distúrbio do sono; diaforese; palidez; fadiga; fraqueza; ansiedade; medo.
---------------------	---

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A partir das definições evidenciadas na literatura para o conceito Dor aguda no infarto agudo do miocárdio, observa-se a presença dos atributos críticos essenciais: **Qualidade:** constrictiva, opressiva, aperto e peso, sensação de esmagamento, dilacerante e triturante, típica isquêmica; **Localização:** região retroesternal, subesternal, torácica, do lado esquerdo do peito, centro do esterno, meio do peito, peito direito; **Tempo e duração:** início súbito, prolongada com duração de 15 a 30 minutos, recorrente e intermitente; **Irradiação:** pescoço, ombro esquerdo, mandíbula, região interescapular, braço direito e esquerdo, costas, estômago, abdome, epigastro, pulso braquial e radial esquerdo; **Sintomas associados:** dispneia, frequência cardíaca elevada, frequência respiratória elevada, náusea, vômito, pressão sanguínea elevada, distúrbio do sono, diaforese, palidez, fadiga, fraqueza, ansiedade, medo.

Após as considerações apresentadas e com o objetivo de clarificar o conceito Dor aguda no IAM, foram construídos um caso modelo e um caso contrário.

### **Caso modelo**

Homem, 43 anos, apresenta dor torácica, típica isquêmica, de início súbito, prolongada, com duração de 15 a 30 minutos. A dor tem irradiação para o pescoço, ombro, mandíbula, região interescapular, ombro esquerdo, braço direito, costas, epigastro, foi desencadeada por estresse emocional e está associada à dispneia, náusea, vômito, hipertensão, diaforese, palidez, fadiga, ansiedade e medo. Relata ainda que a dor não foi aliviada com o repouso ou com a nitroglicerina sublingual.

### **Caso contrário**

Mulher de 45 anos vem apresentando, há 15 dias, dor em pressão na cabeça, como se tivesse um capacete. Os sintomas iniciaram após um quadro gripal. Refere que a dor fica forte por

alguns minutos e depois vai melhorando com aspirina. Demora aproximadamente 1 hora para ficar sem dor.

A partir dos casos modelo e contrário, foi construída uma definição contendo os resultados da análise conceitual, clarificando, desse modo, o conceito Dor aguda no Infarto do miocárdio, e apresentada a seguir:

“Dor torácica retroesternal do lado esquerdo; constrictiva, opressiva, esmagante, típica isquêmica, de início súbito, intermitente, que irradia para o pescoço, ombro esquerdo, mandíbula, região interescapular, braço esquerdo, costas, epigastro. É desencadeada por redução da perfusão miocárdica; morte do tecido miocárdico. Não tem duração maior que o curso usual de uma doença aguda ou maior do que o tempo requerido para a cura da lesão e pode perdurar de 15 até 30 minutos. Produz respostas neurovegetativas como pressão sanguínea elevada; frequência cardíaca elevada, frequência respiratória elevada, diaforese, dispneia, náusea, vômito, ansiedade, distúrbio do sono, medo, fadiga, palidez e fraqueza.

A seguir, conforme pode ser observado no Quadro 4, são apresentadas 14 características definidoras identificadas na literatura para o DE Dor aguda em pacientes com IAM. Destas, seis não são similares às CDs presentes no DE da NANDA-I.

Quadro 4 – Características definidoras (CDs) provenientes da análise do conceito e do diagnóstico de enfermagem Dor aguda da Taxonomia NANDA-I. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

CD NANDA-I (2012)	CD - análise de conceito
1.Alteração na pressão sanguínea	Pressão sanguínea elevada
2.Comportamento de distração (p. ex.,andar de um lado para o outro, procurar outras pessoas e/ou atividades, atividades repetidas)	Não há correspondente
3.Comportamento de proteção	Não há correspondente
4.Comportamento expressivo (p.ex., agitação, gemido, choro, vigilância, irritabilidade, suspiro)	Ansiedade Medo
5.Diaforese	Diaforese
6.Dilatação pupilar	Não há correspondente
7. Distúrbio no padrão do sono	Distúrbio do sono
8. Evidência observada de dor	Não há correspondente
9. Expressão facial (p.ex., olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta)	Não há correspondente
10. Foco em si próprio	Não há correspondente
11. Foco estreitado (p.ex., percepção do tempo alterada, processos de pensamento prejudicados, interação	Não há correspondente

reduzida com pessoas e o ambiente)	
12. Gestos protetores	Não há correspondente
13. Mudanças na frequência cardíaca	Frequência cardíaca elevada
14. Mudanças na frequência respiratória	Frequência respiratória elevada
15. Mudanças no apetite	Não há correspondente
16. Posição para evitar dor	Não há correspondente
17. Relato codificado (p.ex., uso de escala de dor)	Não há correspondente
18. Relato verbal de dor	Relato de dor aguda
Não há correspondente	Dispneia*
Não há correspondente	Fraqueza*
Não há correspondente	Fadiga *
Não há correspondente	Náusea*
Não há correspondente	Vômito*
Não há correspondente	Palidez*

Fonte: Elaboração própria, 2014. \* CDs novas.

Observa-se, no Quadro 4, que no diagnóstico de enfermagem Dor aguda da Taxonomia II da NANDA-I são apresentadas 18 características definidoras (CDs). Destas, oito foram identificadas no presente estudo, como adequadas para o DE Dor aguda em pacientes com infarto agudo do miocárdio. Além dessas, foram identificadas seis novas CDs (Dispneia, Fraqueza, Fadiga, Náusea, Vômito, Palidez), totalizando 14 CDs. As quais, assim como suas respectivas definições conceituais e referências empíricas, serão apresentadas e discutidas a seguir. Essa construção foi oportunizada pela revisão integrativa da literatura, uma vez que a mesma fornece subsídio teórico para a revisão dos componentes do diagnóstico de enfermagem (MELO, 2004).

Quadro 5 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Relato de dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil – 2014.

<b>RELATO DE DOR AGUDA</b>
<p><b>Definição conceitual:</b> Relato verbal de dor.</p> <p>Referências:</p> <p>CANTO, J. A. <i>et al.</i> Differences in symptom presentation and hospital mortality according to type of acute myocardial infarction. <b>Am. Heart. J.</b>, v. 163, n. 4, p. 572-579, 2012.</p> <p>COVENTRY, L. L., FINN, J.; BREMNER, A. P. Sex differences in symptom presentation in acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. <b>Heart &amp; Lung</b>, St. Louis, v. 40, n. 6, p. 477-491, nov./dec., 2011.</p>

DIMITRIOS, C. H. *et al.* Association between subjective descriptions of coronary pain and disease characteristics: A pilot study in a Hellenic rural population. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 23, p. 342-354, 2007.

SOTO, J. R. Dolor torácico. **Rev. Med. Clin.**, Condes, v. 22, n. 5, p. 655-664, 2011

**Referência empírica:** Relato de sensação dolorosa, de início súbito com duração de 15 a 30 minutos.

Referências:

FERREIRA, A. M.; PREDEBON, C. M.; CRUZ, D. D. E. A.; RABELO, E. R. Clinical validation of nursing diagnoses of acute pain in hospitalized children. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v. 22, n. 4, p. 162-169, oct./dec., 2011.

TEIXEIRA, M. J. **Dor**: manual para o clínico. São Paulo: Atheneu; 2006.

PORTO, C. C. **Vademecum de clínica médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PORTO, C. C. **Exame clínico**: bases para a prática médica. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2004.

MARTINS, H. S. *et al.* **Emergências Clínicas** - Abordagem Prática. 8. ed. São Paulo: Manole, 2013.

SOTO, J. R. Dolor torácico. **Rev. Med. Clin.**, Condes, v. 22, n. 5, p. 655-664, 2011.

DIMITRIOS, C. H. *et al.* Association between subjective descriptions of coronary pain and disease characteristics: A pilot study in a Hellenic rural population. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 23, p. 342-354, 2007.

Fonte: Elaboração própria, 2014.

O Quadro 5 mostra que os estudos apresentam o Relato de dor aguda como um componente para caracterizar a dor aguda (CANTO *et al.*, 2012; COVENTRY; SCHREUDERS *et al.*, 2012; DIMITRIOS *et al.*, 2007; SOTO, 2011). Pacientes com oclusão total de uma artéria coronária apresentam infarto agudo do miocárdio (IAM) resultado da ruptura de uma placa coronariana instável e graus variáveis de obstrução coronária. Esses autores ainda concordam que o IAM pode ser determinado a partir de inúmeras perspectivas diferentes, incluindo as características clínicas, eletrocardiográficas, bioquímicas e patológicas. No entanto enfatizam que a dor aguda retroesternal, mais frequentemente identificada a partir do relato do paciente, é sintoma-chave para caracterizar o Infarto agudo do miocárdio.

A dor, conforme discutido anteriormente, foi definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável, subjetiva, que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões (IASP, 2013). É uma das principais causas de sofrimento humano. Como afirmam Rigotti e Ferreira (2005), a dor representa uma das mais íntimas e exclusivas sensações vivenciadas pelo indivíduo.

As evidências apresentadas nos estudos demonstraram que a dor aguda é aquela que tem início súbito, duração limitada e na sua caracterização estão envolvidos os

componentes sensitivos, emocional e cognitivo e esses componentes são observados por posturas, gestos, expressões faciais e principalmente através do auto-relato.

Quadro 6 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Diaforese. Fortaleza/CE, Brasil – 2014

<p><b>DIAFORESE</b></p> <p><b>Definição conceitual:</b> Transpiração, perspiração, sudorese excessiva e hiperatividade do sistema nervoso simpático. A diaforese pode ser secundária a inúmeras situações fisiológicas, como durante o esforço físico ou a menopausa.</p> <p>Referências:</p> <p>ALBARRAN, J. W.; CLARKE, B. A.; CRAWFORD, J. 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. <b>Journal of Clinical Nursing</b>, v.16, p. 1292-1301, 2007.</p> <p>COVENTRY, L. L., FINN, J.; BREMNER, A. P. Sex differences in symptom presentation in acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. <b>Heart &amp; Lung</b>, St. Louis, v. 40, n. 6, p. 477-491, nov./dec., 2011.</p> <p>GELLERSTEDT, M. <i>et al.</i> Does sex influence the allocation of life support level by dispatchers in acute chest pain? <b>American Journal of Emergency Medicine</b>, v. 28, p. 922-927, 2010.</p> <p>COLLIN, M. J. <i>et al.</i> Young patients with chest pain: 1-year outcomes. <b>American Journal of Emergency Medicine</b>, v. 29, p. 265-270, 2011.</p> <p>KAUR, R.; LOPEZ, V.; THOMPSON, D. R. Factors Influencing Hong Kong Chinese Patients' Decision-Making in Seeking Early Treatment for Acute Myocardial Infarction. <b>Research in Nursing &amp; Health</b>, v. 29, n. 6, p. 636-646, dec., 2006.</p> <p>ALOMRAN, H.; ALGHAMDI, F.; ALKHATTABI, F. B. Chest pain in a 12-year-old boy: when is it a harbinger of poor outcome? <b>Int. J. Emerg. Med.</b>, v. 2, p. 179-185, 2009.</p> <p><b>Referência empírica:</b> Identificação pelo método de inspeção das mãos, pés, axilas, rosto, mamas, região inguinal e couro cabeludo, quanto à presença de diaforese.</p> <p>Referências:</p> <p>PORTO, C. C. <b>Vademecum de clínica médica</b>. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.</p> <p>MORTON, P. G. Infarto agudo do miocárdio. <i>In</i>: MORTON, <i>et al.</i> <b>Cuidados críticos de enfermagem uma abordagem holística</b>. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 429-455.</p> <p>HUDDLESTON, S. S.; FERGUSON, S. G. <b>Emergências clínicas: abordagens, intervenções e auto-avaliação</b>. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.</p> <p>BICKLEY, L. S., SZILAGYI, P. G. <b>Bates Propedêutica Médica</b>. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.</p> <p>VERRI, J. Síndrome Coronariana Aguda com elevação do Segmento ST. <i>In</i>: NASI, A. L. <b>Rotinas em pronto socorro</b>. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 125-129.</p> <p>WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. <b>Enfermagem em cardiologia</b>. 4. ed. São Paulo: Manole, 2005.</p>
--

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Conforme exposto no Quadro 6, os estudos referem que a Diaforese pode estar relacionada a inúmeras condições fisiológicas e que esse sinal frequentemente acompanha a dor aguda no infarto do miocárdio. Ainda ficou evidenciado que a dor aguda desencadeia respostas do sistema nervoso autônomo e, entre estas, é frequente a presença de diaforese. Os achados ainda revelam que muitos pacientes com dor aguda por ocasião do Infarto agudo do miocárdio, em especial aqueles com infarto inferior, apresentam sudorese fria.

Assim, conforme os autores dos estudos selecionados, a diaforese é considerada uma característica definidora para a Dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio (ALBARRAN; CLARKE; CRAWFORD, 2007; ALOMRAN; ALGHAMDI; ALKHATTABI, 2009; COLLIN *et al.*, 2011; COVENTRY; SCHREUDERS *et al.*, 2012; GELLERSTEDT *et al.*, 2010; KAUR; LOPEZ; THOMPSON, 2012).

Desse modo, fica evidente que a diaforese é comum em pacientes com história de precordialgia aguda. Esse achado traz semelhança com o estudo de Esteves *et al.* (2010), o qual revela que pacientes com dor aguda por infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST apresentavam-se com sudorese.

Quadro 7 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Pressão sanguínea elevada. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

<b>PRESSÃO SANGUÍNEA ELEVADA</b>
<p><b>Definição conceitual:</b> Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg.</p> <p>Referências:</p> <p>CANTO, J. A. <i>et al.</i> Differences in symptom presentation and hospital mortality according to type of acute myocardial infarction. <b>Am. Heart. J.</b>, v. 163, n. 4, p. 572-579, 2012.</p> <p>FANG, B. R. Acute Myocardial Infarction Presenting with Sudden Death Owing to Cardiac Rupture. <b>Journal of Medical Ultrasound</b>, v. 20, p. 236-239, 2012.</p> <p>COVENTRY, L. L., FINN, J.; BREMNER, A. P. Sex differences in symptom presentation in acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. <b>Heart &amp; Lung</b>, St. Louis, v. 40, n. 6, p. 477-491, nov./dec., 2011.</p> <p><b>Referência empírica:</b> Medida da pressão arterial</p> <p>Preparo do paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.</li> <li>2. Certificar-se de que o paciente NÃO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• está com a bexiga cheia.</li> <li>• praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos.</li> </ul> </li> </ol>

- ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos.

- fumou nos 30 minutos anteriores.

### 3. Posicionamento do paciente:

Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Para a medida propriamente:

1. Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.

2. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.

3. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.

4. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.

5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.

6. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação.

7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).

8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.

9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).

10. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.

11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.

12. Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida.

13. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente.

14. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida.

15. Se PAS maior ou igual 140mmHg e/ou PAD MAIOR OU IGUAL 90 mmHg considerar a CD presente.

### Referências:

BICKLEY, L. S., SZILAGYI, P. G. **Bates Propedêutica Médica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAB. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 16. Brasília: Editora MS, 2006.

CANTO, J. A. *et al.* Differences in symptom presentation and hospital mortality according to type of acute myocardial infarction. **Am. Heart. J.**, v. 163, n. 4, p. 572-579, 2012.

PORTO, C. C. **Vademecum de clínica médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MORTON, P. G. Infarto agudo do miocárdio. *In*: MORTON, *et al.* **Cuidados críticos de enfermagem uma abordagem holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 429-455.

WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2005.

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Nos estudos analisados, observa-se que a pressão sanguínea elevada (pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg) apresenta-se como um sinal relacionado ao episódio de dor aguda em pessoas com Infarto agudo do miocárdio e normalmente se associa à taquicardia e permanece após a sexta hora (CANTO *et al.*, 2012; FANG, 2012).

Os autores afirmam que a pressão sanguínea elevada é uma característica definidora para a Dor aguda no Infarto do miocárdio (BICKLEY; SZILAGYI, 2005; CANTO *et al.*, 2012; COVENTRY; SCHREUDERS *et al.*, 2012; FANG, 2012; WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005; MORTON, 2007; PORTO, 2011).

Diante do exposto, as ideias de Canto *et al.* (2012) e Fang (2012) contribuíram com a construção da definição conceitual desta característica definidora. Esses autores afirmam que a elevação da pressão sanguínea representa uma emergência cardiovascular e se associa à dor no episódio do Infarto do miocárdio.

Esse resultado é semelhante ao evidenciado em estudo que avaliou o perfil clínico de pacientes com dor aguda que apresentavam o diagnóstico de Infarto agudo do miocárdio, atendidos em hospital terciário universitário, no qual, dentre os preditores de mortalidade em 30 dias, destacou-se a associação da dor com a presença da pressão arterial elevada (BORDON *et al.*, 2004).

Outro estudo com clientes hospitalizados na enfermaria de cardiologia no setor de clínica médica evidenciou que a hipertensão arterial apresentou-se com frequência de 86,7%, como resultado do episódio de dor aguda em pacientes com diagnóstico de Infarto agudo do miocárdio (PEREIRA *et al.*, 2011).

Quadro 8 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Frequência cardíaca elevada. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

<b>FREQUÊNCIA CARDÍACA ELEVADA</b>
<p><b>Definição conceitual:</b> Alterações na frequência cardíaca para acima do valor basal do indivíduo em repouso. O padrão de frequência cardíaca de um adulto em repouso varia entre 60 e 100 batimentos por minuto.</p> <p>Referências:</p> <p>MCCORD, J. <i>et al.</i> Management of Cocaine-Associated Chest Pain and Myocardial Infarction. <b>Circulation</b>, v. 117, p. 1897-1907, 2008.</p> <p>COLLIN, M. J. <i>et al.</i> Young patients with chest pain: 1-year outcomes. <b>American Journal of Emergency Medicine</b>, v. 29, p. 265-270, 2011.</p> <p><b>Referência empírica:</b> Medida da frequência cardíaca</p>

Através da verificação do pulso radial e apical, utilizando a técnica:

- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocá-lo em posição confortável, de preferência deitado ou sentado com o braço apoiado e a palma da mão voltada para baixo.

#### TÉCNICA DE VERIFICAÇÃO DO PULSO RADIAL

- Colocar as polpas dos três dedos médios sobre o local escolhido para a verificação do pulso radial;
- Pressionar suavemente até localizar os batimentos;
- Procurar sentir bem o pulso, pressionar suavemente a artéria e iniciar a contagem dos batimentos;
- Contar as pulsações durante um minuto;
- Lavar as mãos;
- Registrar, anotar as anormalidades e assinar.

#### TÉCNICA DE VERIFICAÇÃO DO PULSO APICAL:

- Colocar o diafragma do estetoscópio diretamente sobre a pele do paciente no hemitórax esquerdo, aproximadamente no 4º ou 5º espaços intercostais esquerdos entre as linhas mamilar e paraesternal.
- Contar os batimentos cardíacos em um minuto. Anotar.
- Se FC maior que 100 bpm considerar a CD presente.
- Lavar as mãos; - Registrar, anotar as anormalidades e assinar.

#### Referências:

WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2005.

BICKLEY, L. S., SZILAGYI, P. G. **Bates Propedêutica Médica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PORTO, C. C. **Vademecum de clínica médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Autores referem a alteração de frequência cardíaca como uma característica definidora para a dor aguda no Infarto do miocárdio (COLLIN *et al.*, 2011; MCCORD *et al.*, 2008). Os resultados evidenciam que a dor aguda causa ativação do sistema nervoso autônomo e em decorrência disso há aumento da frequência cardíaca (BICKLEY; SZILAGYI, 2005; WOODS; PORTO, 2011; FROELICHER; MOTZER, 2005). Este é um achado importante, já que a taquicardia representa um fator de pior prognóstico para o paciente com Infarto agudo do miocárdio, e serve como base para comparação com possíveis alterações posteriores geradas por complicações mecânicas como rotura de septo e insuficiência mitral (PESARO *et al.*, 2008), uma vez que, na crise de dor aguda por infarto agudo do miocárdio, as fibras do sistema nervoso parassimpático são afetadas e há aumento do tônus simpático, evoluindo para vasoconstrição coronariana (MARTINS, 2013; BERGER, 2009), disso decorrendo a elevação da frequência cardíaca. Aumento na frequência cardíaca

também foi evidenciado em estudo que avaliou os efeitos metabólicos, hemodinâmicos e bioquímicos em pacientes após infarto do miocárdio inseridos em programas de reabilitação (BERRY *et al.*, 2010).

Quadro 9 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Frequência respiratória elevada. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

<b>FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA ELEVADA</b>
<p><b>Definição conceitual:</b> É o aumento do número de incursões respiratórias na unidade de tempo. Em condições fisiológicas de repouso, esse número, habitualmente, gira entre 12 e 20 incursões respiratórias por minuto no adulto.</p> <p>Referências:</p> <p>ALBARRAN, J.W.; CLARKE, B.A.; CRAWFORD, J. 'It was not chest pain really, I can't ALBARRAN, J. W.; CLARKE, B. A.; CRAWFORD, J. 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. <b>Journal of Clinical Nursing</b>, v.16, p. 1292-1301, 2007.</p> <p>DIMITRIOS, C. H. <i>et al.</i> Association between subjective descriptions of coronary pain and disease characteristics: A pilot study in a Hellenic rural population. <b>Intensive and Critical Care Nursing</b>, v. 23, p. 342-354, 2007.</p> <p>KUNIYOSHI, F. H. <i>et al.</i> Day–Night Variation of Acute Myocardial Infarction in Obstructive Sleep Apnea. <b>J. Am. Coll Cardiol.</b>, v.52, n. 5, p. 343-346, jul., 2008.</p> <p>MCSWEENEY, J. C. <i>et al.</i> Racial Differences in Women's Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms. <b>Am. J. Crit. Care</b>. v. 19, n. 1, p. 63-73, jan., 2010.</p> <p>HWANG, S. Y. <i>et al.</i> Atypical Symptom Cluster Predicts a Higher Mortality in Patients With First-Time Acute Myocardial Infarction. <b>Korean Circ J.</b>, v. 42, p. 16-22, 2012.</p> <p>CANTO, J. A. <i>et al.</i> Differences in symptom presentation and hospital mortality according to type of acute myocardial infarction. <b>Am. Heart. J.</b>, v. 163, n. 4, p. 572-579, 2012.</p>
<p><b>Referência empírica:</b> Inspeção dos movimentos respiratórios:</p> <p>Em condições fisiológicas de repouso, esse número, habitualmente, gira entre 12 e 20 incursões respiratórias por minuto no adulto.</p> <p>Manter o paciente sentado ou deitado no leito; Colocar a mão no pulso do cliente, simulando verificar o pulso; Evitar alterações na frequência respiratória; Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax – os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório; Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos; Se FR maior que 20irpm considerar a CD presente. Anotar o valor obtido no impresso próprio; Deixar o cliente confortável e a unidade em ordem.</p> <p>Referências:</p> <p>MORTON, P. G. Infarto agudo do miocárdio. In: MORTON, <i>et al.</i> <b>Cuidados críticos de enfermagem uma abordagem holística</b>. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 429-455.</p> <p>MARTINS, H. S. <i>et al.</i> <b>Emergências Clínicas - Abordagem Prática</b>. 8. ed. São Paulo: Manole, 2013.</p> <p>PORTO, C.C. <b>Vademecum de clínica médica</b>.3.ed.Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011.</p>

WOODS, S.L.; FROELICHER, E.S.S.; MOTZER, S.U. Enfermagem em cardiologia. 4. ed. São Paulo. Manole, 2005.

Fonte: Elaboração própria, 2014.

As ideias de Dimitrios *et al.* 2007; Albarran, Clarke e Crawford (2007); Kuniyoshi *et al.* (2008); Mcsweeney *et al.* (2010); Hwang *et al.*(2012) e Canto *et al.* (2012), permitiram inferir que a dor aguda estimula o sistema nervoso simpático, resultando em respostas que incluem, entre outras, o aumento da frequência respiratória. Sendo possível concluir que a frequência respiratória elevada é uma característica definidora para a Dor aguda no Infarto do miocárdio e ainda que o desconforto torácico persistente geralmente é causado pela isquemia em curso.

Esse resultado é corroborado por outros estudos (BERGER, 2009; MARTINS *et al.*, 2013; MORTON, 2007), os quais enfatizam que a frequência respiratória pode estar alta em decorrência da dor no Infarto agudo do miocárdio.

Quadro 10 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Dispneia. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

#### **DISPNEIA**

**Definição conceitual:** Desconforto respiratório que se compõe de sensações subjetivas de dificuldade respiratória sentida pelo paciente e evidência objetiva de esforço respiratório com desconforto, podendo variar de intensidade. Pode também ser sinal (observado por comportamentos de sofrimento respiratório: batimento de asas de nariz, fúrias de angústia e por alteração da frequência respiratória, sons respiratórios e da movimentação da musculatura acessória).

Referências:

DIMITRIOS, C. H. *et al.* Association between subjective descriptions of coronary pain and disease characteristics: A pilot study in a Hellenic rural population. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 23, p. 342-354, 2007.

ALBARRAN, J. W.; CLARKE, B. A.; CRAWFORD, J. 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. **Journal of Clinical Nursing**, v.16, p. 1292-1301, 2007.

GOEL, P. K. *et al.* A study of clinical presentation and delays in management of acute myocardial infarction in community. **Indian Heart Journal**, v. 64, n. 3, p. 295-301, mai./jun., 2012.

MCSWEENEY, J. C. *et al.* Racial Differences in Women's Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms. **Am J Crit Care**. v. 19, n. 1, p. 63-73, jan., 2010.

HAASENRITTER, J. *et al.* Does the patient with chest pain have a coronary heart disease?

Does the patient with chest pain have a coronary heart disease? Diagnostic value of single symptoms and signs – a meta-analysis. **Croat Med. J.**, v. 53, p. 432-441, 2012.

HWANG, S. Y. *et al.* Atypical Symptom Cluster Predicts a Higher Mortality in Patients With First-Time Acute Myocardial Infarction. **Korean Circ. J.**, v. 42, p. 16-22, 2012.

GELLERSTEDT, M. *et al.* Does sex influence the allocation of life support level by dispatchers in acute chest pain? **American Journal of Emergency Medicine**, v. 28, p. 922-927, 2010.

COLLIN, M. J. *et al.* Young patients with chest pain: 1-year outcomes. **American Journal of Emergency Medicine**, v. 29, p. 265-270, 2011.

HOUCK, P. D. *et al.* Should We Establish a New Protocol for the Treatment of Peripartum Myocardial Infarction? **Tex Heart Inst J**, v. 39, n. 2, p. 244-248, 2012.

XANTHOS, T. *et al.* Factors influencing arrival of patients with acute myocardial infarction at emergency departments: implications for community nursing interventions. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 7, p. 1469-1477, 2010.

**Referência empírica:** Relato verbal de dificuldade para respirar; observação de esforço respiratório com desconforto acompanhado de evidência objetiva de batimento de asas de nariz, alterações da frequência respiratória, estridor, agitação, aprofundamento ou aceleração dos movimentos respiratórios e pela participação ativa da musculatura acessória da respiração (músculos do pescoço na inspiração e músculos abdominais na expiração).

Referências:

MARTINS, H. S. *et al.* **Emergências Clínicas** - Abordagem Prática. 8. ed. São Paulo: Manole, 2013.

MORTON, P. G. Infarto agudo do miocárdio. In: MORTON, *et al.* **Cuidados críticos de enfermagem uma abordagem holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 429-455.

PORTO, C. C. **Vademecum de clínica médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2005.

XANTHOS, T. *et al.* Factors influencing arrival of patients with acute myocardial infarction at emergency departments: implications for community nursing interventions. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 7, p. 1469-1477, 2010.

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Observa-se que os estudos analisados referem a dispneia como uma característica definidora para a Dor aguda (ALBARRAN; CLARKE; CRAWFORD, 2007; COLLIN *et al.*, 2011; DIMITRIOS *et al.*, 2007; GELLERSTEDT *et al.*, 2010; GOEL *et al.*, 2012; HAASENRITTER *et al.*, 2012; HOUCK *et al.*, 2012; HWANG, *et al.*, 2012; MCSWEENEY *et al.*, 2010; XANTHOS *et al.*, 2010). Os autores evidenciam que a dispneia no Infarto agudo do miocárdio pode ocorrer durante a atividade mínima ou moderada ou também em repouso em decorrência da redução do fluxo sanguíneo periférico, devido à incapacidade do coração em manter um débito cardíaco suficiente para satisfazer as necessidades teciduais de oxigênio. Os achados da revisão apresentam a dispneia como um sintoma comum na prática clínica, sendo particularmente referida por indivíduos com Infarto agudo do miocárdio associada com

a queixa de que a dor intensa dificulta a respiração (ALBARRAN; CLARKE; CRAWFORD, 2007; DIMITRIOS *et al.*, 2007; MARTINS *et al.*, 2013; MARTINEZ *et al.*, 2004; MORTON, 2007; PEDROSA, LORENZI-FILHO, DRAGER, 2008;). Dispneia é uma característica definidora do diagnóstico de enfermagem Padrão respiratório ineficaz e associa-se ao padrão respiratório anormal devido à diminuição da proporção da ventilação adequada da inspiração e expiração e uso da musculatura acessória para respirar (NANDA-I, 2012).

Corroborando esse resultado, Bastos (2012) e Pesaro (2004) ressaltam que a dor torácica, a variedade e gravidade das condições clínicas que se manifestam em pessoas com infarto agudo do miocárdio incluem alterações respiratórias e, dentre estas, a dificuldade respiratória tem apresentação comum.

Resultado semelhante foi evidenciado em pacientes com Infarto agudo do miocárdio hospitalizados, nos quais a característica definidora dispneia esteve presente em 100% dos clientes que referiam dor (PEREIRA *et al.*, 2011). Outro estudo em unidade de cardiologia identificou 19 diagnósticos de enfermagem e, entre estes, Padrão respiratório ineficaz foi evidenciado com uma frequência equivalente a 68,2% (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

Estudo com pacientes hospitalizados que sofreram infarto do agudo do miocardio trouxe relatos de que a dor afetava o fôlego, vindo associada a cansaço, falta de ar e tosse, e de que os pacientes sentiram-se com a respiração abafada e até mesmo sufocados (MUSSI; FERREIRA; MENEZES, 2006). Também o estudo de Berger (2009) evidenciou a presença de dispneia em pacientes com dor aguda que tinham diagnóstico de infarto agudo do miocardio. Nesses pacientes, o relato de falta de ar foi um dos sintomas mais comuns. No entanto, mais da metade dos pacientes pesquisados no referido estudo eram idosos. Portanto, esse resultado difere das evidências do presente estudo, no qual a maioria dos pacientes tem faixa etária mais jovem.

Quadro 11 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Distúrbio do sono. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

<b>DISTÚRBIO DO SONO</b>
<b>Definição conceitual:</b> Dificuldade para iniciar o sono ou para manutenção do sono.
Referências:
ALBARRAN, J. W.; CLARKE, B. A.; CRAWFORD, J. 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. <b>Journal of Clinical Nursing</b> , v.16, p. 1292-1301, 2007.
COYLE, M. K. Depressive Symptoms After a Myocardial Infarction and Self-care. <b>Archives of Psychiatric</b>

**Nursing**, v. 26, n. 2, p. 127-134, apr., 2012.

HAASENRITTER, J. *et al.* Does the patient with chest pain have a coronary heart disease?

Does the patient with chest pain have a coronary heart disease? Diagnostic value of single symptoms and signs – a meta-analysis. **Croat Med. J.**, v. 53, p. 432-441, 2012.

KUNIYOSHI, F. H. *et al.* Day–Night Variation of Acute Myocardial Infarction in Obstructive Sleep Apnea. **J. Am. Coll Cardiol.**, v.52, n. 5, p. 343-346, jul., 2008.

MCSWEENEY, J. C. *et al.* Racial Differences in Women’s Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms. **Am. J. Crit. Care.** v. 19, n. 1, p. 63-73, jan., 2010.

WIEDEMAR, L. *et al.* Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder in patients with acute myocardial infarction. **Heart & Lung**, v. 37, p. 113-121, 2008.

**Referência empírica:** Relato verbal do indivíduo de dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, caracterizada pela diminuição na quantidade e na qualidade que atendam às suas necessidades biológicas e emocionais.

Referências:

MARTINS, H. S. *et al.* **Emergências Clínicas** - Abordagem Prática. 8. ed. São Paulo: Manole, 2013.

MORTON, P. G. Infarto agudo do miocárdio. In: MORTON, *et al.* **Cuidados críticos de enfermagem uma abordagem holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 429-455.

PEDROSA, R. P.; LORENZI-FILHO, G.; DRAGER, L. F. Síndrome da apnéia obstrutiva do sono e doença cardiovascular. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 87, n. 2, p. 121-127, abr./jun., 2008.

PEREIRA, J. M. V. *et al.* Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 737-745, out./dez., 2011.

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Observou-se que Distúrbio do sono representa uma característica definidora para a dor aguda no Infarto do miocárdio (ALBARRAN; CLARKE; CRAWFORD, 2007; COYLE, 2012; DIMITRIOS *et al.*, 2007; HAASENRITTER *et al.*, 2012; KUNIYOSHI *et al.*, 2008; MCSWEENEY *et al.*, 2010; WIEDEMAR *et al.*, 2008;). E, ainda, a privação do sono aumenta a atividade simpática e reduz o tônus vagal, dando início a uma resposta fisiológica associada ao dano cardíaco. Os autores acrescentam que a dor aguda e o desconforto torácico impedem o paciente de dormir e sentir-se repousado.

A privação do sono é um fator associado à dor em pacientes com IAM. Nesses pacientes a dor é motivo para diminuição da capacidade de conciliar o sono. Entre os distúrbios do sono mais prevalentes, a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAO), ainda pouco estudada entre os pacientes com cardiopatias, é frequente (PEDROSA; LORENZI-FILHO; DRAGER, 2008). O distúrbio no padrão de sono foi evidenciado em pacientes hospitalizados com Infarto agudo do miocárdio em unidade coronariana e, destes, a insônia

foi evidenciada em 65,2% dos pacientes que referiam dor aguda (GALDEANO; ROSSI; PEZZUTO, 2004).

Em pesquisa realizada com clientes hospitalizados com Infarto agudo do miocárdio (IAM) em enfermaria de cardiologia, a insônia teve associação significativa com a dor aguda nesses pacientes, os quais tiveram 1,55 vezes mais chance de apresentarem insônia do que os que não tinham IAM, e foi mais comum o relato da dificuldade para permanecer dormindo, com 76,5% dos casos (PEREIRA *et al.*, 2011).

A impossibilidade de dormir é uma queixa comum durante a hospitalização de pacientes coronariopatas, tendo como principais causas a dor, o desconforto, a dependência e as sensações de perda do autocontrole (PEDROSA; LORENZI-FILHO; DRAGER, 2008; GALDEANO; ROSSI; PEZZUTO, 2004). Nesse sentido, se faz importante o diagnóstico precoce da queixa álgica, a fim de direcionar o tratamento.

Quadro 12 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Náusea. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

<b>NÁUSEA</b>
<p><b>Definição conceitual:</b> Sensação subjetiva desagradável, referida no epigástrio ou na garganta, que se relaciona ao desejo de vomitar ou à convicção de que o vômito é iminente.</p> <p>Referências:</p> <p>ALBARRAN, J. W.; CLARKE, B. A.; CRAWFORD, J. 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. <b>Journal of Clinical Nursing</b>, v.16, p. 1292-1301, 2007.</p> <p>CANTO, J. A. <i>et al.</i> Differences in symptom presentation and hospital mortality according to type of acute myocardial infarction. <b>Am. Heart. J.</b>, v. 163, n. 4, p. 572-579, 2012.</p> <p>COLLIN, M. J. <i>et al.</i> Young patients with chest pain: 1-year outcomes. <b>American Journal of Emergency Medicine</b>, v. 29, p. 265-270, 2011.</p> <p>COVENTRY, L. L., FINN, J.; BREMNER, A. P. Sex differences in symptom presentation in acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. <b>Heart &amp; Lung</b>, St. Louis, v. 40, n. 6, p. 477-491, nov./dec., 2011.</p> <p>DIMITRIOS, C. H. <i>et al.</i> Association between subjective descriptions of coronary pain and disease characteristics: A pilot study in a Hellenic rural population. <b>Intensive and Critical Care Nursing</b>, v. 23, p. 342-354, 2007.</p> <p>FANG, B. R. Acute Myocardial Infarction Presenting with Sudden Death Owing to Cardiac Rupture. <b>Journal of Medical Ultrasound</b>, v. 20, p. 236-239, 2012.</p> <p>GOEL, P. K. <i>et al.</i> A study of clinical presentation and delays in management of acute myocardial infarction in community. <b>Indian Heart Journal</b>, v. 64, n. 3, p. 295-301, mai./jun., 2012.</p> <p>KAUR, R.; LOPEZ, V.; THOMPSON, D. R. Factors Influencing Hong Kong Chinese Patients' Decision-</p>

Making in Seeking Early Treatment for Acute Myocardial Infarction. **Research in Nursing & Health**, v. 29, n. 6, p. 636-646, dec., 2006.

MCCORD, J. *et al.* Management of Cocaine-Associated Chest Pain and Myocardial Infarction. **Circulation**, v. 117, p. 1897-1907, 2008.

KHAN, J. J. B. *et al.* Associated with acute myocardial infarction in Chinese patients: a questionnaire survey. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, p. 2720-2729, 2010.

LØVLIEN, M.; SCHEI, B.; GJENGEDAL, E. Are There Gender Differences Related to Symptoms of Acute Myocardial Infarction? A Norwegian Perspective. **Prog. Cardiovasc. Nurs.**, v. 21, n. 1, p. 14-19, 2006.

**Referência empírica:** Relato verbal do indivíduo de desejo de vomitar.

Referências:

GONDIM, C. R. N. *et al.* Prevenção e tratamento de náuseas e vômitos no período pós-operatório. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 21, n. 1, p. 89-95, 2009.

HUDDLESTON, S. S.; FERGUSON, S. G. **Emergências clínicas:** abordagens, intervenções e auto - avaliação. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.

MORTON, P. G. Infarto agudo do miocárdio. *In:* MORTON, *et al.* **Cuidados críticos de enfermagem uma abordagem holística.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 429-455.

PORTO, C. C. **Vademecum de clínica médica.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SILVA, Y.B.; SILVA, J. Controle de náuseas e vômitos. *In* PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.; CRUZ, D.A.L. *Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia.* São Paulo: Manole, 2006.

VERRI, J. Síndrome Coronariana Aguda com elevação do Segmento ST. *In:* NASI, A. L. **Rotinas em pronto socorro.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 125-129.

WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia.** 4. ed. São Paulo: Manole, 2005.

Fonte: Elaboração própria, 2014.

As ideias de Collin *et al.*(2012); Goel *et al.* (2012); Fang (2012); Canto *et al.* (2012); Coventry, Finn e Bremner (2011); Khan *et al.* (2010); Mccord *et al.* (2008); Kaur *et al.* (2006); Albarran, Clarke e Crawford (2007); Dimitrios *et al.* (2007); Lovlien, Schei e Gjengedal (2006), auxiliaram na compreensão de que a náusea representa uma característica definidora para a Dor aguda no Infarto do miocárdio.

Esses autores afirmam que pacientes com doença coronariana, especificamente aqueles com Infarto agudo do miocárdio, apresentam obstrução arterial e em decorrência disso surge a dor aguda, e a partir desta os mecanismos para a náusea são estimulados, já que os receptores mecânicos do trato gastrointestinal e do sistema vestibular são ativados por receptores dopaminérgicos e centros corticais superiores em resposta à dor. A partir da análise, foi possível identificar que a dor aguda por ocasião do Infarto do miocárdio causa sensação de mal-estar gástrico, especificamente representado pela náusea. O que é

preocupante, uma vez que muitos pacientes fazem associação dessa característica a problema de estômago ou pressão alta, entre outros. Esse fato só retarda o acesso a terapias de reperfusão coronariana, as quais reduzem a morbimortalidade. Daí a importância de se estabelecer estratégias que mobilizem as pessoas no sentido de valorizar a busca imediata de atendimento diante da dor característica para o Infarto.

Quadro 13 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Vômito. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

<b>VÔMITO</b>
<p><b>Definição conceitual:</b> É a expulsão ativa do conteúdo gástrico através da boca. Se dá pela contração súbita e forçada dos músculos respiratórios e pelo relaxamento do esfíncter esofágico superior.</p> <p>Referências:</p> <p>ALBARRAN, J. W.; CLARKE, B. A.; CRAWFORD, J. 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. <b>Journal of Clinical Nursing</b>, v.16, p. 1292-1301, 2007.</p> <p>CANTO, J. A. <i>et al.</i> Differences in symptom presentation and hospital mortality according to type of acute myocardial infarction. <b>Am. Heart. J.</b>, v. 163, n. 4, p. 572-579, 2012.</p> <p>COVENTRY, L. L., FINN, J.; BREMNER, A. P. Sex differences in symptom presentation in acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. <b>Heart &amp; Lung</b>, St. Louis, v. 40, n. 6, p. 477-491, nov./dec., 2011.</p> <p>FANG, B. R. Acute Myocardial Infarction Presenting with Sudden Death Owing to Cardiac Rupture. <b>Journal of Medical Ultrasound</b>, v. 20, p. 236-239, 2012.</p> <p>GOEL, P. K. <i>et al.</i> A study of clinical presentation and delays in management of acute myocardial infarction in community. <b>Indian Heart Journal</b>, v. 64, n. 3, p. 295-301, mai./jun., 2012.</p> <p>KAUR, R.; LOPEZ, V.; THOMPSON, D. R. Factors Influencing Hong Kong Chinese Patients' Decision-Making in Seeking Early Treatment for Acute Myocardial Infarction. <b>Research in Nursing &amp; Health</b>, v. 29, n. 6, p. 636-646, dec., 2006.</p> <p>KHAN, J. J. B. <i>et al.</i> Associated with acute myocardial infarction in Chinese patients: a questionnaire survey. <b>Journal of Clinical Nursing</b>, v. 19, p. 2720-2729, 2010.</p> <p>MCSWEENEY, J. C. <i>et al.</i> Racial Differences in Women's Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms. <b>Am. J. Crit. Care</b>. v. 19, n. 1, p. 63-73, jan., 2010.</p>
<p><b>Referência empírica:</b> Relato verbal do paciente e/ou observação direta de expulsão ativa do conteúdo gástrico através da boca.</p> <p>Referências:</p> <p>HUDDLESTON, S. S.; FERGUSON, S. G. <b>Emergências clínicas:</b> abordagens, intervenções e auto - avaliação. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.</p> <p>MARTINS, H. S. <i>et al.</i> <b>Emergências Clínicas</b> - Abordagem Prática. 8. ed. São Paulo: Manole, 2013.</p> <p>MORTON, P. G. Infarto agudo do miocárdio. In: MORTON, <i>et al.</i> <b>Cuidados críticos de enfermagem uma abordagem holística</b>. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 429-455.</p>

PORTO, C. C. **Vademecum de clínica médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2005.

SILVA, Y.B.; SILVA, J. Controle de náuseas e vômitos. In PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2006.

VERRI, J. Síndrome Coronariana Aguda com elevação do Segmento ST. *In*: NASI, A. L. **Rotinas em pronto socorro**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 125-129.

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Os autores dos estudos analisados citam o vômito frequentemente associado à dor aguda no Infarto agudo do miocárdio, caracterizando-o, portanto, como característica definidora nesse contexto (ALBARRAN; CLARKE; CRAWFORD, 2007; CANTO *et al.*, 2012; COVENTRY; FINN; BREMNER, 2011; FANG, 2012; GOEL *et al.*, 2012; KAUR; LOPEZ; THOMPSON, 2006; KHAN *et al.*, 2010; MCSWEENEY *et al.*, 2010). Essa evidência se justifica pelo fato de que os centros corticais que estimulam a dor ativam receptores mecânicos do trato gastrointestinal e do sistema vestibular, os quais desencadeiam o vômito.

Assim como na presente investigação, Lima *et al.* (2007) e Mussi, Ferreira e Menezes (2006), na avaliação de quadro clínico de pacientes hospitalizados com Infarto agudo do miocárdio, encontraram relatos nos quais esses pacientes referiram episódios frequentes de vômitos concomitantes à dor.

Quadro 14 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Fadiga. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

<b>FADIGA</b>
<p><b>Definição conceitual:</b> Fenômeno complexo, subjetivo, multidimensional e multifatorial caracterizado por cansaço, exaustão, desgaste, diminuição da capacidade funcional ou da capacidade de realizar atividades diárias, falta de recursos/energia/capacidade latente, redução da eficiência para responder a um estímulo, desconforto, sonolência, diminuição da motivação, aversão a atividades, sofrimento e necessidade extrema de descanso.</p> <p>Referências:</p> <p>COVENTRY, L. L., FINN, J.; BREMNER, A. P. Sex differences in symptom presentation in acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. <b>Heart &amp; Lung</b>, St. Louis, v. 40, n. 6, p. 477-491, nov./dec., 2011.</p> <p>KAUR, R.; LOPEZ, V.; THOMPSON, D. R. Factors Influencing Hong Kong Chinese Patients' Decision-Making in Seeking Early Treatment for Acute Myocardial Infarction. <b>Research in Nursing &amp; Health</b>, v. 29, n. 6, p. 636-646, dec., 2006.</p> <p>HWANG, S. Y. <i>et al.</i> Atypical Symptom Cluster Predicts a Higher Mortality in Patients With First-Time</p>

Acute Myocardial Infarction. **Korean Circ. J.**, v. 42, p. 16-22, 2012.  
 LØVLIEN, M.; SCHEI, B.; GJENGEDAL, E. Are There Gender Differences Related to Symptoms of Acute Myocardial Infarction? A Norwegian Perspective. **Prog. Cardiovasc. Nurs.**, v. 21, n. 1, p. 14-19, 2006.  
 MCSWEENEY, J. C. *et al.* Racial Differences in Women's Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms. **Am. J. Crit. Care.** v. 19, n. 1, p. 63-73, jan., 2010.

**Referência empírica:** Relato verbal do indivíduo de cansaço/canseira ou diminuição da capacidade de realizar atividades habituais e a falta de alívio para essas manifestações com a aplicação de estratégias usuais de recuperação.

Referências:

MARTINS, H. S. *et al.* **Emergências Clínicas** - Abordagem Prática. 8. ed. São Paulo: Manole, 2013.  
 MOTA, D.D.C.F.; PIMENTA, C.A.M.; Controle da fadiga. *In:* PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. **Dor e cuidados paliativos:** enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2006. p.193  
 MORTON, P. G. Infarto agudo do miocárdio. *In:* MORTON, *et al.* **Cuidados críticos de enfermagem uma abordagem holística.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 429-455.

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A revisão possibilitou identificar que Fadiga é uma característica definidora para a dor aguda no Infarto do miocárdio (COVENTRY; FINN; BREMNER, 2011; GJENGEDAL, 2006; HWANG, *et al.*, 2012; LOVLIEN *et al.*, 2006; MCSWEENEY *et al.*, 2010). É também um diagnóstico de enfermagem, faz parte da NANDA-I, na qual é definida como “uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual”. A fadiga causa diminuição da capacidade funcional e pode trazer limitações e prejuízos para a qualidade de vida do paciente.

Dor e fadiga são frequentes em pacientes críticos, variando em duração e intensidade, afetando a qualidade de vida e reduzindo, em diferentes graus, a habilidade de executar as atividades de vida diária (LAMINO; MOTA; PIMENTA, 2011). Nesse sentido, o estudo de Rocha, Maia e Silva (2006), realizado com pacientes em unidade de cardiologia, identificou 19 diagnósticos de enfermagem e, dentre estes, a fadiga foi evidenciada como causa para prejuízos na mobilidade física dos pacientes. Considerada um dos fenômenos mais comumente vivenciados por todos os seres humanos, a fadiga tem com atributos associados: astenia, exaustão, letargia e sonolência (MOTA; CRUZ; PIMENTA, 2005). O fato de muitos outros conceitos estarem associados dificulta a determinação dos atributos críticos da fadiga. Contudo, há três elementos importantes para sua caracterização: verbalização de cansaço/canseira ou exaustão, diminuição da capacidade de realizar atividades habituais e

falta de alívio para essas manifestações por meio de estratégias usuais de recuperação de energia (AMADUCCI; MOTA; PIMENTA, 2010).

Quadro 15 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Ansiedade. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

<b>ANSIEDADE</b>
<p><b>Definição conceitual:</b> Refere-se ao mal-estar vago e confuso, sentimento de apreensão, estado emocional desagradável acompanhado de desconforto somático, que guarda relação com outra emoção – o medo. Esse estado emocional é geralmente relacionado a um evento futuro e, às vezes, considerado desproporcional a uma ameaça real.</p> <p>Referências:</p> <p>BERGMAN, E., <i>et al.</i> Does one's sense of coherence change after an acute myocardial infarction?: A two-year longitudinal study in Swedennhs. <b>Nursing and Health Sciences</b>, v. 13, p. 156-163, 2011.</p> <p>COYLE, M. K. Depressive Symptoms After a Myocardial Infarction and Self-care. <b>Archives of Psychiatric Nursing</b>, v. 26, n. 2, p. 127-134, apr., 2012.</p> <p>DIMITRIOS, C. H. <i>et al.</i> Association between subjective descriptions of coronary pain and disease characteristics: A pilot study in a Hellenic rural population. <b>Intensive and Critical Care Nursing</b>, v. 23, p. 342-354, 2007.</p> <p>GELLERSTEDT, M. <i>et al.</i> Does sex influence the allocation of life support level by dispatchers in acute chest pain? <b>American Journal of Emergency Medicine</b>, v. 28, p. 922-927, 2010.</p> <p>HOWARD, P. K., SHAPIRO, S. E. Does Gender and Ethnicity Impact Initial Assessment and Management of Chest Pain? <b>Advanced Emergency Nursing Journal</b>, v. 33, n. 1, p. 4-7, jan./mar., 2011.</p> <p>MCCORD, J. <i>et al.</i> Management of Cocaine-Associated Chest Pain and Myocardial Infarction. <b>Circulation</b>, v. 117, p. 1897-1907, 2008.</p> <p>NATHAN, S. Case report: A 55-year-old woman with chest pain upon arrival to the emergency department. <b>Am. J. Health-SystPharm.</b>, v. 67, supp.7, 2010.</p>
<p><b>Referência empírica:</b> Relato verbal do indivíduo de mal-estar vago e confuso, sentimento de apreensão e estado emocional desagradável acompanhado de desconforto somático.</p> <p>Referências:</p> <p>MORTON, P. G. Infarto agudo do miocárdio. <i>In</i>: MORTON, <i>et al.</i> <b>Cuidados críticos de enfermagem uma abordagem holística</b>. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 429-455.</p> <p>HUDDLESTON, S. S.; FERGUSON, S. G. <b>Emergências clínicas: abordagens, intervenções e auto - avaliação</b>. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.</p> <p>PORTO, C. C. <b>Vademecum de clínica médica</b>. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.</p>

Fonte: Elaboração própria, 2014.

As ideias apresentadas pelos autores defendem que a ansiedade é uma característica definidora para a dor aguda no infarto do miocárdio (BERGMAN *et al.*, 2011; COYLE, 2012; DIMITRIOS *et al.*, 2007; GELLERSTEDT *et al.*, 2010; HOWARD;

SHAPIRO; 2011; MCCORD *et al.*, 2008; NATHAN, 2010;). Foi possível identificar que a procura dos pacientes com queixa de dor torácica aguda por serviços de emergência responde pela maior parte dos atendimentos associados à dor e que esses pacientes muitas vezes apresentam quadro de depressão e ansiedade associado.

Ansiedade também é considerada um diagnóstico de enfermagem, faz parte da classificação da North American Nursing Diagnosis Association - International (NANDA-I), sendo definido como vago e incômodo sentimento de desconforto ou tremor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça (NANDA-I, 2012).

Outras evidências da presença de ansiedade em associação à dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio são apresentadas. Pereira *et al.* (2011) e Lima *et al.* (2007) identificaram o diagnóstico bem como a característica ansiedade em pacientes com doenças cardiovasculares internados em enfermaria cardiológica. Santos e Araújo (2003) evidenciaram associação entre ansiedade e depressão como um dos fatores importantes relacionados ao quadro doloroso nas pessoas que apresentam Infarto do miocárdio.

A dor é sempre uma experiência subjetiva. Para tanto, deve ser caracterizada como experiência única para cada pessoa, uma vez que envolve aspectos físicos, psicológicos, cognitivos e uma rede de respostas emocionais específicas (HELMS; BARONE, 2008). Desse modo, para o entendimento e avaliação, é preciso considerar a experiência prévia do indivíduo com a dor, os aspectos culturais envolvidos, crenças, contexto emocional familiar e social, dentre outros (RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

É possível inferir que durante a internação por Infarto agudo do miocárdio a dor desencadeia ansiedade e aumenta a gravidade da doença cardíaca. Assim, é importante atentar para a queixa de dor do paciente, pois a falta de cuidados necessários poderá desencadear ansiedade com alterações de sinais vitais e dispêndio de energia. Para tanto, intervenções baseadas em diálogo com o paciente e informações sobre o estado de saúde podem reduzir a ansiedade. Sendo fundamental que a enfermeira estabeleça estratégias de cuidados ao paciente inserido no contexto familiar e, sempre que possível, deve-se incentivar todo o grupo familiar a aderir conjuntamente às mudanças no estilo de vida do paciente que vivenciou Infarto do miocárdio (LIMA; ARAÚJO, 2005).

**MEDO**

**Definição conceitual:** Reação à percepção do perigo presente e iminente que ameaça a preservação do indivíduo associada à sensação de incerteza, fragilidade e insegurança.

Referências:

HAASENRITTER, J. *et al.* Does the patient with chest pain have a coronary heart disease?

Does the patient with chest pain have a coronary heart disease? Diagnostic value of single symptoms and signs – a meta-analysis. **Croat Med. J.**, v. 53, p. 432-441, 2012.

KAUR, R.; LOPEZ, V.; THOMPSON, D. R. Factors Influencing Hong Kong Chinese Patients' Decision-Making in Seeking Early Treatment for Acute Myocardial Infarction. **Research in Nursing & Health**, v. 29, n. 6, p. 636-646, dec., 2006.

WIEDEMAR, L. *et al.* Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder in patients with acute myocardial infarction. **Heart & Lung**, v. 37, p. 113-121, 2008.

**Referência empírica:** Relato verbal de sensação de ameaça, incerteza, fragilidade e insegurança.

Referências:

BICKLEY, L.S.; SZILAGYI, P.G. Bates **Propedêutica Médica. 8** a edição. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 2005.

MORTON, P. G. Infarto agudo do miocárdio. *In:* MORTON, *et al.* **Cuidados críticos de enfermagem uma abordagem holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 429-455.

HUDDLESTON, S. S.; FERGUSON, S. G. **Emergências clínicas: abordagens, intervenções e auto - avaliação.** 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A partir da revisão foi possível estabelecer Medo como uma característica definidora para a dor aguda no Infarto do miocárdio (HAASENRITTER *et al.*, 2012; KAUR; LOPEZ; THOMPSON, 2006; WIEDEMAR *et al.*, 2008). Medo é um diagnóstico de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association - International (NANDA-I) e definido como reação à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo (NANDA-I, 2012). As evidências encontradas na presente revisão trouxeram resultados nos quais a percepção da dor é influenciada por vários fatores, assim como outros diagnósticos (HAASENRITTER *et al.*, 2012; WIEDEMAR *et al.*, 2008).

Outros estudos trouxeram resultados semelhantes. O estudo realizado por Padilha e Kristensen (2006) apontam que medo e ansiedade são emoções frequentemente experienciadas em pacientes cardiopatas e comumente associadas à sensação de morte. Ainda Santos e Araújo (2003), em estudo com pacientes cardiopatas, evidenciam que o adoecimento do coração quase sempre vem acompanhado de alterações emocionais, dentre elas, estresse, medo da morte, da invalidez, do desconhecido, da solidão. O episódio de um Infarto agudo do miocárdio e o internamento em decorrência deste, representa um acontecimento gerador de sentimentos negativos e isso desencadeia depressão e angústia.

O estudo de Souza *et al.* (2005), com pacientes que vivenciaram o IAM, mostra que esses pacientes o interpretam como uma doença trágica e o referenciam como algo que assusta, que lembra a morte, provoca alterações em suas vidas e os faz sentirem-se mal e com pensamentos negativos aflorando à sua mente. As interações do paciente com a dor e com sintomas associados ao Infarto agudo do miocárdio os fazem sentirem-se imobilizados, temerem perder o controle da própria existência, ficarem atormentados e dominados pela dor (MUSSI; FERREIRA; MENEZES, 2006). A sensação de pânico, medo de que algo de ruim aconteça, são características apresentadas por pacientes internados em unidades hospitalares (BOTEGA, 1995).

Mussi e Pereira (2010), em estudo com homens e mulheres que sofreram Infarto agudo do miocárdio, trazem relatos nos quais esses pacientes afirmam que a dor insuportável e a impotência para seu controle geraram impossibilidade de governar a vida no cotidiano e medo de morrer. E ainda que essa condição paralisou suas resistências à dor.

Quadro 17 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Palidez. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

<b>PALIDEZ</b>
<b>Definição conceitual:</b> É o descoramento da pele e mucosas, decorrente da pouca quantidade de hemoglobina circulante e pela vasoconstrição periférica.
Referências:
CANTO, J. A. <i>et al.</i> Differences in symptom presentation and hospital mortality according to type of acute myocardial infarction. <b>Am. Heart. J.</b> , v. 163, n. 4, p. 572-579, 2012.
COLLIN, M. J. <i>et al.</i> Young patients with chest pain: 1-year outcomes. <b>American Journal of Emergency Medicine</b> , v. 29, p. 265-270, 2011.
FANG, B. R. Acute Myocardial Infarction Presenting with Sudden Death Owing to Cardiac Rupture. <b>Journal of Medical Ultrasound</b> , v. 20, p. 236-239, 2012.
GOEL, P. K. <i>et al.</i> A study of clinical presentation and delays in management of acute myocardial infarction in community. <b>Indian Heart Journal</b> , v. 64, n. 3, p. 295-301, mai./jun., 2012.

HOUCK, P. D. *et al.* Should We Establish a New Protocol for the Treatment of Peripartum Myocardial Infarction? **Tex. Heart Inst. J.**, v. 39, n. 2, p. 244-248, 2012.

HWANG, S. Y. *et al.* Atypical Symptom Cluster Predicts a Higher Mortality in Patients With First-Time Acute Myocardial Infarction. **Korean Circ. J.**, v. 42, p. 16-22, 2012.

MCSWEENEY, J. C. *et al.* Racial Differences in Women's Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms. **Am. J. Crit. Care.**, v. 19, n. 1, p. 63-73, jan., 2010.

**Referência empírica:** Inspeção das regiões palmares, leitos ungueais, mucosas e conjuntivas. Para avaliar a palidez da conjuntiva, o examinador everte a pálpebra inferior e observa a tonalidade. Para avaliar a palidez palmar, abre uma das mãos, estende parcialmente os dedos e examina a coloração palmar. O descoramento deve ser quantificado em escala de uma a quatro cruzes (+/4, ++/4, +++/4 e ++++/4).

Referências:

HUDDLESTON, S. S.; FERGUSON, S. G. **Emergências clínicas:** abordagens, intervenções e auto - avaliação. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.

MARTINS, H. S. *et al.* **Emergências Clínicas** - Abordagem Prática. 8. ed. São Paulo: Manole, 2013.

MORTON, P. G. Infarto agudo do miocárdio. *In:* MORTON, *et al.* **Cuidados críticos de enfermagem uma abordagem holística.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 429-455.

PORTO, C. C. **Vademecum de clínica médica.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PORTO, C. C. **Exame clínico:** bases para a prática médica. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2004.

VERRI, J. Síndrome Coronariana Aguda com elevação do Segmento ST. *In:* NASI, A. L. **Rotinas em pronto socorro.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 125-129.

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A partir das ideias evidenciadas encontradas na revisão dos estudos selecionados, foi possível inferir que palidez é uma característica da dor aguda no Infarto do miocárdio (CANTO *et al.*, 2012; COLLIN *et al.*, 2011; FANG, 2012; GANTT; LINZ, 2012; GOEL *et al.*, 2012; HOUCK; STRIMEL; HWANG, *et al.*, 2012; MCSWEENEY *et al.*, 2010). Os autores que auxiliaram na construção da referência empírica (FERGUSON, 2006; HUDDLESTON; VERRI, 2005; MORTON, 2007; PORTO, 2004; PORTO, 2011) ressaltam que a palidez pode ser avaliada através de exame físico e testes laboratoriais.

Através do exame físico, a palidez pode ser investigada pela inspeção em locais como regiões palmares, leitos ungueais, mucosas e conjuntivas, já que, nessas áreas, os vasos encontram-se próximos à superfície. Como a palidez representa um sinal de alerta para inúmeros distúrbios, além do exame físico, deve ser avaliada através de análise laboratorial, uma vez que se apresenta como indicador clínico para caracterizar os níveis de hematócrito (Ht) e hemoglobina (Hb) abaixo do padrão esperado. Os valores de hematócrito considerados normais em adultos são 37 a 47% em mulheres e 40 a 54% em homens. O padrão de normalidade para a dosagem de hemoglobina em mulheres é de 12 a 16 g/dL e em homens, 13 a 18 g/dL. A dosagem de hemoglobina deve realizada a partir da observação de alterações na

coloração detectada ao exame físico. Ressalta-se, portanto, a importância de se conhecer a precisão da avaliação da coloração cutâneo-mucosa no diagnóstico (PORTO, 2011).

A palidez é sinal de vasoconstrição periférica e sinal clínico de choque cardiogênico, o qual se caracteriza por baixa perfusão tecidual decorrente da dificuldade na contração do músculo cardíaco, comprometendo o débito e o suprimento dos diversos tecidos. Na etiologia do choque cardiogênico estão envolvidas as falhas inotrópicas (alterações de força contrátil) ou cronotrópicas (alterações de ritmo), sendo a mais comum o Infarto agudo do miocárdio (FREITAS *et al.*, 2010). Esse fato é preocupante, já que o choque cardiogênico é a maior causa de morte de pacientes admitidos com Infarto agudo do miocárdio (BIENERT *et al.*, 2012). Desse modo, o prognóstico desses pacientes está relacionado ao acesso ao serviço médico de urgência, rapidez e eficiência do atendimento e obtenção da reperfusão coronariana o mais rápido possível (PESARO *et al.*, 2004).

Quadro 18 - Distribuição dos resultados da análise de conceito referente à característica definidora Fraqueza. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

<b>FRAQUEZA</b>
<p><b>Definição conceitual:</b> Sensação de abatimento, de desânimo, debilidade, fragilidade, estado ou característica daquele a quem faltam força física, resistência ou vigor. Diminuição geral ou local das propriedades vitais e da energia.</p> <p>Referências:</p> <p>COYLE, M. K. Depressive Symptoms After a Myocardial Infarction and Self-care. <b>Archives of Psychiatric Nursing</b>, v. 26, n. 2, p. 127-134, apr., 2012.</p> <p>COVENTRY, L. L., FINN, J.; BREMNER, A. P. Sex differences in symptom presentation in acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. <b>Heart &amp; Lung</b>, St. Louis, v. 40, n. 6, p. 477-491, nov./dec., 2011.</p> <p>HWANG, S. Y. <i>et al.</i> Atypical Symptom Cluster Predicts a Higher Mortality in Patients With First-Time Acute Myocardial Infarction. <b>Korean Circ. J.</b>, v. 42, p. 16-22, 2012.</p> <p>KAUR, R.; LOPEZ, V.; THOMPSON, D. R. Factors Influencing Hong Kong Chinese Patients' Decision-Making in Seeking Early Treatment for Acute Myocardial Infarction. <b>Research in Nursing &amp; Health</b>, v. 29, n. 6, p. 636-646, dec., 2006.</p> <p>KHAN, J. J. B. <i>et al.</i> Associated with acute myocardial infarction in Chinese patients: a questionnaire survey. <b>Journal of Clinical Nursing</b>, v. 19, p. 2720-2729, 2010.</p> <p>MCSWEENEY, J. C. <i>et al.</i> Racial Differences in Women's Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms. <b>Am. J. Crit. Care.</b>, v. 19, n. 1, p. 63-73, jan., 2010.</p>
<p><b>Referência empírica:</b> Relato verbal de sensação de abatimento, de desânimo, debilidade, fragilidade, falta de força física, resistência e vigor.</p> <p>Referências:</p> <p>MARTINS, H. S. <i>et al.</i> <b>Emergências Clínicas</b> - Abordagem Prática. 8. ed. São Paulo: Manole, 2013.</p>

MORTON, P. G. Infarto agudo do miocárdio. In: MORTON, *et al.* **Cuidados críticos de enfermagem uma abordagem holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 429-455.

PORTO, C. C. **Vademecum de clínica médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PORTO, C. C. **Exame clínico**: bases para a prática médica. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2004.

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Na literatura analisada ficou evidenciado que Fraqueza é uma característica definidora para a dor aguda no Infarto do miocárdio (COYLE, 2012; COVENTRY; FINN; BREMNER, 2011; HWANG, *et al.*, 2012; KAUR, LOPES; THOMPSON, 2006; KHAN *et al.*, 2010; MCSWEENEY *et al.*, 2010). Esses autores contribuíram para a construção da definição conceitual e inferem que o IAM desencadeia hipoperfusão aos músculos e desta decorre a dor, a qual é um fator gerador para diminuição da força física. Pacientes que sofreram Infarto agudo do miocárdio relataram que, diante da dor que se acentuava, tinham a sensação de desmaio, sentiam-se fracos, perdendo a força e a capacidade para movimentar o corpo (MUSSI; FERREIRA; MENEZES, 2006). Essa evidência corrobora a referência empírica construída, na qual os autores (MARTNS, 2013; MORTON, 2007; PORTO, 2004; PORTO, 2011) recomendam que o relato verbal de falta de ânimo e de força física são elementos para mensurar a característica fraqueza.

Outro estudo, dessa vez com pacientes de pós-operatório de cirurgia cardíaca, identificou 19 diagnósticos de enfermagem e, dentre estes, Risco para intolerância à atividade foi evidenciado com uma frequência equivalente a 50% (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006). A relação desse diagnóstico com a característica definidora Fraqueza em pacientes com dor aguda no evento do Infarto agudo do miocárdio, encontrada na presente revisão, se justifica pelo fato de essa característica estar relacionada à diminuição da energia e da capacidade física do indivíduo para realizar atividades da vida diária, as quais podem acarretar intolerância à atividade.

Conforme os resultados ora apresentados, a partir da apreciação dos conceitos, dos atributos críticos e dos casos modelo e contrário, foi possível revisar oito CDs do diagnóstico de enfermagem (DE) Dor aguda da Taxonomia NANDA-I (Relato de dor aguda; Diaforese; Pressão sanguínea elevada; Distúrbio do sono; Frequência cardíaca elevada; Frequência respiratória elevada; Ansiedade; Medo; Palidez) e identificar seis novas (Dispneia; Fraqueza; Fadiga; Náusea; Vômito; Palidez), que não apresentam similaridade com as CDs presentes no DE da NANDA-I. Desse modo, são propostas para serem avaliadas quanto à adequação dos componentes ao conceito do diagnóstico, segundo a opinião dos especialistas, a definição

construída na análise de conceito e a constante na NANDA-I, bem como 14 características definidoras e respectivas definições conceituais e referências empíricas (APÊNCICE E).

**CAPÍTULO II: VALIDAÇÃO POR  
ESPECIALISTAS**

## **5 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DA ETAPA DE VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS**

Quanto à seleção do número e qualificação dos enfermeiros especialistas, vários critérios são utilizados pelos pesquisadores. Fehring (1986) recomenda uma amostra de 25 a 50 em relação ao número de especialistas. Hoskins (1989) não traz nenhum critério para o número da amostra. Lopes, Silva e Araújo (2012) propõem estimar o tamanho amostral a partir de fórmulas estatísticas, devendo-se definir o nível de confiança a ser adotado e a extensão do intervalo de confiança.

Esta etapa da pesquisa foi realizada baseando-se nas propostas metodológicas de Hoskins (1989) e foram utilizadas algumas recomendações do modelo de validação de conteúdo proposto por Fehring (1987, 1994), no que diz respeito aos critérios de seleção de especialistas e a utilização do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para determinar o grau em que os componentes são indicativos do diagnóstico, a fim de saber quais irão permanecer ou serão excluídos.

Portanto, esta fase caracteriza-se pela opinião de especialistas em relação à adequação das características definidoras, bem como à pertinência das definições conceituais e referências empíricas construídas para cada característica definidora. Nesta etapa, são estabelecidas quais características representam o conceito e quais serão excluídas. Desse modo, os especialistas têm o papel de determinar o grau com que as características definidoras representam o diagnóstico em estudo.

A etapa de validação pelos especialistas fornece suporte para o aperfeiçoamento dos diagnósticos já aprovados e para o desenvolvimento de novos diagnósticos. Desse modo, o termo “validade” significa a acurácia ou grau em que a medida representa o fenômeno de interesse (GALDEANO; ROSSI, 2006). Nesse sentido, a validação das características definidoras, do conceito e das referências empíricas pelos especialistas irá conferir validade ao diagnóstico de enfermagem Dor aguda no Infarto do miocárdio, tornando-o mais confiável para ser utilizado na prática.

Feito o cálculo do número de especialistas, o passo seguinte é definir quem são os especialistas. Não há um consenso sobre quem pode ser considerado um especialista, mas alguns critérios devem ser observados na escolha. Portanto, selecionar enfermeiros para avaliar a pertinência ou relevância do conteúdo, ou seja, definir quem são os enfermeiros especialistas, constitui-se em um desafio.

Na seleção de enfermeiros especialistas, enfatizam Melo *et al.* (2011), deve ser observado e considerado o conhecimento acerca da natureza do diagnóstico de enfermagem em estudo. Os especialistas devem, além do conhecimento na temática em estudo, serem conhecedores da linguagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem, esclarece Hoskins (1989).

Isso significa que o especialista deve possuir experiência clínica, título na área do diagnóstico a ser validado, além de produção científica na temática de estudo (GALDEANO; ROSSI, 2006). Esses autores ainda ressaltam que a atenção a esses critérios de seleção dos especialistas conferirá maior fidedignidade e confiabilidade aos dados avaliados.

Nesse aspecto, Galdeano e Rossi (2006) asseveram que, independente dos critérios adotados, é importante que o pesquisador deixe claro e justifique quais critérios foram adotados, assim como defina o perfil do enfermeiro especialista utilizado em seu estudo. Os mesmos autores ainda acrescentam que, na seleção dos especialistas, deve-se valorizar o conhecimento na temática da pesquisa e não apenas a aproximação com as taxonomias de enfermagem.

Levin (2001) levanta questionamentos sobre quem são os expertos no contexto dos estudos de validação de conteúdo de diagnósticos de enfermagem, ou seja, indaga sobre quais os critérios para reconhecimento dos enfermeiros “expertos”, e enfatiza que não há consenso na literatura para defini-los.

Bittencourt e Crossetti (2013), em estudo realizado a fim de investigar habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem, identificaram *análise, conhecimento técnico-científico; raciocínio lógico; experiência clínica; conhecimento sobre o paciente; aplicação de padrões; discernimento e perspectiva contextual* como habilidades de pensamento crítico importantes na identificação de um diagnóstico de enfermagem. Por esse resultado se observa que o processo diagnóstico consiste numa série de atividades cognitivas e perceptivas e, desse modo, as habilidades de pensamento crítico estão inter-relacionadas.

A NANDA-I não refere critérios para a seleção dos *experts* e, desse modo, é necessário identificar critérios utilizados em outros estudos de validação de conteúdo a fim de adotar uma padronização (MELO *et al.*, 2011). Nesse contexto, muitas pesquisas têm recorrido a uma variedade de critérios para definir a amostra de especialistas e vários critérios são utilizados pelos pesquisadores para seleção do número e qualificação dos enfermeiros especialistas.

Os critérios de Fehring são os utilizados com mais frequência, principalmente mediante adaptações devido às dificuldades para interpretação dos critérios estabelecidos por

ele, uma vez que o seu modelo foi baseado em realidade norte-americana cuja formação de enfermeiros difere da brasileira, assevera Melo *et al.* (2011).

O modelo de validação de diagnóstico de enfermagem proposto por Fehring (1994) é bastante utilizado por muitos estudos de validação. Esse modelo considera que o especialista deve, minimamente, obter 5 pontos. A titulação de mestre em enfermagem é destacada pelo autor como critério de maior pontuação, conforme mostra o Quadro 19.

Quadro 19 - Sistema de pontuação de especialistas no modelo de validação de Fehring (1994)

<b>Critérios</b>	<b>Pontos</b>
- Mestre em Enfermagem	4
- Mestre em Enfermagem – dissertação com conteúdo relevante dentro da área clínica (diagnósticos da área clínica)	1
- Pesquisa (com publicações) na área de diagnósticos	2
- Artigo publicado na área de diagnósticos em um periódico de referência	2
- Doutorado em diagnóstico	2
- Prática clínica de pelo menos 1 ano de duração na área de enfermagem em clínica médica	1
- Certificado (especialização) em área clínica médica com comprovada prática clínica	2

Fehring (1994) ainda salienta que o especialista deve possuir, além da titulação, conhecimento sobre o diagnóstico de enfermagem em estudo ou em área relacionada, obtido a partir de formação acadêmica, produção científica, experiência clínica e participação em organizações relacionadas aos diagnósticos de enfermagem.

Estudo sobre diagnósticos de enfermagem validados em cardiologia no Brasil identifica a predominância nos trabalhos revisados da utilização dos modelos de validação de Fehring e de seus critérios de seleção de *experts* (LOPES *et al.*, 2012). Chaves, Carvalho e Hass (2010), em estudo de validação do diagnóstico de enfermagem Angústia espiritual, também utilizaram o referencial metodológico proposto por Fehring.

## **6 - OBJETIVO ESPECÍFICO DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS**

- Verificar com especialistas a adequação da definição e das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio.
- Verificar com especialistas a pertinência das definições conceituais e das referências empíricas das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio.

## 7 - MATERIAIS E MÉTODOS DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

### 7.1 Seleção dos especialistas

Nesta etapa, para seleção dos especialistas foram utilizados os critérios propostos por Fehring (1994). Segundo esse autor, o enfermeiro considerado especialista em diagnóstico de enfermagem deve preencher alguns requisitos, conforme apresentados no Quadro 18. Para o levantamento da caracterização dos especialistas foi utilizado um instrumento adaptado de Cavalcante (2011) (ANEXO C).

O tamanho da amostra de especialistas foi estabelecido com base numa proporção de 85% de ESPECIALISTAS QUE CONSIDERARAM PERTINENTES cada componente avaliado. Admitiu-se uma diferença de 15% nessa PROPORÇÃO, incluindo um intervalo de 70 a 100% na referida PROPORÇÃO. Desse modo, para determinar o tamanho da amostra adotou-se uma fórmula a qual considera a proporção final de sujeitos em relação a uma determinada variável dicotômica e a diferença máxima aceitável dessa proporção.

Assim, o tamanho amostral foi definido utilizando a fórmula:  $n = Z\alpha^2 \cdot P \cdot (1-P) / d^2$ , em que  $Z\alpha$  se refere ao nível de confiança (adotado um nível de confiança de 95%),  $P$  representa a proporção de indivíduos que indicam a adequação de cada componente do diagnóstico de enfermagem e  $d$  é a diferença de proporção considerada aceitável (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012). Portanto, tem-se o cálculo:

$$n = Z\alpha^2 \cdot P \cdot (1-P) / d^2$$

$$n = 1,96^2 \cdot 0,85 \cdot 0,15 / 0,15^2$$

$$n = 22 \text{ especialistas}$$

Assim, o cálculo redundou em 22 especialistas incluídos nesta etapa do estudo.

A busca dos enfermeiros com perfil que atendesse às características do estudo foi feita a partir do acesso às listas de nomes de especialistas fornecidas por duas professoras, uma pertencente ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e outra ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. A partir da lista, efetuou-se a busca dos currículos na Plataforma Lattes.

Foram selecionados 59 especialistas que atendiam aos critérios de inclusão conforme Fehring (1994) e enviadas cartas-convite (APÊNDICE A) por *e-mail* com a apresentação das etapas do estudo, exposição dos objetivos e dos métodos da pesquisa. Dos 59 especialistas convidados, 30 aceitaram participar do estudo, para os quais foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e, após a devolução do mesmo, foi enviado o instrumento para que avaliassem. Dos 30 especialistas, 22 responderam à pesquisa em tempo hábil (a saber, 90 dias).

## 7.2 - Instrumento de coleta de dados, período e operacionalização da coleta

O instrumento utilizado foi um questionário dividido em quatro partes, adaptado segundo Cavalcante(2011) (APÊNDICE E): Parte 1 – Instruções para o preenchimento; Parte 2 – Caracterização do Especialista; Parte 3 – Título e definição do diagnóstico de enfermagem Dor aguda, segundo a NANDA-I (NANDA, 2012) a fim de comparar com a sugestão de modificação elaborada na etapa de Análise do Conceito; e parte 4 – Lista de características definidoras propostas ao diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio, com suas respectivas definições conceituais e referências empíricas. Nesta parte, os especialistas deveriam avaliar a pertinência ou não de cada uma das características definidoras apresentadas e a adequação das CDs ao DE.

O material avaliado pelos especialistas passou previamente pela avaliação de três juízas que utilizam a Taxonomia da NANDA-I. Estas não fizeram parte da amostra e avaliaram o instrumento de coleta de dados quanto à clareza, legibilidade e apresentação. As juízas sugeriram mudanças na formatação das tabelas e ainda apontaram a necessidade de citação da referência literária para cada item avaliativo.

## 7.3 - Organização e análise dos dados

Para a verificação da pertinência dos conceitos e das referências empíricas de cada característica definidora ao diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio, foi elaborada uma escala Likert, semelhante às proposições do Modelo de Fehring (1987). Para tanto, foram atribuídas notas de 1 a 5 (1= não é indicativo; 2 = muito pouco indicativo; 3 = de algum modo indicativo; 4 = consideravelmente indicativo; 5 = muito indicativo do diagnóstico). Fehring (1987) propõe que seja calculada a média ponderada das notas, assim são atribuídos pesos preestabelecidos, onde: 1=0; 2= 0,25; 3= 0,5; 4=0,75; 5=1.

Os dados obtidos foram organizados em uma planilha do programa *Microsoft Office Excel 2007* e analisados pelo o *software R* versão 2.14. Para verificar a adequação das proporções de especialistas que consideram cada indicador como pertinente (adequação das características definidoras ao diagnóstico de enfermagem Dor aguda, conceitos e referências empíricas das características definidoras dor aguda), resolveu-se reclassificar as cinco categorias de respostas em apenas duas: **Não pertinente** (que contempla as categorias “não indicativa” “muito pouco indicativa”) e **Pertinente** (composta pelas categorias “de algum

modo indicativa”, “consideravelmente indicativa” e “muitíssimo indicativa”), ou seja, foram atribuídos pesos para cada característica definidora de acordo com o grau de importância confiada pelos especialistas.

Para verificar a adequação do ajustamento das frequências de resposta alocadas para cada uma dessas duas novas categorias, aplicou-se o teste binomial a fim de comparar as proporções de especialistas que concordam com a pertinência de cada item, uma vez que é esperado que as frequências de resposta dos especialistas tendam a se concentrar em uma das duas categorias, ou seja, que uma significativa proporção de profissionais julgue pertinente (ou não pertinente) determinada questão. Salienta-se que a utilização do teste binomial se justifica em virtude deste teste proporcionar maior segurança e consistência na análise dos dados (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013).

De acordo com as recomendações de Fehring (1987), foi feito o cálculo do escore total do diagnóstico (DCV total), assim, as características definidoras que obtiveram média ponderada maior ou igual a 0,80 foram consideradas maiores ou principais, e as menores que 0,80 e maiores de 0,50, como menores ou secundárias. É importante enfatizar que os termos “maiores” e “menores” foram substituídos por características “principais” e “secundárias”, respectivamente, pela Taxonomia II da NANDA-I (NANDA-I, 2010).

#### **7.4 - Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Pronto Socorro Cardiológico de PE. Prof. Luiz Tavares-PROCAPE, cumprindo os critérios estabelecidos pela Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). A anuência para execução da pesquisa foi obtida sob o número 457.504 (ANEXO D).

Aos especialistas que cumpriram os requisitos para participar da pesquisa foi enviada carta-convite e explicados os objetivos da pesquisa. Foi garantido o direito ao anonimato bem como a oportunidade de recusar a participação na pesquisa ou dela retirar-se, quando desejasse. Ademais, todos os especialistas que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 8 - RESULTADOS E DISCUSSÃO DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

Com o intuito de facilitar a interpretação, resolveu-se apresentar os resultados em seções. A primeira parte será dedicada à caracterização do perfil demográfico e profissional dos especialistas, enquanto que na segunda seção serão apresentadas as argumentações estatísticas no tocante à validação das características definidoras, com suas respectivas definições conceituais e referências empíricas.

### 8.1 - Caracterização do perfil dos especialistas

O estudo contemplou uma amostra de  $n=22$  especialistas com idades entre 27 e 55 anos, que trabalhavam ou haviam trabalhado com a temática diagnóstico de enfermagem e dor aguda.

Tabela 3- Caracterização do perfil dos especialistas (n=22). Fortaleza/CE, Brasil, 2014

	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	18	81,82
Masculino	4	18,18
Total	22	100
<b>Faixa Etária (anos)</b>		
27-35	11	50
36-45	7	31,81
> 45	4	18,18
Total	22	100
Região em que trabalha		
Região Nordeste	13	59,09
Região Sudeste	8	36,36
Região Sul	1	4,54
Total	22	100
Titulação		
Mestre	12	54,55
Doutor	10	45,45
Total	22	100
Área de especialização		
Enfermagem em UTI	7	31,81
Urgência e Emergência	3	13,63
Outras áreas	2	9,09
Não possui especialização	10	45,45
Total	22	100
Área do mestrado		
Enfermagem	19	86,36
Nutrição	02	9,09
Saúde coletiva	01	4,54

Total	22	100
Área do doutorado		
Enfermagem	08	36,36
Nutrição	1	4,54
Saúde coletiva	1	4,54
Não possuem doutorado	12	54,55
Total	22	100
Tempo de formação profissional (anos)		
Até 5	7	31,82
5 – 20	8	36,36
> 20	7	31,82
Total	22	100

Fonte: Elaboração própria, 2014

Inferre-se, da Tabela 3, que a maioria dos especialistas (50%) tinha entre 27 e 35 anos. Além disso, nota-se que 81,82% eram do sexo feminino. Quanto à região onde desempenhavam suas atividades profissionais, em sua maioria (59,09%) os enfermeiros trabalhavam em cidades da Região Nordeste, seguidos pelos que trabalhavam na Região Sudeste e Sul.

Pertinente ao tempo de formação profissional, os participantes apresentaram entre 5 e 20 anos de formação (36,36%). Em relação à titulação 45,45% eram doutores e 54,55% eram mestres. No que refere a área de pós-graduação, 86,36% possuíam mestrado em enfermagem, 36,36% tinham doutorado em enfermagem e 31,81% tinham especialização em enfermagem em UTI.

No presente estudo, houve predominância de especialistas do sexo feminino e outros estudos trouxeram resultados semelhantes (CAVALCANTE, 2011; CHAVES 2008; GUEDES, 2011; OLIVEIRA, 2011; POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014). Isso se explica pelo fato de que na enfermagem ainda predomina o sexo feminino, evidenciando a caracterização da atuação quase que exclusiva de mulheres na profissão de enfermagem (MARTINS *et al.*, 2006).

Observou-se que a idade mínima dos especialistas foi 27 anos e a máxima, de 55 anos. O tempo mínimo de formação profissional dos especialistas observado foi de 5 anos e o máximo, de 32 anos. O tempo de formação confere maior experiência, uma vez que são necessários vários anos de atuação para que o profissional adquira conhecimento para atuar como especialista, ou seja, o tempo de atuação profissional é considerado um bom indicador de experiência por influenciar na tomada de decisão (OLIVEIRA, 2011).

Pertinente à região onde os especialistas trabalhavam, a amostra contemplou várias cidades do país, mas com predominância nas cidades do Nordeste e Sudeste. Conforme

o que explica Chaves (2008), quanto maior a diversidade de cidades e conseqüentemente maior representatividade, haverá redução da influência regional e cultural, o que representará menor viés na pesquisa. Observou-se predomínio de especialistas que exerciam suas atividades profissionais nas cidades de São Paulo e Fortaleza. Em estudo realizado sobre o perfil de estudos de validação de diagnósticos de enfermagem, constatou-se que São Paulo apresenta um maior número de pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

A maioria dos especialistas desempenhava suas atividades no campo da docência e desenvolvia pesquisas na área de diagnóstico de enfermagem. Neste estudo, conforme demonstrado, a proporção de enfermeiros mestres em relação àqueles com título acadêmico de doutor foi considerada baixa (Tabela 3).

Houve elevada predominância de especialistas que fizeram mestrado na área de enfermagem e o mesmo ocorreu com relação à formação de doutorado.

Os resultados sobre a formação acadêmica do grupo de especialistas atestam que os profissionais possuíam amplo conhecimento e experiência na temática estudada. Sabe-se que apenas a prática clínica não é suficiente para que o enfermeiro possa fazer seguramente o julgamento sobre os possíveis diagnósticos do paciente que assiste (CHAVES, 2008). É necessário, além da prática, aprofundamento científico no campo específico para favorecer o raciocínio lógico e aumentar a experiência (OLIVEIRA, 2011).

Tabela 4 - Experiência e vivência dos especialistas na temática diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

		n	%
<b>Estudos na área de diagnóstico de enfermagem</b>	Sim	17	77,27
	Não	5	22,73
<b>Monografia de especialização</b>	Sim	7	31,82
	Não	15	68,18
<b>Dissertação</b>	Sim	14	63,64
	Não	8	36,36
<b>Tese</b>	Sim	10	45,45
	Não	12	54,55
<b>Artigo científico</b>	Sim	20	90,91
	Não	2	9,09
<b>Outros</b>	Sim	7	31,82
	Não	15	68,18
<b>Estudos na área de dor aguda</b>	Sim	8	36,36
	Não	14	63,64
<b>Monografia de graduação</b>	Sim	4	18,18
	Não	18	81,82
<b>Monografia de especialização</b>	Sim	4	18,18
	Não	18	81,82
<b>Dissertação</b>	Sim	4	18,18
	Não	18	81,82

	Não	18	81,82
<b>Artigo científico</b>	Sim	10	45,45
	Não	12	54,55
<b>Outros</b>	Sim	8	36,36
	Não	14	63,64
<b>Atividade profissional Instituição de ensino</b>	Sim	18	81,82
	Não	4	18,18
<b>Hospital</b>	Sim	10	45,45
	Não	12	54,55

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Com relação à experiência e vivência dos profissionais na área do estudo, os entrevistados citaram mais de uma resposta para cada uma das questões relacionadas ao tema.

Desse modo, com base nos resultados apresentados na Tabela 4, os trabalhos de monografia e a produção de artigos científicos foram as principais respostas informadas pelos profissionais quando se trata dos estudos desenvolvidos tanto na área de diagnóstico de enfermagem (49,33%) quanto na área de dor aguda (52,94%).

Além disso, as instituições de ensino são, atualmente, o principal lastro laboral desses especialistas (81,82%), seguido das atividades realizadas em hospitais (45,45%).

Todos os especialistas referiram já terem identificado o diagnóstico de enfermagem Dor aguda na prática profissional, seguidos pelos que ensinavam disciplina com a temática diagnóstico de enfermagem.

Para atuar como especialista na validação de conteúdo é importante incluir enfermeiros com experiência em diagnósticos de enfermagem, bem como com conhecimento no assunto em questão (GALDEANO, 2008).

Observa-se que os especialistas participantes do presente estudo possuíam conhecimento teórico-técnico, bem como a experiência e vivência profissional e acadêmica no que tange às questões norteadoras das temáticas de diagnóstico em enfermagem e de dor aguda. Esse resultado confere ao grupo de enfermeiros competência para atuarem como especialistas.

A caracterização dos especialistas encontrada no presente estudo assemelha-se à de outros estudos de validação de diagnóstico de enfermagem (POMPEO, 2012; GUEDES, 2011).

Assim, de modo geral, o perfil demográfico e, principalmente, profissional apresentado demonstrou que os especialistas participantes possuíam perfil apropriado, conhecimento teórico-técnico, experiência e vivência profissional na temática do estudo, o

que os habilitava para compor o grupo, já que a experiência acadêmica e prática é uma forma de favorecer a aquisição de conhecimento (GALDEANO; ROSSI, 2006).

Tabela 5 - Caracterização da experiência profissional na temática de estudo. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

		n	%
Participação em projetos envolvendo a temática de diagnóstico de enfermagem	Sim	21	95,45
	Não	1	4,55
Participação em projetos envolvendo a temática dor aguda	Sim	6	28,57
	Não	15	71,43
Utilização do diagnóstico de enfermagem na prática profissional	Sim	20	90,91
	Não	2	9,09
Assistência de enfermagem a indivíduos com dor aguda	Sim	17	77,27
	Não	5	22,73
Identificação do diagnóstico de enfermagem Dor	Sim	22	100,00
Ensino de disciplina com a temática diagnóstico de enfermagem	Sim	19	86,36
	Não	3	13,64
Por quanto tempo (média ± DP)		10,05 ± 4,98	
Se sim, por quanto tempo (anos)	Até 5	5	25,00
	5 – 15	12	60,00
	> 15	3	15,00
Ensino de disciplina na temática dor aguda	Sim	15	68,18
	Não	7	31,82
Por quanto tempo (média ± DP)		8,56 ± 8,44	
Se sim, por quanto tempo	Até 5	11	68,75
	5 - 15	2	12,50
	> 15	3	18,75

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A Tabela 5 revela que 95,45% deles participavam ou haviam participado de projetos envolvendo a temática de diagnóstico de enfermagem e 28,57% participavam ou havia participado de projetos envolvendo a temática de dor aguda.

Um dado importante extraído desse perfil é que aproximadamente 91% dos especialistas pesquisados utilizavam ou haviam utilizado o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional, e todos já haviam identificado o diagnóstico Dor aguda e 77,27% prestavam ou já haviam prestado assistência de enfermagem a indivíduos com dor aguda.

No tocante à experiência com a temática do estudo, a maioria dos especialistas desenvolveu estudos de diagnóstico de enfermagem da Taxonomia da NANDA-I, seguidos por aqueles que na prática clínica prestavam assistência a indivíduos com dor aguda.

Esses resultados se assemelham aos de outro estudo (CHAVES, 2008) no qual houve equiparação da experiência dos especialistas atuando tanto na assistência quanto no ensino e na pesquisa. Essa variação é importante para assegurar a qualidade dos especialistas bem como a capacidade dos mesmos para fornecer fidedignidade aos dados avaliados.

Do ponto de vista acadêmico, 86,36% dos entrevistados ministravam ou já haviam ministrado disciplinas que envolvessem a temática de diagnóstico de enfermagem por, aproximadamente, 10 anos ( $\pm$  5 anos); e 68,18% ministravam ou já haviam ministrado disciplinas que envolvessem a temática dor aguda por até 5 anos (68,75%) nas instituições de ensino superior.

Na seção que se segue serão apresentados os elementos estatísticos que foram utilizados para avaliação da definição do diagnóstico de enfermagem Dor aguda, e validação das características definidoras com suas respectivas definições conceituais e referências empíricas, a partir das respostas dos 22 especialistas.

Após descrever a definição apresentada pela NANDA-I(2012) para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda e a sugestão de mudança da definição decorrente da análise de conceito, foi solicitado aos especialistas o julgamento da definição que representasse melhor o conceito do diagnóstico.

Tabela 6 - Avaliação pelos especialistas das definições propostas ao diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

<b>CONCEITO DIAGNÓSTICO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de lesão (NANDA-I 2012).	10	45,46
Dor torácica retroesternal do lado esquerdo; constrictiva, opressiva, esmagante, típica isquêmica, de início súbito, intermitente, que irradia para o pescoço, ombro esquerdo, mandíbula, região interescapular, braço esquerdo, costas, epigastro. É desencadeada por redução da perfusão miocárdica; morte do tecido miocárdico. Não tem duração maior que o curso usual de uma doença aguda ou maior do que o tempo requerido para a cura da lesão e pode perdurar de 15 até 30 minutos. Produz respostas neurovegetativas como pressão sanguínea elevada; frequência cardíaca elevada, frequência respiratória elevada, diaforese, dispneia, náusea, vômito, ansiedade, distúrbio do sono, medo, fadiga, palidez e fraqueza (Análise de Conceito).	12	54,54

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Os 22 especialistas opinaram sobre a definição mais adequada para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda, e 12 deles (54,54%) concordaram que a melhor definição é a resultante da Análise de conceito, enquanto que 10 (45,45 %) acreditavam que a definição mais apropriada era a proveniente da NANDA-I (2012).

Uma especialista sugeriu a troca do termo “produz” por “pode produzir” para a definição decorrente da análise de conceito, tendo em vista que a dor do infarto, a depender da individualidade clínica de cada paciente, pode se apresentar de formas diferentes, sobretudo no que se refere aos sintomas associados.

Em relação à duração da dor descrita na definição 2 “Dor torácica retroesternal do lado esquerdo; constrictiva, opressiva, esmagante, típica isquêmica, de início súbito, intermitente, que irradia para o pescoço, ombro esquerdo, mandíbula, região interescapular, braço esquerdo, costas, epigastro. É desencadeada por redução da perfusão miocárdica; morte do tecido miocárdico. Não tem duração maior que o curso usual de uma doença aguda ou maior do que o tempo requerido para a cura da lesão e pode perdurar de 15 até 30 minutos. Produz respostas neurovegetativas como pressão sanguínea elevada; frequência cardíaca elevada, frequência respiratória elevada, diaforese, dispneia, náusea, vômito, ansiedade, distúrbio do sono, medo, fadiga, palidez e fraqueza”. Uma das especialistas identificou redundância no que diz respeito à duração do episódio de dor e recomendou a retirada da expressão “*Não tem duração maior que o curso usual de uma doença aguda ou maior do que o tempo requerido para a cura da lesão*”.

Outra especialista sugeriu que fosse acrescentada à expressão “um período curto de minutos a semanas”. Outra sugeriu que fosse acrescentado o tempo em minutos. Essas recomendações são importantes para identificar o tempo e a duração da dor para que possa se considerar dor aguda ou não.

Ainda em relação à definição decorrente da análise de conceito, uma especialista sugeriu acrescentar na definição a palavra “torácica” em substituição a “dor no peito”; segundo a mesma, a definição ficaria: “apresentam dor torácica com irradiação, hipertensão arterial, mal-estar, náusea, vômito, palidez, sudorese, taquicardia, desconforto respiratório”. Contudo, sabe-se que, em virtude de a definição 2 ser resultante das características para a dor aguda no infarto encontradas nos estudos selecionados, os quais trazem, em sua maioria, a expressão “dor localizada no peito”, portanto, após a análise de conceito, resolveu-se por defini-la nesses termos.

Ainda na avaliação da definição procedente da análise de conceito, uma especialista sugeriu incluir a palavra “súbita”. Uma vez que a mesma contempla o tempo de início da dor, um dos atributos importantes para definir a dor aguda no Infarto agudo do miocárdio (IAM).

Diante das opiniões das especialistas e das discussões, os resultados demonstram o predomínio das que concordam que a definição que melhor representa o conceito diagnóstico, é a resultante da análise de conceito.

A seguir, são apresentados os resultados da validação de conteúdo das 14 características definidoras “Relato de dor aguda” até “Referência empírica da fraqueza”, que medem, conjuntamente, as características definidoras, bem como as definições do conceito e referência empírica de tais características, a partir da proporção de especialistas que consideraram a validade desses itens.

Tabela 7 - Pertinência da CD Relato de dor aguda para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

Itens	Pertinente		Não pertinente		Significância (Valor-p)	Classificação
		%		%		
<b>Relato de dor aguda</b>	22	100,00	0	0,00	1,000	0,95
<b>Definição conceitual</b>	21	95,45	1	4,55	0,972	0,90
<b>Referência empírica</b>	22	100,00	0	0,00	1,000	0,78

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A Tabela 7 mostra que a CD Relato de dor aguda é muito significativa, assim como a definição conceitual e referência empírica. Essa característica apresentou grande pertinência e alta significância para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda no Infarto agudo do miocárdio. Observa-se que a referida CD obteve índice de concordância estatisticamente significativo, com pontuação maior que 0,80, portanto, classificada como maior ou principal para sua indicação tanto como característica definidora (0,95) quanto para definição conceitual (0,90), e como menor ou secundária para referência empírica (0,78).

Conforme os resultados apresentados, os especialistas em sua totalidade consideram que a característica definidora (CD) Relato de dor aguda é adequada e pertinente para caracterizar a presença da dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio.

O sintoma mais importante e típico do IAM é a dor ou desconforto intenso retroesternal, que é muitas vezes referido como aperto, opressão, peso ou queimação, podendo irradiar-se para o pescoço, mandíbula, membros superiores e dorso (PAIM; AZZOLIN; MORAES, 2012). A dor é um fenômeno subjetivo que sofre influência sócio cultural e de fatores econômicos e ambientais, e, apesar da evolução da analgesia, muitos pacientes ainda sofrem com dor (FREITAS *et al.*, 2010). Na síndrome coronária aguda, a dor no peito vai

aumentar gradualmente em poucos minutos. Assim, devido à subjetividade, sua avaliação se baseia principalmente nos dados da história clínica, dos resultados do exame físico e das respostas do paciente às escalas que caracterizam a intensidade e qualidade (GUEDES, 2011).

A avaliação de dor torácica é prática de rotina em serviços de emergência e muitos são os exames de avaliação do paciente com dor torácica na sala de emergência. Vários métodos são utilizados para avaliação da dor e inúmeras são as escalas utilizadas para mensuração.

Entre os testes de diagnóstico para a detecção de danos do músculo cardíaco e diagnóstico diferencial para a dor torácica aguda estão a angiografia de coronárias por tomografia computadorizada, o eletrocardiograma (ECG), o ecocardiograma e vários outros exames que incluem os marcadores bioquímicos de injúria miocárdica.

Os marcadores de necrose cardíaca devem ser dosados a partir do início da dor e pelo menos a cada 8 até 24 horas em todos os pacientes que relatam dor torácica sugestiva de cardiopatia (OLIVEIRA; LEITÃO, 2010). Esses marcadores são úteis para diagnosticar a necrose miocárdica assim como para traçar prognóstico da síndrome coronariana. Os marcadores mais usados são a fração de creatinofosfoquinase-MB (CK-MB) e de níveis de troponina.

A doença cardíaca continua a ser umas das principais causas de morte em todo o mundo e, nesse contexto, muitas pesquisas são realizadas no intuito de identificar biomarcadores novos. Atualmente são utilizados novos biomarcadores de injúria cardíaca, no entanto, apesar do progresso e aumento notável no ritmo e evolução para aplicações clínicas mais sofisticadas e promissoras possibilidades para melhorar o atendimento de pacientes com SCA, muitos ainda não apresentam evidências e valor na prática clínica (MYERS, 2009).

Emerge desse contexto a necessidade de avaliação crítica com maior atenção e rigor da utilidade clínica, ou seja, é necessário que esses biomarcadores permitam medição confiável, sejam de razoável custo e que o tempo de resposta seja rápido (MORROW; LEMOS, 2007).

Ainda segundo Morrow e Lemos (2007), os biomarcadores podem ser usados para detecção precoce da doença subclínica, avaliação diagnóstica de uma síndrome clínica aguda ou crônica, estratificação do risco de pacientes com diagnóstico confirmado ou suspeito, seleção de uma intervenção terapêutica adequada e monitorização da resposta à terapia.

Dentre os biomarcadores mais utilizados, estão os exames das troponinas cardíacas. As troponinas cardíacas são proteínas envolvidas no processo de contração das fibras musculares cardíacas e em condições normais não estão presentes na circulação

sanguínea. A troponina é útil para o diagnóstico e seleção dos doentes. Um resultado normal da troponina T ultrasensível é altamente sugestivo de ausência de IAM (MYERS, 2009). As troponinas cardíacas T e I são atualmente consideradas como os marcadores-padrões no diagnóstico da lesão isquêmica do miocárdio e na suspeita de Infarto agudo de miocárdio (IAM), tornando-se um biomarcador angular de cuidados para pacientes com suspeita de Síndrome Coronariana Aguda – SCA (MORROW; LEMOS, 2007).

Também há de se enfatizar a relevância da dosagem da proteína C-reativa (PCR) na avaliação dos pacientes atendidos no setor de emergência com quadro de dor torácica sugestiva de isquemia miocárdica. Mesmo não havendo consenso sobre a aplicação do marcador da proteína C-reativa (PCR) na avaliação de pacientes com doença cardiovascular, há evidência deste marcador no evento agudo, cujos valores da proteína C-reativa de alta sensibilidade foram encontrados em alta prevalência na fase aguda do Infarto agudo do miocárdio (SÁ *et al.*, 2009).

A proteína C-reativa (PCR), um marcador de resposta de fase inflamatória aguda sintetizada no fígado, é uma ferramenta útil na identificação de novos eventos daqueles pacientes com maior risco de doença coronariana (RIDKER, 2010; POTSCH *et al.*, 2006). Assim, a ocorrência de uma PCR elevada por ocasião da internação é um preditor de maior gravidade em pacientes com dor torácica.

No contexto da avaliação da causa da dor, o eletrocardiograma se apresenta como um dos exames mais utilizados em presença da queixa de dor torácica aguda sugestiva de comprometimento miocárdico. Achados eletrocardiográficos são fundamentais para diagnosticar alterações morfológicas. Os pacientes que apresentam no eletrocardiograma supradesnível de segmento ST ou de bloqueio do ramo esquerdo associado à dor torácica têm alta probabilidade inicial de Infarto agudo do miocárdio (ROSA; DAMIANI; SCOPEL, 2010).

Outro método diagnóstico para a dor precordial nos pacientes que procuram o Serviço de Emergência (SE) é a cintilografia miocárdica perfusional de repouso. A cintilografia de perfusão miocárdica é um método amplamente utilizado em SE e é capaz de fornecer informações diagnósticas e prognósticas quanto ao defeito perfusional, extensão e artéria comprometida e contribui para esclarecer os quadros de dor precordial naqueles pacientes sem histórico de coronariopatia prévia e eletrocardiograma não diagnóstico (ROSA DAMIANI; SCOPEL, 2010). No entanto, um dos entraves para a realização desse tipo de exame é o fato de poucos serviços disporem do equipamento, disso decorrendo o alto custo para realização do mesmo.

Também, como método de avaliação diagnóstica para doença cardíaca e diagnóstico diferencial para a dor torácica, é bastante utilizada a angiotomografia coronariana. É um método para a avaliação de pacientes no cenário da dor torácica aguda no departamento de emergência, sobretudo nos casos de suspeita de síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento de ST (PRAZERES *et al.*, 2013). Esse método permite a visualização diagnóstica de estruturas cardíacas e do lúmen das artérias coronarianas com alta sensibilidade e especificidade.

Além desses métodos citados, pode ser utilizada também a ecocardiografia, que é um exame de rotina e de grande utilidade, com vantagem de evidenciar comprometimento miocárdico segmentar. O ecocardiograma com Doppler é um método útil, no entanto não tem poder de diagnóstico diferencial da dor torácica, apenas exclui a possibilidade de outras patologias concomitantes, como estenose aórtica, hipertensão pulmonar aguda, pericardites com derrame, entre outras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Entretanto, apesar dos vários métodos e instrumentos para quantificar, diferenciar e diagnosticar a origem da dor torácica aguda, alguns autores têm demonstrado que é possível, através da história e sinais clínicos, identificar subgrupos de pacientes com dor torácica e risco de complicações (CANTO *et al.*, 2012; COVENTRY; DIMITRIOS *et al.*, 2007; FINN; BREMNER, 2012; SOTO, 2011).

Diante das considerações apresentadas, observa-se que a percepção da dor, que é sempre subjetiva e auto-observada, tem no relato verbal (oral ou escrito) uma das principais formas de descrever e comunicar essa percepção (FERREIRA; PREDEBON; CRUZ; RABELO, 2011). Nesse sentido, o relato de dor do paciente é considerado como principal parâmetro para avaliação (PINTO; CASA, 2005).

Tabela 8 - Pertinência da CD Diaforese para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

Itens	Pertinente	%	Não pertinente	%	Significância (Valor-p)	Classificação
<b>Diaforese</b>	21	95,45	1	4,55	0,972	0.80
<b>Definição conceitual</b>	22	100,00	0	0,00	1,000	0,92
<b>Referência empírica</b>	22	100,00	0	0,00	1,000	0,87

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A Tabela 8 mostra que a CD diaforese é uma característica bastante significativa para o diagnóstico no contexto do Infarto agudo do miocárdio. Essa característica apresentou grande pertinência e alta significância para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda.

Destaca-se que Diaforese é uma das oito características propostas na Taxonomia II da NANDA-I (2012), para o DE Dor aguda. A mesma, conforme exposto na Tabela 8, obteve índice de concordância estatisticamente significativo, com pontuação igual a 0,80, sendo classificada como principal para sua indicação tanto como característica definidora (0,80) quanto para definição conceitual (0,92) e referência empírica (0,87).

Uma das especialistas sugeriu iniciar a referência empírica para a CD Diaforese por: “Identificação de transpiração excessiva pelo método de inspeção das mãos, pés, axilas, rosto, mamas, região inguinal e couro cabeludo”, em substituição a “Identificação pelo método de inspeção das mãos, pés, axilas, rosto, mamas, região inguinal e couro cabeludo”. A sugestão foi acatada.

A evidência da associação da dor precordial com a presença de sudorese intensa e mal-estar geral em pacientes com diagnóstico de Infarto agudo do miocárdio atendidos em serviço hospitalar de emergência também foi identificada por outros estudos (BRAULIO *et al.*, 2011; FRANCO *et al.*, 2008).

Sabe-se que a dor aguda desencadeia respostas do sistema nervoso autônomo (HELMS; BARONE, 2013) e, desse modo, a característica diaforese é comumente presente no Infarto agudo de miocárdio e em especial aqueles com infarto inferior, que apresentam sudorese fria (BERGER, 2009). Pacientes com infarto de parede inferior evoluem mais frequentemente com bloqueio átrio-ventricular. Essa condição agrava o baixo débito cardíaco já existente, fazendo com que esses pacientes tenham mais chance de desenvolver choque cardiogênico e, em decorrência deste, apresentarem sudorese.

Tabela 9 - Pertinência da CD Pressão sanguínea elevada para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

Itens	Pertinente	%	Não pertinente	%	Significância (Valor-p)	Classificação
Pressão sanguínea elevada	22	100,00	0	0,00	1,000	0,82
Definição conceitual	22	100,00	0	0,00	1,000	0,89
Referência empírica	21	95,45	1	4,55	0,972	0,78

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A Tabela 9 apresenta os resultados da avaliação da CD Pressão sanguínea elevada. Verificou-se que quase todas especialistas assinalaram como característica pertinente. Ressalta-se que Pressão sanguínea elevada é uma das oito características propostas na Taxonomia II da NANDA-I (2012) para o DE Dor aguda. Observa-se que, no presente estudo, a mesma foi classificada como indicador principal tanto para a característica definidora quanto para a definição conceitual, uma vez que obteve pontuação  $> 0,80$  de concordância entre as especialistas.

Em relação à referência empírica para a CD Pressão sanguínea elevada, uma especialista sugeriu que fosse referenciado o que deve ser considerado pressão sanguínea elevada e não apenas como a pressão, propriamente dita, será mensurada. Essa sugestão foi aceita e reformulada a referência empírica. Desse modo, foi acrescentado: “após mensurada a pressão arterial sistólica (PAS), a CD será considerada presente se a PAS maior ou igual 90 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 140 mmHg”. Ainda em relação à referência empírica para a característica Pressão sanguínea elevada, outra especialista sugeriu acrescentar que essa CD pode ser avaliada pela instalação de monitor multiparâmetros. Essa sugestão não foi aceita pelo fato de que o serviço hospitalar nem sempre dispõe desse monitor para avaliar a pressão, sendo quase sempre essa avaliação feita por verificação com aparelhos manuais e pela técnica auscultatória.

A Pressão arterial (PA) é a força com que o sangue flui através das artérias e incidentes súbitos e intensos de estresse ou ansiedade podem desencadear aumento na pressão arterial (MORTON, 2007). A pressão sanguínea elevada é uma resposta neurovegetativa desencadeada pelo processo doloroso.

Outros estudos trazem evidências da elevação da pressão arterial associada com dor aguda no episódio de Infarto agudo do miocárdio (FORTES, 2007; PEREIRA, *et al.*, 2011; SOARES *et al.*, 2009). Essas evidências fortalecem os resultados do presente estudo, no qual a característica definidora Pressão sanguínea elevada foi considerada por todas as especialistas como preditora para caracterizar a dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio.

A normotensão se caracteriza por valores normais de PA ( $< 140/90$  mmHg) enquanto que a hipertensão se caracteriza por valores anormais da PA ( $\geq 140/90$  mmHg), em três aferições consecutivas, em momentos e horários distintos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014). A hipertensão arterial sistólica (HAS) é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual.

Conforme a medição causal no consultório, a PA podem ser classificada em Ótima, quando a Pressão Arterial Sistólica (PAS) está  $< 120\text{mmHg}$  e a Pressão Arterial Diastólica (PAD) está  $< 80\text{mmHg}$ ; Normal quando a PAS  $< 130\text{mmHg}$  e PAD  $< 85\text{mmHg}$ ; Limítrofe com PAS entre  $130\text{-}139\text{mmHg}$  e PAD entre  $85\text{-}89\text{mmHg}$  (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A HAS é classificada em estágios nos quais a Hipertensão estágio 1 é a PAS entre  $140\text{-}159\text{mmHg}$  e a PAD entre  $90\text{-}99\text{mmHg}$ ; Hipertensão estágio 2 com PAS entre  $160\text{-}179\text{mmHg}$  e PAD entre  $100\text{-}109\text{mmHg}$ , Hipertensão estágio 3 com PAS  $\geq 180\text{mmHg}$  e PAD  $\geq 110\text{mmHg}$  e Hipertensão Sistólica Isolada quando a PAS se encontra  $\geq 140\text{mmHg}$  e a PAD  $< 90\text{mmHg}$  (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

A pressão arterial sanguínea representa a energia potencial para perfusão tecidual e a magnitude da pressão arterial (PA) está diretamente relacionada ao débito cardíaco (DC) e à resistência vascular sistêmica (RVS) (MARTINS, 2013). Assim, a pressão arterial sistólica correspondente ao final da sístole, determinada pelo volume sistólico ventricular esquerdo, velocidade de ejeção e elasticidade da parede aórtica. Enquanto que a pressão arterial diastólica corresponde ao relaxamento do ventrículo. Esta se estabelece pela resistência periférica e frequência cardíaca.

O aumento dos níveis tensionais é importante preditor de risco para doenças cardiovasculares e a mensuração da pressão arterial (PA) é a conduta inicial para avaliação e adequado diagnóstico de hipertensão (RIBEIRO; LAMAS, 2012). Entretanto, sabe-se que a não utilização da técnica adequada para medição da pressão arterial conduzirá a resultados não fidedignos.

A pressão arterial pode ser medida por método direto, através da introdução de um cateter na artéria acoplado a um transdutor ou por método indireto (não invasivo) com técnica auscultatória ou oscilométrica, sendo a primeira auscultatória a mais utilizada na prática clínica, cuja mensuração é obtida por meio de um esfigmomanômetro.

A medida direta da PA, feita por cateterismo intra-arterial (CI), é considerada padrão ouro. Porém, mesmo fornecendo valores pressóricos fidedignos, a natureza invasiva do método direto restringe seu uso (BENETTI *et al.*, 2013). Essa técnica é realizada por meio da canulação intra-arterial radial, pediosa, femoral ou axilar, punção percutânea e dissecação cirúrgica (POLITO; FARINATTI, 2003).

Uma das vantagens da sua utilização é a possibilidade de monitorização hemodinâmica contínua. Entretanto, existem fatores de risco com alta incidência, os quais estão relacionados ao tamanho do cateter, duração prolongada da canulação, punção em

artéria de pequeno calibre, repetidas tentativas de cateterização e doença aterosclerótica difusa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010, 2010; BENETTI *et al.*, 2012).

As complicações relacionadas à monitorização direta da pressão arterial são raras, no entanto, podem ocorrer trombose arterial com isquemia distal, hemorragia por desconexão do cateter, hematoma, vasoespasmos, injúria de nervo, infecção local, embolização com bolhas de ar ou trombos, injeção inadvertida de drogas, formação de pseudo-aneurisma e interpretação incorreta dos dados (BENETTI *et al.*, 2012; MOTA; MARQUES, 2006; POLITO; FARINATTI, 2003). Apesar disso, este método é usualmente utilizado em intervenções terapêuticas permitindo a obtenção seriada de dados relativos à oxigenação sanguínea.

A medição da pressão pela técnica auscultatória requer a utilização do estetoscópio e esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneróide (RODRIGUES *et al.*, 2010). No entanto, os aparelhos aneróides reservam a desvantagem de descalibram-se mais facilmente e a descalibração dos esfigmomanômetros influencia nos resultados da avaliação da PA.

Em estudo realizado com o objetivo avaliar as condições de uso dos esfigmomanômetros tipo aneróide utilizados em hospitais, verificou-se que 56,2% dos manômetros estavam descalibrados e ainda que em 70,2% não era feita avaliação periódica (SERAFIN *et al.*, 2012). Recomendam-se que os esfigmomanômetros aneróides ou de coluna de mercúrio sejam avaliados periodicamente, pelo menos, a cada 6 meses (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Outro problema relacionado aos esfigmomanômetros de coluna de mercúrio é o risco de contaminação dos profissionais pelo metal. De acordo com a norma regulamentadora NR 15 (125.001-9 / I4, esses aparelhos estão atualmente sendo substituídos por equipamentos semiautomáticos ou aneróides (RODRIGUES *et al.*, 2010).

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão recomendam para a medida da pressão arterial indireta a técnica em dois tempos. Essa técnica consiste no método palpatório preliminar da pressão arterial sistólica (primeiro tempo) e tem como finalidade assegurar um nível adequado de inflação antes que a medição auscultatória (segundo tempo) seja feita (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Para executar a aferição é necessário antes preparar o paciente. Deve-se explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Instruí-lo a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia,

não praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos, não fumou nos 30 minutos anteriores.

No primeiro tempo recomenda-se fazer a medição da circunferência do braço do paciente para escolher o tamanho do manguito, logo em seguida, colocar o manguito 2 a 3 cm acima da fossa cubital, centralizando a parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial; estimar o nível da pressão sistólica (palpar o pulso radial e inflar o manguito até o seu desaparecimento, desinflando rapidamente; o reaparecimento do pulso corresponderá à pressão sistólica). Daí espera-se um minuto e procede-se ao segundo tempo com a palpação da artéria braquial na fossa cubital e colocação do diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva; inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica; proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo); determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação; determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff); auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar o seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa; se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar os valores da sistólica/diastólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Contrariando o recomendado, o que se observa na prática são erros, como exemplo o uso da técnica em um tempo, que não utiliza a estimativa palpatória da pressão sistólica, e a justificativa apresentada pelos profissionais é a economia de tempo que essa técnica permite (RIBEIRO; LAMAS, 2012). Outra fonte de erro sobre a medida da pressão arterial é a preferência do observador em arredondar os valores encontrados para números terminados em zero ou cinco (PIERRIN *et al.*, 2000).

A PA retrata as condições do sistema circulatório e assim advém a necessidade de aquisição de conhecimento teórico e prático no campo da esfigmomanometria por parte dos profissionais para efetiva mensuração e interpretação dos dados hemodinâmicos (ARAUJO; ARCURI, 1998).

Tabela 10 - Pertinência da CD Distúrbio do sono para o diagnóstico de enfermagem. Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

Itens	Pertinente	%	Não pertinente	%	Significância (Valor-p)	Classificação
Distúrbio do sono	17	77,27	5	22,73	0,226	0,65

Definição conceitual	20	90,91	2	9,09	0,863	0,57
Referência empírica	20	90,91	2	9,09	0,863	0,56

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Distúrbio do sono foi considerada uma CD secundária para o DE Dor aguda em pacientes com IAM. É uma das oito características propostas na Taxonomia II da NANDA-I (2012) consideradas adequadas no contexto clínico do estudo segundo apreciação dos especialistas. Conforme exposto na Tabela 10, observa-se que, para essa característica definidora, bem como definição conceitual e referência empírica, foi atribuída pontuação abaixo de 0,80, sendo classificada como menor ou secundária. Ressalta-se que essa CD, apesar da reduzida pontuação obtida, não ficou abaixo de 0,50, o que justifica a não exclusão da mesma. Apesar da baixa significância estatística encontrada para essa CD no presente estudo, outras evidências de distúrbio do sono foram encontradas em pacientes com diagnóstico de Infarto agudo do miocárdio. Nessas evidências ficou claro que experiências dolorosas frequentemente resultam em alterações biológicas, psicossociais e sofrimento, daí resultando entre outros prejuízos de sono (RIGOTTI; FERREIRA, 2005; PAIVA, 2007; FORTES, 2007).

Os distúrbios de sono mais comuns são insônia, a apneia obstrutiva do sono e a síndrome das pernas inquietas. São comuns também o sono insuficiente e o atraso de fase de sono (SOUZA; REIMAO, 2004).

A insônia é um sintoma que pode ser definido como dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, caracterizado pela má qualidade e quantidade de horas de sono insuficiente para atender e restabelecer as necessidades do indivíduo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE SONO, 2003). Já a apneia obstrutiva do sono é caracterizada por episódios recorrentes de cessação do fluxo aéreo decorrente do colapso inspiratório das vias aéreas durante o sono, seguida de queda da saturação arterial de oxigênio. Essa condição é muito prevalente e ainda pouco diagnosticada entre os pacientes cardiopatas (PEDROSA; LORENZI-FILHO; DRAGER, 2008). A síndrome das pernas inquietas é uma desordem sensorial que causa na pessoa uma necessidade incontrolável de mover as pernas. Pessoas com síndrome das pernas inquietas não têm sono suficiente e podem sentir-se cansadas e sonolentas durante o dia (SOUZA; REIMAO, 2004).

Os distúrbios do sono estão entre os estados clínicos com maior impacto de saúde, social e econômico, havendo forte relação entre qualidade de sono e doenças cardiovasculares (PEREIRA *et al.*, 2011) e o diagnóstico de insônia está vinculado à sensação de sono

insuficiente, com sintomas diurnos, como cansaço, irritabilidade, dificuldades de concentração e de memória, labilidade emocional, cefaleia e/ou depressão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE SONO, 2003).

Tabela 11 - Pertinência da CD Frequência cardíaca elevada para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

Itens	Pertinente	%	Não pertinente	%	Significância (Valor-p)	Classificação
Frequência cardíaca elevada	22	100,00	0	0,00	1,000	0,82
Definição conceitual	22	100,00	0	0,00	1,000	0,83
Referência empírica	21	95,45	1	4,55	0,972	0,85

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A Tabela 11 traz a pertinência da CD Frequência cardíaca elevada. Esta é uma das oito características dispostas na Taxonomia II da NANDA-I adotadas no estudo, e os resultados mostram que quase todas as especialistas asseguraram-na como pertinente. Observa-se que Frequência cardíaca elevada obteve 0,82 para característica definidora, 0,83 para a definição conceitual e 0,85 para referência empírica. Ou seja, todos obtiveram pontuação maior ou igual a 0,80, sendo classificados como indicador principal para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio.

Em relação à referência empírica para a CD Frequência cardíaca elevada, uma especialista sugeriu que fossem citados quais parâmetros são considerados para caracterizar a frequência cardíaca elevada e não apenas como a frequência cardíaca pode ser mensurada. Essa sugestão foi aceita e foi reformulada a referência empírica. Sendo acrescentado: “após mensurada a frequência cardíaca (FC), a CD será considerada presente se FC maior que 100 bpm”.

A frequência cardíaca representa o número de batimentos cardíacos por minuto, podendo ser avaliada por alguns métodos. A frequência cardíaca normal em um adulto deve estar entre 60 – 100 bpm (MARTINS, 2013). A elevação da frequência cardíaca associada à dor aguda no evento do Infarto agudo do miocárdio pode ser explicada uma vez que a hiperatividade do sistema nervoso autônomo, um dos sinais associados à dor no Infarto agudo do miocárdio, desencadeia taquicardia (BERGER, 2009). Desse modo, no Infarto agudo do miocárdio, há desencadeamento de mecanismos compensatórios pelo sistema nervoso

simpático e dentre esses mecanismos pode correr a elevação da frequência cardíaca (MARTINS, 2013).

Os batimentos cardíacos irregulares são a principal causa de morte nas primeiras horas após um Infarto agudo do miocárdio. A arritmia cardíaca associada a outras manifestações, como a ruptura miocárdica, disfunção contrátil ou perda aguda de área extensa do músculo cardíaco, está entre as consequências de um Infarto agudo do miocárdio que podem levar o paciente ao óbito (CANTELLE; LANARO, 2011). Para esses pacientes, conforme assevera Berger (2009), a taquicardia se apresenta como fator de pior prognóstico e ela também serve como base para comparação com possíveis alterações posteriores geradas por complicações mecânicas (rotura de septo, insuficiência mitral, etc.).

Na avaliação da frequência cardíaca, o eletrocardiograma (ECG) apresenta-se como ferramenta importante para o registro da atividade do músculo cardíaco. Esse método auxilia na detecção de arritmias cardíacas, isquemia ou necrose miocárdica, distúrbios hidroeletrolíticos, sobrecargas intracavitárias, intoxicação digitalica e determinação do ritmo e frequência cardíacos. A literatura mostra que o eletrocardiograma exerce papel fundamental na avaliação de pacientes com dor torácica, tanto pelo seu baixo custo e ampla disponibilidade, como pela relativa simplicidade de interpretação (OLIVEIRA; LEITÃO, 2010; ROSA *et al.*, 2010).

Outro método para monitorização hemodinâmica é a medição da pressão venosa central (PVC). Esse método permanece como usual na avaliação cardiovascular dos pacientes de alto risco e, por meio dele, estima-se o volume sanguíneo intravascular, a função do ventrículo direito e o tônus venoso (BENETTI *et al.*, 2012).

Tabela 12 - Pertinência da CD Frequência respiratória elevada para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

Itens	Pertinente		Não pertinente		Significância (Valor-p)	Classificação
		%		%		
Frequência respiratória elevada	22	100,00	0	0,00	1,000	0,84
Definição conceitual	22	100,00	0	0,00	1,000	0,82
Referência empírica	21	95,45	1	4,55	0,972	0,90

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A característica Frequência respiratória elevada é uma das oito características adotadas para este estudo e dispostas na Taxonomia II da NANDA-I. Observa-se pela Tabela 12 que a característica definidora (0,84) assim como a definição conceitual (0,82) e a

referência empírica (0,90) tiveram pontuação maior que 0,80, sendo classificadas como indicadores principais. Em relação à referência empírica para a CD Frequência respiratória elevada, uma especialista recomendou que fosse acrescentado, além do método de avaliação, o parâmetro para frequência respiratória no qual se considera elevação. Essa sugestão foi aceita e reformulada a referência empírica. Desse modo foi acrescentado: “após mensurada a frequência respiratória (FR), a CD será considerada presente se FR maior que 20 Irpm”.

A frequência respiratória em adultos, em condições fisiológicas de repouso, habitualmente, gira entre 12 a 20 incursões respiratórias por minuto e considera-se frequência respiratória elevada ou taquipneia o número de incursões acima de 20 contados em um minuto (MARTINS *et al.*, 2013).

Fortes (2007) em seu estudo com pacientes coronariopatas evidenciou a presença da CD Frequência respiratória elevada. Como asseveram Helmans e Barone (2013), a dor provoca estimulação do sistema nervoso simpático e disso decorrem respostas que incluem, dentre outras, o aumento da frequência respiratória.

Tabela 13 - Pertinência da CD Dispnea para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

Itens	Pertinente		Não pertinente		Significância (Valor-p)	Classificação
		%		%		
Dispnea	20	90,91	2	9,09	0,863	0,74
Definição conceitual	22	100,00	0	0,00	1,000	0,81
Referência empírica	22	100,00	0	0,00	1,000	0,77

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A Tabela 13 traz a CD Dispnea como um indicador significativo para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda no Infarto agudo do miocárdio. Das especialistas, 90,91% concordam que a dispnea é indicativa da dor aguda em pacientes com infarto agudo do miocárdio. Observa-se que, para CD (0,74) e referência empírica (0,77), foi atribuído peso menor que 0,80 e assim esses itens foram classificados como menores ou secundários. No entanto, para a definição conceitual (0,81) foi atribuída pontuação maior que 0,80, classificada como maior ou principal.

Em relação à definição conceitual para CD Dispnea, uma especialista sugeriu que fosse retirado o trecho: “pode também ser sinal (observado pelo comportamento de sofrimento respiratório; batimentos das asas do nariz; fáceis de angústia e por alterações de

frequência respiratória e de sons respiratórios e da movimentação da musculação acessória)”. Justificou sua sugestão pelo fato de isso já estar contemplado na referência empírica. Percebida a coerência dessa sugestão, o trecho foi retirado.

Pacientes idosos e mulheres frequentemente manifestam dispneia como queixa principal associada à dor no Infarto agudo do miocárdio (MUSSI; FERREIRA; MENEZES, 2006). O estudo de Bastos *et al.* (2012) identificou associação entre dispneia e dor precordial em 36 (54%) dos pacientes hospitalizados com diagnóstico de IAM. Outro estudo realizado para identificar os sinais e sintomas de pacientes admitidos por Insuficiência cardíaca (IC) descompensada, visando inferir os diagnósticos de enfermagem (DE) prioritários, identificou a CD Dispneia em 91,4% dos pacientes (ALITI *et al.*, 2011). Esse mesmo estudo evidencia que, entre as manifestações clínicas mais comumente apresentadas por pacientes coronariopatas descompensados, está incluída a dispneia, a qual está relacionada, principalmente, a quadros congestivos, que indicam etiologia isquêmica.

Tabela 14 - Pertinência de Náusea para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

Itens	Pertinente	%	Não pertinente	%	Significância (Valor-p)	Classificação
Náusea	21	95,45	1	4,55	0,972	0,74
Definição conceitual	22	100,00	0	0,00	1,000	0,86
Referência empírica	22	100,00	0	0,00	1,000	0,81

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A Tabela 14 cita a Náusea como característica definidora pertinente. No entanto, observa-se que para a CD foi atribuído peso abaixo de 0,80, o que a classifica, conforme Fehring (1987), em CD menor. A definição conceitual (0,86) e referência empírica (0,81) apresentaram índice de concordância acima de 0,80, sendo classificadas como maiores ou principais.

Outros estudos (FORTES, 2007; FRANCO *et al.*, 2008; PAIVA, 2007) identificaram a náusea como uma CD presente em pacientes hospitalizados com Infarto agudo do miocárdio, evidenciando que do total, 26,6% destes relataram que a dor foi acompanhada de náusea.

Tabela 15 - Pertinência de Vômito para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

Itens	Pertinente	%	Não pertinente	%	Significância (Valor-p)	Classificação
-------	------------	---	----------------	---	-------------------------	---------------

Características definidoras	19	86,36	3	13,64	0,661	0,69
Definição conceitual	22	100,00	0	0,00	1,000	0,80
Referência empírica	22	100,00	0	0,00	1,000	0,81

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A Tabela 15 mostra que a CD Vômito é um indicador para o diagnóstico em estudo. A CD apresentou índice de concordância inferior a 0,80, considerada menor conforme Fehring (1978). A definição conceitual (0,80) e referência empírica (0,81) apresentaram índices de concordância acima de 0,80, classificadas indicadores maiores ou principais. Em outros estudos a característica Vômito foi identificada em pacientes com diagnóstico de Infarto agudo do miocárdio (LIMA *et al.*, 2007; MUSSI; FERREIRA; MENEZES, 2006).

Tabela 16 - Pertinência de Fadiga para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

Itens	Pertinente	%	Não pertinente	%	Significância (Valor-p)	Classificação
Fadiga	19	86,36	3	13,64	0,661	0,65
Definição conceitual	22	100,00	0	0,00	1,000	0,83
Referência empírica	22	100,00	0	0,00	1,000	0,87

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Na Tabela 16, observa-se que os especialistas concordaram que a Fadiga é indicativa de dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio. No entanto, apresenta-se como uma característica definidora menor ou secundária (0,65). Em relação à definição conceitual (0,83) e referência empírica (0,87), se mostrou pertinente e classificada como indicador maior ou principal.

A fadiga é um sintoma comum apresentado por pacientes hospitalizados e prevalente em pacientes com coronariopatias (ALIT, *et al.*, 2011; LAMINO; MOTA; PIMENTA, 2011; LIMA; *et al.*, 2010; FORTES, 2007; PAIVA, 2007).

A dor pode desencadear ansiedade e disso decorrerem alterações de sinais vitais e dispêndio de energia que leva inevitavelmente à fadiga (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

Tabela 17 - Pertinência da CD Ansiedade para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

Itens	Pertinente	%	Não pertinente	%	Significância (Valor-p)	Classificação
Ansiedade	21	95,45	1	4,55	0,972	0,82
Definição conceitual	22	100,00	0	0,00	1,000	0,94
Referência empírica	22	100,00	0	0,00	1,000	0,82

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A Tabela 17 mostra que a CD Ansiedade, bem como a definição conceitual e referência empírica tiveram pontuação acima de 0,80, o que as classifica como maiores ou principais.

A dor torácica que acomete o paciente com Infarto agudo do miocárdio desencadeia alterações emocionais de cunho negativo e dentre estas se evidencia a ansiedade (LIMA *et al.*, 2010). Essa evidência se justifica pelo fato de que o sistema cardiovascular participa ativamente das adaptações ao estresse.

Em muitos casos, a ansiedade está presente nos pacientes que procuram as unidades de emergência queixando-se de dor torácica (PEREIRA *et al.*, 2011). Nesse contexto, a dor torácica aguda de origem cardiovascular desencadeia um processo de ansiedade decorrente do estresse psicológico (PESARO *et al.*, 2004). Dentre as dores torácicas agudas de origem cardiovascular mais frequentes, cita-se a dor relacionada ao Infarto agudo do miocárdio, a qual apresenta-se como uma ameaça à vida e dela decorrendo alto grau de ansiedade para o paciente que a vivencia (ALMAS *et al.*, 2010). Esses pacientes muitas vezes apresentam-se ansiosos e angustiados (BERGER, 2009), com agitação psicomotora em função do desconforto precordial (PESARO *et al.*, 2004).

Estudo realizado com o objetivo de identificar os sintomas associados ao evento do Infarto agudo do miocárdio verificou que a ansiedade esteve presente em alto índice (LEMOS *et al.*, 2008). Outra evidência foi encontrada por Paiva (2007), o qual identificou a CD com pacientes infartados. Também Fortes (2007) identificou a CD Ansiedade em pacientes diagnosticados com doença coronariana.

O estado de ansiedade no paciente com dor no evento Infarto agudo do miocárdio apresenta-se em decorrência da agitação psicomotora em função do desconforto precordial (PESARO *et al.*, 2004). Pacientes com quadros de ansiedade apresentam maior dificuldade

para realização de mudança no estilo de vida e disso decorre a baixa aderência ao tratamento (ALVES *et al.*, 2009).

A presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão associados ao evento do IAM é um fator importante para a maior reincidência de IAM e internação prolongada (BERGER, 2009). Este é um fator preocupante e deve ser levado em consideração por aqueles que assistem a esses pacientes, no intuito de prover estratégias para enfrentamento, minimização e cessação da dor e de seus efeitos.

Tabela 18 - Pertinência da CD Medo para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

Itens	Pertinente		Não pertinente		Significância (Valor-p)	Classificação
		%		%		
Medo	15	68,18	7	31,82	0,036	0,72
Definição conceitual	22	100,00	0	0,00	1,000	0,88
Referência empírica	20	90,91	2	9,09	0,863	0,97

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A Tabela 18 mostra que a CD Medo obteve pontuação de 0,72, portanto, menor que 0,80, o que a classifica como CD menor ou secundária. Para a definição conceitual e referência empírica foram atribuídas pontuações acima de 0,80, sendo classificadas como maiores ou principais.

A dor é uma experiência emocional, sensitiva, de caráter desagradável, provocada ou não por lesão real ou em potencial dos tecidos do organismo (IASP, 2013). Nessa definição são contemplados os componentes sensitivos (lesão visceral), somática visceral, somática músculo-esquelética e neuropatias, o componente emocional (raiva, tristeza, medo, frustração, ansiedade, depressão, etc.) e os componentes cognitivo e avaliativo (pensamento, memória, atenção, raciocínio, tomada de decisão, etc.). Todos esses componentes fazem parte ou contribuem para a experiência subjetiva da dor.

Pacientes que passaram pelo episódio do Infarto agudo do miocárdio revelaram que, diante da dor torácica, vivenciaram o medo da morte (ARAUJO; MARQUES, 2007). Outras evidências mostram que a dor torácica, um dos principais sintomas da isquemia miocárdica presente na Doença arterial coronariana (DAC), especificamente no Infarto agudo do miocárdio, é geradora da sensação de perda de controle e morte iminente, destas resultando a ansiedade e medo (LIMA *et al.*, 2007; SOARES FILHO, *et al.*, 2007; PADILHA; KRISTENSEN, 2006).

Tabela 19 - Pertinência da CD Palidez para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

<b>Itens</b>	<b>Pertinente</b>	<b>%</b>	<b>Não pertinente</b>	<b>%</b>	<b>Significância (Valor-p)</b>	<b>Classificação</b>
Palidez	22	100,00	0	0,00	1,000	0,84
Definição conceitual	22	100,00	0	0,00	1,000	0,80
Referência empírica	22	100,00	0	0,00	1,000	0,85

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A Tabela 19 mostra que a CD Palidez é bastante pertinente para o DE Dor aguda em pacientes com IAM. Observa-se que a característica, bem como a definição conceitual e referência empírica tiveram pontuação acima de 0,80, sendo classificadas como maiores ou principais.

Em relação à referência empírica, uma especialista sugeriu acrescentar: “a CD será considerada presente se a palidez for observada em pelo menos um dos lugares avaliados”. A saber, as regiões para avaliação da palidez são: regiões palmares, leitos ungueais, mucosas e conjuntivas. A sugestão foi acatada e foi feito o acréscimo da observação recomendada.

Outras evidências de palidez associadas à dor em pacientes hospitalizados com diagnóstico de Infarto agudo do miocárdio foram encontradas (FREITAS *et al.*, 2010; HELMS; BARONE, 2008). A palidez se apresenta como um dos sinais do choque cardiogênico por consequência do Infarto agudo do miocárdio. O choque cardiogênico é a maior causa de morte de pacientes admitidos com Infarto agudo do miocárdio.

Tabela 20 - Pertinência da CD Fraqueza para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

<b>Itens</b>	<b>Pertinente</b>	<b>%</b>	<b>Não pertinente</b>	<b>%</b>	<b>Significância (Valor-p)</b>	<b>Classificação</b>
Fraqueza	17	77,27	5	22,73	0,226	0,69
Definição conceitual	21	95,45	1	4,55	0,972	0,84
Referência empírica	21	95,45	1	4,55	0,972	0,83

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A Tabela 20 mostra que a CD Fraqueza teve pontuação abaixo de 0,80, o que a classifica como característica menor para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda em

pacientes com Infarto agudo do miocárdio. No entanto, a definição conceitual e referência empírica obtiveram pontuação acima de 0,80, sendo classificadas como maiores ou principais.

A queixa de que a dor no Infarto agudo do miocárdio desencadeia a sensação de fraqueza é frequente e, mesmo a fraqueza sendo um sintoma atípico, é muito prevalente (MUSSI; FERREIRA; MENEZES, 2006).

Há outras evidências da manifestação clínica fraqueza em pacientes com diagnóstico médico confirmado de Infarto agudo do miocárdio (FORTES, 2007; PASCOAL *et al.*, 2009). Essa característica também foi evidenciada em pacientes com Infarto agudo do miocárdio no estudo realizado por Paiva (2007), no qual foi identificada a CD Fraqueza em 39,2% dos pacientes.

Os resultados apresentados revelam que os especialistas avaliaram as CDs com a menor média de classificação ( $M = 0,77$ ;  $DP = 0,09$ ), seguidos por referência empírica ( $M = 0,80$ ;  $DP = 0,11$ ), e a melhor classificação foi de definição conceitual ( $M = 0,82$ ;  $DP = 0,11$ ).

Sobre a comparação das proporções de respostas geradas para cada uma das características definidoras, os resultados atestam a unanimidade das opiniões dos especialistas em função da pertinência delas. O que significa que as respostas dos especialistas apontam para a classificação “pertinente”, ou seja, em relação à proporção de especialistas nenhuma das CDs precisou ser retirada do instrumento proposto.

Destaca-se ainda que não houve indicação de inclusão de novas CDs além daquelas constantes no instrumento e que nenhum especialista recomendou a retirada de qualquer CD. Desse modo, as 14 CDs avaliadas pelos especialistas no presente estudo são indicadores para o DE Dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio.

Contudo, como se observa no decorrer do capítulo, apesar da indicação para permanência das 14 CDs e das definições conceituais, algumas modificações em relação às referências empíricas foram sugeridas. Destarte, houve readequação das mesmas. O Quadro 20 mostra o produto final das duas fases de validação.

Quadro 20 - Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio, após a análise de conceito e validação dos especialistas. Fortaleza/CE, Brasil, 2014

<p>Dor torácica retroesternal do lado esquerdo; constrictiva, opressiva, esmagante, típica isquêmica, de início súbito, intermitente, que irradia para o pescoço, ombro esquerdo, mandíbula, região interescapular, braço esquerdo, costas, epigastro. É desencadeada por redução da perfusão miocárdica; morte do tecido miocárdico. Pode perdurar de 15 até 30 minutos. Produz respostas neurovegetativas como pressão sanguínea elevada; frequência cardíaca elevada, frequência respiratória elevada, diaforese, dispneia, náusea, vômito, ansiedade, distúrbio do sono, medo, fadiga, palidez e fraqueza</p>
---

<b>Característica definidora</b>	<b>Conceito</b>	<b>Referência empírica</b>
Relato de dor aguda	Relato de sensação dolorosa, de início súbito com duração de 15 a 30 minutos.	Relato verbal de dor.
Diaforese	Transpiração, perspiração, sudorese excessiva e hiperatividade do sistema nervoso simpático. A diaforese pode ser secundária a inúmeras situações fisiológicas, como durante o esforço físico ou a menopausa, ou a situações patológicas.	Identificação pelo método de inspeção das mãos, pés, axilas, rosto, mamas, região inguinal e couro cabeludo, quanto à presença de diaforese.
Pressão sanguínea elevada	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg.	<p>Medida da pressão arterial</p> <p>Preparo do paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.</li> <li>2. Certificar-se de que o paciente NÃO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• está com a bexiga cheia</li> <li>• praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos</li> <li>• ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos.</li> <li>• fumou nos 30 minutos anteriores.</li> </ul> </li> <li>3. Posicionamento do paciente: <p>Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo</p> </li> </ol>

		<p>ligeiramente fletido.</p> <p>Para a medida propriamente:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.</li><li>2. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.</li><li>3. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.</li><li>4. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.</li><li>5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.</li><li>6. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação.</li><li>7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).</li><li>8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.</li><li>9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).</li><li>10. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e</li></ol>
--	--	---

		<p>depois proceder à deflação rápida e completa.</p> <p>11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.</p> <p>12. Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida.</p> <p>13. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente.</p> <p>14. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida.</p>
<p>Frequência cardíaca elevada</p>	<p>Alterações na frequência cardíaca para acima do valor basal do indivíduo em repouso. O padrão de frequência cardíaca de um adulto em repouso varia entre 60 e 100 batimentos por minuto.</p>	<p>Através da verificação do pulso radial e apical, utilizando a técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos;</li> <li>- Explicar o procedimento ao paciente;</li> <li>- Colocá-lo em posição confortável, de preferência deitado ou sentado com o braço apoiado e a palma da mão voltada pra baixo.</li> </ul> <p><b>TÉCNICA DE VERIFICAÇÃO DO PULSO RADIAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar as polpas dos três dedos médios sobre o local escolhido para a verificação do pulso radial;</li> <li>- Pressionar suavemente até localizar os batimentos;</li> <li>- Procurar sentir bem o pulso, pressionar suavemente a artéria e iniciar a contagem dos batimentos;</li> <li>- Contar as pulsações durante um minuto</li> <li>- Lavar as mãos;</li> <li>- Registrar, anotar as anormalidades e assinar.</li> </ul> <p><b>TÉCNICA DE VERIFICAÇÃO</b></p>

		<p><b>DO PULSO APICAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar o diafragma do estetoscópio diretamente sobre a pele do paciente no hemitórax esquerdo, aproximadamente no 4° ou 5° espaços intercostais esquerdos entre as linhas mamilar e paraesternal.</li> <li>• Contar os batimentos cardíacos em um minuto. Anotar. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos; - Registrar, anotar as anormalidades e assinar.</li> </ul> </li> </ul>
Frequência respiratória elevada	É o aumento do número de incursões respiratórias na unidade de tempo. Em condições fisiológicas de repouso, esse número, habitualmente, gira entre 12 e 20 incursões respiratórias por minuto no adulto.	Inspeção dos movimentos respiratórios: Manter o paciente sentado ou deitado no leito; Colocar a mão no pulso do cliente, simulando verificar o pulso; Evitar alterações na frequência respiratória. 2. Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax; os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório; 3. Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos; 4. Anotar o valor obtido no impresso próprio; 5. Deixar o cliente confortável e a unidade em ordem.
Dispneia	Desconforto respiratório que se compõe de sensações subjetivas de dificuldade respiratória sentida pelo paciente e evidência objetiva de esforço respiratório com desconforto, podendo variar de intensidade. Pode também ser sinal (observado por comportamentos de sofrimento respiratório: batimento de asas de nariz, fâcies de angústia e por alteração da frequência	Relato verbal de dificuldade para respirar; observação de esforço respiratório com desconforto acompanhado de evidência objetiva de batimento de asas de nariz, alterações da frequência respiratória, estridor, agitação, aprofundamento ou aceleração dos movimentos respiratórios e pela participação ativa da musculatura acessória da respiração (músculos

	respiratória, sons respiratórios e da movimentação da musculatura acessória).	do pescoço na inspiração e músculos abdominais na expiração).
Distúrbio do sono	Referência verbal de dificuldades para iniciar o sono ou para manutenção do sono.	Relato verbal do indivíduo de dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, caracterizada pela diminuição na quantidade e na qualidade que atendam às suas necessidades biológicas e emocionais.
Náusea	Sensação subjetiva desagradável, referida no epigástrico ou na garganta, que se relaciona ao desejo de vomitar ou à convicção de que o vômito é iminente.	Relato verbal do indivíduo de desejo de vomitar.
Vômito	É a expulsão ativa do conteúdo gástrico através da boca. Se dá pela contração súbita e forçada dos músculos respiratórios e pelo relaxamento do esfíncter esofágico superior.	Relato verbal e/ou observação direta de expulsão ativa do conteúdo gástrico através da boca.
Fadiga	Fenômeno complexo, subjetivo, multidimensional e multifatorial caracterizado por cansaço, exaustão, desgaste, diminuição da capacidade funcional ou da capacidade de realizar atividades diárias, falta de recursos/energia/capacidade latente, redução da eficiência para responder a um estímulo, desconforto, sonolência, diminuição da motivação, aversão a atividades, sofrimento e necessidade extrema de descanso.	Relato verbal do indivíduo de cansaço/canseira ou diminuição da capacidade de realizar atividades habituais e a falta de alívio para essas manifestações com a aplicação de estratégias usuais de recuperação.
Ansiedade	Refere-se ao mal-estar vago e confuso, um sentimento de apreensão, um estado emocional desagradável acompanhado de	Relato verbal do indivíduo de mal-estar vago e confuso, sentimento de apreensão e estado emocional desagradável acompanhado de

	desconforto somático, que guarda relação com outra emoção – o medo. Esse estado emocional é geralmente relacionado a um evento futuro e, às vezes, considerado desproporcional a uma ameaça real.	desconforto somático.
Medo	Reação à percepção do perigo presente e urgente que ameaça a preservação do indivíduo associada à sensação de incerteza, fragilidade e insegurança.	Relato verbal de sensação de ameaça, incerteza, fragilidade e insegurança.
Palidez	É o descoramento da pele e mucosas, decorrente da pouca quantidade de hemoglobina circulante e pela vasoconstrição periférica.	Inspeção das regiões palmares, leitos ungueais, mucosas e conjuntivas. Para avaliar a palidez da conjuntiva, o examinador everte a pálpebra inferior e observa a tonalidade. Para avaliar a palidez palmar, abre uma das mãos, estende parcialmente os dedos e examina a coloração palmar. O descoramento deve ser quantificado em escala de uma a quatro cruces (+/4, ++/4, +++/4 e ++++/4).
Fraqueza	Sensação de abatimento, de desânimo, debilidade, fragilidade, estado ou característica daquele a quem faltam força física, resistência ou vigor. Diminuição geral ou local das propriedades vitais e da energia.	Relato verbal de sensação de abatimento, de desânimo, debilidade, fragilidade, falta de força física, resistência e vigor.

Fonte: Elaboração própria, 2014.

## **CAPÍTULO III: VALIDAÇÃO CLÍNICA**

## **8 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DA VALIDAÇÃO CLÍNICA**

Esta é a última etapa do processo de validação de um diagnóstico de enfermagem. Assim como para a primeira e segunda etapas, foi utilizado a estrutura do modelo de validação proposto por Hoskins (1989) e, para análise das características definidoras e classificação em maiores ou principais, foram utilizados os escores atribuídos por Fehring (1987).

Embora contribuam para evidenciar com maior clareza a existência do diagnóstico de enfermagem, os estudos de validação clínica de diagnósticos de enfermagem ainda são pouco explorados (MANZONI; CARVALHO; SANTOS, 2013).

Esta etapa corresponde à observação no cenário clínico do paciente que possivelmente apresente o diagnóstico de enfermagem em análise. É realizada com o objetivo de verificar quais características do diagnóstico estão presentes ou não, a fim de considerá-las válidas ou não, ou seja, nesta etapa é averiguado se o termo ou constructo representa o que é observado na prática (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Nesta etapa, as características definidoras são testadas para verificar a presença ou ausência na população e, ainda, a frequência de ocorrência (HOSKINS, 1989).

Fehring (1987) propõe para a validação clínica duas abordagens, dependendo da natureza do diagnóstico a ser analisado. Para os diagnósticos cujas respostas são fisiológicas, recomenda utilizar a observação clínica da frequência das características definidoras por dois enfermeiros especialistas. Para os diagnósticos que envolvem respostas cognitivas e afetivas, sugere obter as informações clínicas diretamente do paciente.

## **9 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA VALIDAÇÃO CLÍNICA**

- Avaliar a especificidade, a sensibilidade e o valor preditivo das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes com infarto agudo do miocárdio.

## **10 - MATERIAIS E MÉTODOS DA VALIDAÇÃO CLÍNICA**

### **10.1 - Desenho do estudo**

Para esta etapa, considerou-se, como melhor delineamento, o estudo transversal. Estudos transversais ou de corte transversal são aqueles que visualizam a situação de uma população em um determinado momento (HULLEY *et al.*, 2008). O presente estudo é do tipo transversal porque todas as informações foram coletadas em um só momento em uma amostra selecionada da população.

### **10.2 - Cenário do estudo**

O cenário institucional da pesquisa foi o Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE) no hospital Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco (UPE). Fundado em junho de 2006, o PROCAPE é um hospital de emergência (HE) da UPE. É uma entidade pública mantida pelo tesouro estadual. Foi criado pela Lei nº 10.518 de 29/11/1990, a qual extinguiu a Fundação de Ensino Superior de Pernambuco (FESP). Tem sede e foro na cidade do Recife e atuação em todo o território pernambucano (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2008a). A referida instituição foi selecionada por representar um dos maiores centros de referência para urgências cardiológicas do Brasil e o primeiro do seu porte no Norte-Nordeste. (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2008a).

Certificado como Hospital de Ensino no final de 2007, o PROCAPE está voltado para a educação e para a pesquisa científico-tecnológica no campo da Cardiologia. Além da assistência ao usuário, tem um papel na educação permanente dos seus funcionários, se propondo a atuar na formação e qualificação de profissionais de saúde (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2008b).

Atualmente, na unidade coronariana do PROCAPE existem 40 leitos. Na emergência cardiológica são, atendidos diariamente, seis pacientes com Infarto agudo do miocárdio. A equipe de atendimento é composta por quatro enfermeiros, seis técnicos de enfermagem e três médicos.

### **10.3 - População e amostra do estudo**

A população foi composta por pacientes com diagnóstico de Infarto agudo do miocárdio (IAM) hospitalizados na Unidade Coronariana do Hospital e Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE) do complexo hospitalar Oswaldo Cruz, da

Universidade de Pernambuco (UPE), localizado em Recife/Pernambuco, Brasil. O grupo participante deste estudo foi formado por 125 pacientes.

Com vistas ao delineamento do estudo descritivo, tomando-se por base que a presença do fenômeno dor é frequente no Infarto agudo do miocárdio (OLVEIRA; LEITÃO, 2010; PAIM; AZZOLIN; MORAES, 2012; SANTORO BATISTA; PIMENTA, 2008; SOTO, 2011), optou-se por considerar uma amostra por conveniência de forma consecutiva. A amostra consecutiva resulta no arrolamento de todos os indivíduos acessíveis no período de tempo determinado no estudo (NEWMAN *et al.*, 2003).

Os critérios de inclusão da amostra foram: a) ter idade acima de 18 anos, independente do sexo; b) ter o diagnóstico médico Infarto agudo do miocárdio registrado no prontuário; c) estar na fase aguda da doença (até 24 horas do início dos primeiros sintomas); d) estar internado na Unidade Coronariana do Hospital e Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco. Aqueles pacientes que foram transferidos da unidade antes de completar a avaliação da dor, os que apresentaram mudança do diagnóstico médico inicial, aqueles que tiveram seu estado clínico agravado e dificuldade em responder verbalmente e/ou impossibilidade cognitiva para participar da pesquisa foram excluídos.

#### **10.4 - Variáveis do estudo e instrumento de coleta de dados**

O instrumento utilizado para coleta de dados nesta etapa foi construído após a análise de conceito e validação por especialistas. O referido instrumento foi avaliado quanto ao conteúdo e aparência por três juízes que atuavam na área de cardiologia e processo de enfermagem. Dois dos juízes recomendaram citar a referência literária para cada item avaliativo (variável). Segundo os mesmos, a referência literária forneceria maior embasamento para a inserção da referência empírica de cada característica definidora. Um dos juízes recomendou listar as variáveis (características definidoras) por sistema corporal, o que facilitaria a apresentação dos resultados e até mesmo o raciocínio do pesquisador. As recomendações foram acatadas.

O instrumento de coleta de dados (Apêndice F) é composto pelas seguintes variáveis:

##### 1) Variáveis sócio-demográficas

**Sexo:** categorizado em masculino e feminino.

**Idade:** declarada pelo paciente ou acompanhante, a partir da data de nascimento, sendo expressa em anos completos.

**Procedência:** declarada pelo paciente ou acompanhante, categorizada em Recife, outras cidades do estado e outros estados.

**Estado conjugal:** declarada pelo paciente ou acompanhante, categorizada em com companheiro e sem companheiro.

**Escolaridade:** declarada pelo paciente ou acompanhante, a partir da alfabetização, sendo expressa em anos completos de estudo.

**Renda familiar:** declarada pelo paciente ou acompanhante, considerando o total de salários mínimos dos membros que moravam no domicílio com o paciente. O valor de um salário mínimo foi igual a 724,00 reais, valor vigente no período da coleta de dados.

**Ocupação:** declarada pelo paciente ou acompanhante, categorizada em: funcionário público, funcionário privado, autônomo, do lar, estudante, aposentado e desempregado.

## 2) Variáveis clínicas

**Número de episódios de Infarto agudo do miocárdio:** declarada pelo paciente ou acompanhante, relacionado ao número de vezes em que o paciente teve como diagnóstico médico um episódio de Infarto agudo do miocárdio, expresso em primeiro episódio e dois ou mais episódios.

**História familiar de Infarto agudo do miocárdio:** declarada pelo paciente ou acompanhante, categorizada em sim ou não, referente ao histórico de casos de Infarto agudo do miocárdio em pessoas da família: pai, mãe e irmãos.

**História de comorbidades:** declarada pelo paciente ou acompanhante, relacionada à presença de história de outras doenças, além do Infarto agudo do miocárdio, Hipertensão arterial, Diabetes mellitus, Hipercolesterolemia, Doenças pulmonares e Dislipidemia.

**Hábito de Fumar:** declarado pelo paciente ou acompanhante e categorizado em sim ou não. Sim significava que o paciente fumava até o momento da ocorrência do Infarto agudo do miocárdio atual, sendo necessário relacionar o número de cigarros fumados em 24 horas, expresso em unidades e o tempo de tabagismo; se parou, esclarecer há quanto tempo. Em não, foram categorizados aqueles pacientes que nunca tiveram o hábito de fumar.

**Hábito de ingestão de bebidas alcoólicas:** declarado pelo paciente ou acompanhante e categorizado em sim, que significava que o paciente mantinha o hábito de ingerir bebidas alcoólicas, independentemente da quantidade, tipo e frequência de consumo. Sendo necessário esclarecer a frequência da ingestão da bebida alcoólica expressa em dias da semana e na quantidade ingerida em mililitros. Se parou, esclarecer há quanto tempo. Como não, foram categorizados os pacientes que nunca fizeram uso de bebidas alcoólicas.

**Hábito de realização de atividade física:** declarado pelo paciente ou acompanhante e categorizado em sim ou não. A categoria sim inclui a realização de atividade física, por pelo menos 30 minutos, em cinco dias ou mais por semana.

### 3) Variáveis preditoras (características definidoras-CDs)

As variáveis preditoras referem-se às características definidoras para a dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio, elaboradas na etapa de Análise de Conceito e validadas por especialistas.

**Relato de dor aguda:** declarado pelo paciente em relato verbal de dor. Se sim, a CD será avaliada como presente.

**Diaforese:** observada pelo paciente, acompanhante ou pelo profissional de saúde a presença de sudorese intensa, na ausência de mudanças bruscas de temperatura, sem realização prévia de exercícios físicos. Observa-se pelo método de inspeção das mãos, pés, axilas, rosto, mamas, região inguinal e couro cabeludo. Se sim, a CD será avaliada como presente.

**Pressão sanguínea elevada:** avaliada pelo profissional de saúde mediante a aferição da pressão arterial com a utilização do estetoscópio e esfigmomanômetro aneróide. A CD será considerada presente se a Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg.

**Distúrbio do sono:** declaração do paciente ou acompanhante de que, durante a crise do Infarto agudo do miocárdio ou em torno desse evento, teve dificuldade em iniciar e/ou manter o sono. A CD será considerada presente se for relatada a diminuição na quantidade e na qualidade do sono que atendam às suas necessidades biológicas e emocionais.

**Frequência cardíaca elevada:** avaliada pelo profissional de saúde pela contagem dos batimentos cardíacos em um minuto utilizando o estetoscópio diretamente sobre a pele do paciente no hemitórax esquerdo, aproximadamente no 4º ou 5º espaços intercostais esquerdos

entre as linhas mamilar e paraesternal. A CD será considerada presente se FC maior que 100 bpm.

**Frequência respiratória elevada:** avaliada pelo profissional de saúde pela inspeção dos movimentos de abaixamento e elevação do tórax e contagem das incursões respiratórias em um minuto. A CD será considerada presente se estiver acima de 20 incursões respiratórias por minuto.

**Dispneia:** declarada pelo paciente por relato verbal de dificuldade para respirar e/ou observação pelo profissional de saúde do esforço respiratório com desconforto acompanhado de batimento de asas de nariz, alterações da frequência respiratória, estridor, agitação, aprofundamento ou aceleração dos movimentos respiratórios e pela participação ativa da musculatura acessória da respiração. Quando houver umas destas alterações a CD será considerada presente.

**Náusea:** declarada pelo paciente por relato verbal de desejo de vomitar. Se sim, a CD será considerada presente.

**Vômito:** declarado pelo paciente ou acompanhante ou observada pelo profissional de saúde a presença de expulsão direta e ativa do conteúdo gástrico através da boca. Se sim, a CD será considerada presente.

**Fadiga:** declarada pelo paciente por relato verbal de cansaço/canseira ou exaustão e da diminuição da capacidade de realizar atividades habituais e falta de alívio para essas manifestações com a aplicação de estratégias usuais de recuperação. Quando houver umas destas alterações a CD será considerada presente.

**Ansiedade:** declarada pelo paciente por relato verbal de mal-estar vago e confuso, sentimento de apreensão e estado emocional desagradável acompanhado de desconforto somático e/ou observação pelo profissional de saúde por meio da avaliação da postura, comportamento, expressões ou pelas falas do paciente. Quando houver umas destas alterações a CD será considerada presente.

**Medo:** relato verbal de sensação de ameaça, incerteza, fragilidade e insegurança. Quando houver umas destas alterações a CD será considerada presente.

**Palidez:** observada pelo profissional de saúde pela inspeção das regiões palmares, leitos ungueais, mucosas e conjuntivas. Para avaliar a conjuntiva, o examinador everte a pálpebra inferior e observa a tonalidade. Para avaliar a palidez palmar, abre uma das mãos, estende parcialmente os dedos e examina a coloração da palma. O descoramento deve ser quantificado em escala de uma a quatro cruces (+/4, ++/4, +++/4 e ++++/4). A CD será considerada presente se a palidez for observada em pelo menos um dos lugares avaliados.

**Fraqueza:** relato verbal de sensação de abatimento, de desânimo, debilidade, fragilidade, falta de força física, resistência e vigor. Quando houver umas destas alterações a CD será considerada presente.

#### 4) Variável de desfecho

A variável de desfecho deste estudo foi a formulação do diagnóstico de enfermagem Dor aguda no Infarto agudo do miocárdio. A inferência quanto à presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem Dor aguda foi realizada por duas especialistas, as quais atenderam aos critérios de pontuação de Fehring (1994).

### 10.5 - Procedimentos para coleta e análise de dados

A coleta dos dados foi feita em um único momento entre os meses de janeiro e maio de 2014. Os pacientes foram examinados quanto às variáveis sócio-demográficas, clínicas e preditoras (características definidoras) por meio de entrevista e exame físico e consulta ao prontuário.

Conforme já mencionado, Fehring (1987) propõe para a validação clínica de diagnósticos cujas respostas são fisiológicas, utilizar a observação da frequência das características definidoras por dois enfermeiros peritos e, para os diagnósticos que envolvem respostas cognitivas e afetivas, recomenda obter as informações clínicas diretamente do paciente. Contudo, no presente estudo, foram realizadas algumas adaptações ao referencial adotado:

1) Fehring (1987) recomenda a seleção de uma amostra de pacientes com o diagnóstico que está sendo investigado. No entanto, optou-se por contemplar a participação de todos os pacientes com diagnóstico médico de infarto agudo do miocárdio, conforme os critérios estabelecidos no presente estudo. Desse modo, ao incluir pacientes com e sem Dor aguda pôde-se identificar a especificidade, sensibilidade e o valor preditivo das características definidoras do diagnóstico estudado.

2) Fehring (1987) sugere a utilização de uma escala tipo Likert para indicar o grau com que cada característica definidora está presente. Contudo, no presente estudo, foi utilizado um instrumento, no qual o paciente indicava a presença ou ausência da característica. Isso se justifica pela importância da identificação prévia da evidência clínica antes de quantificá-la.

3) Fehring (1987) também sugere a observação clínica da frequência das características definidoras por dois enfermeiros especialistas. No entanto, em virtude da dificuldade para encontrar peritos que atendessem aos critérios propostos pelo referido autor, as informações foram obtidas diretamente do paciente pela pesquisadora do estudo, caracterizando uma limitação do estudo.

Assim, à medida que os pacientes chegavam à emergência do hospital, trazidos por familiares e/ou equipe de atendimento pré-hospitalar móvel, eram encaminhados ao atendimento médico e, após a confirmação do diagnóstico de IAM, eram medicados. Dependendo da evolução do quadro clínico, ficavam na sala de observação ou eram admitidos. A partir daí, aqueles pacientes que preenchiam os critérios de inclusão previamente estabelecidos recebiam as informações completas sobre os objetivos do estudo e a garantia de que a coleta de dados lhes causaria danos mínimos, uma vez que era aguardado o atendimento de emergência e, somente a partir daí, após a concordância e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), eram iniciados a entrevista e exame físico.

Conforme já informado, a inferência quanto à presença do diagnóstico de enfermagem Dor aguda foi realizada por duas especialistas pesquisadoras na área de saúde cardiovascular e diagnóstico de enfermagem e integrantes do Projeto Ações Integradas em Saúde Cardiovascular (PAISC). A finalidade do referido projeto é o desenvolvimento de pesquisas na temática cuidado de enfermagem na manutenção, promoção e recuperação da saúde cardiovascular e desenvolvimento e/ou validação de produtos para prática e ensino de Enfermagem na promoção da saúde.

No processo de inferência diagnóstica, as histórias clínicas foram individualmente avaliadas pelas duas especialistas, as quais receberam um resumo do caso de cada paciente, o qual apresentava os dados sociodemográficos, as variáveis clínicas e as características definidoras. As especialistas não foram informadas quanto à presença ou ausência do desfecho (dor aguda).

## **10.6 - Organização e análise dos dados**

Os dados foram armazenados em planilha do *software* Excel, sendo posteriormente tabulados com auxílio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, e apresentados na forma de frequências absoluta e relativa, média, mediana e desvio padrão.

Para verificar a acurácia das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda no Infarto agudo do miocárdio, foram utilizados os testes de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo.

A sensibilidade se refere à capacidade para detectar a presença do diagnóstico em estudo. A especificidade se relaciona à capacidade de detectar a ausência do diagnóstico. O valor preditivo indica a probabilidade da ocorrência do diagnóstico em estudo (valor preditivo positivo), assim como o valor preditivo negativo acusa a ausência do diagnóstico (JEKEL; ELMORE; KATZ, 2005).

Por fim, utilizou-se uma Curva ROC (receiver operator characteristic curve) para verificar a acurácia do grupo de características definidoras.

### **10.7 - Aspectos éticos**

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco Prof. Luiz Tavares – PROCAPE, da Universidade de Pernambuco (UPE), localizado em Recife/Pernambuco, Brasil, conforme o que dispõe a Resolução 466/12, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Após a anuência para execução da pesquisa, obtida sob o número 457.504 (ANEXO D), foi iniciada a etapa de Validação Clínica.

Respeitaram-se os princípios bioéticos de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, uma vez que foram considerados o melhor momento e local adequado para o esclarecimento, levando em conta, para isso, a condição clínica do paciente e sua privacidade. Para compreensão dos objetivos da pesquisa, foi lido para o paciente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Também se concedeu tempo adequado para que o paciente decidisse participar da pesquisa ou não. Foi firmado o compromisso de confidencialidade e sigilo sobre todas as informações e da não utilização das informações confidenciais para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros, e também da não apropriação de material confidencial e/ou sigiloso e não repassadas informações confidenciais e responsabilidade por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por intermédio da pesquisadora. A mesma, obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas. Foram garantidas aos pacientes a possibilidade de decidirem quanto à participação e a possibilidade de, a qualquer momento, desistirem de participar do estudo, se assim o desejarem.

**10.8 - Financiamento do projeto** O financiamento para a provisão de recursos e execução do projeto foi de inteira responsabilidade da autora.

## 11 - RESULTADOS E DISCUSSÃO DA VALIDAÇÃO CLÍNICA

Foram entrevistados 125 pacientes. A seguir são apresentados os resultados sobre o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes avaliados.

Tabela 21 - Caracterização dos dados demográficos de pacientes com Infarto agudo do miocárdio. Recife/ PE, Brasil, 2014

		n	%
<b>Sexo</b>	<b>Feminino</b>	48	38,4
	<b>Masculino</b>	77	61,6
<b>Procedência</b>	<b>Recife</b>	61	48,8
	<b>Outras cidades do estado</b>	63	50,4
	<b>Outros estados</b>	1	0,8
<b>Estado conjugal</b>	<b>Com companheiro</b>	72	57,5
	<b>Sem companheiro</b>	53	42,5
<b>Escolaridade</b>	<b>Analfabeto</b>	11	9,0
	<b>Fundamental incompleto</b>	18	14,4
	<b>Fundamental completo</b>	50	39,7
	<b>Médio incompleto</b>	1	0,9
	<b>Médio completo</b>	27	21,6
	<b>Superior incompleto</b>	5	3,6
	<b>Superior completo</b>	12	9,0
<b>Etnia</b>	<b>Pós-graduação</b>	1	0,9
	<b>Branco/caucasiano</b>	81	64,7
	<b>Afrodescendente</b>	43	34,5
	<b>Asiático</b>	1	0,9
<b>Ocupação</b>	<b>Funcionário público</b>	13	10,2
	<b>Funcionário privado</b>	22	17,8
	<b>Autônomo</b>	21	16,9
	<b>Do lar</b>	6	5,1
	<b>Aposentado</b>	58	46,6
	<b>Desempregado</b>	5	3,4
<b>Idade -</b>	<b>Média (DP)</b>	62,06 (12,13)	
<b>Renda familiar –</b>	<b>Média (DP)</b>	1848,60 (1882,41)	

Fonte: Elaboração própria, 2014. DP – Desvio padrão

Conforme demonstrado na Tabela 21, verifica-se que a maioria dos pacientes com infarto agudo do miocárdio era do sexo masculino (61,6%), procedentes de Recife-PE (48%), vivia com companheiro (57,5%), tinha ensino fundamental completo (39,7%), etnia branca (64,7) e aposentados (46,6 %). Ao verificar a idade, encontrou-se uma média de 62,06 anos, com desvio padrão de 12,13 e variação de 33 a 87 anos. Os pacientes apresentaram média de renda familiar de 1.848,60 reais.

O perfil dos pacientes com IAM deste estudo foi de homens, idosos, com companheira, com poucos anos de estudo, aposentados e procedentes da capital. Esses resultados são corroborados pelos dados do Ministério da Saúde, os quais evidenciam que indivíduos do sexo masculino na idade adulta e idosa, são acometidos cada vez mais por doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2011). A dificuldade para a procura de assistência à saúde pelos homens está relacionada a questões socioculturais, resultando em resistência em procurar o serviço de saúde, o que provoca agravamento nos sintomas e maior complicação do quadro clínico. Na população masculina, os indicadores estão distantes dos desejáveis e o agravante é que esta população, conforme dados do Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE), representa 48,10% da população geral do estado de Pernambuco (IBGE, 2010).

Assim como nos resultados do estudo ora desenvolvido, outras evidências apontam a predominância de pacientes do sexo masculino com doença coronariana (LIMA *et al.*, 2012; MARTINS *et al.*, 2011; SANTOS; BARROS, 2008). Concernente à idade dos pacientes, o presente estudo confirma os achados da literatura, quando observa que a média de idade dos pacientes com Infarto agudo do miocárdio >62 anos é frequente (RAMOS *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2012; SANTOS; BARROS, 2008; PRETTO *et al.*, 2008). Esse resultado chama a atenção, uma vez que a mortalidade após um Infarto agudo do miocárdio é maior nas faixas etárias mais avançadas. Um dos motivos é a dificuldade para a inferência do diagnóstico clínico, já que os sinais e sintomas nessa população são discretos, mal definidos e atípicos.

Os resultados do presente estudo são corroborados por Santos e Barros (2008), os quais evidenciaram em seu estudo que a maioria das internações por causas circulatórias no Município do Recife, foi entre idosos.

Com o aumento da expectativa de vida e do envelhecimento da população, observa-se a elevação das doenças crônicas não transmissíveis. Nesse cenário, as doenças cardiovasculares ocupam lugar de destaque e se caracterizam como a principal causa de morte no Brasil, constituindo uma das mais frequentes emergências clínicas.

Em relação ao grau de escolaridade observado entre os pacientes do presente estudo, esse resultado é corroborado por outros (GOLDMEIER; CASTRO, 2005; SANTOS *et al.*, 2012). Também Bastos *et al.* (2012) evidenciaram que as pessoas com Infarto agudo do miocárdio investigadas, tinham poucos anos de estudo. A baixa escolaridade interfere na aquisição, compreensão e seguimento das orientações terapêuticas, na adesão das medidas de prevenção e tem relação direta com o baixo desempenho no controle dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Nesse contexto, o conhecimento dos dados sociodemográficos da população estudada, favorece a implementação de medidas que contribuem para o controle dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares e consequente melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

Tabela 22 - Distribuição dos pacientes segundo o histórico familiar de Infarto agudo do miocárdio, comorbidades, prática de exercício físico, tabagismo e hábito de ingestão de bebida alcoólica. Recife/ PE, Brasil, 2014

		n	%
Histórico familiar de infarto agudo do miocárdio	Sim	63	50,0
	Não	61	49,1
	Não sabe	1	0,9
Co-morbidades	Hipertensão arterial	88	55,0
	Diabetes Mellitus	55	34,4
	Hipercolesterolemia	13	8,1
	Doenças pulmonares	3	1,9
Tabagismo	Dislipidemia	1	0,6
	Sim	33	26,2
	Não	59	47,5
Hábito de ingestão de bebidas alcoólicas	Parou de fumar	33	26,2
	Sim	44	35,3
	Não	81	64,7
Prática de exercício físico	Sim	18	14,4
	Não	107	85,6
Nº de episódios de Infarto agudo do miocárdio Média (DP)		1,24 (0,43)	
Nº de cigarros em 24 horas - Média (DP)		18,03 (11,56)	
Tempo de tabagismo - Média (DP)		29,70 (15,24)	
Nº de dias de ingestão de álcool por semana		2,66 (1,64)	
Quantidade de bebida em litros por semana		1,83 (2,84)	

Fonte: Elaboração própria, 2014. DP – Desvio padrão; \* variáveis que apresentaram dados ausentes; \*\* categorias que podiam ser assinaladas mais de uma vez pelo mesmo participante.

Na Tabela 22 se verifica que 50% dos pacientes tiveram histórico familiar de Infarto agudo no miocárdio, ainda 55% apresentam diagnóstico de Hipertensão arterial e

34,4% Diabetes mellitus. No que se refere ao tabagismo, 26,2% relataram ainda fumar e disseram que fumavam, mas pararam(26,2), respectivamente. A média de cigarros tragados por dia, entre os que fumam, ficou em 18,03 (DP = 11,56), com uma média de tempo de uso de 29,70 anos (DP = 15,24). Quanto à ingestão de bebida alcoólica, 35,3% descreveram que faziam uso, tendo uma média de 2,66 vezes por semana (DP = 1,64) e consumindo em média 1,83 litros (DP = 2,84). Observa-se também que apenas 14,4% dos participantes relataram fazer exercícios físicos.

Em relação ao número de episódios de Infarto agudo do miocárdio, observa-se uma média de 1,24 (DP = 0,43), com no máximo 2 episódios por pacientes. O reinfarto pode ocorrer nos primeiros dias de IAM e se caracteriza como pior prognóstico. É uma complicação grave, tem fisiopatologia complexa e está relacionado ao tamanho da área afetada bem como ao dano produzido pelo IAM (AHUMADAA *et al.*, 2005).

No Brasil, as doenças cardiovasculares têm sido caracterizadas como importante problema de saúde pública. Nesse grupo de doenças, muitos fatores de risco estão associados à alta prevalência de adoecimento e morte. Nesse sentido, o reconhecimento das manifestações clínicas, dos aspectos da história clínica prévia e dados do exame físico, contribuem para melhorar as estratégias de tratamento para redução morbimortalidade.

No presente estudo, foi frequente o histórico familiar de infarto agudo no miocárdio entre os pacientes investigados. Resultado semelhante foi encontrado nos estudos realizados por Lima *et al.* (2012) e Bastos *et al.* (2012), os quais constataram alta prevalência de histórico familiar de doença cardíaca entre os pacientes com infarto agudo do miocárdio. O histórico familiar de doença cardíaca é um forte fator de risco não controlável para eventos coronarianos.

Outras co-morbidades identificadas entre os pacientes com Infarto agudo do miocárdio participantes do presente estudo, foram a elevada predominância Hipertensão e de Diabetes mellitus. Esse resultado chama a atenção, uma vez que essas co-morbidades estão associadas à maior morbimortalidade cardiovascular e caracterizadas como importantes fatores de risco e de complicação para as doenças isquêmicas.

Resultado semelhante foi encontrado por Martins *et al.* (2011), ao evidenciar que o evento cardiovascular em diabéticos e hipertensos, é maior do que o da população em geral. É importante ressaltar que a Hipertensão arterial sistêmica é considerada um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

O tabagismo, o etilismo e o sedentarismo são fatores que merecem atenção, já que são responsáveis por entraves para o controle das doenças cardiovasculares (MARTINS *et al.*,

2011; GIROTTO, 2009). O exercício físico regular aliado às outras medidas de prevenção, pode auxiliar no controle do hábito de fumar, do Diabetes mellitus e para redução da pressão sanguínea, diminuindo os eventos coronarianos e suas complicações.

Sabe-se que a maioria desses fatores são modificáveis e para a prevenção eficaz se faz necessária a estratificação. Como asseveram Pinheiro *et al.* (2013), é preciso conhecer os fatores de risco pelos quais estão expostos os indivíduos para que sejam monitorados e controlados. Portanto, são necessárias ações de promoção e prevenção das doenças relacionadas, aliadas com assistência de boa qualidade, visando mudanças no estilo de vida e recuperação da saúde.

Tabela 23 - Distribuição das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda presentes nos pacientes com Infarto agudo do miocárdio. Recife/PE, Brasil, 2014

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Relato de dor aguda</b>	Ausente	26	20,8
	Presente	99	79,2
<b>Diaforese</b>	Ausente	36	28,8
	Presente	89	71,2
<b>Pressão sanguínea elevada</b>	Ausente	49	39,2
	Presente	76	60,8
<b>Distúrbio de sono</b>	Ausente	73	58,4
	Presente	52	41,6
<b>Frequência Cardíaca elevada</b>	Ausente	63	50,4
	Presente	62	49,6
<b>Frequência respiratória elevada</b>	Ausente	49	39,2
	Presente	76	60,8
<b>Dispneia</b>	Ausente	42	33,6
	Presente	83	66,4
<b>Náusea</b>	Ausente	47	37,6
	Presente	78	62,4
<b>Vômito</b>	Ausente	78	62,4
	Presente	47	37,6
<b>Fadiga</b>	Ausente	54	43,2
	Presente	70	56,0
<b>Ansiedade</b>	Ausente	47	37,6
	Presente	78	62,4
<b>Medo</b>	Ausente	73	58,4
	Presente	52	41,6
<b>Palidez</b>	Ausente	60	48,0
	Presente	65	52,0
<b>Fraqueza</b>	Ausente	42	33,6
	Presente	83	66,4

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A Tabela 23 mostra as características definidoras validadas na primeira e segunda etapa da pesquisa e presentes nos pacientes com Infarto agudo do miocárdio. Destaca-se que todas as características definidoras estiveram presentes na prática clínica. Dentre estas, as mais frequentes foram: Relato de dor aguda (79,2%), Diaforese (71,2%), Dispneia e Fraqueza ambas com 66,4%, Náusea e Ansiedade, ambas presentes em 62,4% dos pacientes, Pressão sanguínea elevada e Frequência respiratória elevada, com 60,85% cada uma. Seguidas de Fadiga (56,0%), Palidez (52,0%), Frequência cardíaca elevada (49,6%), Distúrbios do sono e Medo, ambas com 41,6% e Vômito com 37,6%.

Especificamente em relação à elevada predominância da característica Relato de dor aguda, esse resultado é condizente com os estudos dos autores (CANTO *et al.*, 2012; COVENTRY; FINN; BREMNER, 2011; DIMITRIOS *et al.*, 2007; SOTO 2011), apresentados na Análise de Conceito no primeiro capítulo do presente estudo.

Os resultados mostram que em 26(20,8%) dos pacientes, a CD Relato de dor aguda não esteve presente. Embora a dor ainda se apresente como a principal manifestação clínica para caracterizar a presença de isquemia miocárdica, estima-se que muitos pacientes com Infarto agudo do miocárdio são liberados da unidade de emergência para casa sem o diagnóstico correto, em virtude da ausência da dor (MARIN-NETO *et al.*, 2003).

Os critérios para diferenciação diagnóstica do IAM são baseados em associação de: 1) dor precordial de característica anginosa, intensa, em repouso, duração maior que 20 minutos; 2) alteração de ECG = supradesnivelamento de ST; 3) elevação de marcadores de necrose miocárdica = CKMB. No entanto, em certa proporção de pacientes, inexistente a dor, componente sintomático específico. Nesses pacientes, o diagnóstico é firmado com base nos dois últimos critérios (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Episódios de IAM na ausência do sintoma dor, caracteriza a isquemia silenciosa. Ainda não estão bem definidos os mecanismos para a não-percepção do fenômeno isquêmico (SOLIMENE *et al.*, 2003). Pacientes que apresentam alterações no mecanismo gerador ou na transmissão de impulsos nervosos entre o sistema nervoso central e o órgão lesionado, podem não apresentar a manifestação clínica dor em presença do Infarto agudo do miocárdio (GONDIM; OLIVEIRA; GROSSI, 2003). Ainda conforme esses autores, apresentações atípicas de IAM são frequentemente manifestadas por pacientes idosos e diabéticos. Isto decorre principalmente, porque os sintomas no grupo de idosos são mais discretos, em virtude das alterações da sensibilidade dolorosa e dificuldade de diferenciar dores musculoesqueléticas e digestivas associadas com doença arterial coronariana e nos pacientes

com Diabetes mellitus, é consequente da disfunção na inervação cardíaca simpática e parassimpática decorrente da neuropatia autonômica (MARTINS *et al.*, 2011).

Tabela 24 - Distribuição das medidas de acurácia das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda presente nos pacientes com Infarto agudo do miocárdio. Recife/ PE, Brasil, 2014

Características definidoras de dor aguda	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	Valor	Valor
			preditivo positivo (%)	preditivo negativo (%)
<b>Relato de dor aguda</b>	97,9	82,8	94,8	92,3
<b>Diaforese</b>	69,1	20,7	73,9	17,1
<b>Pressão sanguínea elevada</b>	52,7	10,3	65,3	6,4
<b>Distúrbio de sono</b>	46,8	79,3	88,0	31,5
<b>Frequência Cardíaca elevada</b>	37,2	10,3	57,4	4,8
<b>Frequência respiratória elevada</b>	51,1	6,9	64,0	4,2
<b>Dispneia</b>	57,4	3,4	65,9	2,4
<b>Náusea</b>	54,3	10,3	66,2	6,5
<b>Vômito</b>	35,1	55,2	71,7	20,8
<b>Fadiga</b>	66,0	78,6	91,2	40,7
<b>Ansiedade</b>	62,8	34,5	75,6	22,2
<b>Medo</b>	41,5	55,2	75,0	22,5
<b>Palidez</b>	64,9	93,1	96,8	45,0
<b>Fraqueza</b>	72,3	55,2	84,0	38,1

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A Tabela 24 mostra a sensibilidade, especificidade e os valores preditivos das características definidoras para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Relato de dor aguda foi a única CD que apresentou valores de sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivos e negativos elevados para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda.

Observa-se que nove das características definidoras (Pressão sanguínea elevada, Distúrbio do sono, Frequência cardíaca elevada, Frequência respiratória elevada, Dispneia, Náusea, Vômito, Ansiedade e Medo), apresentaram valores de sensibilidade e especificidade (menores que 60%), sendo assim, decidiu-se escolher as cinco características com pontuações acima de 60% para compor uma pontuação geral que indicasse a presença do DE Dor aguda, foram elas: Relato de dor aguda, Diaforese, Fadiga, Palidez e Fraqueza (em itálico na tabela 23).

Tabela 25 - Sensibilidade e especificidade para diferentes pontuações do teste em relação às CDs Relato de dor aguda, Diaforese, Fadiga, Palidez e Fraqueza. Recife/ PE, Brasil, 2014.

<b>Pontuações do teste</b>	<b>Sensibilidade</b>	<b>1 - Especificidade</b>
<b>-1,00</b>	1,00	1,00
<b>0,50</b>	1,00	0,74
<b>1,50</b>	0,93	0,32
<b>2,50</b>	0,89	0,18
<b>3,50</b>	0,43	0,05
<b>4,50</b>	0,04	0,00
<b>6,00</b>	0,00	0,00

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A tabela 25 mostra as diferentes sensibilidades e 1-especificidades para as pontuações do teste. O teste apresenta melhor desempenho para os pontos 1,50 e 2,50.

Se escolhermos o ponto 1,50, teremos uma sensibilidade de 0,93 e 1-especificidade de 0,32, ou seja, com este ponto (1,50), aproximadamente 93% dos pacientes com dor aguda seriam corretamente diagnosticados e 32% de pacientes sem dor aguda seriam erroneamente diagnosticados. Como o teste possui apenas pontuações discretas (pode assumir apenas valores inteiros), não sendo possível escolher um número fracionado a exemplo de 1,50, sugere-se a utilização do ponto 2 (sensibilidade de 0,91 e 1-especificidade de 0,25), pois fica entre 1,5 e 2,5, já que estes foram os pontos que apresentaram os melhores resultados. Assim, quando o paciente apresentar duas ou mais das cinco características definidoras apresentará muita chance de ter o DE Dor aguda no Infarto agudo do miocárdio.

Características definidoras são evidências que podem determinar um diagnóstico. Para tanto, assevera Garcia (1998), devem ser averiguadas quanto à presença na prática clínica. Desse modo, como afirma Guedes (2008) o conhecimento dos indicadores clínicos bem como da probabilidade da presença ou ausência do diagnóstico, contribui para os enfermeiros avaliarem a acurácia diagnóstica. Em suma, neste estudo, as características definidoras Relato de dor aguda, Diaforese, Fadiga, Palidez e Fraqueza foram bons preditores para o DE Dor aguda no Infarto agudo do miocárdio.

Salienta-se que as hipóteses estabelecidas na tese, ora apresentada, foram confirmadas, pois se constatou que existem outras características definidoras pertinentes à Dor aguda em pacientes com infarto agudo do miocárdio além daquelas apresentadas na Taxonomia da NANDA-I (NANDA, 2012), justificando a necessidade de revisar o diagnóstico de enfermagem Dor aguda em relação à adequação das características definidoras na população de pacientes com infarto agudo do miocárdio.

Após as três fases de validação do diagnóstico de enfermagem Dor aguda no Infarto agudo do miocárdio, as CDs (Pressão sanguínea elevada, Distúrbio do sono, Frequência cardíaca elevada, Frequência respiratória elevada, Dispneia, Náusea, Vômito, Ansiedade e Medo), que apresentaram baixa especificidade e sensibilidade na validação clínica, não foram consideradas indicadores preditivos da ocorrência do diagnóstico. A seguir, no quadro 21, apresenta-se o produto final da tese.

Quadro 21 - Estrutura proposta para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio, após as três fases de validação. Recife/PE, Brasil, 2014

Dor aguda: Fenômeno resultante de fatores fisiológicos, psicológicos e influenciados por aspectos sensoriais, socioafetivos e culturais, manifestado por dor torácica retroesternal do lado esquerdo; constrictiva, dilacerante, triturante, opressiva, em aperto e peso, esmagante, típica isquêmica, de início súbito, intermitente, que irradia para o pescoço, ombro esquerdo, mandíbula, região interescapular, braço esquerdo, costas, estômago, abdome e epigastro. É desencadeada por oclusão de <i>stent</i> ; obstrução do fluxo sanguíneo para o miocárdio; trombose de artéria coronária; redução da perfusão coronariana; estresse emocional; perfusão miocárdica diminuída; Isquemia miocárdica prolongada; morte do tecido miocárdico. Pode perdurar de 15 até 30 minutos. O paciente relata dor aguda e apresenta pressão sanguínea elevada; frequência cardíaca elevada, frequência respiratória elevada, diaforese, dispneia, náusea, vômito, ansiedade, distúrbio do sono, medo, fadiga, palidez e fraqueza. Não há fator de alívio		
<b>Característica definidora</b>	<b>Conceito</b>	<b>Referência empírica</b>
Relato de dor aguda	Relato de sensação dolorosa, de início súbito com duração de 15 a 30 minutos.	Relato verbal de dor.
Diaforese	Transpiração, perspiração, sudorese excessiva e hiperatividade do sistema nervoso simpático. A diaforese pode ser secundária a inúmeras situações fisiológicas, como durante o esforço físico ou a menopausa, ou a situações patológicas.	Identificação pelo método de inspeção das mãos, pés, axilas, rosto, mamas, região inguinal e couro cabeludo, quanto à presença de diaforese.
Fadiga	Fenômeno complexo, subjetivo, multidimensional e multifatorial caracterizado por cansaço, exaustão, desgaste, diminuição da capacidade funcional ou da capacidade de realizar atividades diárias, falta de recursos/energia/capacidade	Relato verbal do indivíduo de cansaço/canseira ou diminuição da capacidade de realizar atividades habituais e a falta de alívio para essas manifestações com a aplicação de estratégias usuais de recuperação.

	latente, redução da eficiência para responder a um estímulo, desconforto, sonolência, diminuição da motivação, aversão a atividades, sofrimento e necessidade extrema de descanso.	
Palidez	É o descoramento da pele e mucosas, decorrente da pouca quantidade de hemoglobina circulante e pela vasoconstrição periférica.	Inspeção das regiões palmares, leitos ungueais, mucosas e conjuntivas. Para avaliar a palidez da conjuntiva, o examinador everte a pálpebra inferior e observa a tonalidade. Para avaliar a palidez palmar, abre uma das mãos, estende parcialmente os dedos e examina a coloração palmar. O descoramento deve ser quantificado em escala de uma a quatro cruces (+/4, ++/4, +++/4 e ++++/4).
Fraqueza	Sensação de abatimento, de desânimo, debilidade, fragilidade, estado ou característica daquele a quem faltam força física, resistência ou vigor. Diminuição geral ou local das propriedades vitais e da energia.	Relato verbal de sensação de abatimento, de desânimo, debilidade, fragilidade, falta de força física, resistência e vigor.

Fonte: Elaboração própria, 2014.

## CONCLUSÃO

Os resultados da tese ora apresentada foram obtidos a partir da Análise de Conceito, da Validação por Especialistas e Validação Clínica. A análise do conceito “Dor aguda no Infarto agudo do miocárdio” contou com 29 estudos procedentes da revisão integrativa e os achados foram submetidos ao crivo de 22 especialistas e à validação clínica.

Na primeira etapa foi possível analisar o conceito central da tese – Dor aguda em pacientes com infarto agudo do miocárdio, permitindo identificar os indicadores clínicos evidenciados na literatura, subsidiando a revisão dos componentes do diagnóstico de

enfermagem Dor aguda. Sendo possível também avaliar a coerência entre os indicadores clínicos propostos pela NANDA-I e aqueles encontrados na revisão da literatura.

Foram evidenciados os atributos do conceito em pacientes com Infarto agudo do miocárdio e, a partir daí, foi possível identificar que o conceito Dor aguda nessa situação clínica envolve a presença dos atributos essenciais: **Qualidade** (constrictiva, opressiva; pressão; aperto e peso; sensação de esmagamento; típica isquêmica; dilacerante e triturante); **Localização** (região retroesternal; subesternal; torácica; do lado esquerdo do peito; centro do esterno em meio do peito; peito direito); **Tempo e duração** (início súbito; prolongada com duração de 15 a 30 minutos; recorrente e intermitente); **Irradiação** (pescoço; ombro esquerdo; mandíbula; região interescapular; braço direito e esquerdo, costas; estômago; abdome; epigastro; pulso braquial e radial esquerdo); **Sintomas associados** (Relato de dor; dispnéia; frequência cardíaca elevada; náusea; vômito; pressão sanguínea elevada; frequência respiratória elevada; distúrbio do sono; diaforese; fadiga; palidez; fraqueza; ansiedade; medo).

A partir dos atributos identificados construiu-se uma única definição contendo os resultados da análise conceitual: Fenômeno resultante de fatores fisiológicos, psicológicos e influenciados por aspectos sensoriais, socioafetivos e culturais, manifestado por dor torácica retroesternal do lado esquerdo; constrictiva, dilacerante, triturante, opressiva, em aperto e peso, esmagante, típica isquêmica, de início súbito, intermitente, que irradia para o pescoço, ombro esquerdo, mandíbula, região interescapular, braço esquerdo, costas, estômago, abdome e epigastro. É desencadeada por oclusão de *stent*; obstrução do fluxo sanguíneo para o miocárdio; trombose de artéria coronária; redução da perfusão coronariana; estresse emocional; perfusão miocárdica diminuída; Isquemia miocárdica prolongada; morte do tecido miocárdico. Pode perdurar de 15 até 30 minutos. O paciente relata dor aguda e apresenta pressão sanguínea elevada; frequência cardíaca elevada, frequência respiratória elevada, diaforese, dispnéia, náusea, vômito, ansiedade, distúrbio do sono, medo, fadiga, palidez e fraqueza. Não há fator de alívio.

Foram identificadas 14 características definidoras e construídas as respectivas definições conceituais e referências empíricas. Das 14 CDs identificadas, oito são constantes na NANDA-I e seis não são similares às CDs propostas na NANDA-I. Assim, nesta etapa, foram identificadas seis novas características definidoras para o diagnóstico Dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio, as quais foram submetidas ao crivo de 22 enfermeiros especialistas em terminologias de enfermagem e/ou dor aguda e/ou Infarto agudo do miocárdio.

Em relação à definição, os resultados demonstram que a maioria dos especialistas concordam que a definição mais representativa do conceito diagnóstico, é a resultante da Análise de conceito.

Nenhuma das características definidoras, bem com suas respectivas definições conceituais e referências empíricas apresentou concordância abaixo da pontuação de 0,50, portanto, apontadas como apropriadas para a predição da dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio. Em relação à comparação das proporções de respostas geradas sobre a definição conceitual de cada uma das características definidoras, os resultados atestam a unanimidade das opiniões dos especialistas em função da pertinência.

Destaca-se ainda que não houve indicação de inclusão de novas CDs além daquelas constantes no instrumento e que nenhuma especialista recomendou a retirada de qualquer CD. Desse modo, conclui-se que as 14 CDs avaliadas pelas especialistas no presente estudo são indicadores importantes para a dor aguda no Infarto agudo do miocárdio.

Para o diagnóstico Dor aguda, a Taxonomia da NANDA-I apresenta 18 características definidoras. Após a análise de conceito e validação por especialistas, recomenda-se o acréscimo de seis novas características definidoras ao diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes com infarto agudo do miocárdio, a saber: Dispneia; Fraqueza; Fadiga; Palidez; Náusea e Vômito, para as quais não foram encontradas correspondentes na Taxonomia II da NANDA-I.

As 14 CDs identificadas na análise de conceito revisadas e validadas pelos especialistas foram testadas na prática clínica, por meio de um estudo transversal realizado com 125 pacientes que foram avaliados para verificar a relação entre as características definidoras presentes nos pacientes com Infarto agudo do miocárdio e com o diagnóstico de enfermagem Dor aguda. Todas as características definidoras estiveram presentes na prática clínica.

As características Relato de dor aguda; Diaforese; Fadiga; Palidez e Fraqueza tiveram pontuações acima de 60%, ou seja, foram caracterizadas como indicadores preditivos da ocorrência do diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes com infarto agudo do miocárdio.

Os resultados mostraram que nove características definidoras (Pressão sanguínea elevada, Distúrbio do sono, Frequência cardíaca elevada, Frequência respiratória elevada, Dispneia, Náusea, Vômito, Ansiedade e Medo), apresentaram valores de sensibilidade e especificidade menores que 60%. Portanto, consideradas indicadores insatisfatórios para o

diagnóstico de enfermagem Dor aguda apresentado por pacientes com Infarto agudo do miocárdio.

Deve-se considerar uma limitação da presente pesquisa, o fato de a busca dos estudos ter sido feita em publicações entre os anos de 2006 e 2012, ressaltando-se a importância da ampliação da busca de estudos publicados em outros períodos.

Outra particularidade foi a grande quantidade de publicações estrangeiras evidenciada na revisão integrativa. O que justifica a escassez de estudos brasileiros que abordassem a temática em questão poderá influenciar na conclusão e limitar a generalização dos dados à população brasileira. Principalmente pelo fato de que o IAM é uma das doenças cardíacas mais frequentes em pacientes hospitalizados em muitos países, incluindo o Brasil.

Em relação à etapa da validação por especialistas, uma das principais limitações foi a dificuldade em encontrar profissionais experientes tanto em terminologias de enfermagem quanto no diagnóstico em estudo. Também se enfatiza como uma dificuldade para a realização dessa etapa, a demora para a devolução dos instrumentos avaliados.

Essa dificuldade pode estar relacionada ao fato de que, no Brasil, o número de enfermeiros que utilizam o diagnóstico de enfermagem na prática clínica ainda ser reduzido e também devido ao elevado índice de estudos de validação, que faz com que haja redução das possibilidades de contribuição. Ressalta-se ainda a não devolução dos instrumentos por boa parte dos especialistas e que as devoluções do instrumento nem sempre foram em tempo hábil, o que acarretou renovação do prazo de devolução em até três momentos.

Contudo, apesar das dificuldades para selecionar os especialistas e para o retorno dos instrumentos preenchidos, observa-se que o tamanho da amostra não exerceu influência nos resultados, uma vez que a opinião dos especialistas foi uniforme. E ainda observa-se que os especialistas participantes possuíam experiência no que tange às questões norteadoras das temáticas de diagnóstico em enfermagem e de dor aguda. Esse resultado confere ao grupo de enfermeiros competência para atuarem como especialistas.

Outra dificuldade enfrentada foi o baixo número de estudos com o diagnóstico de enfermagem Dor aguda, assim como a escassez de estudos de validação desse diagnóstico, o que dificultou a comparação e a discussão dos achados do presente estudo.

Concernente à etapa de validação clínica, este estudo apresenta limitação em relação à coleta dos dados ter sido realizada por um único pesquisador. Também outra limitação foi a falta de recursos disponíveis no hospital para realização de exames diagnósticos clínicos para o Infarto agudo do miocárdio; essa limitação interferiu na seleção dos pacientes e gerou muita exclusão.

No entanto, apesar das dificuldades decorrentes dessas limitações, o presente estudo forneceu indicadores clínicos essenciais para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes com Infarto agudo do miocárdio, clarificando, refinando e aprimorando esse diagnóstico bem como seus componentes na Taxonomia II da NANDA-I, como um fenômeno diferente da Dor aguda em outras situações clínicas.

Ademais, os resultados deste estudo possibilitarão ao enfermeiro aperfeiçoar e alicerçar a prática clínica a partir das evidências ora apresentadas, podendo direcionar a assistência e fornecer ferramentas para elaboração do plano de cuidados, implementação e intervenções. Também contribui para fomentar novas pesquisas na temática e para o desenvolvimento técnico-científico da profissão.

Os resultados do presente estudo confirmam as hipóteses estabelecidas para a tese, uma vez que, para o DE Dor aguda em pacientes com infarto agudo do miocárdio, foram identificadas e validadas, cinco CDs, das quais, três são novas, ou seja, não estão contempladas na Taxonomia II da NANDA-I.

É fundamental o desenvolvimento de novas pesquisas, a fim de buscar outras evidências sobre os resultados obtidos, utilizando outra amostra de pacientes com Infarto agudo do miocárdio, possibilitando assim, uma melhor caracterização do DE Dor aguda no evento do IAM.

## REFERÊNCIAS

- AHUMADAA, M. *et al.* El reinfarto como complicación del infarto agudo de miocardio. Datos del registro PRIMVAC. **Rev. Esp. Cardiol.**, v. 58, n. 1, p 13-19, 2005.
- ALBARRAN, J. W.; CLARKE, B. A.; CRAWFORD, J. 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. **Journal of Clinical Nursing**, v.16, p. 1292-1301, 2007.
- ALESSI, A. *et al.* I Posicionamento Brasileiro sobre Pré-Hipertensão, Hipertensão do Avental Branco e Hipertensão Mascarada: Diagnóstico e Conduta. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo , v. 102, n. 2, fev., 2014 .
- ALITI G. B. *et al.* Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 590-595, set., 2011.
- ALMAS, A. *et al.* Emergency evaluation of acute chest pain. **Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan**, v. 20, n. 2, p. 74-78, 2010.
- ALOMRAN, H.; ALGHAMDI, F.; ALKHATTABI, F. B. Chest pain in a 12-year-old boy: when is it a harbinger of poor outcome? **Int. J. Emerg. Med.**, v. 2, p. 179–185, 2009.
- ALVES, T. C. T. F; FRAGUAS, R.; WAJNGARTEN, M. Depressão e infarto agudo do miocárdio. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v. 36, n. 3, p. 88-92, 2009.
- AMADUCCI, C. M.; MOTA, D. D. F. C.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga entre estudantes de graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 4, p. 1052-1058, 2010.
- ARAÚJO, R. D.; MARQUES, I. R. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 676-680, nov./dez., 2007.
- ARAUJO, T. L.; ARCURI, E. A. M. Influência de fatores anátomo-fisiológicos na medida indireta da pressão arterial: identificação do conhecimento dos enfermeiros. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 21-29, out., 1998.
- BASSAN, R. Unidades de Dor Torácica. Uma Forma Moderna de Manejo de Pacientes com Dor Torácica na Sala de Emergência. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 79, p. 196-202, 2002.
- BASTOS, A. S. *et al.* Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.** v. 27, n. 3, p. 411-418, 2012.
- BENETTI, J. C. *et al.* Pacientes em pós operatório de cirurgia cardíaca: correlação entre dois métodos de medida da pressão arterial. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 3, p. 394-401, set./dez., 2013.
- BERGMAN, E., *et al.* Does one's sense of coherence change after an acute myocardial infarction?: A two-year longitudinal study in Swedennhs. **Nursing and Health Sciences**, v. 13, p. 156-163, 2011.

BERGER, P. B. Acute Myocardial Infarction. *ACP Medicine*, p. 1-27, 2009.

BERRY, *et al.* Avaliação dos Efeitos da Reabilitação Cardíaca em Pacientes Pos-infarto do Miocárdio. **Rev. Bras. Cardiol.**, v. 23, n. 2, p. 101-110, mar./abr., 2010.

BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. Writing in integrative review. **AORN Journal.**, v. 67, n. 4, p. 877-880, 1998.

BICKLEY, L. S., SZILAGYI, P. G. **Bates Propedêutica Médica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BIENERT, I. R. C. *et al.* Desfechos intra-hospitalares e preditores de mortalidade no infarto agudo do miocárdio com choque cardiogênico tratados por angioplastia primária: dados do registro InCor. **Rev. Bras. Cardiol. Invasiva**, v. 20, n. 1, p. 41-45, 2012.

BITTENCOURT, G. K. G. D.; CROSSETTI, M. G. O. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.** v. 47, n. 2, p. 341-347, 2013.

BORDON J. G. *et al.* Redução da mortalidade após implementação de condutas consensuais em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 82, n. 4, p. 370-373, 2004.

BOTEGA, N. J. *et al.* Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 359-363, 1995.

BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de validação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 283-290, abr./jun., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12. Diretrizes e Normas Regulamentadora de Pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: CNS, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM). **Mortalidade por Doença Isquêmica do Coração (DIC)**. Secretaria de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). **Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**, Brasília, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **População Residente: notas técnicas**. DATASUS, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SAS/DAB. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Brasília: Editora MS, 2006b.

BRAULIO, R. *et al.* Cardiomiopatia isquêmica terminal associada à complicação do uso de stent no tratamento de infarto agudo do miocárdio. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, v. 26, n. 3, p. 481-484, 2011.

BROOME, M. A. Integrative literature reviews for the development of concepts. *In*: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. (Eds.). **Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications**. 2. ed. Philadelphia: Saunders, 2000. p. 231-250.

BROWN, J. E.; HAMILTON, G. C. Chest Pain. *In*: MARX, J. A. *et al.* (Eds.). **Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice**. 7. ed. Philadelphia: Elsevier, 2010.

CASAGRANDE, E. L. Angina pectoris e infarto agudo do miocárdio. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 46, n. 1,2, p. 9-12, jan./jun., 2002.

CANTELE, C. F.; LANARO, R. Indicadores Bioquímicos do Infarto Agudo do Miocárdio/Biochemical Indicators of Acute Myocardial Infarction. **Revista Ciências Em Saúde**, v. 1, n. 3, p. 65-76, 2011.

CANTO, J. A. *et al.* Differences in symptom presentation and hospital mortality according to type of acute myocardial infarction. **Am. Heart. J.**, v. 163, n. 4, p. 572-579, 2012.

CAVALCANTE, T. F. **Validação do diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral**. 2011. 190f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2011.

CHAITMAN, B. R. *et al.* Angiographic Prevalence of High-risk Coronary Artery Disease in Patient Subsets (CASS). **Circulation**, v.2, p. 360-367, 1981.

CHAVES, E. C. L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual**. 2008. 255f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; HASS, V. J. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 2, p. 264-270, 2010.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 513-520, abr./jun., 2008.

CLARE, C. M., ARAÚJO, M. A importância da avaliação da dor torácica na insuficiência coronariana aguda em unidade de dor torácica. **Rev. SOCERJ**, v. 12, n. 1, p. 377-381, jan./mar., 1999.

COLLIN, M. J. *et al.* Young patients with chest pain: 1-year outcomes. **American Journal of Emergency Medicine**, v. 29, p. 265-270, 2011.

CONSENSO BRASILEIRO DE NÁUSEAS E VÔMITOS. **Revista brasileira de cuidados paliativos**, v. 3, n. 3, 2011.

CORRÊA, C.; CRUZ, D. A. L. M. Pain: clinical validation with postoperative heart surgery patients. **Nursing Diagnosis: the Official Journal of the North American Nursing Diagnosis Association**, Philadelphia, v. 11, n. 1, p. 5-14, 2000.

COVENTRY, L. L., FINN, J.; BREMNER, A. P. Sex differences in symptom presentation in acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. **Heart & Lung**, St. Louis, v. 40, n. 6, p. 477-491, nov./dec., 2011.

COYLE, M. K. Depressive Symptoms After a Myocardial Infarction and Self-care. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 26, n. 2, p. 127-134, apr., 2012.

CRUZ, D. A. L. M. Diagnóstico de enfermagem: aspectos históricos e definição. **Rev. Paul. Enferm.**, v. 3, n. 1/3, p. 3-7, 1994.

DALZELL, J. R *et al.* Acute myocardial infarction due to coronary vasospasm in a heart transplant recipient. **American Journal of Emergency Medicine**, v. 28, n. 4, mai., 2010.

DANG, N. D *et al.* Characteristics of and outcome for patients with chest pain relation to transport by the emergency medical services in a 20-year perspective. **American Journal of Emergency Medicine**, 2012.

DIMITRIOS, C. H. *et al.* Association between subjective descriptions of coronary pain and disease characteristics: A pilot study in a Hellenic rural population. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 23, p. 342-354, 2007.

ESTEVES, V. *et al.* Infarto Agudo do Miocárdio Associado a Ponte Miocárdica. **Rev. Bras. Cardiol Invasiva**. v. 18, n. 4, p. 468-472.

FANG, B. R. Acute Myocardial Infarction Presenting with Sudden Death Owing to Cardiac Rupture. **Journal of Medical Ultrasound**, v. 20, p. 236-239, 2012.

FEHRING, R. J. The Fehring model. *In*: CARROLL-JOHNSON, P. (Ed.). **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Association**. Philadelphia: Lippincott, 1994. p. 59.

\_\_\_\_\_. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & Lung**, St. Louis, v. 16, n. 6, p. 625-629, nov., 1987.

FERREIRA, A. M. **Validação do diagnóstico de enfermagem Dor aguda em crianças hospitalizadas**. 2009. 72f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós- Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

FERREIRA, A. M.; PREDEBON, C. M.; CRUZ, D. D. E. A.; RABELO, E. R. Clinical validation of nursing diagnoses of acute pain in hospitalized children. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v. 22, n. 4, p. 162-169, oct./dec., 2011.

SCHREUDERS L.; BREMNER, A.P.; GEELHOED E.; FINN, J. Nurse perceptions of the impact of nursing care on patient outcomes: an exploratory study. *Contemp Nurse*. 2012 Jun;41(2):190-7.

FORTES, A. N. **Diagnóstico de enfermagem em pacientes com angina instável internados em um hospital especializado**. 2007. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

FRANCO, B. *et al.* Pacientes com infarto agudo do miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviço de emergência: implicações para a educação em saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 16, n. 3, mai./jun., 2008.

FREITAS, E. O. *et al.* Factors of cardiovascular risk in a cardiology intensive care unit. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 4, n. 1, p. 191-197, jan./mar., 2010.

FUKUOKA, Y. *et al.* Is Severity of Chest Pain a Cue for Women and Men to Recognize Acute Myocardial Infarction Symptoms as Cardiac in Origin? **Progress in Cardiovascular Nursing**, v. 22, p. 132–13, 2007.

GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**. 2008. 110f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. Validação de conteúdo: critérios para seleção de expertos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 60-66, jan/abr, 2006.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; PEZZUTO, T. M. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 3, p. 307-316, 2004.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-am. Enferm.** v. 10, n. 5, p. 690-625, 2002.

GARCIA, T. R., NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 188-193, fev./mar., 2009.

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. *et al.* (Orgs.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. (Série Atualizações em Enfermagem). São Paulo: Atheneu, 2004, p. 37-63.

GARCIA, T. R. Modelos metodológicos para validação dos diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v.11, n.3, p.24-31, 1998.

GELLERSTEDT, M. *et al.* Does sex influence the allocation of life support level by dispatchers in acute chest pain? **American Journal of Emergency Medicine**, v. 28, p. 922-927, 2010.

GIROTTTO, E. *et al.* Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringa, v. 31, n. 1, p. 77-82, 2009.

GOEL, P. K. *et al.* A study of clinical presentation and delays in management of acute myocardial infarction in community. **Indian Heart Journal**, v. 64, n. 3, p. 295-301, mai./jun., 2012.

GOLDMEIER, S.; CASTRO, I. A teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco (obesidade, hipertensão e tabagismo) em pacientes pos-infarto agudo do miocárdio. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 49, n. 3, p. 149-154, jul./set., 2005.

GONDIM, C. R. N. *et al.* Prevenção e tratamento de náuseas e vômitos no período pós-operatório. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 21, n. 1, p. 89-95, 2009.

GONDIM, L. G. P.; OLIVEIRA, W. A.; GROSSI, S. A. A. A diferenciação da dor do infarto agudo do miocárdio entre pacientes diabéticos e não-diabéticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 720-726, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n6/v11n6a04.pdf>>.

GORDON, M.; HILTUNEN, E. High frequency: treatment priority nursing diagnoses in critical care. **Nurs Diag.**, v. 6, n. 4, p. 143-154, 1994.

GUEDES, N. G. **Revisão do diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário: análise de conceito e validação por especialista.** 2011.251f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

HAASENRITTER, J. *et al.* Does the patient with chest pain have a coronary heart disease? Does the patient with chest pain have a coronary heart disease? Diagnostic value of single symptoms and signs – a meta-analysis. **Croat Med. J.**, v. 53, p. 432-441, 2012.

HELMS, J. E; BARONE, C. Physiology and Treatment of Pain. **Critical care nurse**, v. 28, n.6, p. 38-50, dec., 2013.

HERDMAN, T. H. (Ed.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

HOSKINS, L. M. Clinical validation methodologies for nursing diagnosis research. *In*: CARROLL-JOHNSON, R. M. (Ed.). **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnoses Association.** Philadelphia: JB Lippincott, 1989. p.126-31.

HOUCK, P. D. *et al.* Should We Establish a New Protocol for the Treatment of Peripartum Myocardial Infarction? **Tex. Heart Inst. J.**, v. 39, n. 2, p. 244-248, 2012.

HOWARD, P. K., SHAPIRO, S. E. Does Gender and Ethnicity Impact Initial Assessment and Management of Chest Pain? **Advanced Emergency Nursing Journal**, v. 33, n. 1, p. 4-7, jan./mar., 2011.

HUDDLESTON, S. S.; FERGUSON, S. G. **Emergências clínicas: abordagens, intervenções e auto - avaliação.** 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

HWANG, S. Y. *et al.* Atypical Symptom Cluster Predicts a Higher Mortality in Patients With First-Time Acute Myocardial Infarction. **Korean Circ. J.**, v. 42, p. 16-22, 2012.

IASP- International Association for the Study of Pain [cited 2013 Jan 28]. Available from: <http://www.iasp-pain.org>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060, Revisão 2013.** Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

JEKEL, J. F.; ELMORE, J. G; KATZ, D. L. Entendendo e reduzindo erros em medicina clínica. *In:* JEKEL, J. F.; KATZ, D. L ELMORE, J. G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 99-112.

KAUR, R.; LOPEZ, V.; THOMPSON, D. R. Factors Influencing Hong Kong Chinese Patients' Decision-Making in Seeking Early Treatment for Acute Myocardial Infarction. **Research in Nursing & Health**, v. 29, n. 6, p. 636-646, dec., 2006.

KHAN, J. J. B. *et al.* Associated with acute myocardial infarction in Chinese patients: a questionnaire survey. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, p. 2720–2729, 2010.

KUNIYOSHI, F. H. *et al.* Day–Night Variation of Acute Myocardial Infarction in Obstructive Sleep Apnea. **J. Am. Coll. Cardiol.** v. 52, p. 343-346, 2008.

LAMINO, D. A.; MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 2, p. 508-514, 2011.

LEMOS, C.; GOTTSCHA, M. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de Vida após Infarto do Miocárdio. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** v. 24, n. 4, p. 471-476, out./dez., 2008.

LEMOS, D. M. *et al.* Gatilho da dor em pacientes com síndrome coronariana aguda. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, p. 480-486, 2012.

LEVIN, R. Who are the experts? A commentary on nursing diagnosis validation studies. **Nursing Diagnosis**, v. 12, n. 1, p. 29-32, 2001.

LIMA, F. E. T.; ARAÚJO, T. L. Correlação dos fatores condicionantes básicos para o autocuidado dos pacientes pós revascularização do miocárdio. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 5, p. 519-523, set./out., 2005.

LIMA, F. E. T. *et al.* Alterações emocionais presentes nos pacientes que realizaram revascularização do miocárdio. **Ver. Enferm. UFPE On Line.** v. 4, n. 2, p. 85-91, abr./jun., 2010.

LIMA, F. E. T. *et al.* Fatores de risco da doença coronariana em pacientes que realizaram revascularização miocárdica. **Rev Rene**, v. 13, n. 4, p. 853-860, 2012.

LIMA, G. S. *et al.* Assistência de enfermagem a um paciente infartado portador de HIV, baseada na teoria do autocuidado - relato de caso. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 452-457, 2007.

LOPES, M.V.O, SILVA V.M, ARAUJO T.L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. *Rev Bras Enferm.* 2013 set-out; 66(5): 649-55.

LOPES, C. T. *et al.* Diagnósticos de Enfermagem validados em Cardiologia no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Acta Paul. Enferm.** v. 25, n. 1, p. 155-160, 2012.

LOPES, M. S. V. *et al.* Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto-Enferm.** v. 19, n. 3, p. 461-468, sep., 2010.

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, oct., 2012.

LOPES, T. S. *et al.* Dor Definitivamente Anginosa e suas Principais Características. **Revista de Saúde**, Vassouras, v. 2, n. 2, p. 19-28, jul./dez., 2011.

LØVLIEN, M.; SCHEI, B.; GJENGEDAL, E. Are There Gender Differences Related to Symptoms of Acute Myocardial Infarction? A Norwegian Perspective. **Prog. Cardiovasc. Nurs.**, v. 21, n. 1, p. 14-19, 2006.

MAGALHÃES, P. A. P. *et al.* Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. **Rev. Dor.**, v. 1, n. 3, p. 221-225, 2011.

MARTINEZ, J. A. B.; PADUA, A. I.; TERRA FILHO, J. Dispneia. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 37, p. 199-207, jul./dez., 2004.

MARTINS, C. *et al.* Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 472-478, jul./set., 2006.

MARTINS, H. S. *et al.* **Emergências Clínicas** - Abordagem Prática. 8. ed. São Paulo: Manole, 2013.

MARTINS, J. A. F.; FRANCO, S. C. Condições cardiológicas sensíveis à atenção primária em serviço terciário de saúde: apenas a ponta do iceberg. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 388-399, jul/set 2013.

MARTINS, L. N. M. *et al.* Prevalência dos fatores de risco cardiovascular em adultos admitidos na unidade de dor torácica em vassouras, RJ. **Rev. Bras. Cardiol.**, v. 24, n. 5, p. 299-307, 2011.

MATURA, L. A. In-hospital Mortality Characteristics of Women With Acute Myocardial Infarction. **J. Clin. Med. Res.** v. 1, n. 5, p. 262-266, 2009.

MAZONI, S. R.; CARVALHO, E. C; SANTOS, C. B. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, p. 88-96, 2013.

MCCORD, J. *et al.* Management of Cocaine-Associated Chest Pain and Myocardial Infarction. **Circulation**, v. 117, p. 1897-1907, 2008.

MCSWEENEY, J. C. *et al.* Racial Differences in Women's Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms. **Am. J. Crit. Care.** v. 19, n. 1, p. 63-73, jan., 2010.

MELNYK, B. M.; FINEUOT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. *In:* MELNYK, B. M.; FINEUOT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing Healthcare** – a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 2005. p. 3-24.

MELO, A. S. **Validação dos diagnósticos de enfermagem Disfunção Sexual e Padrões de sexualidade ineficazes.** 2004. 197f. Tese (Doutor em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MELO, A. S.; CARVALHO, E. C.; HAAS, V. J. Características definidoras validadas por especialistas e as manifestadas por pacientes: estudo dos diagnósticos disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 6, p. 951-958, 2008.

MELO, R. P. *et al.* Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 424-431, abr./jun., 2011

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, S. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 04, p.758-64, out./dez., 2008.

MORROW, D. A.; LEMOS, J. A. Benchmarks for the Assessment of Novel Cardiovascular Biomarkers. **Circulation.**, p. 949-952, 2007.

MORTON, P. G. Infarto agudo do miocárdio. *In:* MORTON, *et al.* **Cuidados críticos de enfermagem uma abordagem holística.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 429-455.

MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga: uma análise do conceito. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 285-293, 2005.

MOTA, D.D.C.F.; PIMENTA, C.A.M. Controle da fadiga. *In*: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. **Dor e cuidados paliativos**: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2006. p.193

MOTA, R.; MARQUES, I. R. Monitorização hemodinâmica: fundamentos para a assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UNISA**, v. 7, p. 52-58, 2006.

MOURAD, G. *et al.* Depressive symptoms and healthcare utilization in patients with noncardiac chest pain compared to patients with ischemic heart disease. **Heart & Lung**, v. 41, n. 5, p. 446-455, 2012.

MUSSI, F. C.; PEREIRA, A. Tolerância à dor no infarto do miocárdio. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 80-87, 2010.

MUSSI, F. C.; FERREIRA, S. L.; MENEZES, A. A. Vivências de mulheres à dor no infarto do miocárdio. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 2, p. 170-178, 2006.

MYERS, G. L. **Emerging Biomarkers for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke**. Washington (DC): National Academy of Clinical Biochemistry, 2009.

NATHAN, S. Case report: A 55-year-old woman with chest pain upon arrival to the emergency department. **Am. J. Health-SystPharm.**, v. 67, supp.7, 2010.

NEWMAN, T. B.; BROWNER, W.S.; CUMMINGS, S.R.; HULLEY, S.B. Delineando um estudo observacional: estudos transversais e de caso-controle. *In*: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 127-142.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2012.

OLIVEIRA, C. J. **Revisão do diagnóstico de enfermagem "falta de adesão" em pessoas com hipertensão arterial**. 2011. 253f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

OLIVEIRA, F. J. G.; LEITÃO, I. T. Caracterização dos pacientes com dor torácica anginosa e provavelmente anginosa atendidos na emergência de um hospital privado de Fortaleza. **Revista Emergência Clínica**, São Paulo, v. 5, n. 22, p.17-20, fev., 2010.

PADILHA, R. V.; KRISTENSEN, C. H. Estudo exploratório sobre medo e ansiedade. **PSICO**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 233-240, set./dez., 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1444/1132>>.

PAIM, C. P.; AZZOLIN, K. O.; MORAES, M. A. P. Dor torácica no infarto agudo do miocárdio entre pacientes diabéticos e não diabéticos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 77-82, 2012.

PAIVA, G. S. **Diagnósticos de enfermagem em infartados submetidos à angioplastia coronariana com STENT. 2007.** 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

PASCOAL, L. M. *et al.* Indicadores de troca de gases prejudicada em pacientes com doenças cardiovasculares segundo a NOC. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 92-106, out./dez., 2009.

PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: o quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n.2, p. 270-276, abr./jun., 2006.

PEDROSA, R. P.; LORENZI-FILHO, G.; DRAGER, L. F. Síndrome da apnéia obstrutiva do sono e doença cardiovascular. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 87, n. 2, p. 121-127, abr./jun., 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/59068/62054>>.

PEREIRA, J. M. V. *et al.* Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 737-745, out./dez., 2011.

PESARO, A. E. P. *et al.* Síndromes coronarianas agudas: tratamento e estratificação de risco. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 20, n. 2, p. 197-204, 2008.

PESARO, A. E. P. *et al.* Infarto agudo do miocárdio. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 50, n. 2, p. 214-220, 2004.

PIERIN, A.; ALAVARCE, D.; LIMA, J. C.; MION, J. R. D. A medida indireta da pressão arterial: como evitar erros. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 1, p. 31-38, 2000.

PILEGGI, S. O. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem Desobstrução ineficaz das vias aéreas de crianças e adolescentes submetidos à correção cirúrgica de cardiopatia congênita.** 2007. 211f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PINHEIRO, R. H. O. *et al.* Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos cadastrados no programa hiperdia. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 78-83, jan./mar., 2013.

PINTO, L. S.; CASA, E. C. G. S. Sistematização da Assistência de Enfermagem no tratamento da dor Oncológica. **Rev. Enferm. UNISA**, v. 6, p. 64-69, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLITO, M. D.; FARINATTI, P. T. V. Considerações sobre a medida da pressão arterial em exercícios contra- resistência. **Rev. Bras. Med. Esporte.** v. 9, n. 1, p. 25-33, 2003.

POMPEO DA, ROSSI LA, PAIVA L. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem náusea. **Rev Esc Enferm USP** 2014; 48(1):49-57

POMPEO, D.A. Validação do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós - operatório imediato. 2012. 164 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

PORTO, C. C. **Vademecum de clínica médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PORTO, C. C. **Exame clínico: bases para a prática médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2004.

POTSCH, A. A. *et al.* Importância da proteína C-reativa no diagnóstico e no prognóstico intra-hospitalar em pacientes com dor torácica na sala de emergência. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 87, n.3, p. 275-280, 2006.

PRAZERES, C. E. E. *et al.* Angiotomografia de Coronárias na Avaliação da Dor Torácica Aguda na Sala de Emergência. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 101, n 6, p. 562-569, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n6/aop\\_5790.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n6/aop_5790.pdf)>.

PRETTO, P. *et al.* Fator prognóstico do infarto agudo do miocárdio com supradesnível de ST. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 2, p. 67-70, 2008.

PUCCINI, P. T.; CORNETTA, V. K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2032-2042, set., 2008.

RAMOS, A. R. W. *et al.* Preditores de mortalidade na cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev. Bras. Cardiol.** v. 26, n. 3, p. 193-199, mai./jun., 2013.

RIBEIRO, C. C. M.; LAMAS, J. L. T. Comparação entre as técnicas de mensuração da pressão arterial em um e em dois tempos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 630-636, jul./ago., 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267024790012.pdf>>.

RIDKER, P. M. Establishing a Clinical Basis for hsCRP in the Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease. **Clinical Chemistry**, v. 56, p. 7 1186–1187, 2010.

RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor Aguda. **Ciênc. Saúde**, v. 12, n. 1, p. 50-54, jan./mar., 2005.

ROCHA, L. A.; MAIA, T. F.; SILVA, L. F. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 3, p. 321-326, mai./jun., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/reben/v59n3/a13v59n3.pdf>>.

RODGERS, B. L. Concept analysis: an evolutionary view. *In:* RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications**. 2. ed. USA: WB Saunders, 2000.

RODRIGUES, Cibele I. Saad et al. **Diagnóstico e classificação**. *J. Bras. Nefrol.* [online]. 2010, vol.32, suppl.1, pp. 05-13. ISSN 0101-2800.RODRIGUES, C. I. S. *et al.* Diagnóstico e classificação. **J. Bras. Nefrol.** v. 32, supp. 1, p. 5-13, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32s1/v32s1a04.pdf>>.

ROSA, E. M.; DAMIANI, G. B.; SCOPEL, C. P. Cintilografia miocárdica de repouso em dor torácica. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 95, n. 4, p. 547-548, 2010.

SÁ, M. P. B.O. *et al.* Proteína C-reativa de alta sensibilidade em pacientes com infarto agudo do miocárdio na emergência cardiológica\* High sensitivity C-reactiveprotein in patientswith acute myocardial infarction on cardiologic emergency. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 7, p. 219-224, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n4/a219224.pdf>>.

SANCHEZ, C. G.; PIERIN, A. M. G.; MION, J. R. D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 90-98, mar., 2004.

SANTORO BATISTA, D. C.; PIMENTA, C. A. M. Semelhanças e diferenças da dor nas síndromes torácicas: revisão sistemática da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 301-307, jun., 2008.

SANTOS, F. L. M. M.; ARAÚJO, T. L. Vivendo infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 742-748, nov./dez., 2003.

SANTOS, J. S; BARROS, M. D. A. Idosos do Município de Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 17, n. 3, p. 177-186, set., 2008.

SANTOS, S. M. J.; NÓBREGA, M. M. L. Ações de enfermagem identificadas no Projeto CIPESC(a) e utilizadas no cuidado de pacientes com AIDS. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 4, p. 369-378, 2004.

SERAFIM, T. S. *et al.* Avaliação das condições de uso de esfigmomanômetros em serviços hospitalares. **Acta Paul. Enferm.** v. 25, n. 6, p. 940-946, 2012.

SILVA, L. M. H.; ZAGO, M. M. F. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 44-49, jul., 2001.

SILVA, Y. B.; PIMENTA, C. A. M. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 2, p.109-118, 2003.

SILVA, Y.B.; SILVA, J. Controle de náuseas e vômitos. *In:* PIMENTA; MOTA; CRUZ. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2006.

SOARES FILHO, G. L. F. *et al.* Dor torácica no transtorno de pânico: sintoma somático ou manifestação de doença arterial coronariana? **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, n. 2, p. 97-101, 2007.

SOARES, J. S. *et al.* Tratamento de uma Coorte de Pacientes com infarto Agudo do miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 92, n. 6, p. 464-471, jun., 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE SONO. I Consenso Brasileiro sobre Insônia. *Hypnos* 4: 3-45, 2003. Disponível em: [http://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/2s2008/ia/pdf\\_consenso.pdf](http://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/2s2008/ia/pdf_consenso.pdf). Acesso em 23 de junho 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST. **Arquivos Bras. Cardiol.**, v. 89, n. 4, p. 89-131, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. I Posicionamento Brasileiro sobre Pré-Hipertensão, Hipertensão do Aortal Branco e Hipertensão Mascarada: Diagnóstico e Conduta. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 102, n. 2, p. 110-119, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Rev. Hipertens.**, v. 13, n. 1, p. 8-66, 2010.

SOLIMENE, M. C. *et al.* Indicações de cinecoronariografia na doença arterial coronária. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 49, n. 2, p. 203-209, 2003.

SOTO, J. R. Dolor torácico. **Rev. Med. Clin.**, Condes, v. 22, n. 5, p. 655-664, 2011.

SOUZA, J. C.; REIMAO, R. Epidemiologia da insônia. **Psicol. Estud.**, v. 9, n. 1, p. 3-7, 2004.

SOUSA, M. R.; RIBEIRO, A. L. P. Meta-análise de estudos diagnósticos e prognósticos. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 92, n. 3, p. 241-251, 2009.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SOUSA, M. Z. *et al.* Vivenciando o infarto: experiência e expectativas dos pacientes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 9, n. 1, p. 72-79, abr., 2005.

TEIXEIRA, M. J. **Dor**: manual para o clínico. São Paulo: Atheneu; 2006.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, Procape. **Plano Operativo Anual (POA) 2008 – 2009**. Recife, 2008a.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, Reitoria. **Estatuto da Fundação Universidade de Pernambuco**. Aprovado pelo CONSUN em 19.12.2007. Boletim Oficial Extra da UPE, Recife, n. 03/2008, ano XVIII, 29, jul., 2008b.

VERRI, J. Síndrome Coronariana Aguda com elevação do Segmento ST. *In*: NASI, A. L. **Rotinas em pronto socorro**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 125-129.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 4. ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson, 2005.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. Methodological issues in nursing research the integrative review: updated methodology. Blackwell Publishing Ltd. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 46-553, 2005.

WIEDEMAR, L. *et al.* Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder in patients with acute myocardial infarction. **Heart & Lung**, v. 37, p. 113-121, 2008.

WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2005.

XANTHOS, T. *et al.* Factors influencing arrival of patients with acute myocardial infarction at emergency departments: implications for community nursing interventions. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 7, p. 1469–1477, 2010.

## ANEXO A - Protocolo da Revisão Integrativa (Instrumento adaptado de Cavalcante, 2011)

REVISÃO INTEGRATIVA – PROTOCOLO
Tema: Dor aguda em paciente adulto com infarto agudo do miocárdio
1) Objetivo: Apresentar o conhecimento produzido sobre dor aguda em pacientes com infarto agudo do miocárdio
2) Questões norteadoras: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Qual é o conceito de dor aguda?</i></li> <li>• <i>Como se caracteriza a dor apresentada por pessoas com infarto agudo do miocárdio?</i></li> <li>• <i>Quais os fatores que antecedem a dor aguda?</i></li> <li>• <i>Quais os consequentes da dor aguda para o paciente com infarto agudo do miocárdio?</i></li> <li>• <i>Quais instrumentos são indicados para avaliar a dor aguda?</i></li> </ul>
3) Estratégias para buscar as pesquisas
Base de dados <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Base de dados 1: Scopus</li> <li>❖ Base de dados 2 : Pubmed</li> <li>❖ Base de dados 3: Cinahl</li> <li>❖ Livros texto da área de saúde</li> </ul>
Descritores controlados: (DeCS/MeSH) Dor aguda/ <i>acute pain</i> Infarto do miocárdio / <i>myocardial infarction</i>
Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Artigos, dissertações e teses.</li> <li>❖ Estudos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol.</li> <li>❖ Estudos que abordam dor aguda de pacientes após infarto agudo do miocárdio acima de 18 anos de idade.</li> <li>❖ Que respondam às questões norteadoras deste estudo.</li> </ul>
Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Editoriais</li> <li>• Cartas ao editor</li> </ul>
5) Estratégia para coleta de dados dos estudos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento construído por Chaves (2008) e adaptado por Cavalcante (2011)</li> </ul>
6) Estratégia para avaliação crítica dos estudos Evidências de evidência desenvolvidos por Melnyk, Fineuot-Overholt (2005).
7) Sínteses dos dados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterização dos estudos</li> <li>• Categorias temáticas</li> <li>• Análise de conceito proposta por Walker e Avant (2005)</li> </ul>

**ANEXO B - Instrumento de coleta de dados para a Revisão Integrativa da Literatura adaptado do estudo de Chaves (2008)**

**1. Identificação do estudo**

- a) Título:
- b) Autores/Formação:
- c) Referência Bibliográfica do estudo:
- d) País/Idioma do estudo:

**2. Conceito de Dor aguda**

- a) Atributos críticos:
- b) Antecedentes:
- c) Consequentes:
- d) Definição conceitual:

**3. Características definidoras para Dor aguda**

- a) Definição conceitual:
- b) Referências empíricas:

**4. Características Metodológicas**

- a) Objetivo do estudo:
- a) Tipo de publicação:
- c) População-alvo:
- d) Coleta de dados:

**5. Resultados e Análise dos dados**

- a) Descrição:

**6. Conclusões do estudo:**

- a) Descrição:

**7. Nível de evidência**

- a) Descrição:

**ANEXO C - Instrumento para caracterização dos especialistas adaptado do estudo de Cavalcante (2011)**

**1. Dados de Identificação**

Sexo ( )Feminino ( ) Masculino

Idade ( ) anos completos

Cidade em que trabalha \_\_\_\_\_

Titulação: ( ) Especialista ( ) Mestre ( ) Doutor

Área da Especialização \_\_\_\_\_

Tema da Monografia da Especialização: \_\_\_\_\_

Área do Mestrado: \_\_\_\_\_

Tema da Dissertação de Mestrado: \_\_\_\_\_

Área do Doutorado: \_\_\_\_\_

Tema da Tese de Doutorado: \_\_\_\_\_

Tempo de formação profissional (anos completos) \_\_\_\_\_

**2. Caracterização da experiência profissional com a temática do estudo**

Por favor, responda as questões abaixo, podendo marcar mais de uma alternativa nas questões 1, 2, e 5.

2.1 Desenvolveu ou desenvolve, como autor(a) ou orientador(a), estudos na área de Diagnóstico de Enfermagem:

( ) Monografia de Graduação ( ) Monografia de Especialização

Dissertação  Tese

Artigo Científico  Outros

2.2 Desenvolveu ou desenvolve, como autor(a) ou, orientador(a), estudos na temática de Dor aguda, na forma de:

Monografia de Graduação  Monografia de Especialização

Dissertação  Tese

Artigo Científico  Outros

2.3 Participa ou participou de grupos ou projetos de pesquisa que envolvem/envolveram a temática Diagnóstico de Enfermagem?  Sim  Não

2.4 Participa ou participou de grupos ou projetos de pesquisa que envolvem/envolveram a temática Dor aguda?  Sim  Não

2.5 Nos últimos doze meses, onde exerceu suas atividades profissionais?

Hospital  Unidade Básica de Saúde

Instituição de Ensino  Outros \_\_\_\_\_

2.6 Utiliza/utilizou o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional(assistência ou ensino)?  Sim. Por quanto tempo?\_\_\_\_\_  Não

2.7 Presta/prestou assistência de enfermagem a indivíduos com Infarto agudo do miocárdio?  Sim. Por quanto tempo?\_\_\_\_\_  Não

2.8 Já identificou o diagnóstico Dor aguda em sua prática clínica?

Nunca  poucas vezes  Frequentemente

2.9 No ensino, ministra/ministrou disciplina que envolve a temática Diagnóstico de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não

2.10 No ensino, ministra/ministrou disciplina que envolve a temática Dor aguda?

( ) Sim ( ) Não

**APÊNDICE A** - Carta-Convite para participação no estudo  
(Etapa – Validação por especialista)

Prezado(a) colega enfermeiro(a),

Meu nome é Sônia Maria Josino dos Santos, sou aluna do Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “DOR AGUDA –REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO”, sob a orientação da Professora Doutora Thelma Leite de Araújo.

Para tanto, vimos através desta solicitar sua participação na qualidade de especialista em diagnóstico de enfermagem e/ou dor aguda. Salientamos que a sua participação é imprescindível, uma vez que é restrito o número de enfermeiros que trabalham com a temática.

No momento necessitamos que preencha um instrumento para verificação da adequação dos conceitos determinados na fase anterior de análise de conceitos relacionados à dor aguda no infarto agudo do miocárdio.

Caso concorde em contribuir com a nossa pesquisa, gostaria que enviasse por *e-mail*, o mais rápido possível, o meio pelo qual poderíamos nos comunicar (*e-mail* ou correspondência convencional). Caso aceite, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o instrumento de pesquisa, bem como as instruções para preenchimento.

Gostaríamos, se possível, que você nos indicasse mais especialistas nesta área que possam colaborar com a nossa pesquisa.

Antecipadamente agradecemos a sua colaboração e aguardamos sua resposta.

Atenciosamente, Sônia Maria Josino dos Santos *E-mail*: [smjosino@gmail.com](mailto:smjosino@gmail.com)

**APÊNDICE B** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do Especialista

Prezado(a) colega enfermeiro(a),

Meu nome é Sônia Maria Josino dos Santos, sou aluna do Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “DOR AGUDA – REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO” sob a orientação da Professora Doutora Thelma Leite de Araújo.

Aproveitamos inicialmente para agradecer a sua disposição em colaborar com a nossa pesquisa. Salientamos que a sua participação é de extrema importância dada a pequena quantidade de enfermeiros que trabalham nesta área de estudo.

Na fase anterior à presente, foi feita uma revisão na literatura em busca dos conceitos relacionados à dor aguda no infarto agudo do miocárdio. Na fase atual deverá ser preenchido um instrumento para verificação da adequação dos conceitos relacionados à dor aguda.

Asseguramos a privacidade dos seus dados, garantimos que as informações colhidas serão utilizadas exclusivamente para fins da pesquisa, o acesso aos dados da pesquisa, a liberdade de retirar seu consentimento sem prejuízos. Salientamos que você não receberá nenhuma forma de pagamento para participar da pesquisa.

Caso necessite de mais informações, informamos-lhe os meus contatos, bem como da minha orientadora.

Nome da pesquisadora: Sônia Maria Josino dos Santos

Endereço: Av. Presidente Afonso Pena, 1312, Apto 401

Bairro: Bessa. Cidade: João Pessoa/PB. CEP: 58035030

Telefone: (83) 30214032

*E-mail:* [smjosino@gmail.com](mailto:smjosino@gmail.com)

Nome da orientadora: Thelma Leite de Araújo

Endereço: Rua. Alexandre Baraúnas, 1115. Bairro: Rodolfo Teófilo, Fortaleza/Ceará Telefone: (85) 33668459

*E-mail:* [thelmaaraujo2003@yahoo.com.br](mailto:thelmaaraujo2003@yahoo.com.br)

Comitê de Ética em Pesquisa do Pronto Socorro Cardiológico de PE. Prof. Luiz Tavares-PROCAPE da Universidade de Pernambuco (UPE)

Complexo Hospitalar – Hospital Universitário Oswaldo Cruz – Universidade de Pernambuco/UPE/Procape. Rua Arnóbio Marques 310 - Santo Amaro - Recife/PE - 50.100-130 81 31841460 / 81 31841271. *E-mail:* [cep\\_huoc.procape@yahoo.com.br](mailto:cep_huoc.procape@yahoo.com.br)

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do paciente**

Caro(a) Senhor(a),

Eu, Sônia Maria Josino dos Santos, convido-o(a) a participar de um estudo intitulado: “DOR AGUDA – REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO” que está sob a minha responsabilidade. A pesquisa está sob a orientação da Professora Dra Thelma Leite de Araújo. Endereço: Rua. Alexandre Baraúnas, 1115. Bairro: Rodolfo Teófilo, Fortaleza/Ceará. Telefone: (85) 33668459. *E-mail*: [thelmaaraujo2003@yahoo.com.br](mailto:thelmaaraujo2003@yahoo.com.br)

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização do estudo, e também lhe asseguro que a qualquer momento o(a) senhor(a) terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para esclarecer dúvidas que possam surgir. Asseguro que tem liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e de não participar do estudo. O estudo não trará nenhuma despesa para o(a) senhor(a) e todos os recursos utilizados serão gratuitos.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de recusa, o(a) Sr.(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

A pesquisa intitulada “DOR AGUDA – REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO” tem como objetivo validar o diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes adultos com infarto agudo do miocárdio, e dou-lhe a garantia de que as informações serão usadas apenas para a realização do estudo e de que, a qualquer momento, o(a) senhor(a) terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados à mesma, inclusive para esclarecer dúvidas que possam surgir.

O(A) senhor(a) terá a liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e de não participar do estudo, sem que isso traga prejuízos ao desenvolvimento das atividades da instituição. Finalmente, lhe informo que, quando o estudo for apresentado, o anonimato será resguardado. O estudo não trará nenhuma despesa para o(a) senhor(a) nem para a equipe multiprofissional do serviço e todos os recursos utilizados serão gratuitos.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Pronto Socorro Cardiológico de PE. Prof. Luiz Tavares – PROCAPE, da Universidade de Pernambuco (UPE), poderá ser consultado sobre o projeto deste estudo através dos telefones (81) 31841460 / (81) 31841271. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Sônia Maria Josino dos Santos

smjosino@gmail.com

Endereço Rua Presidente Afonso Pena, nº 1312, aptº 401 – Bessa – João Pessoa, Telefone: (83) 30214032. *E-mail: smjosino@gmail.com*. Núcleo de Enfermagem da UFPE – Rua: Alto do Reservatório, S/N, Vitória de Santo Antão/PE. Rua Presidente Afonso Pena, nº 1312, aptº 401 – Bessa – João Pessoa; (83) 30214032

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo com a realização do estudo.

Recife \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) coordenador(a) do serviço

\_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora

Declaro ainda que este documento tem duas vias, uma ficará comigo, pesquisadora, e outra ficará com o(a) senhor(a).

O Comitê em Pesquisa do Pronto Socorro Cardiológico de PE. Prof. Luiz Tavares – PROCAPE Hospital Universitário Oswaldo Cruz – Universidade de Pernambuco/ UPE/Procape poderá ser consultado sobre este estudo através dos telefones (81) 31841460 / 81 31841271. Rua Arnóbio Marques 310 – Santo Amaro – Recife/PE - 50.100-130. *E-mail: cep\_huoc.procape@yahoo.com.br*.

Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e os endereços:

Pesquisadora: Sônia Maria Josino dos Santos [smjosino@gmail.com](mailto:smjosino@gmail.com)

Endereço: Rua Presidente Afonso Pena, nº 1312, aptº 401 – Bessa – João Pessoa; (83)  
30214032

Núcleo de Enfermagem da UFPE – Rua: Alto do Reservatório, S/N Vitória de  
Santo Antão/PE

#### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO (A)

Declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto na minha participação no protocolo de pesquisa intitulado: “DOR AGUDA – VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO”.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

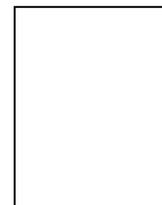
\_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

Ou representante legal



\_\_\_\_\_

Assinatura de quem obteve

\_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

Nome e Assinatura do participante ou responsável: \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Duas testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: Nome:

\_\_\_\_\_

Assinatura: Assinatura:

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE D** - Carta de Anuência do Hospital e Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE)

Complexo hospitalar Oswaldo Cruz

Declaramos, para os devidos fins, que aceitaremos que a pesquisadora Sônia Maria Josino dos Santos desenvolva o seu projeto de pesquisa (“Dor aguda –revisão do diagnóstico de enfermagem em pacientes hospitalizados com infarto agudo do miocárdio”), que está sob a coordenação/orientação da Professora Dra. Thelma Leite de Araújo. A pesquisa tem como objetivo validar o diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes adultos hospitalizados com infarto agudo do miocárdio.

A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados exclusivamente para os fins da pesquisa.

Local, \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela instituição

## APÊNDICE E - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

### Parte 1 – Instruções para o preenchimento

Descrição sumária dos objetivos da pesquisa intitulada “Dor aguda –revisão do diagnóstico de enfermagem em pacientes com infarto agudo do miocárdio”.

Prezado Especialista,

Em uma fase anterior, por meio do método da revisão integrativa e da análise de conceito proposta por Walker e Avant (2005), foram realizadas uma revisão do conceito do diagnóstico de enfermagem Dor aguda e a construção de definições conceituais e referências empíricas (definições operacionais) para todas as características definidoras presentes nos pacientes com infarto agudo do miocárdio encontradas na revisão da literatura. Na atual fase da pesquisa, estamos investigando a validade das definições conceituais e referências empíricas (definições operacionais) construídas, mediante avaliação de especialistas. Nesta segunda parte do instrumento solicito que analise as definições conceituais e referências empíricas das Características Definidoras(CDs).

Portanto, a seguir, indicamos algumas definições fundamentais sobre a linguagem que utilizamos em nosso trabalho, para que, se necessário, facilite sua avaliação. Ademais, apresentamos as orientações de preenchimento do instrumento.

#### **Diagnóstico de enfermagem**

O diagnóstico de enfermagem corresponde a um julgamento clínico sobre as respostas de um indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem constitui a base para a escolha de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA, 2012).

#### **O Diagnóstico de enfermagem Dor aguda**

O diagnóstico de Dor aguda é definido na Taxonomia da NANDA-I como “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão, de início súbito ou lento, de intensidade leve ou intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses” (NANDA, 2012).

Esse diagnóstico pertence ao domínio Conforto, à classe Conforto físico e apresenta como características definidoras: alterações na pressão sanguínea, comportamento de distração (p. ex., andar de um lado para o outro, procurar outras pessoas e/ou atividades repetidas), comportamento de proteção, comportamento expressivo (p. ex., agitação, gemido, choro, vigilância, irritabilidade, suspiro), diaforese, dilatação pupilar, distúrbio do sono, evidência observada de dor, expressão facial (olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta), foco em si próprio, foco estreitado (percepção do tempo alterada, processos de pensamento prejudicados, interação reduzida com pessoas e o ambiente), gestos protetores, mudanças na frequência cardíaca, mudanças no apetite, posição para evitar dor, relato codificado, relato verbal de dor (NANDA, 2012). Seus fatores relacionados são: agentes lesivos biológicos, químicos, físicos, psicológicos (NANDA, 2012).

As características definidoras elencadas para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda (NANADA-I) são gerais. Desse modo, devido à complexidade do fenômeno da dor, necessitam ser mais exploradas, entendidas e refinadas a fim de atender à multidimensionalidade para diferentes grupos e especialidades, como no caso da dor aguda no infarto agudo do miocárdio.

### **1. Definição conceitual**

O conceito é formado pela identificação de características comuns para uma classe de objetos ou fenômenos e pela abstração e junção destas características em algum meio de expressão (WALKER; AVANT, 2005). A definição conceitual oferece uma variável ou conceito com significado conotativo (compreensivo, teórico), estabelecido por intermédio da análise de conceito, derivação de conceito ou síntese de conceito (BURNS; GROVE, 1995).

As definições conceituais a serem avaliadas nesta etapa foram desenvolvidas a partir da análise de conceito de acordo o modelo proposto por Walker e Avant (2005), derivadas de uma revisão integrativa da literatura que trouxe evidências sobre o fenômeno da Dor aguda, para, a partir daí, aplicá-las ao diagnóstico de enfermagem Dor aguda e as suas características definidoras levantados na literatura analisada.

### **5. Referências empíricas**

Também são conhecidas como definições operacionais e se propõem a definir como o conceito é mensurado. As referências empíricas são importantes para o desenvolvimento de instrumentos acurados, contribuem para a validação de conteúdo e da construção de um novo

instrumento e auxiliam o profissional de saúde na observação do fenômeno na prática assistencial.

#### **6. Critérios a serem considerados na avaliação das definições conceituais e referências empíricas das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor aguda**

Para a avaliação da adequação das características definidoras ao diagnóstico de enfermagem Dor aguda, você deve atribuir um valor a cada uma delas, em uma escala de 1 a 5, conforme demonstrado abaixo.

##### **Adequação da característica definidora ao diagnóstico de enfermagem Dor aguda**

1	A característica definidora <b>NÃO</b> é indicativa do diagnóstico Dor aguda.
2	A característica definidora é <b>MUITO POUCO</b> indicativa do diagnóstico Dor aguda.
3	A característica definidora é <b>DE ALGUM MODO</b> indicativa do diagnóstico Dor aguda.
4	A característica definidora é <b>CONSIDERAVELMENTE</b> indicativa do diagnóstico Dor aguda.
5	A característica definidora é <b>MUITÍSSIMO</b> indicativa do diagnóstico Dor aguda.

Já, para a investigação da representatividade das definições conceituais e referências empíricas das características definidoras do diagnóstico testado, você deve atribuir um valor a cada uma delas, indicando o quanto cada evidência representa o diagnóstico de enfermagem Dor aguda em uma escala de 1 a 5, conforme demonstrado abaixo.

##### **Definições Conceituais e Referências Empíricas das características definidoras levantadas**

1	<b>Nada pertinente</b> à característica definidora.
2	<b>É muito pouco pertinente</b> à característica definidora.
3	<b>É de algum modo pertinente</b> à característica definidora.
4	<b>Consideravelmente pertinente</b> à característica definidora.
5	<b>Muitíssimo pertinente</b> à característica definidora.

## 7. Prazo

Como esta etapa é essencial para o desenvolvimento do nosso estudo, o qual se torna inviável sem a sua contribuição, solicitamos que nos envie o instrumento preenchido em um prazo **máximo de 30 dias** para que os resultados das avaliações sejam analisados e, assim, seja possível a execução da próxima fase. Esta devolução pode ser feita por resposta eletrônica (*e-mail* ou por meio postal (Correios). A devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado também poderá ser por via eletrônica (digitalizado) ou por meio postal. Caso escolha a via postal, lhe enviaremos um envelope previamente selado e endereçado para resposta, conforme acordado anteriormente, na carta-convite.

## 8. Referências

BURNS, N.; GROVE, S. K. **Understanding nursing research**. Philadelphia: W. B. Saunders, 1995.

NANDA North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 606p.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. Concept analysis. *In*: WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. New Jersey: Upper Saddle River, 2005. p. 63-80.

## Parte 2 – Caracterização do Especialista

### 1. Dados de Identificação

Sexo ( )Feminino ( ) Masculino

Idade ( ) anos completos

Cidade em que trabalha \_\_\_\_\_

Titulação: ( ) Especialista ( ) Mestre ( ) Doutor

Área da Especialização \_\_\_\_\_

Tema da Monografia da Especialização: \_\_\_\_\_

Área do Mestrado: \_\_\_\_\_

Tema da Dissertação de Mestrado: \_\_\_\_\_

Área do Doutorado: \_\_\_\_\_

Tema da Tese de Doutorado: \_\_\_\_\_

Tempo de formação profissional (anos completos) \_\_\_\_\_

## 2. Caracterização da experiência profissional com a temática do estudo

Por favor, responda as questões abaixo, podendo marcar mais de uma alternativa nas questões 1, 2, e 5.

2.1 Desenvolveu o desenvolve, como autor(a) ou orientador(a), estudos na área de Diagnóstico de Enfermagem:

Monografia de Graduação       Monografia de Especialização

Dissertação       Tese

Artigo Científico       Outros

2.2 Desenvolveu o desenvolve, como autor(a) ou orientador(a), estudos na temática de Dor aguda, na forma de:

Monografia de Graduação       Monografia de Especialização

Dissertação       Tese

Artigo Científico       Outros

2.3 Participa ou participou de grupos ou projetos de pesquisa que envolvem/envolveram a temática Diagnóstico de Enfermagem?  Sim  Não

2.4 Participa ou participou de grupos ou projetos de pesquisa que envolvem/envolveram a temática Dor aguda?  Sim  Não

2.5 Nos últimos doze meses, onde exerceu suas atividades profissionais?

Hospital       Unidade Básica de Saúde

Instituição de Ensino       Outros \_\_\_\_\_

2.6 Utiliza/utilizou o diagnóstico de enfermagem em sua prática profissional (assistência ou ensino)?  Sim. Por quanto tempo? \_\_\_\_\_  Não

2.7 Presta/prestou assistência de enfermagem a indivíduos com Infarto agudo do miocárdio? ( ) Sim. Por quanto tempo? \_\_\_\_\_ ( ) Não

2.8 Já identificou o diagnóstico Dor aguda em sua prática clínica?

( ) Nunca ( ) Poucas vezes ( ) Frequentemente

2.9 No ensino, ministra/ministrou disciplina que envolve a temática Diagnóstico de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não

2.10 No ensino, ministra/ministrou disciplina que envolve a temática Dor aguda?

( ) Sim ( ) Não

### Parte 3 – Revisão do diagnóstico de enfermagem Dor aguda

**Por favor, leia atentamente os itens referentes ao diagnóstico de enfermagem Dor aguda e responda o que se pede:**

1. Escolha o conceito diagnóstico mais adequado ao diagnóstico de enfermagem Dor aguda para o contexto do Infarto agudo do miocárdio (IAM).

Dor aguda no Infarto agudo do miocárdio
( ) <b>Definição 1:</b> Experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial, que se apresenta de forma súbita e produz respostas neurovegetativas, como aumento da pressão arterial, taquicardia, taquipneia, agitação psicomotora, sudorese e ansiedade.
( ) <b>Definição 2:</b> Fenômeno resultante de fatores fisiológicos, psicológicos e influenciados por aspectos sensoriais, socioafetivos e culturais, manifestado por dor torácica retroesternal do lado esquerdo; constrictiva, dilacerante, triturrante, opressiva, em aperto e peso, esmagante, típica isquêmica, de início súbito, intermitente, que irradia para o pescoço, ombro esquerdo, mandíbula, região interescapular, braço esquerdo, costas, estômago, abdome e epigastro. É desencadeada por oclusão de <i>stent</i> ; obstrução do fluxo sanguíneo para o miocárdio; trombose de artéria coronária; redução da perfusão coronariana; estresse emocional; perfusão miocárdica diminuída; Isquemia miocárdica prolongada; morte do tecido miocárdico. Pode perdurar de 15 até 30 minutos. O paciente relata dor aguda e apresenta pressão sanguínea elevada; frequência cardíaca elevada, frequência respiratória elevada, diaforese, dispneia, náusea, vômito, ansiedade, distúrbio do sono, medo, fadiga, palidez e fraqueza e que não há fator de alívio.
Sugestões:

A seguir, as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor aguda em pacientes acometidos por infarto agudo do miocárdio encontram-se listadas, para que, de acordo com seu conhecimento e experiência, seja assinalada com um “X” a opção mais correta sobre a adequação da característica definidora em relação ao diagnóstico em questão.

**Adequação da característica definidora ao diagnóstico de enfermagem Dor aguda no IAM:**

- A característica definidora NÃO é indicativa do diagnóstico Dor aguda.
- A característica definidora é MUITO POUCO indicativa do diagnóstico Dor aguda.
- A característica definidora é DE ALGUM MODO indicativa do diagnóstico Dor aguda.
- A característica definidora é CONSIDERAVELMENTE indicativa do diagnóstico Dor aguda.
- A característica definidora é MUITÍSSIMO indicativa do diagnóstico Dor aguda.

Característica definidora	Não é indicativa	Muito pouco indicativa	De algum modo indicativa	Consideravelmente indicativa	Muitíssimo indicativa
Relato de dor aguda					
Diaforese					
Pressão sanguínea elevada.					
Distúrbio do sono					
Frequência cardíaca elevada					
Frequência respiratória elevada					
Dispneia					

Náusea					
Vômito					
Fadiga					
Ansiedade					
Medo					
Palidez					
Fraqueza					

Caso julgue pertinente, você poderá acrescentar ou sugerir a retirada de característica definidora para o diagnóstico de enfermagem Dor aguda no espaço reservado, mencionando uma justificativa.

Sugestão de inclusão de novas características definidoras	Justificativa
Sugestão para retirada de características definidoras	Justificativa

3. Ademais, cada característica definidora possui um conceito e referências empíricas (definições operacionais) e também deve ser assinalada com um “X” a pertinência destes em relação a cada característica definidora.

**Adequação do conceito e referência empírica à característica definidora:**

- Nada indicativa
- Muito pouco indicativa
- De algum modo indicativa
- Muito indicativa
- MUITÍSSIMO indicativa

CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	Não é indicativa	Muito Pouco indicativa	De algum modo indicativa	Consideravelmente indicativa	MUITÍSSIMO indicativa
<b>RELATO DE DOR AGUDA</b>					
<b>Definição conceitual:</b> Relato verbal de dor que se manifesta durante um período relativamente curto, de minutos a algumas semanas, associada a lesões em tecidos ou órgãos e inflamação, infecção e traumatismo e que tem localização e caráter bem definidos, produzindo respostas neurovegetativas, como o aumento da pressão arterial, taquicardia, taquipneia, agitação psicomotora, sudorese e ansiedade.					
<b>Referência empírica:</b> Relato verbal de dor. Na avaliação clínica observa-se fácies de dor ou presença de respostas neurovegetativas.					

<b>DIAFORESE</b>	<b>Não é indicativa</b>	<b>Muito pouco indicativa</b>	<b>De algum modo indicativa</b>	<b>Consideravelmente indicativa</b>	<b>Muitíssimo indicativa</b>
<p><b>Definição conceitual:</b>            Transpiração, perspiração ou sudorese excessiva devido a hiperatividade do sistema nervoso simpático. Pode ser secundária a inúmeras situações fisiológicas, como durante o esforço físico ou a menopausa, ou a situações patológicas.</p>					
<p><b>Referência empírica:</b>            Transpiração excessiva na ausência de mudanças bruscas de temperatura, sem realização prévia de exercícios físicos. Identificada pelo método de inspeção das mãos, pés, axilas, rosto, mamas, região inguinal e couro cabeludo.</p>					
<b>PRESSÃO SANGUÍNEA ELEVADA</b>	<b>Não é indicativa</b>	<b>Muito Pouco indicativa</b>	<b>De algum modo indicativa</b>	<b>Consideravelmente indicativa</b>	<b>Muitíssimo indicativa</b>
<p><b>Definição conceitual:</b>            Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg.</p>					

<p><b>Referência empírica:</b></p> <p>1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.</p> <p>2. Certificar-se de que o paciente NÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• está com a bexiga cheia</li> <li>• praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos</li> <li>• ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos.</li> <li>• fumou nos 30 minutos anteriores.</li> </ul> <p>3. Posicionamento do paciente:</p> <p>Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a</p>					
--	--	--	--	--	--

<p>palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.</p> <p>Para a medida propriamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.</li> <li>2. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.</li> <li>3. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.</li> <li>4. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.</li> <li>5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.</li> <li>6. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela</li> </ol>					
---	--	--	--	--	--

<p>palpação.</p> <p>7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).</p> <p>8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.</p> <p>9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).</p> <p>10. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.</p> <p>11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero .</p> <p>12. Sugere-se esperar em torno de um minuto</p>					
--	--	--	--	--	--

<p>para nova medida.</p> <p>13. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente.</p> <p>14. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida.</p>					
<b>DISTÚRBIO DO SONO</b>	<b>Não é indicativa</b>	<b>Muito Pouco indicativa</b>	<b>De algum modo indicativa</b>	<b>Consideravelmente indicativa</b>	<b>Muitíssimo indicativa</b>
<p><b>Definição conceitual:</b> Relato verbal de dificuldades para iniciar o sono ou para manutenção do sono, representados pela sonolência excessiva durante o dia, alterações do humor e cansaço ao despertar.</p>					
<p><b>Referência empírica:</b> Relato verbal do indivíduo de dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, caracterizada pela diminuição na quantidade e na qualidade que atendam as suas necessidades biológicas e emocionais.</p>					

<b>FREQUÊNCIA CARDÍACA ELEVADA</b>	<b>Não é indicativa</b>	<b>Muito pouco indicativa</b>	<b>De algum modo indicativa</b>	<b>Consideravelmente indicativa</b>	<b>Muitíssimo indicativa</b>
<p><b>Definição conceitual:</b> Alterações na frequência cardíaca para acima do valor basal do indivíduo em repouso. O padrão normal de frequência cardíaca de um adulto em repouso varia entre 60 e 100 batimentos por minuto.</p>					
<p><b>Referência empírica:</b> Verificação do pulso radial e apical, utilizando a técnica: - Lavar as mãos; - Explicar o procedimento ao paciente; - Colocá-lo em posição confortável, de preferência deitado ou sentado com o braço apoiado e a palma da mão voltada para baixo. <b>TÉCNICA DE VERIFICAÇÃO DO PULSO RADIAL</b> - Colocar as polpas dos três dedos médios sobre o local escolhido para a verificação do pulso radial; - Pressionar suavemente até</p>					

<p>localizar os batimentos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procurar sentir bem o pulso, pressionar suavemente a artéria e iniciar a contagem dos batimentos;</li> <li>- Contar as pulsações durante um minuto;</li> <li>- Lavar as mãos;</li> <li>- Registrar, anotar as anormalidades e assinar.</li> </ul> <p><b>TÉCNICA DE VERIFICAÇÃO DO PULSO APICAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar o diafragma do estetoscópio diretamente sobre a pele do paciente no hemitórax esquerdo, aproximadamente no 4º ou 5º espaços intercostais esquerdos entre as linhas mamilar e paraesternal.</li> <li>• Contar os batimentos cardíacos em um minuto. Anotar.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos;</li> <li>- Registrar, anotar as anormalidades e assinar.</li> </ul>					
<p><b>FREQUENCIA RESPIRATÓRIA ELEVADA</b></p>	<p><b>Não é indicativa</b></p>	<p><b>Muito Pouco indicativa</b></p>	<p><b>De algum modo indicativa</b></p>	<p><b>Consideravelmente indicativa</b></p>	<p><b>Muitíssimo indicativa</b></p>

<p><b>Definição conceitual:</b> É o aumento do número de incursões respiratórias. Em condições fisiológicas de repouso, esse número, habitualmente, gira entre 12 e 20 incursões respiratórias por minuto no adulto.</p>					
<p><b>Referência empírica:</b> Inspeção dos movimentos respiratórios:</p> <p>Manter o paciente sentado ou deitado no leito; Colocar a mão no pulso do cliente, simulando verificar o pulso; Evitar alterações na frequência respiratória. 2. Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax; os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório; 3. Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos; 4. Anotar o valor obtido no impresso próprio; 5.</p>					

Deixar o cliente confortável e a unidade em ordem.					
--	--	--	--	--	--

<b>DISPNEIA</b>	<b>Não é indicativa</b>	<b>Muito pouco indicativa</b>	<b>De algum modo indicativa</b>	<b>Consideravelmente indicativa</b>	<b>Muitíssimo indicativa</b>
<p><b>Definição conceitual:</b>  Desconforto respiratório que se compõe de sensações subjetivas de dificuldade respiratória pelo paciente e evidência objetiva de esforço respiratório com desconforto, podendo variar de intensidade. Pode também ser sinal observado por comportamentos de sofrimento respiratório:  batimento de asas de nariz, fâcies de angústia e por alteração da frequência respiratória e dos</p>					

sons respiratórios e da movimentação da musculatura acessória.					
<b>Referência empírica:</b> Relato verbal de dificuldade para respirar; observação de esforço respiratório com desconforto acompanhado de evidência objetiva de batimento de asas de nariz, alterações da frequência respiratória, estridor, agitação, aprofundamento ou aceleração dos movimentos respiratórios e pela participação ativa da musculatura acessória da respiração (músculos do pescoço na inspiração e músculos abdominais na expiração).					
<b>NÁUSEA</b>	<b>Não é indicativa</b>	<b>Muito Pouco indicativa</b>	<b>De algum modo indicativa</b>	<b>Consideravelmente indicativa</b>	<b>Muitíssimo indicativa</b>
<b>Definição conceitual:</b> Sensação subjetiva desagradável, referida no					

epigástrico ou na garganta, que se relaciona ao desejo de vomitar ou à convicção de que o vômito é iminente.					
<b>Referência empírica:</b> Relato verbal do indivíduo de desejo de vomitar.					

<b>VÔMITO</b>	<b>Não é indicativa</b>	<b>Muito Pouco indicativa</b>	<b>De algum modo indicativa</b>	<b>Consideravelmente indicativa</b>	<b>Muitíssimo indicativa</b>
<b>Definição conceitual:</b> É a expulsão ativa do conteúdo gástrico através da boca. Se dá pela contração súbita e forçada dos músculos respiratórios e pelo relaxamento do esfíncter esofágico superior.					
<b>Referência empírica:</b> Relato verbal ou observação direta de expulsão ativa do conteúdo gástrico através da boca.					
<b>FADIGA</b>	<b>Não é indicativa</b>	<b>Muito Pouco indicativa</b>	<b>De algum modo indicativa</b>	<b>Consideravelmente indicativa</b>	<b>Muitíssimo indicativa</b>

<p><b>Definição conceitual:</b> Fenômeno complexo, subjetivo, multidimensional e multifatorial caracterizado por cansaço, exaustão, desgaste, desconforto, sonolência, diminuição da motivação, aversão a atividades, sofrimento e necessidade extrema de descanso acompanhado diminuição da capacidade funcional ou da capacidade de realizar atividades diárias, falta de recursos/energia/capacidade latente, redução da eficiência para responder a um estímulo.</p>					
<p><b>Referência empírica:</b> Relato verbal do indivíduo de cansaço, desgaste, desconforto, sonolência, diminuição da motivação, sofrimento e necessidade</p>					

extrema de descanso e falta de alívio para essas manifestações com a aplicação de estratégias usuais de recuperação.					
<b>ANSIEDADE</b>	<b>Não é indicativa</b>	<b>Muito pouco indicativa</b>	<b>De algum modo indicativa</b>	<b>Consideravelmente indicativa</b>	<b>Muitíssimo indicativa</b>
<p><b>Definição conceitual:</b>          Refere-se ao mal-estar vago e confuso, um sentimento de apreensão, um estado emocional desagradável acompanhado de desconforto somático, que guarda relação com o medo. Esse estado emocional é geralmente relacionado a um evento futuro e, às vezes, considerado desproporcional a uma ameaça real. Não costuma ser associada a um fato específico.</p>					
<p><b>Referência empírica:</b> Relato verbal do indivíduo de mal-estar vago, confuso, sentimento</p>					

de apreensão e estado emocional desagradável acompanhado de desconforto somático.					
---	--	--	--	--	--

<b>MEDO</b>	<b>Não é indicativa</b>	<b>Muito pouco indicativa</b>	<b>De algum modo indicativa</b>	<b>Consideravelmente indicativa</b>	<b>Muitíssimo indicativa</b>
<b>Definição conceitual:</b> Reação à percepção do perigo presente e iminente que ameaça a preservação do indivíduo, associada à sensação de incerteza, fragilidade e insegurança.					
<b>Referência empírica:</b> Relato verbal de sensação de ameaça, incerteza, fragilidade e insegurança.					
<b>PALIDEZ</b>	<b>Não é indicativa</b>	<b>Muito pouco indicativa</b>	<b>De algum modo indicativa</b>	<b>Consideravelmente indicativa</b>	<b>Muitíssimo indicativa</b>

		a			
<p><b>Definição conceitual:</b> É o descoramento da pele e mucosas, decorrente da pouca quantidade de hemoglobina circulante e pela vasoconstricção periférica.</p>					
<p><b>Referência empírica:</b> Inspeção das regiões palmares, leitos ungueais, mucosas e conjuntivas. Para avaliar a palidez da conjuntiva, o examinador everte a pálpebra inferior e observa a tonalidade. Para avaliar a palidez palmar, abre uma das mãos, estende parcialmente os dedos e examina a coloração da palma. O descoramento deve ser quantificado em escala de uma a quatro cruzes (+/4, ++/4, +++/4 e ++++/4).</p>					
<b>FRAQUEZA</b>	<b>Não é indicativa</b>	<b>Muito pouco indicativa</b>	<b>De algum modo indicativa</b>	<b>Consideravelmente indicativa</b>	<b>Muitíssimo indicativa</b>

<p><b>Definição conceitual:</b> Sensação de abatimento, de desânimo, debilidade, fragilidade. Estado ou característica daquele a quem faltam força física, resistência ou vigor. Diminuição geral ou local das propriedades vitais e da energia.</p>					
<p><b>Referência empírica:</b> Relato verbal de sensação de abatimento, de desânimo, debilidade, fragilidade, falta de força física, resistência e de vigor.</p>					

4. Caso queira sugerir mudanças no conceito e na referência empírica das características definidoras levantadas, disponibilizo o quadro a seguir:

<b>Característica definidora</b>	<b>Sugestão de mudança do conceito</b>	<b>Sugestão de mudança da referência empírica</b>
Relato de dor aguda		
Diaforese		
Pressão sanguínea elevada		
Distúrbio do sono		

Frequência cardíaca elevada		
Frequência respiratória elevada		
Dispneia		
Náusea		
Vômito		
Fadiga		
Ansiedade		
Medo		
Palidez		
Fraqueza		

Grata pela sua colaboração!

Pesquisadora: Sônia Maria Josino dos Santos

Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC

**APÊNDICE F** - Instrumento de coleta de dados para validação clínica das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor aguda

Número: \_\_\_\_\_. Data da coleta de dados: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_. Horário: \_\_\_h\_\_\_minutos

**A. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

- 1 - Data de admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 2 - Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
- 3 - Idade: \_\_\_\_\_ anos
- 4 - Procedência: ( ) Recife ( ) Outras cidades do estado ( ) Outros estados
- 5 - Estado conjugal: ( ) com companheiro ( ) sem companheiro
- 6 - Escolaridade: \_\_\_\_\_ anos
- 7 - Etnia: ( ) Branco/Caucasiano ( ) Afro-descendente ( ) Asiático
- 8 - Renda familiar: \_\_\_\_\_ reais
- 9 - Ocupação: ( ) Funcionário público ( ) Funcionário privado ( ) Autônomo ( )  
Do lar  
( ) Estudante ( ) Aposentado ( ) Desempregado

**B. DADOS CLÍNICOS**

- 1 - Número de episódios de infarto agudo do miocárdio  
( ) 1º Episódio  
( ) 2 ou mais episódios
- 2 - História familiar de Infarto agudo do miocárdio:  
( ) Sim ( ) Não
- 3 - Apresenta a(s) seguinte(s) doença(s):  
( ) Hipertensão arterial ( ) Diabetes mellitus  
( ) Hipercolesterolemia ( ) Doenças pulmonares ( ) Dislipidemia

Outras comorbidades:

---

4 - Hábito de Fumar:

( ) Sim ( ) Não. Parou de fumar ( ). Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Se sim, o número de cigarros em 24 horas: \_\_\_\_\_

Tempo de tabagismo \_\_\_\_\_ anos

5 - Hábito de ingestão de bebidas alcoólicas:

( ) Sim ( ) Não. Parou de beber ( ). Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Se sim, quantas vezes por semana há ingestão de bebida alcoólica? \_\_\_\_\_ dias.

Quantidade \_\_\_\_\_ (em litros).

6 - Hábito de atividade física:

( ) Sim ( ) Não

---

## C. IDENTIFICAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS (CDs)

### 1 - Relato de dor aguda

#### Referência empírica

Relato verbal de dor e na avaliação clínica observa-se fácies de dor ou presença de respostas neurovegetativas (IASP, 2013; FERREIRA; PREDEBON; CRUZ; RABELO, 2011).

Ausente ( ) Presente ( )

### 2 - Diaforese

#### Referência empírica

Identificada na ausência de mudanças bruscas de temperatura, sem realização prévia de exercícios físicos. Observa-se pelo método de inspeção das mãos, pés, axilas, rosto, mamas, região inguinal e couro cabeludo (MORTON, 2007; SANTORO BATISTA; PIMENTA, 2008).

Ausente ( ) Presente ( )

### 3 - Pressão sanguínea elevada

### Referência empírica

Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento. Certificar-se de que o paciente NÃO: está com a bexiga cheia; praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos; fumou nos 30 minutos anteriores. **Posicionamento do paciente:** Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. **Para a medida propriamente:** Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço; Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital; Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial; Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial, e o seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica; Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva; Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação; Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo); Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação; Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff); Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa; Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero; Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida; Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente; Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida. Após mensurada a PA, a CD será considerada presente se pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg (PORTO, 2011; SOARES et al., 2009).

Ausente ( ) Presente ( )

#### 4 - Distúrbio do sono

### Referência empírica

Relato verbal do indivíduo de dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, caracterizada pela diminuição na quantidade e na qualidade que atendam as suas necessidades biológicas e emocionais (WIEDEMAR *et al.*, 2008; LEMOS *et al.*, 2012).

Ausente ( ) Presente ( )

### 5 - Frequência cardíaca elevada

#### Referência empírica

A frequência cardíaca (FC) normal de um adulto em repouso pode variar entre 60 e 100 batimentos por minutos. Verificação do pulso radial e apical, utilizando a técnica:

- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocá-lo em posição confortável, de preferência deitado ou sentado com o braço apoiado e a palma da mão voltada para baixo.

#### TÉCNICA DE VERIFICAÇÃO DO PULSO RADIAL

- Colocar as polpas dos três dedos médios sobre o local escolhido para a verificação do pulso radial;
- Pressionar suavemente até localizar os batimentos;
- Procurar sentir bem o pulso, pressionar suavemente a artéria e iniciar a contagem dos batimentos;
- Contar as pulsações durante um minuto;
- Lavar as mãos;
- Registrar, anotar as anormalidades e assinar.

#### TÉCNICA DE VERIFICAÇÃO DO PULSO APICAL:

- Colocar o diafragma do estetoscópio diretamente sobre a pele do paciente no hemitórax esquerdo, aproximadamente no 4º ou 5º espaços intercostais esquerdos entre as linhas mamilar e paraesternal.
- Contar os batimentos cardíacos em um minuto. Anotar.
- Lavar as mãos; Registrar, anotar as anormalidades e assinar.

- ✓ Após mensurada a FC, a CD será considerada presente se FC maior que 100 bpm (MCSWEENEY *et al.*, 2010; BERGER, 2009).

Ausente ( ) Presente ( )

## **6 - Frequência respiratória elevada**

### **Referência empírica**

Inspeção dos movimentos respiratórios: Manter o paciente sentado ou deitado no leito; Colocar a mão no pulso do cliente, simulando verificar o pulso; Evitar alterações na frequência respiratória. 2. Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax— os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório; 3. Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos; 4. Anotar o valor obtido no impresso próprio; 5. Deixar o cliente confortável e a unidade em ordem. Após a aferição considerar elevação o valor acima de 20 incursões respiratórias por minuto (MARTINS *et al.*,2013; HELMS; BARONE, 2013).

Ausente ( ) Presente ( )

## **7 –Dispneia**

### **Referência empírica**

Relato verbal de dificuldade para respirar. Observação de esforço respiratório com desconforto acompanhado de batimento de asas de nariz, alterações da frequência respiratória, estridor, agitação, aprofundamento ou aceleração dos movimentos respiratórios e pela participação ativa da musculatura acessória da respiração (músculos do pescoço na inspiração e músculos abdominais na expiração) (MARTINS *et al.*,2013; BASTOS *et al.*, 2012).

Ausente ( ) Presente ( )

## **8 –Náusea**

### **Referência empírica**

Relato verbal do indivíduo de desejo de vomitar (MARTINS *et al.*,2013; BERGER, 2009).

Ausente ( ) Presente ( )

## **9 –Vômito**

### **Referência empírica**

Relato verbal. Observação direta de expulsão ativa do conteúdo gástrico através da boca (MARTINS *et al.*, 2013; BERGER, 2009).

Ausente ( ) Presente ( )

## **10 – Fadiga**

### **Referência empírica**

Relato verbal do indivíduo de cansaço/canseira ou exaustão, da diminuição da capacidade de realizar atividades habituais e a falta de alívio para essas manifestações com a aplicação de estratégias usuais de recuperação (MARTINS *et al.*, 2013; LAMINO; MOTA; PIMENTA, 2011).

Ausente ( ) Presente ( )

## **11 – Ansiedade**

### **Referência empírica**

Relato verbal do indivíduo de mal-estar vago e confuso, sentimento de apreensão e estado emocional desagradável acompanhado de desconforto somático e/ou observação por meio da avaliação da postura, comportamento, expressões ou pelas falas do paciente (PORTO, 2011, PEREIRA *et al.*, 2011).

Ausente ( ) Presente ( )

## **12 – Medo**

### **Referência empírica**

Relato verbal de sensação de ameaça, incerteza, fragilidade e insegurança (PORTO, 2011; SOARES FILHO, *et al.*, 2007).

Ausente ( ) Presente ( )

## **13 – Palidez**

### **Referência empírica**

Inspeção das regiões palmares, leitos ungueais e mucosas e conjuntivas. Para avaliar a palidez da conjuntiva, o examinador everte a pálpebra inferior e observa a tonalidade. Para avaliar a palidez palmar, abre uma das mãos, estende parcialmente os dedos e examina a coloração da palma. O descoramento deve ser quantificado em escala de uma a quatro cruzeiras (+/4, ++/4, +++/4 e ++++/4). A CD será considerada presente se a palidez for observada em pelo menos um dos lugares avaliados (PORTO, 2011; BIENERT *et al.*, 2012).

Ausente ( ) Presente ( )

#### **14 – Fraqueza**

##### **Referência empírica**

Relato verbal de sensação de abatimento, de desânimo, debilidade, fragilidade, falta de força física, resistência e vigor (MARTINS *et al.*,2013; MUSSI; FERREIRA; MENEZES,2006).

Ausente ( ) Presente ( )

Pesquisadora: Sônia Maria Josino dos Santos  
Doutoranda pelo Programa de Doutorado em Enfermagem da UFC  
Orientadora: Professora Doutora Thelma Leite de Araujo