



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE PROFISSIONAL

VIVIANE MULLER

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM *BUNDLE* DE CUIDADO PARA O
PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ATENDIDO NA
EMERGÊNCIA CARDIOLÓGICA**

FLORIANÓPOLIS

2019

VIVIANE MULLER

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM *BUNDLE* DE CUIDADO PARA O
PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ATENDIDO NA
EMERGÊNCIA CARDIOLÓGICA**

Dissertação apresentada à Banca examinadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do Título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello

Área de Concentração: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), Edital 2017/2.

FLORIANÓPOLIS

2019

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

Muller, Viviane

Construção e validação de um bundle de cuidado para o paciente com infarto agudo do miocárdio atendido na emergência cardiológica / Viviane Muller ; orientador, Kátia Cilene Godinho Bertoncello, 2019.

88 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

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

VIVIANE MULLER

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM *BUNDLE* DE CUIDADO PARA O
PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ATENDIDO NA
EMERGÊNCIA CARDIOLÓGICA**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dulcinéia Ghizoni Schneider, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Lúcia Narazeth Amante, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Maritê Inez Argenta, Dra.
Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Profa. Dra. Jane Cristina Anders
Coordenadora do Programa

Profa. Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello
Orientadora

Florianópolis, 01 de agosto de 2019.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, nosso maior mestre, por me dar saúde e força para superar todas as dificuldades.

Aos meus amados pais Pedro (In memoriam) e Luzia, pela forma como me educaram, inculcando valores de amizade, amor, respeito e honestidade, fundamentais na construção do meu caráter.

Ao meu esposo Vanderli, por dividir cada momento comigo: os bons, os difíceis, as angústias, privações e agora está conquistado.

Aos amores incondicionais de minha vida, meus filhos Sofia e Pedro, que partilham comigo mais essa conquista. Vocês são minha força.

À Dona Gema, por cuidar tão bem dos meus filhos na minha ausência.

Aos meus colegas de trabalho da Central de Materiais do Instituto de Cardiologia, por estarem comigo.

Aos meus amigos e colegas pelos momentos de troca de conhecimento, incentivo e por agregarem à minha caminhada na vida acadêmica uma alegria especial, com certeza nosso convívio criou laços.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a Kátia Cilene Godinho Bertocello, pela tranquilidade com que conduziu a orientação desta pesquisa e por dividir seu conhecimento de forma tão magnânima.

Aos membros da Banca Examinadora, Profas. Dras. Ana Paula Trombeta, Maritê Inez Argenta, Lúcia Nazareth Amante e Dulcinéia Ghizoni Schneider, pelas contribuições que engrandeceram meu trabalho.

Aos demais docentes da Universidade Federal de Santa Catarina, por me proporcionar conhecimento e amadurecimento profissional durante esta jornada.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado!

MULLER, Viviane. **Construção e validação de um *bundle* de cuidado para o paciente com infarto agudo do miocárdio atendido na emergência cardiológica.** Dissertação (Mestrado Profissional) Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. 88p.

RESUMO

Introdução: As doenças cardiovasculares possuem relevância nas taxas de mortalidade e aumento no número de hospitalizações, as mesmas devem ser diagnosticadas e tratadas imediatamente após o aparecimento dos primeiros sintomas. Neste sentido os enfermeiros devem estar instrumentalizados para prestarem as intervenções certas, no momento certo, de maneira correta, com o objetivo de alcançar os melhores resultados possíveis, que são elementos fundamentais para a qualidade da assistência e que direcionam a prática de enfermeiros que se aprimoram em prestar uma assistência ética e respeitosa, baseada nas necessidade do paciente e sua família, na excelência clínica e na melhor informação científica disponível. **Objetivos:** Construir e Validar o conteúdo de um bundle de cuidados para o paciente com Infarto Agudo do Miocárdio atendido na emergência cardiológica. **Método:** Estudo metodológico com abordagem quantitativa, descritiva, realizado em duas etapas. Primeiramente fez-se uma revisão integrativa da literatura para construção do bundle que conta com 08 itens. Na segunda etapa, ocorreu a validação do instrumento, através da busca ativa de juízes (enfermeiros) por meio da plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. A amostra constitui-se de 11 juízes que realizaram a avaliação do instrumento através de formulário encaminhado pelo Google forms (formulário eletrônico), o qual ao final de cada intervenção apresentava uma escala do tipo Likert de quatro pontos (1 discordo totalmente e 4 concordo totalmente). Para análise dos dados foram utilizados o Coeficiente de validade de conteúdo e o índice de validade de conteúdo. **Resultados:** O Bundle de cuidados de enfermagem foi validado e poderá ser aplicado em unidade cardiológica de urgência e emergência adulto para uso da equipe de enfermagem no atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio, como uma ferramenta para que essa atividade seja sistemática e segura. **Conclusão:** O instrumento tem potencial para contribuir com a identificação de fragilidades e potencialidades do serviço, contribuindo para o planejamento de uma assistência que objetiva a promoção da qualidade.

Palavras-chave: Infarto do miocárdio. Enfermagem. Emergência.

MULLER, Viviane. **Construction and validation of a care bundle for patients with acute myocardial infarction treated in the emergency room.** Thesis (Masters Professional Degree) Postgraduate Program in Nursing Care Management, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. 88p.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases have relevance in mortality rates and increase in the number of hospitalizations, they should be diagnosed and treated immediately after the onset of the first symptoms. In this sense, nurses must be equipped to provide the right interventions, at the right time, in the right way, in order to achieve the best possible results, which are fundamental elements for the quality of care and that guide the practice of nurses who improve themselves. providing ethical and respectful care based on the needs of patients and their families, clinical excellence and the best available scientific information. **Objectives:** To construct and validate the content of a care bundle for patients with acute myocardial infarction treated at the emergency room. **Method:** Methodological study with quantitative, descriptive approach, conducted in two steps. Firstly, an integrative literature review was done to build the bundle with 08 items. In the second stage, the instrument was validated through the active search of judges (nurses) through the Lattes platform of the National Council for Scientific and Technological Development. The sample consisted of 11 judges who performed the evaluation of the instrument through a form submitted by Google forms (electronic form), which at the end of each intervention had a four-point Likert scale (1 strongly disagree and 4 strongly agree). For data analysis we used the content validity coefficient and the content validity index. **Results:** The Nursing Care Bundle was validated and can be applied to an adult emergency cardiology unit for use by the nursing staff in the care of patients with acute myocardial infarction, as a tool to make this activity systematic and safe. **Conclusion:** The instrument has the potential to contribute to the identification of weaknesses and potentialities of the service, contributing to the planning of assistance aimed at promoting quality.

Keywords: Myocardial infarction. Nursing. Emergencies.

MULLER, Viviane. **Construcción y validación de un bundle de atención para pacientes con infarto agudo de miocardio tratados en la sala de emergencias.** Thesis (Maestría Profesional Gestión de Cuidados de Enfermería) Programa de Postgrado en Gestión de Cuidados de Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. 88p.

RESUMEN

Introducción: las enfermedades cardiovasculares tienen relevancia en las tasas de mortalidad y aumentan el número de hospitalizaciones, deben diagnosticarse y tratarse inmediatamente después del inicio de los primeros síntomas. En este sentido, las enfermeras deben estar equipadas para proporcionar las intervenciones correctas, en el momento correcto, de la manera correcta, para lograr los mejores resultados posibles, que son elementos fundamentales para la calidad de la atención y que guían la práctica de las enfermeras que se mejoran a sí mismas. Brindar atención ética y respetuosa basada en las necesidades de los pacientes y sus familias, excelencia clínica y la mejor información científica disponible. **Objetivos:** construir y validar el contenido de un bundle de atención para pacientes con infarto agudo de miocardio tratados en la sala de emergencias. **Método:** Estudio metodológico con enfoque cuantitativo, descriptivo, realizado en dos pasos. En primer lugar, se realizó una revisión de literatura integradora para construir el bundle con 08 elementos. En la segunda etapa, el instrumento fue validado a través de la búsqueda activa de jueces (enfermeras) a través de la plataforma Lattes del Consejo Nacional para el Desarrollo Científico y Tecnológico. La muestra consistió en 11 jueces que realizaron la evaluación del instrumento a través de un formulario enviado por Google (formulario electrónico), que al final de cada intervención tenía una escala Likert de cuatro puntos (1 totalmente en desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo) Para el análisis de datos utilizamos el coeficiente de validez de contenido y el índice de validez de contenido. **Resultados:** El bundle de cuidados de enfermería fue validado y puede aplicarse a una unidad de cardiología de emergencia para adultos para uso del personal de enfermería en la atención de pacientes con infarto agudo de miocardio, como una herramienta para hacer esta actividad sistemática y segura. **Conclusión:** El instrumento tiene el potencial de contribuir a la identificación de debilidades y potencialidades del servicio, contribuyendo a la planificación de la asistencia dirigida a promover la calidad.

Palabras clave: Infarto del miocárdio. Enfermería. Urgencias médicas

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Sistema de Classificação de Manchester conforme cores e tempo de espera..... | 22 |
| Figura 2 - Fluxograma para seleção de estratégia de reperfusão..... | 24 |
| Figura 3 - Bundle de cuidados para o paciente com infarto agudo do miocárdio atendido na emergência cardiológica | 51 |
| Figura 4 - Fluxograma de cuidados para o paciente com infarto agudo do miocárdio atendido na emergência cardiológica | 58 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Avaliação da dor torácica pelo mnemônico PQRST..... | 25 |
| Quadro 2 - Caracterização da dor torácica quanto ao tipo | 27 |
| Quadro 3 - Classificação de Killip e Forrester | 28 |
| Quadro 4 - Escore TIMI para pacientes com Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST | 28 |
| Quadro 5 - Mnemônico da terapia adjuvante no Infarto Agudo do Miocárdio..... | 30 |
| Quadro 6 - Grupos de Fibrinolíticos..... | 31 |
| Quadro 7 - Contra indicações absolutas e relativas do uso do fibrinolítico no IAM | 31 |
| Quadro 8 - Estratégia de identificação dos estudos..... | 35 |
| Quadro 9 - Critérios de inclusão utilizados para seleção inicial de juízes | 37 |
| Quadro 10 - Modelo de Classificação de experts | 37 |
| Quadro 11 - Bundle de cuidados para o paciente com infarto agudo do miocárdio atendido na emergência cardiológica com suas justificativas | 59 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Escore de TIMI com supradesnívelamento ST | 29 |
| Tabela 2 - Coeficiente de validade de conteúdo dos itens do instrumento e do instrumento completo | 52 |
| Tabela 3 - Índice de validade de conteúdo dos itens do bundle e do bundle completo..... | 53 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|----------------|---|
| ACC | American College of Cardiology |
| AHA | American Heart Association |
| AIH | Autorização de Internação Hospitalar |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| CVC | Coeficiente de Validade de Conteúdo |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DCVs | Doenças Cardio-Vasculares |
| ECG | Eletrocardiograma |
| IAM | Infarto Agudo do Miocárdio |
| IAMCSST | Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST |
| IVC | Índice de Validade de Conteúdo |
| LILACS | Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MS | Ministério da Saúde |
| PBE | Prática Baseada em Evidências |
| PE | Processo de Enfermagem |
| SAE | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SCIELO | Scientific Electronic Library Online |
| STM | Sistema de Triagem de Manchester |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 OBJETIVOS | 17 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 17 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 17 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA..... | 18 |
| 3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS..... | 18 |
| 3.2 PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | 21 |
| 3.3 ABORDAGEM INTRA-HOSPITALAR DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO | 25 |
| 3.4 REPERFUSÃO MIOCÁRDICA NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST | 30 |
| 3.5 FIBRINÓLISE..... | 30 |
| 3.6 A FARMACOLOGIA E TRATAMENTO MÉDICO PARA O IAM NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA | 32 |
| 4 MÉTODO..... | 34 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO | 34 |
| 4.2 LOCAL DO ESTUDO | 36 |
| 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA | 36 |
| 4.4 VALIDADE DE CONTEÚDO | 38 |
| 4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 39 |
| 4.6 COLETA DE DADOS | 40 |
| 4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA..... | 41 |
| 4.8 ASPECTOS ÉTICOS | 44 |
| 5 RESULTADOS | 45 |
| 5.1 MANUSCRITO - CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM BUNDLE DE CUIDADO PARA O PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ATENDIDO NA EMERGÊNCIA CARDIOLÓGICA | 46 |
| 5.2 PRODUTO DE ENFERMAGEM CONSTRUÍDO E VALIDADO..... | 58 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 61 |
| REFERÊNCIAS | 62 |
| APÊNDICES | 68 |
| ANEXOS | 84 |

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) têm relevância na taxa de mortalidade e levam a um aumento no número de hospitalizações, devendo ser diagnosticadas e tratadas imediatamente após o aparecimento dos primeiros sintomas. Neste sentido, o enfermeiro tem um papel fundamental nas unidades de urgência e emergência, devendo estar capacitado para identificar os sinais e sintomas da DCV, precocemente e prestar assistência de forma organizada, segura e ágil, de acordo com os protocolos e conhecimentos científicos (CARVALHO; PAREJA; MAIA, 2013).

No período de janeiro a maio de 2019, foram aprovadas 2469 autorizações de internações hospitalares (AIH) para pacientes com DCV, com um valor total de 12 milhões e 119 mil reais, sendo o valor médio da internação de R\$4.908,62, com uma média de permanência de 5,8 dias e uma taxa de mortalidade de 9,19. Neste mesmo período já foram contabilizados 227 óbitos através das AIH's tabuladas pelo Ministério da Saúde (MS) (DATASUS, 2019).

Segundo o MS, em 2008 ocorreram 74.538 óbitos por infarto agudo do miocárdio (IAM) no país, sendo que a morbidade e mortalidade provocada pelas DCV vêm se tornando objeto de atenção e investigação devido ao impacto desses agravos na vida das pessoas, em sua família, na sociedade e no Estado (BRASIL, 2011).

A taxa de mortalidade no ano de 2011 de pacientes com doenças do aparelho circulatório, especificamente para doenças isquêmicas do coração, no estado de Santa Catarina representa 54,0 óbitos por 100.000 habitantes e o total, em todo Brasil 53,8 óbitos por 100.000 habitantes. Já no período de 1990 a 2010 a taxa de mortalidade doenças isquêmicas no país foi de 47,1 óbitos por 100.000 habitantes e, no estado de Santa Catarina foi de 47,8% óbitos por 100.000 habitantes. Evidencia-se um aumento gradual das taxas de mortalidade para as doenças isquêmicas do coração anualmente (DATASUS, 2019).

No ano de 2017 o IAM causou mais óbitos, na faixa etária de 60 a 69 anos (627 óbitos por ocorrência), porém é necessário atenção a faixa etária de 50 a 59 anos (425 óbitos por ocorrência) (DATASUS, 2019). Atualmente com envelhecimento da população, juntamente com o avanço da expectativa de vida, está havendo um aumento dos índices de complicações das doenças, principalmente as crônicas (WHO, 2012).

Nesse sentido, a conduta de enfermagem a pessoa com IAM, exige capacitação e competência técnica para detecção e atuação imediata nesta situação, o que requer do enfermeiro assistência centrada no conhecimento científico, podendo ser firmado por meio

da elaboração e atualização periódica de manuais e protocolos (RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016).

Torna-se imprescindível que os profissionais que prestam atendimento à saúde sejam responsáveis pela organização da informação, a educação permanente e continuada, como também de se capacitar para atuar com competência técnica científica, ética e humanística no cuidado e no tratamento dispensado, através da qualificação adequada, será possível conhecer sinais e sintomas do IAM, para promover o diagnóstico e tratamento precoce, minimizando riscos e danos maiores (MARTINS et al, 2017).

Anualmente milhares de pacientes sofrem danos ou morrem devido à falta de segurança em procedimentos realizados em hospitais. Muitos pacientes ficam com sequelas temporárias ou definitivas como consequência de uma assistência insegura. Estima-se que um em cada 10 pacientes possa ser vítima de eventos adversos durante a prestação de assistência à saúde no mundo, e que medidas de prevenção precisam ser adotadas com objetivos de diminuir a ocorrência dos mesmos (BRASIL, 2012).

Ao utilizar o Processo de Enfermagem (PE), o enfermeiro busca garantir um cuidado de enfermagem seguro, uma vez que a segurança do paciente se tornou uma das temáticas mais discutidas e referidas por profissionais de saúde, instituições e órgãos governamentais. A enfermagem tem se destacado por promover e implementar ações que contribuem para a prática de um cuidado seguro, individualizando o processo de cuidado de enfermagem (SILVA et al, 2016).

Outra característica do trabalho em setor de urgência e emergência refere-se à necessária agilidade e atendimento rápido a que os pacientes em situações agudas requerem. Esta característica torna difícil a utilização de protocolos extensos. Entretanto, a possibilidade de construção de um *bundle* segundo evidências científicas, poderá contribuir para a assistência de enfermagem aos pacientes com IAM em serviços de emergências cardiológicas.

Neste sentido, o *bundle*, consiste em um pacote de cuidados que inclui de três a cinco cuidados baseados em evidências científicas, que devem ser realizados em conjunto, a fim de melhorar as condições de saúde do paciente, estando em sua maioria, diretamente ligados à segurança do mesmo, onde se apresenta como uma possibilidade de sistematizar a assistência às pessoas acometidas por IAM. (SUBRAMANIAN et al., 2013; SILVA; NASCIMENTO; SALLES, 2012).

A utilização de *Bundle* tem crescido ao longo dos anos pela simplicidade de

execução, apresentando cuidados simples que preferencialmente não acarretam em aumento da carga de trabalho dos profissionais envolvidos (BRACHINE; PETERLINI; PEDREIRA, 2012), característica importante ao lidar principalmente com profissionais que atuam em serviços de emergência hospitalar, onde a demanda de pacientes e trabalho é intensa.

A escolha dos cuidados deve levar em conta a facilidade de aplicação e adesão da equipe de saúde, para assim tornar o uso viável e as medidas mais efetivas na busca de melhoria da realidade a curto, médio e longo prazo (RESAR et al., 2012).

No Brasil, há uma lacuna no que se refere à utilização de *bundles* pela enfermagem no cuidado aos pacientes com IAM. Ao realizar uma pesquisa no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com os termos “*bundle*” e “enfermagem” considerando os últimos cinco anos, foram encontrados sete estudos dos quais tratam sobre a construção de *bundle* com intervenções de enfermagem em nutrição enteral em terapia intensiva (COLAÇO; NASCIMENTO, 2014), dois estudos com a temática de pneumonia associada à ventilação mecânica (RODRIGUES et al, 2016; SILVA et al, 2014), sobre a utilização de cateter venoso central em unidades neonatais e pediátricas (ARAÚJO et al, 2017) e com a temática de infecções da corrente sanguínea (SILVA; OLIVEIRA, 2018).

Meu interesse nessa temática surgiu após a atuação como Enfermeira Assistencial em um Hospital público, especializado no atendimento a pacientes com doenças cardiovasculares, consegui perceber na Unidade de Emergência, a necessidade do desenvolvimento de um *bundle* de cuidados de enfermagem, e acredito que o mesmo tende a contribuir para a estruturação de uma assistência segura, respeitando a singularidade de cada paciente diante com IAM.

Diante dessa problemática, podemos questionar: Quais são os cuidados de enfermagem que devem compor um *bundle*, a ser utilizado pela enfermagem durante o atendimento do paciente com infarto agudo do miocárdio, na Emergência Cardiológica?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Validar por juízes enfermeiros, o conteúdo do *bundle* de cuidados de enfermagem para atender o paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência Cardiológica hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar na literatura quais são os cuidados de enfermagem na intervenção com os pacientes com infarto agudo do miocárdio no setor hospitalar de urgência e emergência e posterior construção e validação de um *bundle*.

Construir um *bundle* de cuidados de enfermagem, fundamentado na revisão integrativa da literatura, para atender ao paciente com infarto agudo do miocárdio na urgência e emergência cardiológica hospitalar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura propõe uma discussão ampla acerca de um tema do estudo, possibilitando, o desenvolvimento ou o estado da arte sobre determinado assunto. Para tal, o pesquisador deve ter um pensamento crítico quanto aos caminhos escolhidos para a pesquisa (POLIT; BECK, 2018).

Assim sendo, fundamentando a temática escolhida e os objetivos com base no conhecimento atualizado, nesta revisão apresentam-se os seguintes tópicos: Doenças crônicas não transmissíveis; protocolo de classificação de risco; abordagem intra-hospitalar do IAM; reperfusão miocárdica, fibrinólise, a farmacologia e o tratamento para o IAM.

3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas um grave problema para a saúde e desenvolvimento a todas as nações. São responsáveis por 70% de todas as mortes no mundo, com uma estimativa de 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade) e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda (MALTA et al., 2017).

O envelhecimento populacional tem aumentado a prevalência DCNT no Brasil afetando diretamente o perfil de mortalidade da população com acréscimo dos óbitos causados por estas doenças. Uma das causas dessas mudanças no perfil da população está ligada a diminuição da taxa de fecundidade, a melhora da qualidade de vida, do acesso facilitado aos serviços de saúde promovendo assim, um maior envelhecimento populacional (ROCHA-BRISCHILIAR et al., 2014).

Nesse contexto, mundialmente as DCNT têm provocado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e de lazer, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral e, conseqüentemente, assolam as equidades sociais e pioram ainda mais a pobreza (MALTA et al., 2014).

As quatro DCNT de maior impacto mundial são: DCV, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Dentre elas, as DCV possuem grande relevância nas taxas de mortalidade e aumento no número de hospitalizações, essas doenças acometidas por diversos fatores devem ser tratadas imediatamente após o aparecimento dos primeiros sintomas

(BRASIL, 2014). A funcionalidade do indivíduo está diretamente relacionada com a presença de doenças, dentre elas as crônicas, que reflete em uma transição epidemiológica atual. Os problemas e sequelas provenientes das doenças crônicas, dentre elas o IAM, despertam prejuízos aos sujeitos e ao Estado, que custeia a seguridade social com a saúde, assistência social e previdência, além das complicações inerentes a qualidade de vida dos pacientes pós IAM (ARAUJO, 2011; BRASIL, 2012). As principais causas de morte por DCV são a síndrome coronariana aguda (SCA), caracterizada pelo IAM e a angina instável (AI).

A SCA apresenta-se como um desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio (O_2) no músculo cardíaco, decorrente de baixo fluxo sanguíneo nas artérias coronárias, podendo ter como origem obstrutiva um trombo, placas de aterosclerose ou vasoespasmos (ALVES et al., 2017). A principal sintomatologia da SCA é a angina, que é caracterizada por um estreitamento crônico e gradual da artéria coronária (MAGEE et al., 2012).

A AI e o IAM têm apresentações clínicas e eletrocardiográficas iguais, porém o IAM apresenta aumento dos marcadores de necrose miocárdica, evidenciados por exames de sangue, como troponina I e creatinofosfoquinase – fração MB (CK-MB), após algumas horas do início dos sintomas (BRASIL, 2011; MAGEE et al., 2012).

Os óbitos por IAM ocorrem grande parte no domicílio, pois os sintomas são negligenciados pela população ou confundidos com outras doenças, retardando a procura no tempo hábil de intervenção (PIEGAS et al., 2015; SILVA et al., 2016). Para, além disso, a IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia aponta que a maioria das mortes por IAM acontece nas primeiras horas da manifestação da doença, sendo 40 a 65% dos casos na primeira hora e, aproximadamente, 80% nas primeiras 24 horas (OUCHI; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2017).

É essencial para o paciente acometido pelo IAM os cuidados clínicos de enfermagem voltados a promover o melhor conforto possível nestas circunstâncias, pois estas ficam expostas à execução de diferentes procedimentos técnicos, além de permanecerem segregadas do contexto familiar, afastadas dos entes queridos e em interação com profissionais desconhecidos. Isso pode induzir à percepção de desconforto do paciente no ambiente hospitalar (PONTE, SILVA, 2017).

No IAM são considerados fatores essenciais, o tempo e a qualidade dos serviços no atendimento para a recuperação do paciente. Entretanto, estudos comprovam que o atraso na busca pelo socorro traz grandes consequências e o pior prognóstico já que conforme o tempo passa o tamanho da área infartada aumenta (MENDES et al., 2016).

A segurança do paciente está ligada a todo o processo de assistência de enfermagem. Os cuidados as vítimas de IAM fundamentam-se no suporte psicológico e emocional, redução de estresse e ansiedade no momento da agudização dos sintomas, cuidado com a dor, suporte familiar, orientações dentre outros. Desta forma, fica claro que a elaboração da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) exigindo, sobretudo, capacitação assistência centrada e conhecimento científico do enfermeiro (RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016).

A palavra *bundle* é utilizada para sintetizar um pacote de medidas preventivas aplicadas sistematicamente para promover a sistematização do cuidado de enfermagem de forma segura e qualificada. Assim, o *bundle* tem por objetivo melhorar a assistência ao paciente (MANZO et al., 2018). Não se trata de elaborar novos cuidados e tratamentos, destina-se a agrupar cuidados comprovadamente eficientes de forma prática e coerente que melhoram o resultado da ação (PLATT; WOLVERSON, 2014).

Descrito primeiramente nos Estados Unidos, em 2002, o *bundle* é um conjunto de intervenções baseadas em evidências, e inclui de três a cinco cuidados baseados em evidências científicas que devem ser realizados em conjunto, a fim de melhorar a condição de saúde do paciente estando, em sua maioria, diretamente ligados à segurança do paciente (SUBRAMANIAN et al., 2013; SILVA; NASCIMENTO; SALLES, 2012).

O sucesso desses pacotes de cuidados está relacionado com a participação da equipe em sua idealização e em repensar e remodelar alguns processos de trabalho com seu uso, além de reavaliação contínua (RESAR et al., 2012).

Tendo em vista que o processo de enfermagem representa uma alternativa de reaproximação do enfermeiro com os usuários, entendendo-se o mesmo com um instrumento metodológico de trabalho, que possibilita a análise crítica sobre as condições de saúde do cliente e efetiva a atuação dos profissionais de Enfermagem. O reconhecimento da importância do processo de enfermagem para a profissão evidencia-se por meio da SAE que no país é regulamentada pela Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN que reforça a necessidade da implementação da SAE nos serviços de saúde e incluiu a responsabilidade dos técnicos e auxiliares de Enfermagem na realização do processo de enfermagem (COFEN, 2009).

O atendimento primário do IAM realizado por enfermeiros na sala de emergência tem como base os sintomas clínicos do paciente. Desta forma evidencia-se a importância da SAE dos procedimentos a serem realizados, além de conhecimentos sobre as necessidades básicas do usuário, sendo, portanto, um instrumento relevante para aplicação dos conhecimentos

técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente (SILVA et al., 2016). Por meio da portaria nº 2.994, em 13 de dezembro de 2011, o MS aprovou a Linha de Cuidado do IAM e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas além de ter criado e alterado procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (BRASIL, 2011).

3.2 PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Dentre os modelos de Protocolos de Classificação de Risco mais utilizados do mundo está o Sistema de Triagem de Manchester (STM). O Protocolo de Classificação de Risco de Manchester foi criado na Inglaterra na cidade de Manchester em 1994 com objetivo de permitir ao profissional médico e enfermeiro, habilidade para a atribuição rápida de uma prioridade clínica do paciente em situação aguda baseado em categorias de sinais e sintomas. Em 2002, foi traduzido pelo Grupo Português de Triagem e rapidamente implantado em vários países (NOVAES; NASCIMENTO; AMARAL, 2016).

O referido método não tem como proposta instituir diagnóstico clínico, mas garantir que a atenção aos agravos, seja realizada em conformidade com o tempo resposta determinado pela gravidade clínica do paciente. Na sala de classificação de risco o paciente deverá ser classificado de acordo com a queixa principal e o profissional irá selecionar o fluxograma mais específico. A partir de alguns fluxogramas e/ou discriminadores sentinela – “sinais e sintomas de alerta” o paciente deve ter seu fluxo de atendimento pré-estabelecido e separado do fluxo rotineiro (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2018).

Assim como outras escalas o STM trabalha com a priorização de cinco cores: vermelho (atendimento emergente), laranja (atendimento muito urgente), amarelo (atendimento urgente), verde (atendimento pouco urgente) e azul (atendimento não urgente). Na escala existem os discriminadores gerais que são aplicados a todos os pacientes, independentes da condição ou queixa apresentada (PEREIRA, 2015).

O sistema fornece no final das respostas a classificação de risco do usuário. Conforme supracitado a escala possui cinco categorias de gravidade e atribuídas a cada uma delas uma cor, e um nome, bem como é estabelecido um limite de tempo de espera do usuário de acordo com a Figura 1.

Figura 1 – Sistema de Classificação de Manchester conforme cores e tempo de espera.



Fonte: Pereira, 2015

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.77):

o processo de triagem classificatória deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos preestabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento.

A dor torácica é IAM é uma das causas mais frequentes nas portas de urgência. A dor torácica pode significar doença cardíaca como infarto, angina, dissecação de aorta e pericardite, ou outras dores de origem não cardíaca como, por exemplo, no refluxo gastroesofágico, dor muscular, dor pleurítica de diversas etiologias, ou até mesmo em crises de ansiedade rotineiro (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2018).

Um dos fatores que contribui para a diminuição da mortalidade por IAM é o atendimento rápido desses pacientes após o início dos primeiros sintomas. Sendo assim, é necessária a preparação dos serviços de emergência e dos profissionais envolvidos para que o atendimento seja direcionado e o diagnóstico seja rápido e preciso, pois a efetividade das medidas depende do tempo em que elas são implementadas para que ocorra um melhor resultado (BARROS et al., 2015).

A maioria dos indicadores de qualidade do IAM estão relacionados a processo e é mensurada no período intra-hospitalar. Por isso, a obtenção de história detalhada das características da dor, a avaliação da presença de fatores de risco para doença arterial coronária, infarto prévio e doença aterosclerótica já documentada - bem como a realização do

eletrocardiograma (ECG) o mais rápido possível, auxiliam muito no diagnóstico precoce do IAM (ALVES et al., 2013).

O período pré-hospitalar é compreendido pelo intervalo entre o início dos sinais e sintomas do IAM até o momento da admissão do paciente em um serviço de saúde. Há dois componentes: o primeiro compreende o tempo de decisão do paciente em procurar ajuda e o segundo, o intervalo de tempo entre o transporte e o atendimento em um serviço de saúde (MAIER; MARTINS; DELLAROZA, 2015).

Outro fator importante é o tempo de transferência do paciente para hospitais capacitados com serviço de hemodinâmica e unidade coronariana aumenta o atraso na conduta e tratamento destes pacientes (SILVESTRE, 2016).

Após identificar o paciente com IAM, no atendimento inicial é fundamental colher a história de maneira direcionada, com as características dos sintomas (momento de início, duração, intensidade e qualidade da dor, fatores de melhora ou piora principalmente relacionados a esforço e repouso). Além disso, também é imprescindível que um médico habilitado, ainda no local de atendimento, faça e interprete o ECG (PIEGAS et al., 2015).

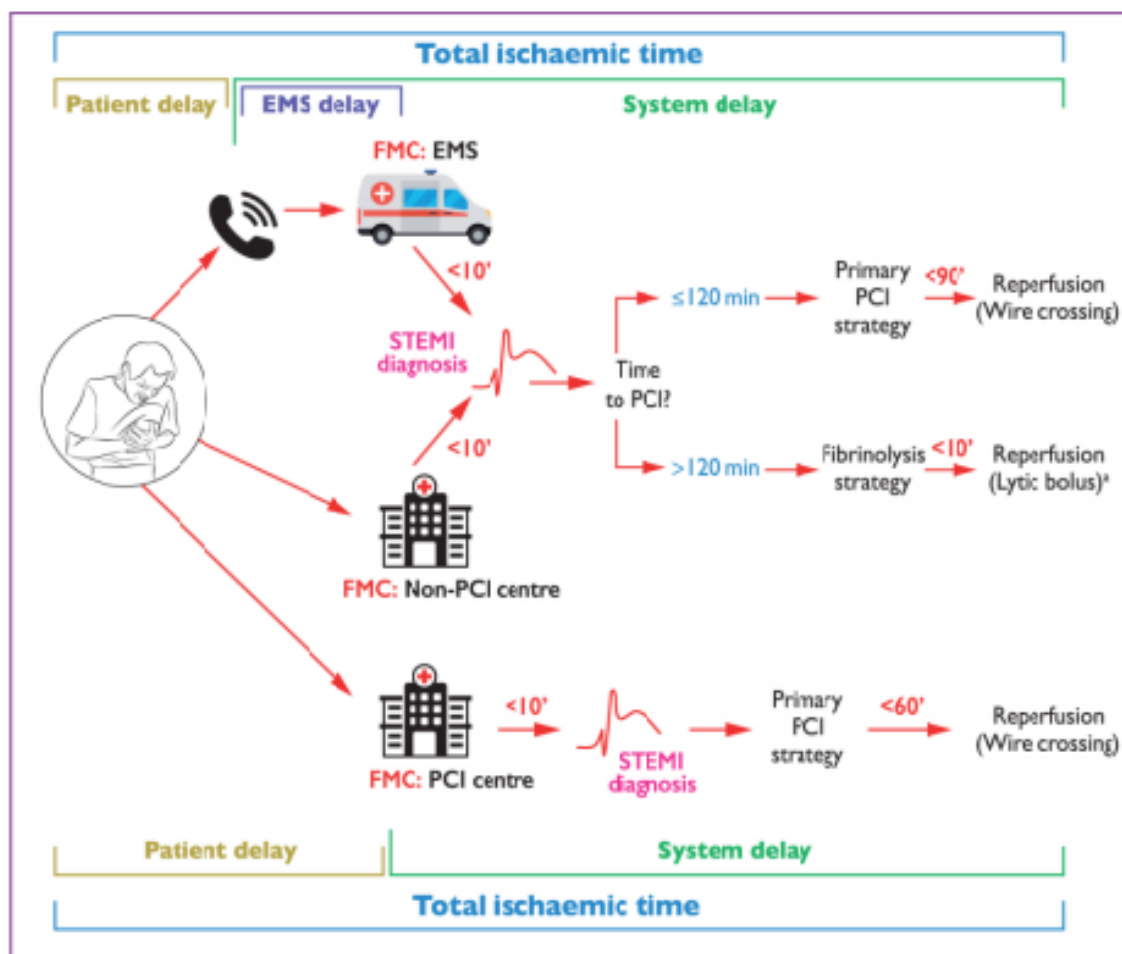
A *American Heart Association* (AHA) elaborou uma estratégia de atendimento que visa descartar ou identificar precocemente um IAM a partir da classificação e com o atendimento seguindo um fluxograma. Segundo as diretrizes americanas e com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a equipe de saúde deve prover o mais rápido possível o ECG inicial do paciente que chega ao hospital com queixa de dor torácica para os pacientes com suspeita de IAM (ALVES et al., 2013).

Destaca-se que o conhecimento do tempo de chegada dos pacientes com sintomas de IAM ao serviço especializado, assim como a identificação das dificuldades enfrentadas pelos mesmos, pode subsidiar os profissionais de enfermagem e auxiliar na orientação aos pacientes, seus familiares e à comunidade (BARROS et al., 2015).

Ressalta-se ainda que, a não adesão às recomendações das diretrizes e consensos que norteiam a boa prática clínica pode causar negligência durante o desempenho dos profissionais e injúria verdadeira aos pacientes atendidos (eventos adversos e/ou sentinelas) (ALVES et al., 2013).

Os tempos considerados ideais para a instituição das terapias de reperfusão, com o delineamento desde o início dos sintomas uso dessas terapias, foram determinados na última Diretriz Europeia conforme demonstrado na Figura 2 (IBANEZ et al., 2017).

Figura 2 – Fluxograma para seleção de estratégia de reperfusão.



Fonte: Ibanez et al., 2017.

Os indicadores de qualidades preconizados pelas diretrizes da AHA e da *American College of Cardiology (ACC)* são: a) realização e modalidade de terapia de reperfusão; b) medicações administradas nas primeiras 24 horas e na alta hospitalar e c) tempo decorrido até o início do tratamento (THYGESEN et al., 2012; O’GARA et al., 2013).

Desta forma, devido à relevância da duração do tempo desde a chegada até a alta no primeiro hospital de referência para o IAM com supradesnívelamento do segmento ST (IAMCSST), tornou-se uma medida de desempenho clínico e, atualmente, é recomendada que seja um tempo de 30 minutos ou menos para acelerar cuidados de reperfusão (THYGESEN et al., 2012; O’GARA et al., 2013).

Um estudo ratificou que a transferência direta para a hemodinâmica provou que diminuir atrasos de tempo na terapia de reperfusão é essencial e está associada a maior sobrevivência melhorada dos pacientes com IAMCSST. A referida transferência consiste no

diagnóstico do IAMCSST no pré-hospitalar, com comunicação e transporte imediatos para a equipe de hemodinâmica, evitando passar pela unidade de cuidados coronarianos (MARCOLINO et al., 2013).

3.3 ABORDAGEM INTRA-HOSPITALAR DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

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

A dor torácica pode abranger uma diversidade de diagnósticos médicos, tanto de origem cardíaca quanto não cardíaca e a abordagem a esse paciente inicia-se com sua chegada ao serviço de emergência. Logo após a realização da ficha de atendimento, o enfermeiro deve priorizar a consulta e realizar o ECG em no máximo até 10 minutos.

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

Quadro 1 - Avaliação da dor torácica pelo mnemônico PQRST

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

Fonte: Brasil (2011).

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

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

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

A dor torácica típica é o principal sintoma de doença coronariana aguda, principalmente aquela com opressão, do tipo que irradia para o braço esquerdo, direito ou mandíbula, pode estar associada à sudorese fria, náusea, dor abdominal e até lipotimia. O tempo de duração é fator de importância central, visto que, as dores com tempo superior a vinte minutos, sem momentos de melhora, direcionam para um diagnóstico de maior gravidade. Vale ressaltar, no entanto, que sintomas atípicos também podem estar presentes, principalmente em pacientes idosos, diabéticos e mulheres, que eventualmente pode direcionar para diagnósticos médicos de outras doenças (FONSECA; IZAR, 2016). A dor deve ser caracterizada e qualificada conforme o quadro a seguir:

Quadro 2 - Caracterização da dor torácica quanto ao tipo.

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

SCA: síndrome coronariana aguda.

Fonte: Piegas et al. (2015).

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

O IAM com supra é considerado uma condição grave, que se associa com risco significativo de complicações ou morte. Correlacionando-se com pior prognóstico e incluem: a idade avançada, maior classificação de Killip, taquicardia, hipotensão, choque, IAM de parede anterior, história de IAM prévio, tempo prolongado para início do tratamento, diabetes, achados de Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Renal Crônica, entre outras (MARTINS, 2017). Durante o exame físico, enfermeiros devem procurar fatores que podem precipitar ou desencadear a dor. Duas classificações podem facilmente identificar pacientes de maior risco, denominadas classificação de Killip e classificação de Forrester (quadro 3).

Quadro 3 - Classificação de Killip e Forrester

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

*Em geral, o índice cardíaco é maior que 2,2L/min/m² quando há boa perfusão e menor que 2,2L/min/m² na hipoperfusão periférica. **A pressão capilar pulmonar “normal” é de 18mmHg.

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

Quadro 4 - Escore TIMI para pacientes com Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST

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

Fonte: Silveira et al (2016).

O escore de risco TIMI apresenta a estratificação de risco inicial, de acordo com a possibilidade de desenvolver eventos e complicações cardíacas de origem isquêmicas no futuro. O escore de risco varia de 0 a 14 pontos e, classifica os paciente entre, os pacientes com baixo risco, que são aqueles que apresentam pontuação de 0 a 3 pontos, risco intermediário, os que possuem pontuação de 4 a 8 pontos e os pacientes com alto risco, que são aqueles com pontuação acima de 8 pontos (SILVEIRA et al., 2016; HILLIS et al.,1990).

Tabela 1 - Escore de TIMI com supradesnivelamento ST.

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

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2009).

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

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

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

Fonte: O’Gara *et al.* (2013).

3.4 REPERFUSÃO MIOCÁRDICA NO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST

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

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

3.5 FIBRINÓLISE

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

Quadro 6 - Grupos de Fibrinolíticos

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

Fonte: AHA, 2015.

Um grande marco para a era trombolítica, foi a realização do estudo GISSI (*Grupo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardio*) em 1986. Com uma amostra de 11.000 pacientes com IAM, demonstrou uma diminuição da mortalidade pela eficácia da estreptoquinase intravenosa, quando comparado com um grupo que recebeu placebo. Esse estudo marcou a evolução da terapia trombolítica química na história do IAM e incentivou a realização de várias pesquisas, em decorrência das contraindicações, conforme apresentado a seguir no quadro-7 (AHA, 2015). No quadro 7 podem ser observadas as contra indicações absolutas e relativas do uso do fibrinolítico no IAM.

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

| |
|--|
| Contraindicações absolutas |
| <ul style="list-style-type: none"> • Passado de hemorragia intracraniana em qualquer época • Neoplasia maligna intracraniana conhecida • Lesão estrutural cerebral conhecida |
| <ul style="list-style-type: none"> • AVC isquêmico nos últimos 3 meses, exceto AVC isquêmico agudo com < 3h de duração • Traumatismo craniano fechado ou facial significativos nos últimos 3 meses • Suspeita de dissecação aórtica • Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (excluindo menstruação). |
| Contraindicações relativas |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão grave não controlada na apresentação (PAS > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg) • História de AVC isquêmico extenso há mais de 3 meses, demência ou patologia intracraniana não incluída nas contraindicações |

- Ressuscitação cardiopulmonar traumática ou prolongada (> 10 minutos) ou cirurgia extensa (< 3 semanas).
- Sangramento interno recente (nas últimas 2 a 4 semanas)
- Punções vasculares não compressivas
- Nos casos de estreptoquinase: exposição anterior ou alergia prévia
- Gestação
- Úlcera péptica ativa
- Uso atual de anticoagulantes: quanto maior o RNI, maior o risco de sangramento
- Plaquetopenia (<100.000)

AVC: acidente vascular cerebral; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; RNI: razão normalizada internacional.

Fonte: American Heart Association (2018).

Devido as grandes chances de complicações secundárias a administração de fibrinolíticos, recomenda-se que os pacientes sejam monitorados hemodinamicamente, de preferência em unidade de dor torácica e/ou Unidade Terapia Intensiva (PIEGAS et al., 2015). A administração do medicamento pode ser realizada ainda no ambiente pré-hospitalar, quando o transporte pré-hospitalar for maior que duas horas, denominado como, “hora ouro”, e/ou na unidade de hemodinâmica não estiver disponível. Em situações contrárias, a terapia trombolítica deve ser realizada em até 30 minutos, denominado como, “tempo porta-agulha) em ambiente hospitalar, que devem ser contados a partir da entrada no serviço de emergência (BRASIL, 2011).

3.6 A FARMACOLOGIA E TRATAMENTO MÉDICO PARA O IAM NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA

O tratamento anti-isquêmico inicial após o diagnóstico do IAM deve abordar os seguintes aspectos: alívio da dor, estratificação precoce de risco, avaliação hemodinâmica, terapêutica antitrombótica e anticoagulante, estratégia invasiva ou conservadora, monitorização e tratamento precoce de arritmias. Repouso e monitorização eletrocardiográfica contínua são recomendados para todos os pacientes durante a fase hospitalar inicial (SILVA et al., 2016).

Antes da reperfusão devem ser administrados:

- Clopidogrel: dose de ataque 300 a 600 mg (preferível se ATC) VO em pacientes com menos de 75 anos. Caso > 75 anos a dose de ataque é de 75mg assim como a dose de manutenção independente da idade. Obs: 1 comp»75mg Caso indicação cirúrgica - suspender clopidogrel idealmente por 7 dias.

- Nitratos: dinítrato de isossorbida 5mg SL 5/5 minutos máximo 3 doses; Nitroglicerina EV BIC: diluir 1 frasco 25mg ou 50mg em 250 ml SF ou SG e iniciar com 5 a 10ug/min. Aumentar 5-10ug/min a cada 5 min até efeito desejado ou reações adversas ou dose máximo 100-200ug/min. Indicações: Dor torácica persistente, hipertensão arterial, congestão pulmonar, grande área isquêmica. Não altera mortalidade. Contra indicações: PAS (AHA, 2018).

A utilização de nitratos é baseada principalmente em aspectos fisiopatológicos e na experiência clínica. Essa classe de drogas causa vasodilatação em circulação coronária e periférica. Diminui a pré-carga, o volume diastólico final do ventrículo esquerdo e, conseqüentemente, o consumo miocárdico de oxigênio (SILVA et al., 2016).

- Morfina: 2 a 4 mg EV. Indicações: Quando houver persistência da dor anginosa, apesar do uso de nitrato, congestão pulmonar, intensa ansiedade ou agitação. Efeitos adversos: depressão respiratória, náuseas e vômitos, hipotensão arterial. Antagonista: Naloxone - 0,4 a 2 mg EV. Pode mascarar critério de reperfusão de melhora da dor. OBS: Anti-inflamatórios não hormonais (exceto AAS) estão formalmente contraindicados, pois aumentam o risco de eventos cardiovasculares. Caso paciente faça uso crônico deve ser imediatamente suspenso (AHA, 2018).

A morfina tem um potente efeito analgésico além de uma ação vasodilatadora que colabora com o alívio da dor, e a redução de pressão arterial e dos sintomas congestivos (SILVA et al., 2016). OBS: Anti-inflamatórios não hormonais (exceto AAS) estão formalmente contraindicados, pois aumentam o risco de eventos cardiovasculares. Caso paciente faça uso crônico deve ser imediatamente suspenso.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico. Os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. O aumento das solicitações por avaliações de resultados sólidos e confiáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados de obtenção de dados tem gerado interesse pela pesquisa metodológica entre enfermeiros pesquisadores (MELO et al., 2017). A construção e a validação de instrumentos de pesquisa tem sido um método bastante utilizado, pois muitos profissionais de enfermagem têm percebido a necessidade de debater esses conteúdos e constructos aplicados na prática diária, já que nem sempre se encontram ferramentas capazes de medir fielmente esses eventos (MARINHO et al., 2016).

Na pesquisa quantitativa os dados analisados podem ser quantificados. Centra-se na objetividade (instrumentos padronizados, neutros, linguagem matemática, relações entre variáveis) (MARINHO et al., 2016).

O processo descritivo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo. A grande contribuição da pesquisa descritiva é proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida (NUNES; NASCIMENTO; LUZ, 2016).

Este estudo foi desenvolvido em duas fases metodológicas. A primeira fase da pesquisa foi constituída da realização da revisão integrativa dos últimos cinco anos (2013-2018), para atender ao paciente com IAM, no ambiente da Emergência Cardiológica. Na segunda fase, o instrumento construído, foi encaminhado aos juízes enfermeiros, selecionados no estudo, para validação de conteúdo (enfermeiros juízes externos do Instituto), por meio de um formulário eletrônico estruturado, que esteve disponível *on-line* na página do *Google forms*.

Então, para facilitar a exposição deste método, estas duas fases serão descritas separadamente.

Primeira fase: Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de natureza qualitativa constituída de uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa permite a análise de subsídios na literatura de forma ampla e sistemática, além de divulgar dados

científicos produzidos por outros autores. A revisão integrativa constituiu-se do cumprimento das etapas: identificação do tema, seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; identificação dos estudos nas bases científicas; avaliação dos estudos selecionados e análise crítica; categorização dos estudos; avaliação e interpretação dos resultados e apresentação dos dados na estrutura da revisão integrativa conforme o Protocolo para Revisão Integrativa (APÊNDICE A) (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Após identificação do tema, realizou-se a definição da questão de busca: quais são os cuidados de enfermagem para os pacientes com infarto agudo do miocárdio atendidos em setores de emergência?

Foram incluídos no estudo artigos científicos, publicados em português, inglês e espanhol que continham os descritores nas estratégias de identificação dos estudos e publicados entre 2014 e 2019 nas Bases Eletrônicas de Dados: LILACS / BDEFN / SCIELO / PUBMED/ SCOPUS.

Os critérios de exclusão foram os artigos na modalidade cartas, resenhas, teses, dissertações, relato de experiência e editoriais, estudos duplicados e estudos que não contemplaram o tema e que não responderam à questão de busca. A estratégia de busca foi desenvolvida com auxílio da bibliotecária. Sendo identificados os artigos presentes nas bases de dados e posteriormente selecionados por título e resumo conforme quadro 8 apresentado a seguir:

Quadro 8 - Estratégia de identificação dos estudos

| RECURSOS | ESTRATÉGIAS DE BUSCA | REFERÊNCIAS RECUPERADAS | REFERÊNCIAS SELECIONADAS POR TÍTULO E RESUMO |
|----------|---|-------------------------|--|
| LILACS | Infarto do miocárdio (OR) myocardial infarction (OR) infarto del miocárdio (AND) cuidados de enfermagem (OR) nursing care (OR) atención de enfermeira | 44 | 11 |
| PUBMED | Myocardial infarction (OR) angina pectoris (OR) angina unstable (OR) acute coronary syndrome (AND) emergency medical services (AND) nursing care | 18 | 06 |
| BDEFN | Infarto do miocárdio (AND) serviços médicos de emergência (AND) cuidados de enfermagem (AND) síndrome coronariana aguda | 04 | 02 |
| SCOPUS | Estratégia 1: Myocardial infarction (AND) emergency medical services (AND) nursing care | 10 | 4 |

| | | | |
|--------|--|----|---|
| | Estratégia 2: Myocardial infarction (OR) angina pectoris (OR) acute coronary syndrome (AND) emergency medical services (AND) nursing care | 2 | 2 |
| SCIELO | Myocardial infarction (AND) emergency medical services (AND) nursing care | 13 | 2 |

Fonte: Autor (2019)

O processo de avaliação crítica dos estudos obtidos se constitui da leitura na íntegra, avaliação. Todos os estudos selecionados foram analisados por dois avaliadores (pesquisadora e orientadora) e as discordâncias resolvidas com discussão e consenso.

Segunda Fase:

Estudo metodológico, que teve por escopo a validação por especialistas (juízes), de um instrumento de cuidados de enfermagem para o atendimento ao paciente com IAM na unidade de emergência.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Foi realizada uma busca ativa por meio da plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em abril de 2019, utilizando-se da busca avançada, por assunto, com o objetivo de identificar profissionais enfermeiros do Brasil que atuem como juízes das intervenções de enfermagem.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

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

Quadro 9 - Critérios de inclusão utilizados para seleção inicial de juízes

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

Fonte: a autora, 2019.

Esta seleção representou uma amostra de 835 enfermeiros brasileiros e potenciais juízes em 15/04/2019 às 14h20min. Com objetivo de aprimorar a seleção de juízes foi utilizado o modelo de Fehring (1994), adaptado pela pesquisadora (quadro 8), para melhor ajuste as expectativas de um potencial juiz para esta pesquisa, No entanto, cabe ressaltar que as adaptações foram realizadas visando garantir boa pontuação para o profissional com experiência em emergências, uma vez que é condição fundamental para a análise deste instrumento que objetiva fazer parte do trabalho do enfermeiro em emergência.

Pesquisadores reconhecem que há uma tendência dos estudos à maior valorização do conhecimento prático em contrapartida ao aumento na pontuação acadêmica do modelo original de Fehring (1994). Esse fator nos demonstra que a priorização pela experiência prática na seleção por juízes, resultado da preocupação dos pesquisadores em garantir acurácia das avaliações com juízes que tenham amplo domínio na área.

Quadro 10 - Modelo de Classificação de experts

| Critérios | Pontuação |
|--|------------------|
| Mestre em enfermagem | 2 |
| Pesquisa (com publicações) na área de cardiologia | 3 |
| Doutorado | 2 |
| Doutorado com assunto relacionado com emergência cardiológica | 2 |
| Prática clínica de pelo menos 1 ano de duração na área de enfermagem em emergência | 4 |

| | |
|--|---|
| Certificado (especialização) em área cardiológica com comprovada prática clínica | 3 |
|--|---|

Fonte: Autora, 2019.

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

O rigor metodológico é determinado pelo uso da psicometria para atingir um consenso, na avaliação de instrumentos, a qualidade de um instrumento é determinada por variáveis denominadas propriedades psicométricas, dentre elas, destacam-se a confiabilidade e a validade (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010). Neste estudo o consenso foi definido como a concordância de opiniões dos expertos, estabelecida por uma porcentagem de conformidade verificada pelo índice de validade de conteúdo e a clareza e pertinência do instrumento foram verificadas a partir do coeficiente de validade de conteúdo.

4.4 VALIDADE DE CONTEÚDO

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

escala. A validade de critério corresponde à comparação do instrumento estudado com um considerado padrão-ouro (POLIT; BECK, 2018).

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

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

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

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

A segunda parte do formulário diz a respeito da validação do instrumento em si, com a avaliação das intervenções de enfermagem no atendimento ao paciente com IAM. Cada um dos itens tem uma escala de avaliação. A escala é um dispositivo destinado a atribuir um escore numérico aos fatores quantitativos (POLIT; BECK, 2018). Para a validação os juízes classificaram cada elemento do instrumento, em uma escala do tipo Likert de quatro pontos, sendo que o valor um representa a mínima concordância aos itens propostos e o valor quatro a máxima concordância.

A escala Likert é amplamente utilizada em pesquisa devido a sua característica de fácil aplicabilidade e construção e possibilita a análise de concordância de opiniões, mediante uma graduação ordinal de informações (POLIT; BECK, 2018). Ao final de cada elemento do instrumento, havia um campo para sugestões e comentários, para obter as opiniões dos expertos por critério. Considerou-se necessário também, ao final do instrumento, um campo de resposta aberta para possíveis sugestões, observações, opiniões e comentários dos expertos, sobre o instrumento de forma geral.

4.6 COLETA DE DADOS

Após a construção do instrumento, realizou-se o pré-teste do formulário de validação do instrumento de cuidados, com o objetivo de verificar a compreensibilidade dos itens (ALEXANDRE; COLUCI, 2011), a estrutura visual, o tempo de preenchimento e clareza das expressões. Para tanto, o instrumento foi enviado via e-mail para duas enfermeiras mestrandas e membros de grupos de pesquisa de uma Universidade Federal do país. O instrumento foi devolvido após dois dias, com sugestões e comentários. Decidiu-se fazer uma junção de alguns cuidados e foram revistas algumas sugestões referentes ao *desing* do instrumento.

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

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

Concomitante ao aceite da pesquisa, os juízes responderam a um formulário eletrônico que foi construído no *Google Forms*, denominado Validação de um bundle de cuidados aos pacientes com IAM (APÊNDICE D), onde foi possível registrar as respostas. Finalizado o formulário, as respostas foram encaminhadas para uma planilha Microsoft Excel versão 2016, indicando o juiz e suas respectivas respostas, tornando mais fácil a visualização dos resultados.

Enviou-se o instrumento de validação entre os dias 01 a 30 de maio de 2019. Determinou-se o tempo de sete dias para esperar a resposta do experto, em caso do não resposta o formulário foi reenviado, por mais duas tentativas, respeitando o prazo de sete dias de intervalo, entre o reenvio do formulário. Resultando em amostra final de 11 expertos que realizaram a validação do instrumento.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram organizados em planilha de dados eletrônica no programa Microsoft® Excel (2016), com o objetivo de manter o anonimato dos expertos, foi utilizado a letra E seguida de um número (E1, E2, E3...), conforme ordem sequencial de resposta e devolução do questionário. Logo após os dados tabulados, foram analisados por meio de uma leitura reflexiva, através do uso de estatística descritiva com frequências absolutas e relativas, médias dos escores das variáveis.

Para a análise dos dados foram utilizados os softwares Excel (Microsoft®), Statistica (Statsoft®) e Minitab®. Os dados foram analisados com auxílio de uma especialista em estatística externo, por meio de estatística descritiva simples, apresentando frequências absolutas e relativas para os dados sociodemográficos. Análises inferenciais foram realizadas para o estudo das propriedades psicométricas. Para a análise de validade do instrumento foram utilizadas a medida de avaliação de:

- a) Validade de Conteúdo: por meio do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) – este coeficiente é utilizado para verificar o nível de adequação de clareza e pertinência dos itens do instrumento, considerado satisfatório com valores superiores a 0,70.
- b) Índice de Validade de Conteúdo (IVC): este índice é utilizado para verificar a proporção de juízes que estão em concordância sobre os itens do instrumento. É calculado considerando o número de respostas 3 e 4 sobre o total de respostas do instrumento. Considera-se uma qualificação ótima IVC superiores a 0,90.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Onde $Mcvc_i$ representa a média dos coeficientes de validade de conteúdo dos itens do questionário e Mpe_i , a média dos erros dos itens do questionário. Foi adotado como ponto de corte, para determinar níveis satisfatórios para clareza da linguagem e

pertinência foi de $CVCc \geq 0,70$ para cada um dos itens e de $CVCT \geq 0,70$ para o instrumento no geral conforme recomendado na literatura da área (CASSEPP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010).

O IVC avalia a concordância dos juízes quanto a representatividade da medida em relação ao conteúdo abordado, que é calculado dividindo-se o número de juízes que concordam com o item pelo número total de juízes (IVC para cada item). Este mensura a proporção de expertos que estão em concordância sobre a aprovação positiva (geral) dos componentes e itens (específicos) e faz-se uma estimativa da validade de conteúdo, que é facilmente calculada e utiliza-se das pontuações da escala Likert. O cálculo da pontuação é realizado, através da soma dos itens que foram pontuados com o valor de “3” ou “4” pelos expertos e o resultado dessa soma é dividido entre o número total de respostas. Para a interpretação dos dados, considerou-se como válidos os valores maiores de 0,8 que são descritos como uma boa qualificação (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; PEDROSA; SUAREZ-ALVAREZ; GARCIA-CUETO, 2014).

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

O instrumento construído foi encaminhado aos juízes enfermeiros, selecionados no estudo, para validação semântica (enfermeiros da Emergência do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina), e de conteúdo (enfermeiros juízes externos do Instituto), por meio de um formulário eletrônico estruturado, que estará disponível *on-line* na página do *Google forms*.

A validade é a propriedade de um instrumento de mensurar o objeto proposto pelo estudo de tal forma que conduza o pesquisador a uma medida da realidade tal como ela é. Existem parâmetros mínimos que a medida psicométrica deve apresentar para se constituir um instrumento legítimo e válido, parâmetros que se referem à análise dos itens e à validade e confiabilidade do instrumento. A análise teórica é feita por juízes e visa estabelecer a compreensão dos itens e a pertinência destes ao atributo que pretendem medir (PASQUALI, 2013).

Para Pasquali (2013) um teste ou instrumento apresenta validade de conteúdo se constituir uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos, devendo-se

detalhar o conteúdo e explicitar a importância relativa de cada tópico do teste, o que é definido pelo avaliador ou equipe de avaliadores.

A validade de conteúdo refere-se ao grau em que o conteúdo de um instrumento reflete adequadamente o construto que está sendo medido, ou seja, é a avaliação do quanto uma amostra de itens é representativa de um universo definido ou domínio de um conteúdo (SOUZA et al., 2017).

Devido à existência de poucos métodos para garantir cobertura adequada do conteúdo de um instrumento, se faz necessária a frequente realização de painéis de especialistas, um grupo de profissionais especializados e independentes para avaliar a validade de conteúdo de novos instrumentos. Deste modo, um grupo de juízes considerados especialistas no conceito avalia os itens do instrumento para que assim, possam indicar sua concordância com o âmbito das questões e à medida que elas refletem o conceito sob consideração (SOUZA et al., 2017).

Para validação do conteúdo, referente ao instrumento como um todo, foi utilizado o IVC. Neste sentido, pressupõe-se que o julgamento coletivo, ao ser bem organizado, é melhor que a opinião de um só indivíduo. O anonimato dos respondentes, a representação estatística e o *feedback* de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes serão realizados se forem necessárias.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e aprovado com o CAAE nº CAAE: 08656918.0.0000.0121 e o Parecer: 3.191.930 conforme Anexo B.

Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas respeitaram as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo os seres humanos. A resolução objetiva assegurar os direitos e os deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado por meio da incorporação dos referenciais da bioética voltados à equidade, justiça, não maleficência e autonomia (BRASIL, 2012).

Para os juízes da pesquisa, foram esclarecidos os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como sua importância, através de sua anuência através do aceite do TCLE, que foi enviado juntamente ao formulário.

5 RESULTADOS

A Instrução Normativa 01/MPENF/2014 de 03 de dezembro de 2014 define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Assim, os resultados desta dissertação estão apresentados em um manuscrito e o produto construído; Manuscrito 1: Construção e validação de um *bundle* de cuidado para o paciente com infarto agudo do miocárdio atendido na emergência cardiológica, e o produto desenvolvido como proposta do estudo, o *bundle* de cuidados para o paciente com infarto agudo do miocárdio atendido em uma unidade de emergência cardiológico. Tal organização atende às exigências do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

5.1 MANUSCRITO - CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM BUNDLE DE CUIDADO PARA O PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ATENDIDO NA EMERGÊNCIA CARDIOLÓGICA

RESUMO

Objetivo: Construir e Validar um *bundle* de cuidado para o paciente com infarto agudo do miocárdio atendido na emergência cardiológica. **Método:** Estudo metodológico, quantitativo, descritivo. O instrumento foi construído a partir de uma revisão de literatura prévia. Este *bundle* foi enviado para avaliação dos juízes pelo instrumento de coleta de dados Google forms (formulário eletrônico), que apresentava uma escala do tipo Likert.. Para análise foram utilizados, o Coeficiente de Validade de Conteúdo (>0,70) e Índice de Validade de Conteúdo (IVC > 0,90). **Resultados:** Todas as questões e o instrumento como um todo apresentaram Coeficiente de Validade de Conteúdo acima de 0,70. O Coeficiente de Validade de Conteúdo do instrumento completo foi de 0,86, considerado satisfatório. Considerando que das 88 respostas, 87 foram de categorias 3 e 4, o Índice de Validade de Conteúdo foi de 0,98, indicando concordância quase perfeita. **Conclusões:** A construção elaborada e validada a partir do julgamento de 11 juízes enfermeiros brasileiros, consistiu na composição do *bundle* de cuidados de enfermagem para atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio, altamente confiável (CVC 0,86 e IVC 0,98).

Descritores: Infarto do miocárdio. Cuidados de enfermagem. Enfermagem. Emergência.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) ao longo dos anos vêm aumentando as taxas de mortalidade e o número de hospitalizações (CARVALHO; PAREJA; MAIA, 2013). No período de janeiro a maio de 2019, foram aprovadas 2469 AIHs com um valor total de 12 milhões e 119 mil reais, onde o valor médio da internação foi de R\$4.908,62, com uma média de permanência de 5,8 dias e uma taxa de mortalidade de 9,19. Neste mesmo período já foram contabilizados 227 óbitos através das AIH's tabuladas pelo Ministério da Saúde (MS) (DATASUS, 2019).

A taxa de mortalidade no ano de 2011 de pacientes com doenças do aparelho circulatório, especificamente para doenças isquêmicas do coração, no estado de Santa Catarina representa 54,0 óbitos por 100.000 habitantes e o total, em todo Brasil 53,8 óbitos por 100.000 habitantes. Já no período de 1990 a 2010 a taxa de mortalidade doenças isquêmicas no país foi de 47,1 óbitos por 100.000 habitantes e no estado de Santa Catarina foi de 47,8% óbitos por 100.000 habitantes (DATASUS, 2019). Tais dados demonstram o custo, cada vez maior, com as DCV no Sistema Único de Saúde (SUS) e evidencia-se um aumento gradual das taxas de mortalidade para as doenças isquêmicas do coração anualmente.

Quando não ocorre a morte pelas DCV muitas vezes as sequelas e incapacidades provenientes de um IAM também geram despesas ao SUS. Atualmente com envelhecimento da população, juntamente com o avanço da expectativa de vida, está havendo um aumento dos índices de complicações das doenças, principalmente as crônicas (WHO, 2012).

Em 2017 os óbitos por IAM tiveram uma incidência maior na faixa etária de 60 a 69 anos (627 óbitos por ocorrência), porém é necessário atenção a faixa etária de 50 a 59 anos (425 óbitos por ocorrência) (DATASUS, 2019).

Torna-se imprescindível que os profissionais que prestam atendimento à saúde, dentre eles os que estão nas emergências cardiológicas, sejam responsáveis pela organização da informação, a educação permanente e continuada, como também de capacitar-se para atuar com competência técnica científica, ética e humanística no cuidado e no tratamento dispensado, tendo qualificação adequada para conhecer sinais e sintomas do IAM, para promover o diagnóstico e tratamento precoce, minimizando riscos e danos maiores (MARTINS et al., 2017).

A atuação de equipes de saúde em serviços de emergência é caracterizada como um processo coletivo onde os enfermeiros possuem a responsabilidade de articulação das diferentes ações profissionais que englobam os cuidados às pessoas em situação de emergência. Neste sentido, a comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde é fundamental para uma atuação efetiva do serviço em questão e integração entre os profissionais (SANTOS et al., 2017).

O atendimento primário do IAM realizado por enfermeiros na sala de emergência é baseado na identificação dos sintomas clínicos e conhecimento científico desse profissional, para isso faz-se necessário uma sistematização dos procedimentos que devem ser realizados, além do conhecimento sobre as necessidades básicas dos usuários (ALVES et al., 2017).

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

A Prática Baseada em Evidências (PBE) faz uso da evidência avaliada e cientificamente comprovada na prestação dos cuidados de saúde, garantindo a qualidade e segurança. Entre seus objetivos é capaz de amparar os profissionais de saúde a ofertarem o melhor cuidado e tratamento possível aos pacientes, percorridos pelas práticas tradicionais e adotando intervenções inovadoras originadas de pesquisas sólidas (MAJID et., 2011). O foco principal na solução dos problemas é fundamentado em melhores evidências científicas, possibilitando estabelecer condutas profissionais de forma segura e organizada.

O *Bundle* tem sido utilizado ao longo dos anos pela simplicidade de execução, apresentando cuidados simples que preferencialmente não acarretam em aumento da carga de trabalho dos profissionais envolvidos (BRACHINE; PETERLINI; PEDREIRA, 2012), característica importante ao lidar principalmente com profissionais que atuam em serviços de emergência hospitalar, onde a demanda de pacientes e trabalho é intensa.

No Brasil, há uma lacuna no que se refere a utilização de *bundle* pela enfermagem no cuidado aos pacientes com IAM. Diante dessa problemática, podemos questionar: Quais são os cuidados que devem compor um *bundle*, para ser utilizado, pelo enfermeiro, na intervenção do paciente com infarto agudo do miocárdio, atendidos na Emergência Cardiológica? Neste sentido, esta pesquisa teve como objetivo construir e validar um *Bundle* de cuidados para o paciente com infarto agudo do miocárdio atendido na emergência cardiológica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa de natureza descritiva. Este estudo foi desenvolvido em duas fases metodológicas. A primeira fase da pesquisa foi constituída da realização da revisão integrativa da literatura dos últimos cinco anos (2013-2018), para atender ao paciente com IAM, no ambiente da Emergência Cardiológica. Na segunda fase, o instrumento construído, foi encaminhado aos juízes enfermeiros, selecionados no estudo, para validação, por meio de um formulário eletrônico estruturado, que esteve disponível on-line na página do *Google forms*. O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com o CAAE nº CAAE: 08656918.0.0000.0121 e Parecer: 3.191.930.

Na primeira fase teórica, a revisão de literatura, foram incluídos no estudo artigos

científicos e artigos de revisão, publicados em português, inglês e espanhol que continham os descritores nas estratégias de identificação dos estudos e publicados entre 2014 e 2019 nas Bases Eletrônicas de Dados: LILACS / BDENF / SCIELO / PUBMED/ SCOPUS.

Os critérios de exclusão foram os artigos na modalidade cartas, resenhas, teses, dissertações, relato de experiência e editoriais, estudos duplicados e estudos que não contemplaram o tema e que não responderam à questão de busca.

No total foram selecionados 21 artigos. O processo de avaliação crítica dos estudos obtidos se constitui da leitura na íntegra, avaliação. Todos os estudos selecionados foram analisados por dois avaliadores (pesquisadora e orientadora) e as discordâncias resolvidas com discussão e consenso. Na segunda fase, para validação do conteúdo do instrumento construído (*bundle*), referente ao instrumento como um todo, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Para validação do conteúdo do *bundle* instrumento utilizou-se da concordância de um comitê de enfermeiros especialistas (juízes) na área de emergência para definir a representatividade do constructo medido (ESCOBAR-PEREZ; CUERVO-MARTINEZ, 2008). Realizou-se busca ativa, por meio da plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), utilizando-se de busca avançada disponibilizada na própria plataforma por assunto, a fim de identificar profissionais enfermeiros do Brasil, que atuassem como juízes do instrumento, e em seguida, via online, o formulário foi submetido aos juízes, acompanhado de uma carta convite explicando a proposta e o termo de consentimento.

A busca foi realizada em abril de 2019, e teve como critérios de inclusão além de experiência em emergência: formação mínima de especialistas; enfermeiros da área de Enfermagem em saúde do adulto e idoso; currículo no idioma português, nacionalidade brasileira; e tempo máximo de 12 meses da última atualização do currículo. Esta busca resultou em população de 835 enfermeiros e potenciais juízes para validação do conteúdo do instrumento. Como forma de aprimorar a seleção de juízes foi utilizado o Modelo de Validação de Conteúdo de Fehring (1994), adaptado pela própria pesquisadora. Quanto à pontuação foi: Mestre em enfermagem (2pontos), pesquisa com publicação em área de cardiologia (3 pontos), doutorado (2pontos), doutorado com tema relacionado à cardiologia (2pontos), prática clínica de pelo menos 1 ano em unidade de emergência (4pontos), especialização em área de cardiologia (3pontos). Foram selecionados como juízes àqueles que obtiveram pontuação mínima de 6 pontos na classificação adaptada de Fehring. Para

tanto foi realizada a leitura dos resumos dos currículos, e quando necessário do currículo ampliado, obtendo-se um quantitativo inicial de 52 enfermeiros. Destes, 30 aceitaram participar do estudo, no entanto, 11 enfermeiros realizaram a avaliação do instrumento, dentro do prazo estipulado.

A coleta de dados ocorreu através de um formulário Google Forms®, construído pela pesquisadora, para avaliação, por meio eletrônico: denominado Validação de um *Bundle* de cuidado para o paciente com IAM, atendido na emergência cardiológica. Um questionário para avaliação do guia de um *bundle* de cuidado para o paciente com IAM, atendido na emergência cardiológica foi elaborado através de um formulário Google Forms®, pela pesquisadora com os seguintes elementos: a) introdução com esclarecimentos sobre a pesquisa e participação livre, b) endereço de email do respondente, c) TCLE, d) instruções sobre o questionário, e) identificação do participante, f) instruções sobre o procedimento de análise, g) questionário propriamente dito.

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

RESULTADOS

Constituíram o quadro de especialistas para julgamento do *bundle* de cuidado para o paciente com infarto agudo do miocárdio atendido na emergência cardiológica 11 profissionais, sendo 7 (63,3%) do sexo feminino e 4 (36,4%) do sexo masculino, com idade em média de $42,1 \pm 10,1$ anos. O tempo de formação foi em mediana de 22 anos, variando de 4 a 32 anos. Sete dos especialistas apresentaram a Docência como principal área de atuação e os demais a Assistência (3) e Pesquisa (1). O tempo de experiência foi em mediana de 15 anos, variando de 4 a 30 anos. Para a fase de Avaliação de Clareza e pertinência, utilizou-se o CVC, proposto por Hernandez-Nieto em 2002, o CVS foi criado com o objetivo de responder, de forma adequada às necessidades desse tipo de validade, para cada item do instrumento (CVCi) e para o instrumento como um todo (CVCt). O CVCi foi calculado considerando a

média de cada item e para o cálculo do CVCt foi considerado o possível erro aleatório, decorrente de eventual viés (Pei). Todas as questões e o instrumento como um todo apresentaram Coeficiente de Validade de Conteúdo acima de 0,70. O Coeficiente de Validade de Conteúdo do instrumento completo foi de 0,8778, considerado satisfatório (SILVEIRA et al., 2017). A figura 3 apresenta o *bundle* construído para o paciente com IAM atendido na Emergência cardiológica. A Tabela 2 apresenta o coeficiente de validade de conteúdo dos itens do *bundle* e do *bundle* completo.

Figura 3 - *Bundle* de cuidados para o paciente com infarto agudo do miocárdio atendido na emergência cardiológica

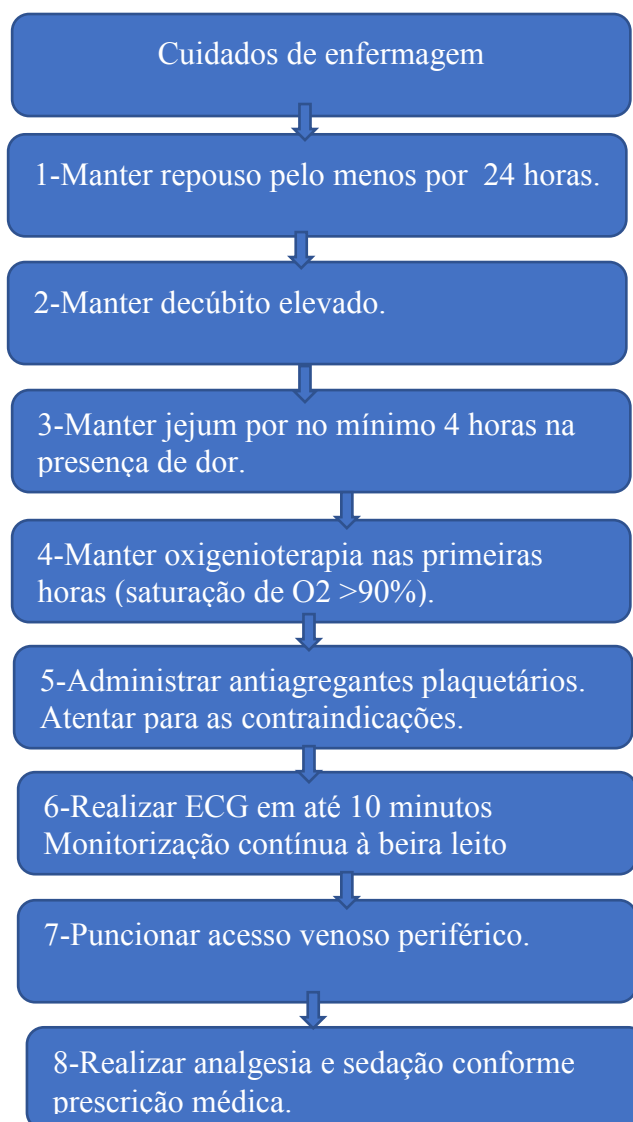


Tabela 2 – Coeficiente de validade de conteúdo dos itens do instrumento e do instrumento completo

| AVALIADORES | | | | |
|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| ITENS | MÉDIA | CVCc | Pei | CVCt |
| 1 | 3,818181 818 | 0,954545 455 | 0,090909 091 | 0,863636 364 |
| 2 | 3,636363 636 | 0,909090 909 | 0,090909 091 | 0,818181 818 |
| 3 | 4 | 1 | 0,090909 091 | 0,909090 909 |
| 4 | 3,636363 636 | 0,909090 909 | 0,090909 091 | 0,818181 818 |
| 5 | 3,636363 636 | 0,909090 909 | 0,090909 091 | 0,818181 818 |
| 6 | 3,727272 727 | 0,931818 182 | 0,090909 091 | 0,840909 091 |
| 7 | 3,818181 818 | 0,954545 455 | 0,090909 091 | 0,863636 364 |
| 8 | 3,818181 818 | 0,954545 455 | 0,090909 091 | 0,863636 364 |
| TOTAL | 3,874866 31 | 0,968716 578 | 0,090909 091 | 0,877807 487 |

Fonte: a autora (2019)

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

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

Tabela 3 – Índice de validade de conteúdo dos itens do bundle e do bundle completo.

| ITENS | AVALIADORES – (11 juízes) | | |
|-------|----------------------------|---------------------------|------|
| | NÚMERO DE RESPOSTAS 3 OU 4 | NÚMERO TOTAL DE RESPOSTAS | IVC |
| 1 | 11 | 11 | 1,00 |
| 2 | 11 | 11 | 1,00 |
| 3 | 11 | 11 | 1,00 |
| 4 | 11 | 11 | 1,00 |
| 5 | 10 | 11 | 0,90 |
| 6 | 11 | 11 | 1,00 |
| 7 | 11 | 11 | 1,00 |
| 8 | 11 | 11 | 1,00 |
| TOTAL | 165 | 165 | 1,0 |

Fonte: O autor (2019)

Nota: IVC = Índice de Validade de Conteúdo

DISCUSSÃO

O *bundle* de cuidados para o paciente com infarto agudo do miocárdio atendido na emergência cardiológica obteve o CVC, de 0,86, considerado satisfatório e o IVC de 0,98 indicando concordância quase perfeita. Portanto, mostrou-se válido e sua aplicação na prática poderá contribuir para uma melhor assistência de enfermagem “no atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência” também auxiliará para a segurança do paciente, visto que, trata-se de uma ferramenta de trabalho que tem como objetivo melhorar a qualidade da assistência de enfermagem. Cabe salientar da importância da metodologia adotada para o aperfeiçoamento do instrumento, através da avaliação por enfermeiros com experiência na assistência em emergência cardiológica, com a finalidade de garantir um instrumento confiável; com qualidade no âmbito científico, e que possa ser aplicado na prática diária dos enfermeiros assistenciais.

A confiabilidade de um instrumento é definida como sua relação com o processo de construção e validação de qualidade, em que o pesquisador conhece e respeita os referenciais e domínios para um julgamento adequado do instrumento que está sendo construído e/ou validado. É de suma importância, que o pesquisador tenha total domínio sobre o constructo e a população do instrumento que se refere e que o busque no decorrer da pesquisa pelo

seguimento rigoroso dos passos metodológicos, com a finalidade de garantir instrumentos que contribuam para as intervenções dos profissionais da saúde (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2018).

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

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

A essência da enfermagem é o cuidado humano, e a atenção ao paciente com infarto agudo do miocárdio não seria diferente, o enfermeiro que atua como protagonista no cuidado ao paciente com IAM, necessita de um raciocínio clínico e crítico, e esse cuidado se estende desde a chegada do paciente até a sua alta hospitalar, através de diversas ações como, puncionar veia, administrar medicamentos e fluidos, administrar oxigênio por cateter nasal para evitar hipóxia e ofertar o suprimento adequado de oxigênio para o miocárdio, cumprir indicações médicas, como analgesia para alívio da dor, administração terapêutica de trombolítica com atenção, com a finalidade de evitar reações adversas, manter cabeceira elevada a 30° para diminuir a carga do coração, controle do balanço hidroeletrólítico, realizar o ECG para avaliação dos resultados dos pacientes, monitorar os mesmos para detecção de possíveis complicações, como arritmias cardíacas atrioventricular, bloqueio, entre outras atividades (RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016; SANTOS, 2017).

Os principais objetivos das ações de enfermagem visam: a avaliar a evolução dos sinais e sintomas, identificar e prevenir complicações cardíacas irreversíveis, envolver a família e o paciente em seu tratamento. Nesse contexto, observa-se que a equipe de enfermagem é de extrema importância para o atendimento a esses pacientes, sendo necessário

empenho e dedicação da equipe, visando uma assistência de qualidade (RIBEIRO; SILVA; LIMA, 2016; SANTOS et al., 2017).

CONCLUSÃO

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

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

Apesar desse instrumento não ter sido aplicado na prática, instituições podem fazê-lo e para isso devem utilizá-lo como modelo e adaptá-lo para a sua realidade. Com o propósito de garantir bons resultados é necessário que sua aplicabilidade seja realizada de forma rotineira e sistemática, a cada turno de trabalho, ou seja, nas 24 horas do dia, pois tratando-se de pacientes em situação crítica, como são os pacientes com IAM, sua condição clínica pode alterar-se constantemente.

É fundamental que enfermeiros estejam fundamentados em protocolos, guias, manuais, *bundles*, escalas, para garantir a qualidade da assistência de enfermagem. O *bundle* construído, ficou com 8 itens, com validação de cada item e do instrumento como um todo com IVC Total 0,98 e CVC 0,86. Portanto mostrou-se válido e sua aplicação na prática poderá contribuir para uma melhor assistência de enfermagem “no atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio na emergência” também auxiliará para a segurança do paciente, visto que, trata-se de uma ferramenta de trabalho que tem como objetivo melhorar a qualidade da assistência de enfermagem.

Cabe salientar da importância da metodologia adotada para o aperfeiçoamento do instrumento, através da avaliação por enfermeiros com experiência na assistência em emergência cardiológica, com a finalidade de garantir um instrumento confiável; com qualidade no âmbito científico, e que possa ser aplicado na prática diária dos enfermeiros assistenciais.

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

REFERÊNCIAS

- ALVES, P. M. B. et al. Identificação do tratamento mais eficaz na Síndrome Coronariana Aguda na Unidade de Terapia Intensiva - revisão bibliográfica. **Revista Amazônia Science & Health**, Tocantins, v. 5, n. 3, p. 37-41, jul./set. 2017.
- ALVES, T.E., SILVA, M.G., OLIVEIRA, L.C., et al. Atuação do enfermeiro no atendimento emergencial aos usuários acometidos de infarto agudo do miocárdio. **Revista de enfermagem da UFPE online**, v.7, n.01, pp:176-183, 2013.
- BRACHINE, J.D.P.; PETERLINI, M.A.S.; PEDREIRA, M.L.G. Care bundle to reduce central venous catheter-related bloodstream infection: an integrative review. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 200-210, 2012.
- CARVALHO D.C.; PAREJA D.C.T.; MAIA, L.F.S. A importância das intervenções de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v.8, n.3, 2013. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/download/51/99>. Acesso em: 30 mar. 2019.
- DATASUS**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 15 jul. 2019.
- ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E; GONÇALVES, N.; ROMANOSKI, P.J. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: Bases conceituais e métodos de avaliação - parte I. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.1-11, 8 jan. 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001600017>.
- FEHRING, R. J. The Fehring Model. In: CARROL-JOHNSON, R. M. et al. **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Filadélfia: Lippincott, 1994.

HERNÁNDEZ-NIETO, R. A. Contributions to statistical analysis. Mérida: Universidad de Los Andes, 2002.

MAJID, S. et al. Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. **J Med Libr Assoc.** v. 99, n. 3, p. 229-236, 2011.

MARTINS, I.O. et al. A conduta de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Revista Científica FacMais**, v. XI, n. 4, 2017.

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

RIBEIRO K.R.A.; SILVA L.P.; LIMA M.L.S. Conhecimento do infarto agudo do miocárdio: implicações para assistência de enfermagem. **Rev Enferm UFPI**, Teresina, v. 5, n. 4, p. 63-68, 2016. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5546/pdf>. Acesso em: 14 jan. 2019.

SANTOS et al. Habilidade dos enfermeiros para interpretação do eletrocardiograma de 12 derivações. **Rev. Baiana enferm**, Salvador, v. 31, n. 1, 165-181, 2017.

SCOBAR-PÉREZ, J.; CUERVO-MARTÍNEZ, Á. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. **Avances En Medición**, Sn, v. 6, p.27-36, 2008.

SILVEIRA, D.S. et al. Validação do escore de TIMI de risco para infarto agudo com supradesnivelamento do segmento st. **International Journal of Cardiovascular Sciences.** v. 29, n. 3, p. 189-197, 2016.

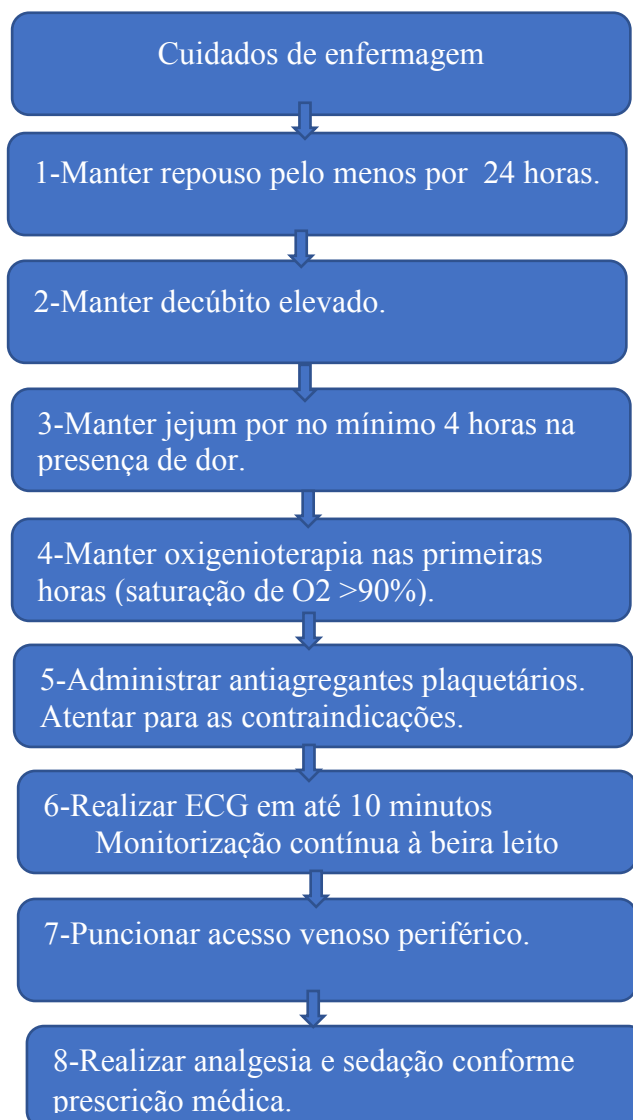
SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (SOCESP). **Papel do enfermeiro na Cardiologia**. 2015. Disponível em: <http://www.socesp.org.br/departamentos/Enfermagem/#.WMHzzDsrLIU>. Acesso em: 14 jan. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Relatório mundial sobre a deficiência**. The World Bank. Tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012.

5.2 PRODUTO DE ENFERMAGEM CONSTRUÍDO E VALIDADO

O produto contempla o instrumento denominado: BUNDLE DE CUIDADOS PARA O PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ATENDIDO NA EMERGÊNCIA CARDIOLÓGICA, construído e validado conforme apresentado nesta dissertação. Assim, serão apresentadas respectivamente, a da versão final do instrumento em formato de fluxograma e o mesmo com as justificativas.

Figura 4 - Fluxograma de cuidados para o paciente com infarto agudo do miocárdio atendido na emergência cardiológica



Quadro 11 - Bundle de cuidados para o paciente com infarto agudo do miocárdio atendido na emergência cardiológica com suas justificativas

| Cuidados de enfermagem | |
|---|---|
| Intervenções de enfermagem | Justificativa |
| 1. Manter repouso por pelo menos 24 horas. | A equipe deve facilitar a manutenção do sono e repouso do paciente, evitando manuseios desnecessários, diminuição dos ruídos, diminuir a intensidade das luzes, quando possível, além disso, outros fatores interferem no repouso do paciente como, ansiedade, os ruídos do ambiente, dificuldades relacionadas ao sono (PONTE; SILVA, 2017). |
| 2. Manter Decúbito elevado. | Em pacientes com Infarto Agudo do miocárdio o seu posicionamento pode alterar a troca gasosa, o desempenho cardíaco e circulação sanguínea periférica (BARROS et al., 2015). |
| 3. Manter jejum no mínimo de 4 horas na presença de dor. | Em presença de dor, para realização de exames, para redução do risco de aspiração por êmese, após este prazo, comunicar equipe médica e nutrição sobre estado clínico atual do paciente (PIEGAS et al., 2015, AHA, 2015). |
| 4. Manter oxigenioterapia nas primeiras horas (saturação de O ₂ <90%). | Terapia de rotina em pacientes com congestão pulmonar e/ou saturação <90%. Quando utilizado de forma desnecessária, a oxigenioterapia por tempo prolongado pode causar vasoconstrição sistêmica, aumento da resistência vascular sistêmica e da pressão arterial, reduzindo assim, o débito cardíaco (ANDERSON et al., 2013; SHUVY et al., 2013; AHA 2018). |
| 5. Administrar antiagregantes plaquetários. - Atentar para as contraindicações. Conforme prescrição médica | Inibe a ativação, degranulação e agregação plaquetária, diminuindo o risco de morte (PIEGAS et al., 2015, SIERRA et al., 2017, AHA, 2018). |
| 6. Realizar ECG em até 10 minutos - Monitorização contínua à beira leito | O paciente gravemente enfermo necessita de monitorização e vigilância gerencial e assistencial durante as 24 horas. Por isso a monitorização consiste na produção de dados de vigilância e permite a tomada de decisão através dessas informações. A vigilância de enfermagem, garante a segurança e proteção com a implementação das ações de enfermagem. É necessário também que o profissional saiba interpretar os parâmetros indicados, a fim de evitar complicações ao paciente. Essa monitorização permite diagnosticar e identificar a resposta ao tratamento, acompanhar a evolução do paciente e determinar a conduta terapêutica. Avaliar sistema cardiorrespiratório e estabilidade térmica (BULECHEK et al., 2016). Os sinais vitais são um conjunto de medidas, observações e monitorações que são úteis no diagnóstico e acompanhamento da evolução e das condições clínicas dos indivíduos. Através da monitorização rigorosa dos sinais vitais, pode-se obter uma resposta rápida ao tratamento em casos de hipotensão, hipertermia, taquicardia, bradicardia e presença de arritmias ventriculares. (T: 35,5/36,9; FC: 60 a 100bpm – Limites de alerta: < 50 bpm ou |

| | |
|--|---|
| | <p>>120bpm; FR: < 12 a > 20 irpm PA:120X80mmHg (AMA, 2014; FETEZER, 2013). O ECG de 12 derivações é capaz de refletir alterações resultantes de disfunções do miocárdio nas mais diversas possibilidades, é essencial pois é capaz de detectar anormalidades na condução elétrica cardíaca prevendo os riscos para a vida do paciente, além de permitir o monitoramento do segmento ST. O ECG continua sendo um teste essencial não invasivo em pacientes com suspeita de IAM e deve ser realizado em até 10 minutos após a chegada na unidade de emergência. A chance de IAM é menor quando um ECG é normal ou não conclusivo, no entanto aumenta substancialmente na presença de desvios de segmento. Portanto um único ECG normal não exclui o IAM, recomenda-se a obtenção de ECGs em série ou uma monitorização contínua do ECG.</p> |
| <p>7. Puncionar acesso venoso periférico.</p> | <p>A punção venosa periférica consiste no acesso à corrente sanguínea através da introdução de um cateter especial, podendo ser mantido por até 96 horas no sítio de inserção, cateteres mais calibrosos permitem maior fluxo que um cateter central com o mesmo calibre, pois a resistência depende também de seu comprimento, os mais calibrosos (16 ou 14) são amplamente utilizados em casos de emergência para infusão com fluxo alto, reparação rápida de volume, bolus de contraste, medicamentos muito viscosos ou concentrados sanguíneos. Cabe ao enfermeiro, juntamente com sua equipe, providenciar a garantia de um acesso venoso periférico e calibroso (VIZCARRA et al., 2014; ALVES et al. 2013).</p> |
| <p>8. Realizar analgesia e sedação conforme prescrição médica.</p> | <p>A dor é uma queixa frequente nos serviços de emergência, no entanto muitas vezes não é um sintoma bem abordado pela equipe de saúde. O manejo da dor é uma tarefa complexa e exige uma avaliação criteriosa da equipe, para garantir uma conduta terapêutica apropriada, permitindo assim um tratamento eficaz da dor (BERTONCELLO et al., 2016).</p> |

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

A complexidade do trabalho de enfermagem no ambiente hospitalar demanda a compreensão de diversos aspectos, desde a administração até a organização de trabalho, bem como a capacidade de ampliar as competências, habilidades e atitudes para desenvolver uma prática segura. A construção de instrumentos constitui-se em uma das atividades realizadas pelos profissionais, em meio a outras demandas, mas é de extrema importância, principalmente para a segurança do paciente.

A construção dessas tecnologias de trabalho ocorre através, de estudos teóricos, diálogos entre pares e o conhecimento prático, como a aplicabilidade prática desses instrumentos. Considera-se ainda que este instrumento deva ser continuamente aperfeiçoado e utilizado na formação e avaliação de futuros profissionais de enfermagem.

Aponta-se como uma limitação do estudo, a sua estrutura, talvez outros estudos possam ser baseados na construção e validação desse *bundle* com o intuito de aperfeiçoá-lo para uma melhor aplicabilidade na prática clínica de unidades de emergência cardiológica.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-8, jul. 2011.
- ALVES, P. M. B. et al. Identificação do tratamento mais eficaz na Síndrome Coronariana Aguda na Unidade de Terapia Intensiva - revisão bibliográfica. **Revista Amazônia Science & Health**, Tocantins, v. 5, n. 3, p. 37-41, jul./set. 2017. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/1580/pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.
- ALVES, T.E., SILVA, M.G., OLIVEIRA, L.C. Atuação do enfermeiro no atendimento emergencial aos usuários acometidos de infarto agudo do miocárdio. **Revista de enfermagem da UFPE online**, v.7, n.01, p.176-183, 2013.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Destaque das Diretrizes da American Heart Association 2015**. Atualização das diretrizes de RPC e ACE. Guidelines, 2015.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **For the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. Guidelines**, 2018. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org>. DOI: 10.1161/STR.000000000000158. Acesso em Out. 2018.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults**. Report From the Panel Member Appointed to the 8th Joint National Committee, 2014.
- ANDERSON J.L. et al. **AHA focused update incorporated into the ACCF/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines**.
- ARAÚJO, E.S.; BUCHALLA, C.M. Uma proposta de uso da CIF em Fisioterapia. **FisioBrasil**, v. 15, p. 22-27, 2011.
- ARAÚJO, F.L. et al. Adherence to central venous catheter insertion bundle in neonatal and pediatric units. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.51, n.esp. 2017.
- BARROS L.S.S., et al. Oxyhemodynamic effects during positioning of patients with myocardial acute infarction: a clinical trial. **Online braz j nurs**, v.14,s appl., p. 348-351, nov. 2015.
- BERTONCELLO, K.C.G. et al. Dor Aguda na Emergência: Avaliação e Controle com o Instrumento de MacCaffery e Beebe. **Journal Of Health Sciences**, v. 4, n. 18, p.1-10, 2016.
- BRACHINE, J.D.P. et al. Care bundle to reduce central venous catheter-related bloodstream infection: an integrative review. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 200-210, 2012.
- BRASIL. Fundação Fio Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: MS, 2014. 42 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Síndrome Coronariana: Linha do cuidado do infarto agudo do miocárdio na rede de atenção às urgências.** [Internet]. 2011.

BRASIL. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Investigação em segurança do paciente/ doente.** Curso Introdutório da Saúde. Sessão 1, 2012.

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

BULECHEK, G.M. et al. **Classificação das intervenções de enfermagem.** 6. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CARVALHO D.C.; PAREJA D.C.T.; MAIA, L.F.S. A importância das intervenções de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v.8, n.3, 2013.

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

COLAÇO, A.D.; NASCIMENTO, E.R.P. Nursing intervention bundle for enteral nutrition in intensive care: a collective construction. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.48, n.5, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN-358** de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília, 2009.

DATASUS. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso 15 jul. 2019.

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

FETEZER, S.J. et al. **Fundamentals of Nursing.** 8th Ed. St Louis: Elsevier, 2013.

FONSECA, H.; IZAR, M.C.O. Pathophysiology of acute coronary syndrome. **Rev Soc Cardiol**, São Paulo, v. 26, n. 2, 74-77, 2016. Disponível em: <http://www.socesp.org.br/upload/suplemento>. Acesso em: 10 mar. 2019.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Associação entre Protocolo Manchester de Classificação de Risco e Protocolo de Dor Torácica. **Nota Técnica 001/2018**, Sn, v. 1, n. 1, p.1-6, 2018.

HEIDEMANN L.A.; OLIVEIRA A.M.M.; VEIT, E.A. Ferramentas online no ensino de ciências: uma proposta com o Google Docs. **Física na Escola**, v. 11, n.2, p. 303, 2010.

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

HILLIS, L.D. et al. Estratificação de risco antes da terapia trombolítica em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **J. Am Coll Cardiol**, v.16, p. 313-315, 1990.

IBANEZ, B. et al. Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. **Eur Heart J**. v. 00, p.1-66, 2017.

MAGEE, R. F. et al. Síndrome Coronariana Aguda: uma revisão. **Revista Medicina e Saúde**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 174-189, set. 2012.

MALTA, D.C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.599-608, dez. 2014.

MALTA, D.C. et al. Non communicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 1, p.1-10, 2017.

MANZO, B.F., et al. Bundle de cateter central: comportamento de profissionais da saúde em neonatologia. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.28-35, 1 jan. 2018. *Revista de Enfermagem, UFPE Online*. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a23236p28-35-2018>.

MARCOLINO, M. S. et al. Implantação da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Município de Belo Horizonte. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Belo Horizonte, nov. 2012.

MARINHO, P.M.L. et al. Construction and validation of a tool to Assess the Use of Light Technologies at Intensive Care Units. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 24, p.1-8, 2016.

MARTINS, I.O. et al. A conduta de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Revista Científica FacMais**, v. XI, n. 4, 2017.

MELO, W.S. et al. Guide of attributes of the nurse's political competence: a methodological study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 70, n. 3, p.526-534, jun. 2017.

MENDES, A.S et al. Tempos de acesso a serviços de saúde face ao infarto do miocárdio. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 446-453, Ago. 2016.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis. v.17, n.4, p.758-764, 2008

MORAES, M.H.M. As tecnologias de informação e comunicação contribuindo para a disseminação da produção científica. **Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação**, v. 26, n.1, p.57-63, jan./jun.2012.

NOVAES, G.P.M.; NASCIMENTO, P.A.; AMARAL, S.H.R. Protocolos de classificação de risco utilizados nas unidades de pronto atendimento (UPAS) 24 horas: uma questão de humanização. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, Sn, v. 5, n. 9, p.60-84, 2016.

NUNES, G.C.; NASCIMENTO, M.C.D.; LUZ, M.A.C.A. Pesquisa científica: conceitos básicos. **On Line Multidisciplinary And Psychology Journal**, v. 29, p.1-8, 2016.

O'GARA, P.T. et al. **ACCF/AHA Guideline for the Management of ST Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines**. *Circulation*, NorthAmerica, v. 127, n. 4, p. 362-425, 2012.

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

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

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

PEREIRA, S.N. et al. Comparison of two technics of extracorporeal circulation (Conventional and Mini ECC), in the trans and post-operative periods of cardiac surgery. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, [s.l.], p.433-442, 2015.

PIEGAS, L.S. et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 105, n. 2, p.1-105, ago. 2015.

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

PLATT, M.; WOLVERSON, A. **Case study – patient safety: Evidencebased care bundles – in practice** Mid Trent Critical Care Network. East Midlands Academic Health Science Network, Nottingham, Apr. 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018.

PONTE, K.M.A.; SILVA, L.F. Cuidados de enfermagem para o conforto físico de mulheres com infarto agudo do miocárdio: uma pesquisa cuidado. **Rev Enferm UFPI**. v. 6, n. 4, p. 40-46, 2017.

RESAR, R. et al. **Using Care Bundles to Improve Health Care Quality**. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 2012.

- RIBEIRO, K.R.A.; SILVA, L.P.; LIMA, M.L.S. Conhecimento do infarto agudo do miocárdio: implicações para assistência de enfermagem. **Rev Enferm UFPI**; v. 5, n. 4, p.63-68, 2016.
- ROCHA-BRISCHILIAR, S.C. et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. **Rev Bras Cardiol.**, v. 1, n. 27, p.35-42, 2014.
- RODRIGUES, A.N. et al. Impactos e fatores determinantes no bundle de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Revista brasileira de Enfermagem.** v. 69, n. 6, p. 1108-1114, 2016.
- SANTOS et al. Habilidade dos enfermeiros para interpretação do eletrocardiograma de 12 derivações. **Rev. Baiana enferm**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 165-181, 2017.
- SHUVY M. et al. Oxygen therapy in acute coronary syndrome: are the benefits worth the risk? **Eur Heart J.** v. 34, n. 22, p. 1630-1635, 2013.
- SIERRA, M.C.; FLORES, H.M.; PEREZ, S. Urgencias del paciente con síndrome coronariano agudo sin elevacion del segmento st. **Medicine-Programa Formacion Médica continuada**, v. 12, n. 37, p. 2243-2247, 2017.
- SILVA, A.G.; OLIVEIRA, A.C. Impacto da implementação dos bundles na redução das infecções da corrente sanguínea: uma revisão integrativa. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2018, vol.27, n.1, e3540016. 2018. ISSN 0104-0707.
- SILVA, A.T. et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro. v. 40, n. 111, p. 292-301, 2016.
- SILVA, R. B. et al. Perfil dos pacientes com síndromes coronarianas agudas em um hospital da Região Sul do Brasil. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, Rio Grande do Sul, v. 14, n. 1, p. 33-37, jan./mar. 2016.
- SILVA, S.G. et al. Evaluation of a bundle to prevent ventilator-associated pneumonia in an intensive care unit. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.23, n.3, p. 744-750. 2014.
- SILVA, S.G.; NASCIMENTO, E.P.; SALLES, R.K. Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 21, p.837-844, set. 2012.
- SILVEIRA, D.S. et al. Validação do escore de TIMI de risco para infarto agudo com supradesnivelamento do segmento st. **International Journal of Cardiovascular Sciences.** v. 29, n. 3, p. 189-197, 2016.
- SOUZA, A.C. et al. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 26, n. 3, p.649-659, jul. 2017.
- SUBRAMANIAN, P. et al. The Perception of Nurses and Doctors on a Care Bundle Guideline for Management of Pain in Critical Care. **Aquichan**, Colombia, v. 13, n. 3, p. 336-346, dez. 2013.


THYGESEN, K. et al. Third Universal Definition of Myocardial Infarction. **Circulation**, v. 126, p. 2020-2035, 2012.

VIZCARRA, C.; CASSUTT, C.; CORBIT, N. Recommendations for improving safety practices with short peripheral catheters. **Journal of Infusion Nursing**. v. 37, n. 2, p. 121-124, mar. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Relatório mundial sobre a deficiência**. The World Bank. Tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA

| |
|--|
|  |
| <p>PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA Cuidados de enfermagem ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio</p> |
| <p>RECURSOS HUMANOS</p> <p>Pesquisadora responsável: Mda. Viviane Muller (1).</p> <p>Pesquisador orientador: Prof^ª. Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello (2).</p> |
| <p>PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração protocolo: 1 - Avaliação do protocolo: 2 - Avaliação externa do protocolo: 2 - Coleta de dados: 1 - Seleção dos estudos: 1 - Checagem dos dados coletados: 1 e 2 - Avaliação crítica dos estudos com base no objetivo proposto: 1 e 2 - Síntese dos dados: 1 - Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1 e 2 - Apreciação final, avaliação e sugestões: 1 e 2 - Revisão final a partir de sugestões do orientador: 1 - Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1 e 2 <p>* Os números relacionam-se ao nome dos pesquisadores apresentados no item I.</p> |
| <p>DESENHO DO ESTUDO</p> <p>Pesquisa exploratório-descritiva, de natureza qualitativa, baseado nos pressupostos de Mendes (2008) que sistematiza as etapas de revisão integrativa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos, 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, 5) Interpretação dos resultados, 6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento |
| <p>1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa:</p> <p>Como tem sido abordado na literatura científica nacional e internacional sobre quais são os</p> |

cuidados de enfermagem na intervenção com os pacientes com infarto agudo do miocárdio atendidos em setores de emergência?

2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura:

Critérios de inclusão:

- a) Artigos científicos; Artigos de revisão;
- b) Estudos publicados em português, inglês e espanhol que contenham os TERMOS DE BUSCA listados neste protocolo e publicados entre 2014 e 2019 nas Bases Eletrônicas de Dados: LILACS / BDENF / SCIELO / PUBMED/ SCOPUS.

Critérios de exclusão:

- a) Artigos na modalidade cartas, resenhas, relato de experiência e editoriais.
- b) Estudos duplicados.
- c) Estudos que não contemplem o escopo desse protocolo (Cuidados de enfermagem a pacientes com infarto agudo do miocárdio em setores de emergência).
- d) Teses e Dissertações.

3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos:

- Ano de publicação
- Título do artigo
- Nome do Periódico
- Estado/País
- Descritores ou Palavras-chave
- Base de dados de localização dos artigos
- Natureza da pesquisa/ Método
- Referencial teórico
- Objetivo do estudo
- Temática (conforme descrito nos critérios de inclusão)
- Resultados ou principais contribuições dos estudos
- Sugestões para enfermagem
- Observações

4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa:

Segundo Mendes (2008) os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente. A análise deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos.

Questões que segundo Mendes (2008) estudiosos apontam como auxiliares para avaliação crítica:

- Qual é a questão da pesquisa; qual é a base para a questão da pesquisa; por que a questão é importante; como eram as questões de pesquisas já realizadas; a metodologia do estudo está adequada; os sujeitos selecionados para o estudo são adequados; o que a questão da pesquisa responde e quais pesquisas futuras serão necessárias.

A busca dos artigos será realizada com o acesso às bases de dados supracitadas, pela pesquisadora responsável por meio dos protocolos de busca conforme base de dados:

Os estudos obtidos pela pesquisadora serão submetidos às seguintes etapas de seleção e checagem:

- Busca dos artigos nas bases de dados com leitura do título e do resumo, objetivando

inclusão ou exclusão da amostra, conforme critérios já identificados,

- Nas situações em que a leitura do título e resumo forem insuficientes, será feita leitura do artigo na íntegra,

- Os estudos selecionados serão salvos no programa organizador de dados denominado Mendeley,

- No Mendeley serão identificados e excluídos os artigos duplicados,

- Após esta etapa da avaliação será realizada leitura minuciosa dos trabalhos na íntegra, com o objetivo de constatar a aderência ao objetivo deste estudo. Para seguir as diretrizes da Revisão Integrativa, os achados serão organizados em uma tabela no *Microsoft Word* e analisados a partir das categorias identificadas a partir das questões norteadoras propostas.

5) Interpretação dos resultados: Corresponde à fase de discussão dos principais resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos comparando com o conhecimento teórico, identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão. Nesta fase, é possível identificar fatores que afetam a política e os cuidados de enfermagem além de lacunas pertinentes para futuras pesquisas e melhoria da assistência à saúde.

6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento: Esta etapa deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. Produz impacto decorrente do acúmulo do conhecimento evidenciado na pesquisa.

ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)

- Proposta de cruzamento:

Descritores em português: Infarto do miocárdio, angina pectoris, angina instável, síndrome coronariana aguda, serviços médicos de emergência, cuidados de enfermagem.

Descritores em inglês: Myocardial infarction, angina pectoris, angina unstable, acute coronary syndrome, emergency medical services, nursing care.

Descritores em espanhol: infarto del miocárdio, angina de pecho, Angina Inestable, Síndrome Coronario Agudo, Servicios Médicos de Urgencia, Atención de Enfermería.

Estratégias de busca:

LILACS: (tw:(infarto do miocárdio)) OR (tw:(myocardial infarction)) OR (tw:(infarto del miocárdio)) AND (tw:(cuidados de enfermagem)) OR (tw:(nursing care)) OR (tw:(atención de enfermeira)) AND (instance:"regional") AND (fulltext:"1") AND db:("LILACS") AND la:("es" OR "pt" OR "en") AND jd:("ENFERMAGEM") AND year_cluster:("2014" OR "2016" OR "2015" OR "2018" OR "2017" OR "2019"))

SCIELO: myocardial infarction [All indexes] or acute coronary syndrome [All indexes] and nursing care [All indexes].

PubMed/Medline: (((("myocardial infarction"[MeSH Terms] OR ("myocardial"[All Fields] AND "infarction"[All Fields]) OR "myocardial infarction"[All Fields]) OR ("angina pectoris"[MeSH Terms] OR ("angina"[All Fields] AND "pectoris"[All Fields]) OR "angina pectoris"[All Fields])) OR ("angina, unstable"[MeSH Terms] OR ("angina"[All Fields] AND "unstable"[All Fields]) OR "unstable angina"[All Fields] OR ("angina"[All Fields] AND "unstable"[All Fields]) OR "angina unstable"[All Fields])) OR ("acute coronary syndrome"[MeSH Terms] OR ("acute"[All Fields] AND "coronary"[All Fields] AND "syndrome"[All Fields]) OR "acute coronary syndrome"[All Fields])) AND ("emergency

medical services"[MeSH Terms] OR ("emergency"[All Fields] AND "medical"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "emergency medical services"[All Fields]) AND ("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR ("nursing"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "nursing care"[All Fields] OR "nursing care"[MeSH Terms] OR ("nursing"[All Fields] AND "care"[All Fields])) AND ((systematic[sb] OR Review[ptyp] OR Multicenter Study[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Clinical Trial[ptyp]) AND "loattrfree full text"[sb] AND "2014/04/08"[PDat] : "2019/04/06"[PDat] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))

SCOPUS:

- (Estratégia 1): (TITLE-ABS-KEY (myocardial AND infarction) AND TITLE-ABS-KEY (emergency AND medical AND services) AND TITLE-ABS-KEY (nursing AND care)) AND (LIMIT-TO (ACCESSTYPE(OA))) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014))

- (Estratégia 2): (TÍTULO-ABS-CHAVE (miocárdio e enfarte) OU TÍTULO-ABS-CHAVE (angina E pectoris) OU TÍTULO-ABS-CHAVE (angina E instável) OU TÍTULO-ABS-CHAVE (aguda E coronária E síndrome) E TÍTULO-ABS-KEY (emergência e assistência médica e serviços) e TITLE-ABS-KEY (enfermagem e cuidados)) E (LIMITE PARA (ACCESSTYPE (OA))) E (LIMITE PARA (PUBYEAR , 2019) OU LIMITE PARA (PUBYEAR , 2018) OU LIMITE PARA (PUBYEAR , 2017) OU LIMITE PARA (PUBYEAR , 2016) OU LIMITE PARA (PUBYEAR , 2015) OU LIMITE PARA (PUBYEAR , 2014))) E (LIMITE PARA (SUBJAREA , "NURS")) E (LIMITE PARA (IDIOMA , "Inglês") OU LIMITE PARA (LÍNGUA , "Português") OU LIMITE PARA (LÍNGUA , "Espanhol"))

DIVULGAÇÃO: O manuscrito será encaminhado para revista a ser escolhida pelos pesquisadores.

APÊNDICE B – CARTA CONVITE

Prezado/a enfermeira/o,

O/A Sr(a) está sendo convidado/a a participar, voluntariamente, da pesquisa intitulada

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM *BUNDLE* DE CUIDADO PARA O
PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ATENDIDO NA
EMERGÊNCIA CARDIOLÓGICA**

Este estudo faz parte de uma pesquisa de Mestrado vinculada ao programa Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina, que tem como pesquisadora responsável (orientadora) a Enfermeira Professora Doutora Kátia Cilene Godinho Bertoncello e a mestranda Enfermeira Viviane Muller, e objetiva validar proposta de bundle visando a padronização do cuidado de enfermagem no atendimento ao paciente com Infarto Agudo na Emergência.

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

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

Para acessar o instrumento, acesse o link abaixo:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdGZRTMsXMl0IMwwxUYIvdrSaSJJmc_UY0vXEeibalD8jX2wg/viewform

Atenciosamente,

Profª. Enfa. Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello

Universidade Federal de Santa Catarina

E-mail: kbertoncello@yahoo.com.br

Enfa. Viviane Muller

Mestranda do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem –
Modalidade Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina

E-mail: vi_vivianemuller@yahoo.com.br

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-UFSC

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM
– MODALIDADE MESTRADO PROFISSIONAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo **convidado** a participar de uma pesquisa sobre: “**Construção e validação de um *bundle* de cuidado para o paciente com infarto agudo do miocárdio atendido na emergência cardiológica**”, esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Viviane Muller, do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem Modalidade - Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina.

A realização deste estudo se justifica no sentido de construir e validar um *bundle* de cuidados, para aperfeiçoar e qualificar a assistência do enfermeiro ao paciente com infarto agudo do miocárdio, no contexto da emergência cardiológica. O estudo tem por **objetivo geral**, validar o conteúdo, com juízes enfermeiros brasileiros, do *bundle* de cuidados do enfermeiro, para pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, atendidos na Emergência Cardiológica.

A sua participação no estudo envolve o preenchimento de um instrumento com seus dados sociodemográficos, para conhecer o perfil dos enfermeiros atuantes na Unidade de Emergência Cardiológica. Sua participação é voluntária e o Senhor (a) é quem decide livremente se deseja participar.

Os benefícios que a pesquisa poderá suscitar relacionam-se as possibilidades de recomendações que poderão surgir, contribuindo para novas ações no cuidado em enfermagem e interferindo significativamente na qualidade de atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio, possibilitando cuidados que contemplem as necessidades reais do paciente.

Considerando os riscos poderá haver possível desconforto e cansaço causado no preenchimento do instrumento, o qual se procurará minimizar oferecendo um período de 30 dias para devolução, além de garantir aos participantes o direito de desistir da pesquisa em qualquer uma de suas fases. Podendo haver risco de identificação do profissional, pelos dados coletados a partir do instrumento, ocasionando quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei, para evitar sua ocorrência, todos os documentos assinados e preenchidos, bem como, dados coletados ficarão sob a responsabilidade única e exclusiva do pesquisador pelo prazo de cinco anos, os quais serão armazenados em ambiente seguro a fim de garantir a sua confidencialidade. Decorrido este período, o pesquisador fará a destruição total do material, seja ele físico ou digital, eliminando-se totalmente o risco de ocorrência da quebra de sigilo. Os resultados deste trabalho serão descritos em uma dissertação e poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, sendo divulgados apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Ressalta-se que todos os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados e que a recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhum prejuízo, dano ou desconforto. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em

decorrência da pesquisa, será garantido ao mesmo o ressarcimento financeiro dos gastos necessários para a superação das consequências advindas, o mesmo poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Você contará com o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento caso você considere que isso será o melhor para si, sem que haja a geração de ônus, penalizações, danos ou desconfortos por conta da decisão tomada, bastando informar ao pesquisador responsável no momento da atividade. Caso necessite de alguma outra informação, tirar dúvidas, desistência da pesquisa o Senhor (a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Dra Kátia Cilene Godinho Bertoncello (48) 99919-9084 ou pelo e-mail: kbertoncello@yahoo.com.br, e ou Viviane Muller (48) 999711013 ou pelo e-mail: vi_vivianemuller@yahoo.com.br, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), pelo fone: (48) 3721-9206.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo com a minha participação livre e voluntária na pesquisa, assinando duas vias deste documento juntamente com o pesquisador responsável. O pesquisador responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Data: ____ / ____ / ____.

Nome do participante: _____.

RG: _____ CPF: _____.

Assinatura do participante: _____.

Assinatura do pesquisador: _____.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPSH

Universidade Federal de Santa Catarina

Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401 – Bairro Trindade.

CEP: 88.040-400 – Florianópolis – SC.

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Telefone: (48) 3721-6094.

Endereço pesquisador responsável: Kátia Cilene Godinho Bertoncello

Rua Pedro Vieira Vidal nº 280, Apto 505 Torre 3, Bairro: Pantanal

CEP: 88.045-010- Florianópolis - SC

E-mail: kbertoncello@yahoo.com.br

Telefone: (48) 99919-9084

Endereço pesquisador auxiliar: Viviane Muller

Rua Gentil Sandin, 47 Bairro: Praia Comprida

CEP: 88.103-650 São José - SC

E-mail: vi_vivianemuller@yahoo.com.br

Telefone: (48) 33751775 e 999711013

Nota: O presente Termo será disponibilizado em duas vias: uma ficará com a pesquisadora e a outra via com o participante.

(Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações sobre sua participação no estudo).

APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM BUNDLE DE CUIDADO PARA O PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO A...

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM BUNDLE DE CUIDADO PARA O PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ATENDIDO NA EMERGÊNCIA CARDIOLÓGICA

Este estudo faz parte de uma pesquisa de Mestrado vinculada ao programa Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina, que tem como pesquisadora responsável (orientadora) a Enfermeira Professora Doutora Kátia Cilene Godinho Bertonecello e a mestranda Enfermeira Viviane Muller, e objetiva validar proposta de bundle visando a padronização do cuidado de enfermagem no atendimento ao paciente com Infarto Agudo na Emergência..

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

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

Atenciosamente,

Profa. Enfa. Dra. Kátia Cilene Godinho Bertonecello
Universidade Federal de Santa Catarina

E-mail: kbertonecello@yahoo.com.br

Enfa. Viviane Muller

Mestranda do Programa de Pós- Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina

E-mail: vi_vivianemuller@yahoo.com.br

*Obrigatório

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre: "Construção e validação de um bundle de cuidado para o paciente com infarto agudo do miocárdio atendido na emergência cardiológica", esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Viviane Muller, do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem Modalidade - Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina. A realização deste estudo se justifica no sentido de construir e validar um bundle de cuidados, para aperfeiçoar e qualificar a assistência do enfermeiro ao paciente com infarto agudo do miocárdio, no contexto da emergência cardiológica. O estudo tem por objetivo geral, validar o conteúdo, com juízes enfermeiros brasileiros, do bundle de cuidados do enfermeiro, para pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, atendidos na Emergência Cardiológica. A sua participação no estudo envolve o preenchimento de um instrumento com seus dados sociodemográficos, para conhecer o perfil dos enfermeiros atuantes na Unidade de Emergência Cardiológica. Sua participação é voluntária e o Senhor (a) é quem decide livremente se deseja participar. Os benefícios que a pesquisa poderá suscitar relacionam-se as possibilidades de recomendações que poderão surgir, contribuindo para novas ações no cuidado em enfermagem e interferindo significativamente na qualidade de atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio, possibilitando cuidados que contemplem as necessidades reais do paciente. Considerando os riscos poderá haver possível desconforto e cansaço causado no preenchimento do instrumento, o qual se procurará minimizar oferecendo um período de 30 dias para devolução, além de garantir aos participantes o direito de desistir da pesquisa em qualquer uma de suas fases. Podendo haver risco de identificação do profissional, pelos dados coletados a partir do instrumento, ocasionando quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei, para evitar sua ocorrência, todos os documentos assinados e preenchidos, bem como, dados coletados ficarão sob a responsabilidade única e exclusiva do pesquisador pelo prazo de cinco anos, os quais serão

armazenados em ambiente seguro a fim de garantir a sua confidencialidade. Decorrido este período, o pesquisador fará a destruição total do material, seja ele físico ou digital, eliminando-se totalmente o risco de ocorrência da quebra de sigilo. Os resultados deste trabalho serão descritos em uma dissertação e poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, sendo divulgados apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Ressalta-se que todos os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados e que a recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhum prejuízo, dano ou desconforto. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, será garantido ao mesmo o ressarcimento financeiro dos gastos necessários para a superação das consequências advindas, o mesmo poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada. Você contará com o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento caso você considere que isso será o melhor para si, sem que haja a geração de ônus, penalizações, danos ou desconfortos por conta da decisão tomada, bastando informar ao pesquisador responsável no momento da atividade. Caso necessite de alguma outra informação, tirar dúvidas, desistência da pesquisa o Senhor (a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Dra Kátia Cilene Godinho Bertencello (48) 99919-9084 ou pelo e-mail: kbertencello@yahoo.com.br, e ou Viviane Muller (48) 999711013 ou pelo e-mail: vi_vivianemuller@yahoo.com.br, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), pelo fone: (48) 3721-9206. *

Sim

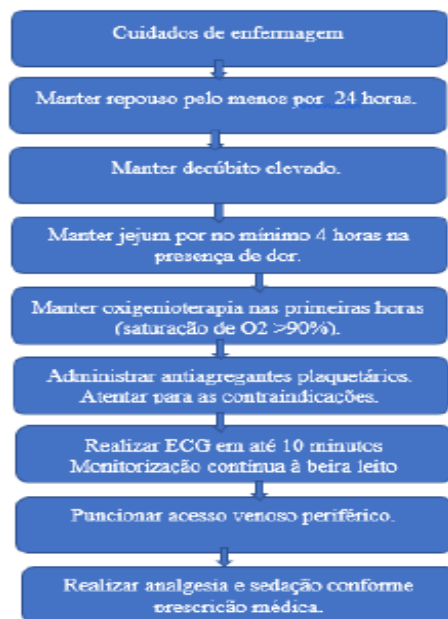
Não

PRÓXIMA

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM BUNDLE DE CUIDADO PARA O PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ATENDIDO NA EMERGÊNCIA CARDIOLÓGICA

BUNDLE DE CUIDADO PARA O PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ATENDIDO NA EMERGÊNCIA CARDIOLÓGICA



O bundle é composto por oito itens, para a avaliação do mesmo será utilizado uma escala likert graduada de 1 a 4 onde 1 é discordo totalmente e 4 é concordo plenamente

Sua resposta

Manter repouso pelo menos por 24 horas

| | Coluna 1 |
|-----------------------|-----------------------|
| Discordo totalmente | <input type="radio"/> |
| Discordo parcialmente | <input type="radio"/> |
| Concordo parcialmente | <input type="radio"/> |
| Concordo plenamente | <input type="radio"/> |

Manter decúbito elevado

| | Coluna 1 |
|-----------------------|-----------------------|
| Discordo totalmente | <input type="radio"/> |
| Discordo parcialmente | <input type="radio"/> |
| Concordo parcialmente | <input type="radio"/> |
| Concordo plenamente | <input type="radio"/> |

Manter jejum por no mínimo 4 horas na presença de dor

Coluna 1

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Concordo parcialmente
- Concordo plenamente

Manter oxigenioterapia nas primeiras horas (saturação de O₂ >90%)

Coluna 1

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Concordo parcialmente
- Concordo plenamente

Administrar antiagregantes plaquetários Atentar para as contraindicações

Coluna 1

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Concordo parcialmente
- Concordo plenamente

30/08/2019

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM BUNDLE DE CUIDADO PARA O PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁR

Realizar ECG em até 10 minutos Monitorização contínua à beira leito

Coluna 1

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Concordo parcialmente
- Concordo plenamente

Puncionar acesso venoso periférico

Coluna 1

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Concordo parcialmente
- Concordo plenamente

Realizar analgesia e sedação conforme prescrição médica

Coluna 1

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Concordo parcialmente
- Concordo plenamente

**VOLTAR****ENVIAR**

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM BUNDLE DE CUIDADO PARA O PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ATENDIDO NA EMERGÊNCIA CARDIOLÓGICA

Pesquisador: Kátia Cilene Godinho Bertoncello

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08656918.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.191.930

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado de Viviane Muller sob orientação da professora Kátia Cilene Godinho Bertoncello, do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Mestrado Profissional. Estudo de desenvolvimento metodológico com abordagem quantitativa, descritiva, com 357 participantes assim divididos: 22 participantes enfermeiros juizes do Instituto de Cardiologia de SC e 335 enfermeiros juizes externos. Critérios de inclusão: para validação semântica (aparência), serão convidados, todos os enfermeiros que atuam na Unidade de Emergência Cardiológica do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) (na atualidade são 22 enfermeiros). Para validação de conteúdo, os juizes enfermeiros brasileiros, externos a Instituição, serão selecionados por meio da Plataforma Lattes, serão utilizados os seguintes critérios: Assunto: Emergência; Cardiologia; Doutores e demais pesquisadores; Currículo atualizado nos últimos 24 meses; Formação acadêmica: Doutorado; Atuação profissional: Grande área Ciências da Saúde; Área Enfermagem.

Critérios de exclusão: para validação semântica (aparência), serão os enfermeiros que atuam na Unidade de Emergência Cardiológica do ICSC, que estiverem ausentes, de férias ou licença, no período da coleta de dados e que não responderem o instrumento na íntegra. Para seleção dos enfermeiros externos juizes, selecionados pela Plataforma Lattes, adotou-se: possuir no currículo Lattes, apenas, o título de graduação em enfermagem, e não estar com o currículo atualizado há

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.191.930

mais de 24 meses e que não responderem o instrumento na íntegra. Intervenções: aplicação de instrumento para coleta de dados sociodemográficos e a avaliação do bundle por meio de um formulário eletrônico estruturado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Validar o conteúdo, com juízes enfermeiros brasileiros, do bundle de cuidados do enfermeiro, para pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, atendidos na Emergência Cardiológica.

Objetivo Secundário:

Construir um bundle de cuidados do enfermeiro, para pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, atendidos na emergência de um hospital cardiológico de Santa Catarina-SC. Validar a semântica (aparência), com juízes enfermeiros internos da emergência do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina-SC, do bundle de cuidados do enfermeiro, para pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, atendidos na Emergência Cardiológica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Análise adequada dos riscos e benefícios.

Riscos: possível desconforto e cansaço causado no preenchimento do instrumento, o qual se procurará minimizar oferecendo um período de 15 dias para devolução, além de garantir aos participantes o direito de desistir da pesquisa em qualquer uma de suas fases. Podendo haver risco de identificação do profissional, pelos dados coletados a partir do instrumento, ocasionando quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei, para evitar sua ocorrência, todos os documentos assinados e preenchidos, bem como, dados coletados ficarão sob a responsabilidade única e exclusiva do pesquisador pelo prazo de cinco anos, os quais serão armazenados em ambiente seguro a fim de garantir a sua confidencialidade.

Benefícios: Os benefícios que a pesquisa poderá suscitar relacionam-se as possibilidades de recomendações que poderão surgir, contribuindo para novas ações no cuidado em enfermagem e interferindo significativamente na qualidade de atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio, possibilitando cuidados que contemplem as necessidades reais do paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 3.191.930

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável e pela subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem. Autorização institucional, nos termos da resolução 466/12, assinada pelo diretor do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. Coleta de dados prevista para o período de 12/03 a 13/05/2019. TCLE aos juízes internos e TCLE aos juízes externos.

Recomendações:

"Em recente consulta à CONEP, confirmamos que é possível a obtenção do TCLE via e-mail. O pesquisador deve mandar um e-mail com o TCLE a partir de seu e-mail institucional e o participante devolve o seu consentimento a partir de seu e-mail pessoal. Esses e-mails ficam armazenados e servem como prova da concordância do participante." Esta informação tem que está clara no projeto e deve constar do texto inicial do formulário no google forms.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|----------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1279872.pdf | 26/02/2019 10:34:20 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tclejuizesexternos.pdf | 26/02/2019 10:34:00 | Kátia Cilene Godinho Bertoncello | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | juizes_internos.pdf | 26/02/2019 10:33:47 | Kátia Cilene Godinho Bertoncello | Aceito |
| Cronograma | cronograma.pdf | 26/02/2019 10:21:24 | Kátia Cilene Godinho Bertoncello | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | CONSTRUÇÃO DE UM BUNDE DE CUIDADO PARA O PACIENTE COM INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO | 21/12/2018 12:44:25 | Kátia Cilene Godinho Bertoncello | Aceito |

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.191.930

| | | | | |
|--|--|------------------------|-------------------------------------|--------|
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | IDONaEMpdf.pdf | 21/12/2018 12:44:25 | Kátia Cilene Godinho Bertoncello | Aceito |
| Orçamento | orcamentodoestudopdf.pdf | 21/12/2018 12:40:58 | Kátia Cilene Godinho Bertoncello | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | cartadeaceitedainstituiçãodecardiologiap df.pdf | 21/12/2018 12:40:28 | Kátia Cilene Godinho Bertoncello | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaDeRostoassinada.pdf | 21/12/2018 10:37:15 | Kátia Cilene Godinho Bertoncello | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 12 de Março de 2019

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br