

## Dor aguda no infarto agudo do miocárdio: análise do conceito

*Acute pain in myocardial infarction: analysis of concept*

*Dolor agudo en el infarto de miocardio: análisis del concepto*



Sônia Maria Josino dos Santos<sup>a</sup>  
Thelma Leite de Araújo<sup>b</sup>  
Tahissa Frota Cavalcante<sup>c</sup>  
Nelson Miguel Galindo Neto<sup>d</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** analisar o conceito “dor aguda” no contexto do infarto agudo do miocárdio.

**Métodos:** seguiu-se o Método de análise conceitual proposto por Walker e Avant. Este possibilita clarificar os atributos do conceito. Realizou-se uma revisão integrativa para auxiliar a busca dos estudos publicados de 2006 e 2012, utilizando-se os descritores “Dor Aguda” e “Infarto do Miocárdio”, por meio de consulta às bases de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus e Public/Publish Medline (PubMed).

**Resultados:** selecionou-se uma amostra de 29 estudos, nos quais foram identificados os antecedentes: redução da perfusão miocárdica e/ou morte do tecido miocárdico; atributos: qualidade, localização, tempo, duração e irradiação; e consequentes: relato de dor, dispnéia, frequência cardíaca elevada, náusea, vômito, pressão sanguínea elevada, frequência respiratória elevada, distúrbio do sono, diaforese, fadiga, palidez, fraqueza, ansiedade e medo.

**Conclusão:** os achados permitiram clarificar os atributos do conceito dor aguda no infarto do miocárdio.

**Palavras-chave:** Dor aguda. Infarto do miocárdio. Enfermagem. Formação de conceito.

### ABSTRACT

**Objective:** to analyze the concept “sharp pain” in the context of acute myocardial infarction.

**Methods:** conceptual analysis method proposed by Walker and Avant. This makes it possible to clarify the concept of attributes. We conducted an integrative review to assist the search of studies published in 2006 and 2012, using the descriptors ‘Acute Pain’ and ‘myocardial infarction’, through consultation to Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus and Public / Publish Medline (PubMed) data.

**Results:** A sample of 29 studies was selected in which the background identified was: reduction of myocardial perfusion and / or death of myocardial tissue; attributes: quality, location, time, duration and irradiation; and consequent: report of pain, dyspnea, high heart rate, nausea, vomiting, high blood pressure, high respiratory rate, sleep disturbance, diaphoresis, fatigue, paleness, weakness, anxiety and fear.

**Conclusion:** The findings have clarified the attributes of the concept sharp pain in myocardial infarction.

**Keywords:** Sharp pain. Myocardial infarction Nurse Concept formation.

### RESUMEN

**Objetivo:** analizar el concepto de “dolor agudo” en el contexto del infarto agudo del miocardio.

**Métodos:** seguimos el método de análisis conceptual propuesto por Walker y Avant. Este permite aclarar los atributos del concepto. Efectuamos una revisión integradora para ayudar en la búsqueda de los estudios publicados entre los años 2007 y 2009, utilizando los descriptores ‘Dolor Agudo’ e ‘Infarto del Miocardio’, por medio de consultas a las bases de datos Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus y Public/Publish Medline (PubMed).

**Resultados:** se ha seleccionado una muestra de 29 estudios, donde se han identificado los antecedentes: reducción de la perfusión miocárdica y/o muerte del tejido miocárdico; atributos: calidad, localización, tiempo y duración, e irradiação; y consiguientes: relato del dolor, disnea, frecuencia cardíaca alta, náusea, vómito, presión arterial alta, frecuencia respiratoria alta, desórdenes del sueño, diaforesis, fatiga, palidez, debilidad, ansiedad y miedo.

**Conclusión:** los resultados permitieron la aclaración del concepto de dolor agudo en el infarto del miocardio.

**Palabras clave:** Dolor agudo. Infarto del miocardio. Enfermería. Formación de concepto.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.51203>

<sup>a</sup> Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV), Núcleo de Enfermagem, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.

<sup>b</sup> Universidade Federal do Ceará (UFC), Departamento de Enfermagem, Fortaleza, Ceará, Brasil.

<sup>c</sup> Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB), Fortaleza, Ceará, Brasil.

<sup>d</sup> Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE), Campus Pesqueira. Bacharelado em Enfermagem. Pesqueira, Pernambuco, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável e subjetiva associada a lesões reais ou potenciais<sup>(1)</sup> e representa uma das principais causas de sofrimento humano. A dor aguda é aquela que se manifesta durante um período curto, associada a lesões em tecidos ou órgãos, influenciada por aspectos sensoriais, sócio afetivos e culturais<sup>(2-3)</sup>.

Dentre as dores de maior prevalência, destaca-se a dor torácica aguda, a qual é um dos motivos de maior procura pelos serviços de emergência. É um sintoma causado por várias doenças potencialmente fatais e tem um diagnóstico diferencial amplo. Entre eles estão incluídas as síndromes isquêmicas relacionadas no grupo das doenças cardiovasculares<sup>(2-3)</sup>.

A causa mais comum de dor torácica aguda consequente à isquemia do miocárdio é a doença coronariana aterosclerótica<sup>(4)</sup>. Outras causas incluem doença valvular aórtica, miocardiopatias e espasmos das artérias coronárias<sup>(5-6)</sup>. Nesse cenário de dor torácica aguda, uma situação importante é a dor relacionada ao infarto agudo do miocárdio (IAM), desencadeada pela necrose do músculo cardíaco, provocada pela diminuição do fluxo de sangue no coração<sup>(3)</sup>. Neste agravo, a dor torácica aguda constitui um importante sintoma e muitas vezes não tem diagnosticada a sua causa. Isso decorre da inexperiência e do conhecimento insuficiente no manejo de pacientes com dor, além da priorização em favor dos politraumatizados, dos com hemorragia digestiva, etc., no setor de emergência.

A complexidade e natureza multidimensional inviabilizam o desenvolvimento de uma definição adequada para cada tipo de dor e isto decorre diante do surgimento e apresentação da dor se associar a um conjunto de fatores emocionais, motivacionais e culturais<sup>(5)</sup>. Esses fatores aliados às falhas do sistema de triagem impedem a investigação adequada e definição do diagnóstico dos pacientes com dor torácica. A triagem nos serviços de emergência é geralmente realizada pelos enfermeiros<sup>(7)</sup>. No entanto, muitos enfermeiros não conhecem os indicadores clínicos para avaliar a dor de forma sistemática, subestimam a frequência da ocorrência da dor e ignoram o efeito devastador que ela provoca no indivíduo<sup>(8)</sup>. Em consequência disso, a dor continua sendo subtratada e subnotificada.

Diante desse contexto, especialistas de diferentes áreas realizam inúmeras tentativas para conceituação, qualificação e quantificação da dor<sup>(8)</sup>. Portanto, é imprescindível o conhecimento dos atributos críticos essenciais que configuram o conceito dor aguda no infarto agudo do miocárdio, a fim de melhorar a avaliação e consequentemente a assistência de enfermagem. Para tanto, é necessário

buscar referências a partir da literatura a fim de definir e nomear suas características, contribuir para a avaliação, caracterização e tratamento dos seus efeitos. Nesse sentido, a análise do conceito é utilizada para clarificar e determinar os atributos e a partir daí enfatizar a importância de serem usados adequadamente dentro do cenário de interesse<sup>(9)</sup>.

Desse modo, para certificação da origem isquêmica da dor e da relação com as síndromes coronarianas agudas, é imprescindível o conhecimento dos aspectos relacionados à localização, irradiação, tipo (ou qualidade) da dor, desde quando o sintoma existe, tempo e duração de cada episódio, fatores desencadeantes e condições de alívio.

Frente a essa realidade, acredita-se que essa análise conceitual contribuirá para promoção do desenvolvimento do conhecimento, aperfeiçoamento e legitimação dos elementos que constituem o conceito dor aguda, traduzindo-se como uma ferramenta essencial para o aprimoramento da prática clínica e operacionalização da assistência de enfermagem ao paciente com dor aguda por ocasião do infarto do miocárdio do miocárdio.

Portanto, é relevante buscar evidências na literatura para identificação dos possíveis antecedentes (preditores), atributos críticos e os consequentes da dor aguda em indivíduos com infarto agudo do miocárdio. Destarte, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Como os autores caracterizam a dor aguda no contexto de um infarto agudo do miocárdio? Assim, o objetivo desse estudo foi analisar o conceito dor aguda no contexto do infarto agudo do miocárdio.

## ■ MÉTODO

Trata-se de uma análise do conceito dor aguda, a qual refere-se ao primeiro capítulo da tese<sup>(10)</sup>. Foram utilizadas as etapas: seleção do conceito; estabelecimento dos objetivos da análise conceitual; identificação dos possíveis usos do conceito; identificação dos atributos críticos e identificação de antecedentes e consequentes, conforme o referencial metodológico da análise de conceito de Walker e Avan<sup>(11)</sup>, por entender que estas permitem analisar o conceito dor aguda em pacientes com infarto agudo do miocárdio, objeto deste estudo.

Para auxiliar o processo de busca dos estudos e possibilitar à estruturação teórica e construção do conhecimento e das evidências do conceito dor aguda, foi realizada a revisão integrativa da literatura, a partir das seguintes etapas: identificação da questão de pesquisa e objetivo do estudo, busca da literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação. A revisão integrativa, reúne e sintetiza resultados de pesquisas de maneira sistemática e organizada, sobre um delimitado tema, contribuindo com o apro-

fundamento do conhecimento do tema investigado<sup>(12)</sup>, motivo pelo qual escolheu-se esse método.

Para a seleção dos artigos utilizou-se o acesso *on-line* às bases de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), SCOPUS e Public/Publish Medline (PubMed), utilizando-se os descritores dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde e do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine: Dor aguda e Infarto do miocárdio. A busca dos estudos publicados no período de 2006 a 2012 foi realizada nos meses de maio e junho de 2013.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponíveis eletronicamente, que abordem o conceito a ser analisado, estar escrito nos idiomas português, inglês ou espanhol. Como critério de exclusão constou cartas ao editor.

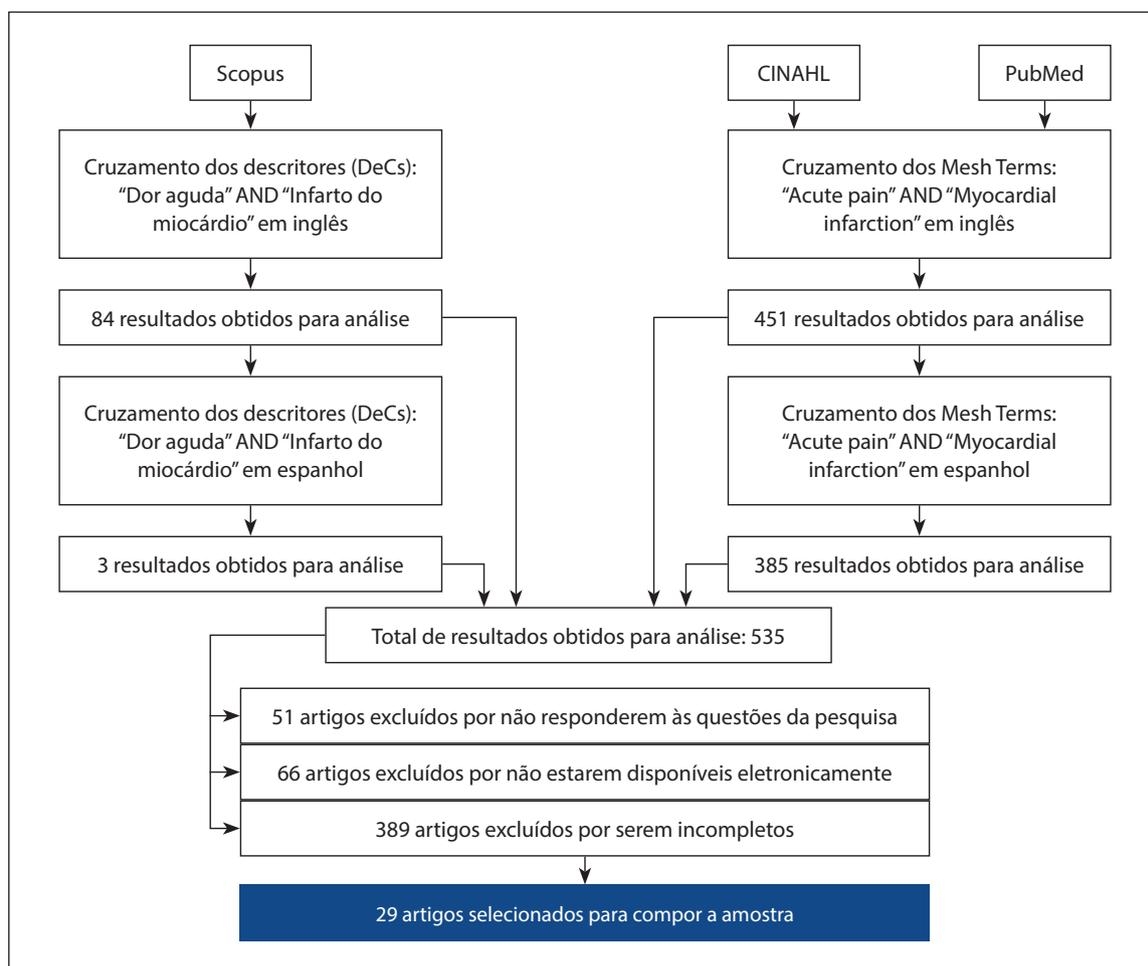
Diante do referencial adotado, para a identificação dos atributos críticos, dos antecedentes e consequentes da dor aguda no contexto do infarto agudo do miocárdio, foram

utilizadas as seguintes questões: Quais as características apresentadas pelos autores para definição do conceito dor aguda? Que eventos ou fatores contribuem para iminência do conceito dor aguda em indivíduos com infarto agudo do miocárdio? Quais são os eventos resultantes da dor aguda em indivíduos com infarto agudo do miocárdio? Quais fatores contribuem para aliviar a dor aguda em indivíduos com infarto agudo do miocárdio?

A figura 1 apresenta o processo de busca dos artigos selecionados nas bases de dados.

A literatura recomenda uma análise criteriosa dos estudos selecionados para a avaliação da qualidade metodológica. Essa etapa foi realizada conforme a classificação das forças de evidência para avaliação de pesquisas de acordo com Melnyk, Fineuot-Overholt<sup>(13)</sup>, apresentada no quadro 1.

Destaca-se que foram respeitados os aspectos éticos em relação aos direitos autorais das evidências disponíveis sobre o tema investigado.



**Figura 1** – Processo de busca dos estudos e seleção final

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

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

**Quadro 1** – Classificação dos níveis de evidência para avaliação dos estudos

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

## ■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização dos estudos mostrou que os mesmos originaram-se principalmente, da América do Norte (54,8%) e da Europa (45,2%). A maioria dos estudos foi realizada por médicos (58,6%) e enfermeiros (41,4%). Quanto ao ano de publicação 65,5% foram publicados nos anos de 2008 a 2012, notadamente, neste período, houve acréscimo de publicações relacionadas à temática, seguidos dos anos de 2006 a 2008 (34,5%). Observa-se a ausência de estudos sobre a dor aguda em pacientes com infarto do miocárdio na América do Sul, o que é preocupante, uma vez que há uma alta prevalência de casos da doença, especificamente no Brasil. Predominaram os estudos sobre dor aguda no infarto do miocárdio realizados no cenário hospitalar. Resultado semelhante foi apresentado em outro estudo<sup>(5)</sup>, o qual relaciona essa evidência à gravidade e à emergência dos problemas cardiovasculares agudos e ainda às falhas da atenção básica no controle dos fatores de risco.

A maioria dos estudos envolveu população adulta (86,2%), o que é corroborado por outra pesquisa a qual revela que as síndromes coronarianas agudas são prevalentes em pessoas na faixa etária entre 30 a 50 anos<sup>(4)</sup>.

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

Estes achados refletem o estado do conhecimento sobre o tema investigado e aponta uma lacuna no que diz respeito às pesquisas com nível de evidência clínicas mais fortes que possam incorporar resultados à prática.

Nesse contexto, se faz importante o desenvolvimento de estudos que gerem melhores evidências a fim de subsidiar os cuidados de enfermagem ao paciente com dor aguda no infarto do miocárdio. É importante enfatizar que as publicações com níveis de evidência mais baixos, foram adotadas, uma vez que auxiliaram no fornecimento de elementos conceituais relevantes para análise do conceito dor aguda e de suas características definidoras no paciente com infarto agudo do miocárdio.

### Identificação dos possíveis usos do conceito

A revisão da literatura forneceu subsídios para identificar que o conceito dor aguda é bastante utilizado na área de saúde, com maior evidência na enfermagem e medicina e no contexto das doenças cardiovasculares, especificamente nas síndromes coronarianas.

Em sua maioria, os estudos evidenciam que a dor aguda no infarto do miocárdio tem duração de 15 a 30 minutos<sup>(14-24)</sup>, seguidos por aqueles que a caracterizam com duração de até 20 minutos<sup>(25-28)</sup>.

Quanto ao tempo, os estudos<sup>(19-21,29-32)</sup>, referem que o início da dor é súbito. Em relação à qualidade da dor, estudos descrevem como constrictiva e opressiva<sup>(16-21,33-37)</sup>; como uma sensação de esmagamento no peito<sup>(21-23)</sup>; típica isquêmica<sup>(38-40)</sup>; dilacerante e triturante<sup>(30-32)</sup>.

Na maior parte das publicações<sup>(14-18,22-23,25-26,33-39,41-42)</sup>, a dor aguda no infarto do miocárdio é localizada na região retroesternal. A dor é frequentemente referida na região

retroesternal e apresenta-se por precordialgia em aperto à esquerda, irradiada para o membro superior esquerdo, de grande intensidade e prolongada que não melhora e não tem alívio com repouso ou nitratos sublinguais.

Os atributos críticos da dor aguda no infarto do miocárdio encontrados no presente estudo assemelham-se às evidências encontradas em outro trabalho<sup>(4)</sup>, no qual a maioria dos pacientes com dor aguda nas síndromes coronarianas apresentaram dor retroesternal, do tipo compressiva, súbita, com irradiação para o pescoço, braço esquerdo, costas, região epigástrica e abdome e com duração de mais de 20 minutos<sup>(4,3)</sup>. Observou-se que os estudos em sua totalidade referem à inexistência de fatores de alívio para a dor aguda no infarto do miocárdio. O não alívio da dor torácica com repouso ou com nitratos sugere causa de dor e real possibilidade de infarto do miocárdio iminente<sup>(4,43)</sup>.

Os resultados evidenciaram a dor aguda no infarto do miocárdio com duração frequentemente de 15 a 30 minutos, irradiação para membros superiores e pescoço e geralmente acompanhada por outros sintomas associados (dispnéia, náusea, vômitos), assemelhando-se com resultado de outros estudos<sup>(3-5,43)</sup>.

### Atributos críticos ou essenciais do conceito Dor aguda

Após a análise do conceito dor aguda no infarto agudo do miocárdio, identificou-se os antecedentes, os atributos críticos e os consequentes, apresentados a seguir, no quadro 2.

A partir dos antecedentes, atributos e consequentes identificados, foi construída uma definição que torna melhor compreendido o conceito dor aguda no Infarto agudo do miocárdio, apresentada a seguir:

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

A dor gera desconforto, alterações fisiológicas e psicológicas e é um fator limitante para o paciente. Daí, a importância da identificação das características que envolvem o conceito dor aguda, para que os profissionais possam identificá-la precocemente, realizem seu controle e avaliação de forma sistemática e adotem um plano de cuidados individualizado<sup>(44)</sup>.

### ■ CONCLUSÃO

A análise conceitual, realizada conforme o modelo de Walker e Avant, permitiu evidenciar os elementos que caracterizam a dor aguda em indivíduos com Infarto agudo do miocárdio e, a partir daí, foi possível identificar que o conceito dor aguda nessa situação clínica envolve a presen-

<b>Dor aguda no infarto agudo do miocárdio</b>	<b>Atributos</b>	<p><b>Qualidade:</b> constrictiva, opressiva; pressão; aperto e peso; sensação de esmagamento; típica isquêmica; dilacerante e triturante.</p> <p><b>Localização:</b> região retroesternal; subesternal; torácica; do lado esquerdo do peito; centro do esterno em meio do peito; peito direito.</p> <p><b>Tempo e duração:</b> início súbito; prolongada com duração de 15 a 30 minutos; recorrente e intermitente.</p> <p><b>Irradiação:</b> pescoço; ombro esquerdo; mandíbula; região interescapular; braço direito e esquerdo; costas; estômago; abdome; epigastro.</p>
	<b>Antecedentes</b>	Oclusão de <i>stent</i> ; obstrução do fluxo sanguíneo para o miocárdio; trombose de artéria coronária; redução da perfusão coronariana; estresse emocional; perfusão miocárdica diminuída; isquemia miocárdica prolongada; morte do tecido miocárdico.
	<b>Consequentes</b>	Relato de dor; dispneia; frequência respiratória elevada; náusea; vômito; pressão sanguínea elevada; frequência cardíaca elevada; distúrbio do sono; diaforese; palidez; fadiga; fraqueza; ansiedade; medo.

**Quadro 2** – Distribuição dos atributos essenciais, antecedentes e consequentes evidenciados na literatura para o conceito dor aguda no infarto agudo do miocárdio

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

ça dos atributos: qualidade (constrictiva, opressiva, pressão, aperto e peso, sensação de esmagamento típica isquêmica, dilacerante e triturante); localização (região retroesternal, subesternal, torácica, do lado esquerdo do peito, centro do esterno e meio do peito, peito direito); tempo e duração (início súbito, prolongada com duração de 15 a 30 minutos, recorrente e intermitente) e irradiação (pescoço, ombro esquerdo, mandíbula, região interescapular, braço direito e esquerdo, costas; estômago, abdome, epigastro, pulso braquial e radial esquerdo). Quanto aos antecedentes da dor identificou-se: oclusão de *stent*; obstrução do fluxo sanguíneo para o miocárdio, trombose de artéria coronária, redução da perfusão coronariana, estresse emocional, perfusão miocárdica diminuída, isquemia miocárdica prolongada, morte do tecido miocárdico e, como consequentes, foram evidenciados relato de dor, dispnéia, frequência cardíaca elevada, náusea, vômito, pressão sanguínea elevada, frequência respiratória elevada, distúrbio do sono, diaforeses, fadiga, palidez, fraqueza, ansiedade e medo.

Deve-se considerar como limitação da presente pesquisa, a grande quantidade de publicações estrangeiras evidenciadas na revisão integrativa, justificada pelo frequente acometimento do IAM, em muitos países, além do Brasil. Esse perfil de publicações poderá ter influenciado na conclusão e limitar a generalização dos dados à população brasileira, assim, recomenda-se a realização de novas pesquisas, em outros bancos de dados.

Apesar dessa limitação, a pesquisa trouxe contribuições, diante das evidências apresentadas, que caracterizam os antecedentes, atributos críticos e consequentes do conceito dor aguda no infarto agudo do miocárdio. Tais informações tornam-se relevantes ao se considerar que o conhecimento dessas características subsidiará a associação da dor ao comprometimento cardíaco. Assim, os profissionais responsáveis pela promoção à saúde, nos diversos níveis de complexidade da assistência, mesmo que não sejam especialistas nos agravos cardíacos ou que não atuem em cenários onde esses sejam comumente atendidos, poderão realizar a tomada de decisão mais eficaz na assistência ao paciente acometido pelo IAM.

## ■ REFERÊNCIAS

1. International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]. 2013 [citado 2013 jun. 17]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org>.
2. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2010 [citado 2014 fev. 17];19(2):283-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09>
3. Lopes TS, Gentile PC, Torres AGMJ, Souza LS, Silva EP, Vilagra MM. Dor definitivamente anginosa e suas principais características. Rev Saúde [Internet]. 2011 [citado 2014 fev. 16]; 2(2):19-28. Disponível em: [http://www.uss.br/pages/revistas/revistasauade/revistasaudev2n2\\_2011/pdf/003\\_Dor\\_Definitivamente\\_Anginosa.pdf](http://www.uss.br/pages/revistas/revistasauade/revistasaudev2n2_2011/pdf/003_Dor_Definitivamente_Anginosa.pdf)
4. Paim CP, Azzolin KO, Moraes MAP. Dor torácica no infarto agudo do miocárdio entre pacientes diabéticos e não diabéticos. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [citado 2014 fev. 16];65(1):77-82. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267022810011.pdf>
5. Lemos DM, Teixeira CSS, Polanczyk CA, Rabelo ER. Trigger Points for pain in patients with acute coronary syndrome. Rev Enferm UFSM. 2012;3(2):480-6.
6. Freitas EO, Pitthan LO, Guido LA, Linch GFC, Umann J. Factors of cardiovascular risk in a cardiology intensive care unit. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 [citado 2014 fev. 15];4(1):191-7. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/695/1186>
7. Acosta AM, Duro CLM, Lima MAD. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2012 [citado 2014 fev 15]; 33(4):181-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v33n4/23.pdf>
8. Magalhães PAP, Mota FA, Saleh CMR, Secco LMD, Fusco SRG, Gouvêa AL. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. Rev Dor [Internet]. 2011 [citado 2014 fev. 15];1(3):221-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n3/v12n3a05.pdf>
9. Lopes MSV, Saraiva KRO, Fernandes AFC, Ximenes LB. Análise do conceito de promoção da saúde. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2010 [citado 2014 fev. 17];19(3):461-8. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf)
10. Santos SMJ. Dor aguda: revisão do diagnóstico de enfermagem em pacientes com infarto agudo do miocárdio [Tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2014.
11. Walker L, Avant KC. Concept analysis. In: Walker L, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. California: Appleton & Lange; 1998.
12. Whittemore R, Knaf K. Methodological issues in nursing research the integrative review: updated methodology. J Adv Nursing [Internet]. 2005 [citado 2013 jun. 15];52(5):546-53. Disponível em: [http://users.phhp.ufl.edu/rbauer/EBPP/whittemore\\_knaf\\_05.pdf](http://users.phhp.ufl.edu/rbauer/EBPP/whittemore_knaf_05.pdf)
13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
14. Hwang SY, Ahn YG, Jeong MH. Atypical symptom cluster predicts a higher mortality in patients with first-time acute myocardial infarction. Korean Circ J. 2012;42(1):16-22.
15. Alomran H, Alghamdi F, Alkhattabi FB. Chest pain in a 12-year-old boy: when is it a harbinger of poor outcome? Int J Emerg Med. 2009;2(3):179-85.
16. Mccord J, Jneid H, Hollander JE, Lemos JA, Cercek B, Hsue P, et al. Management of cocaine-associated chest pain and myocardial infarction. Circulation. 2008;117:1897-907.
17. Fang BR. Acute myocardial infarction presenting with sudden death owing to cardiac rupture. J Med Ultrasound. 2012;20(4):236-9.
18. Kaur R, Lopes V, Thompson DR. Factors influencing Hong Kong Chinese patients' decision-making in seeking early treatment for acute myocardial infarction. Res Nurs Health. 2006;29(6):636-46.
19. Houck PD, Strimel WJ, Gantt DS, Linz WJ. Should we establish a new protocol for the treatment of peripartum myocardial infarction? Tex Heart Inst J. 2012;39(2):244-8.
20. Xanthos T, Pantazopoulos I, Vlachos I, Stroumpoulis K, Baroux D, Kitsou V, et al. Factors influencing arrival of patients with acute myocardial infarction at emer-

- gency departments: implications for community nursing interventions. *J Adv Nursing*. 2010;66(7):1469-77.
21. Howard PK, Shapiro SE. Does gender and ethnicity impact initial assessment and management of chest pain? *Adv Emerg Nurs J*. 2011;33(1):4-7.
  22. Mourad G, Jaarsma T, Hallert C, Stromberg A. Depressive symptoms and health-care utilization in patients with noncardiac chest pain compared to patients with ischemic heart disease. *Heart Lung*. 2012;41(5):446-55.
  23. Wiedemar L, Schimidt JP, Muller J, Wittmann L, Schnyder U, Saner H, et al. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder in patients with acute myocardial infarction. *Heart Lung*. 2008;37(2):113-21.
  24. Khan JJB, Albarran JW, Lopez V, Chair SY. Associated with acute myocardial infarction in Chinese patients: a questionnaire survey. *J Clin Nurs*. 2010;19(20):2720-9.
  25. Albarran JW, Clarke, BA, Crawford, J. 'It was not chest pain really, I can't explain it!' an exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. *J Clin Nurs*. 2007;16(7):1292-301.
  26. Tziallas DCH, Papatheanassoglou EDE, Kastaniote CK, Fatourou M, Karanikola MN, Giannakopoulou MD. Association between subjective descriptions of coronary pain and disease characteristics: a pilot study in a Hellenic rural population. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23(6):342-54.
  27. Haasenritter J, Stanze D, Widera G, Wilimzig C, Abu Hani M, Sonnichsen AC, et al. Does the patient with chest pain have a coronary heart disease? does the patient with chest pain have a coronary heart disease? diagnostic value of single symptoms and signs: a meta-analysis. *Croat Med J*. 2012;53(5):432-41.
  28. Fukuoka Y, Dracup K, Moser DK, McKinley S, Ball C, Yamasaki K, et al. Is severity of chest pain a cue for women and men to recognize acute myocardial infarction symptoms as cardiac in origin? *Prog Cardiovasc Nurs*. 2007;22(3):132-37.
  29. Collin M.J, Weisenthal B, Walsh KM, Mc Cusker CM, Shofer FS, Hollander JE. Young patients with chest pain: 1-year outcomes. *Am J Emerg Med*. 2011;29(3):265-70.
  30. Thang ND, Karlsson BW, Bergman BO, Santos M, Karlsson T, Bengtson A, et al. Characteristics of and outcome for patients with chest pain relation to transport by the emergency medical services in a 20-year perspective. *Am J Emerg Med*. 2012;30(9):1788-95.
  31. Gellerstedt M, Bång A, Andréasson E, Johansson A, Herlitz J. Does sex influence the allocation of life support level by dispatchers in acute chest pain? *Am J Emerg Med*. 2010;28(8):922-7.
  32. Nathan S. Case report: A 55-year-old woman with chest pain upon arrival to the emergency department. *Am J Health-Syst Pharm*. 2010;67(Suppl 7):S25-7.
  33. Canto JA, Kiefe CI, Goldberg RJ, Rogers WJ, Peterson ED, Wenger NK, et al. Differences in symptom presentation and hospital mortality according to type of acute myocardial infarction. *Am Heart J*. 2012;163(4):572-9.
  34. Coyle MK. Depressive symptoms after a myocardial infarction and self-care. *Arch Psychiatr Nurs*. 2012;26(2):127-34.
  35. Løvlien M.; Schei, B, Gjengedal, E. Are there gender differences related to symptoms of acute myocardial infarction? a norwegian perspective *Prog Cardiovasc Nurs*. 2006;21(1):14-19.
  36. McSweeney JC, O'Sullivan P, Cleves MA, Lefter LL, Cody M, Moser DK, et al. Racial differences in women's prodromal and acute myocardial infarction symptoms. *Am J Crit Care*. 2010;19(1):63-73.
  37. Kuniyoshi FH, Garcia-Touchard A, Gami AS, Romero-Corral A, Van der Val A, Pusalavidyasagar S, et al. Day-night variation of acute myocardial infarction in obstructive sleep apnea. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52(5):343-6.
  38. Matura LA. In-hospital mortality characteristics of women with acute myocardial infarction. *J Clin Med Res*. 2009;1(5):262-6.
  39. Bergman E, Malm D, Bertero C. Does one's sense of coherence change after an acute myocardial infarction? a two-year longitudinal study in Sweden. *Nurs Health Sci*. 2011;13(2):156-63.
  40. Dalzell JR, Jackson CE, Petrie MC, Hogg KG. Acute myocardial infarction due to coronary vasospasm in a heart transplant recipient. *Am J Emerg Med*. 2010;28(4):539-43.
  41. Coventry LL, Finn J, Bremner AP. Sex differences in symptom presentation in acute myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *Heart Lung*. 2011;40(6):477-91.
  42. Goel PK, Srivastava SK, Ashfaq F, Gupta PR, Saxena PC, Agarwal R, et al. A study of clinical presentation and delays in management of acute myocardial infarction in community. *Indian Heart J*. 2012;64(3):295-301.
  43. Marino BCA, Nascimento GA, Rabelo W, Marino MA, Marino RL. Infarto do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST: características clínicas, angiográficas e evolução intra-hospitalar dos pacientes. *Rev Assoc Med Minas Gerais [Internet]*. 2012[citado 2014 fev. 15];22(1):53-8. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/492/477>
  44. Pereira JMV, Cavalcanti ACD, Santana RF, Cassiano KM, Queluci GC, Guimarães TCF. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2011 [citado 2014 fev. 16];15(4):737-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a12v15n4.pdf>

#### ■ Endereço do autor:

Sônia Maria Josino dos Santos  
Av. Presidente Afonso Pena, 1312, Bessa  
58035-030 João Pessoa – PB  
E-mail: smjosino@gmail.com

Recebido: 27.10.2014

Aprovado: 03.07.2015