

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**CARLA DE JESUS FERREIRA**

**O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO E A PREVISÃO DE PRIORIDADE  
SEGUNDO O PROTOCOLO DE MANCHESTER: UMA AVALIAÇÃO DO  
PROFISSIONAL ENFERMEIRO**

**BELO HORIZONTE  
2014**

CARLA DE JESUS FERREIRA

**O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO E A PREVISÃO DE PRIORIDADE  
SEGUNDO O PROTOCOLO DE MANCHESTER: UMA AVALIAÇÃO DO  
PROFISSIONAL ENFERMEIRO**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica.

Orientador: Prof. Dra. Salete Maria Fátima Silqueira

**BELO HORIZONTE  
2014**



CARLA DE JESUS FERREIRA

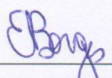
TÍTULO DO TRABALHO: "O infarto agudo do miocárdio e a previsão de prioridade segundo o protocolo de Manchester."

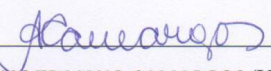
Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Cardiologia Hemodinâmica. (Área de concentração).

APROVADO: 09 de Junho de 2014.

  
Prof.<sup>a</sup> SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA

(Orientadora)  
(UFMG)

  
Prof.<sup>a</sup> ELINE LIMA BORGES (UFMG)

  
Prof.<sup>a</sup> ANADIAS TRAJANO CAMARGOS (UFMG)

## DEDICATÓRIA

À minha filha, Ana Eliza, por ser minha inspiração,  
aos meus pais por serem meu apoio  
e a Deus por ser meu tudo!

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

Ferreira, Carla de Jesus

O Infarto Agudo do Miocárdio e a previsão de prioridade segundo o protocolo de Manchester [manuscrito]: uma avaliação do profissional enfermeiro. / Carla de Jesus Ferreira. - 2014.

25 f.

Orientador: Prof. Dr. Salete Maria Fátima Silqueira.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Assistência de Enfermagem de Media e Alta Complexidade - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Cardiologia e Hemodinâmica.

1. Triagem. 2. Enfermagem em Emergência. 3. Dor. 4. Infarto do Miocárdio. I.Silqueira, Prof. Dr. Salete Maria Fátima. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

## RESUMO

O objetivo deste estudo é discutir a proposta de priorização de atendimento aos pacientes com sinais de IAM através da classificação de risco com base no protocolo de Manchester. Como referencial teórico utilizou-se a Prática Baseada em Evidência e como referencial metodológico, a Revisão Integrativa de Literatura. Os descritores controlados utilizados foram “Enfermagem em Emergência”, “Dor”, “Infarto do Miocárdio” e “Triagem”. O levantamento de dados foi feito a partir do banco de dados da BVS e consideraram-se os estudos encontrados nas bases de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE e BDNF. Os critérios de inclusão foram: títulos, resumos e assunto, artigos de estudos primários, publicados nos anos de 2004 a 2014, aplicados a humanos adultos de ambos os sexos, nos idiomas português, inglês, espanhol e francês, disponíveis *on line* gratuitamente, tendo como assunto principal infarto do miocárdio. A partir das buscas, uma população de dez artigos foi selecionada. Destes, três foram adequados para compor a amostra deste estudo. Como resultados, foi possível identificar a dor como importante fator a ser analisado nos casos de IAM e, ainda, que existem manifestações atípicas da doença, o que poderá elevar o tempo para o atendimento nos serviços de urgência, isso quando a classificação de risco for realizada com base no Protocolo de Manchester. Conclui-se que, apesar de ser um documento importante para respaldar o profissional classificador, o referido documento apresenta discrepâncias em relação ao tempo para o atendimento dependendo da sintomatologia apresentada nos casos de IAM.

**Palavras-chave:** Enfermagem em Emergência, Dor, Infarto do Miocárdio, Triagem.

## ABSTRACT

The aim of this study is to discuss the proposal for prioritizing care for patients with Acute Myocardial Infarction (AMI) signals through the risk classification based on the protocol of Manchester. As theoretical reference was used the Evidence-Based Practice and the Integrative Literature Review as methodological referential. Controlled descriptors used were "Emergency Nursing", "Pain", "Myocardial Infarction" and "Triage". Data collection was done from the database of the BVS and regarded studies on LILACS, SCIELO, MEDLINE and BDENF. Inclusion criteria were: title, abstract and subject, articles of primary studies, published from 2004 to 2014, applied to adult humans of both sexes, in Portuguese, English, Spanish and French available online for free, and main subject as myocardial infarction. From the search, a total of ten articles were selected. From these, three were suitable to compose the sample for this study. As a result, it was possible to identify pain as an important factor to be considered in cases of AMI, and also that there are atypical manifestations of the disease, which may increase the attending time emergency units, when the risk assessment is performed based on the protocol of Manchester. We conclude that, despite being an important document to support the professional classifier, this document shows discrepancies in the attending time depending on the symptoms reported in cases of AMI.

Keywords: Emergency Nursing, Pain, Myocardial Infarction, Triage.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2 METODOLOGIA</b>	<b>11</b>
<b>3 RESULTADOS</b>	<b>16</b>
<b>4 DISCUSSÃO</b>	<b>20</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>26</b>
<b>APÊNDICE</b>	<b>29</b>

## INTRODUÇÃO

A Associação Internacional para o Estudo da Dor descreve a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões teciduais reais ou potenciais, ou descrita em termos de tal lesão”. Ela não gera apenas prejuízos orgânicos, mas, também, repercussões psíquicas, sociais e econômicas. Sendo assim, desde o ano 2000 vem se difundindo a dor como quinto sinal vital no intuito de incluir a mensuração da mesma como rotina nos serviços de saúde, assim como ocorre com os quatro sinais vitais básicos. (RIBEIRO *et al.*, 2011).

Conquanto a dor pode se apresentar como aguda ou crônica, a primeira que é, por seu aspecto, considerada como o quinto sinal vital. Deste modo, a dor aguda tem início com uma lesão ou injúria sofrida pelo indivíduo, a qual provocará a síntese de substâncias algogênicas e estas, por sua vez, estimularão os nociceptores. De forma geral, a sua evolução normal é a remissão, entretanto, em decorrência da ativação de várias vias neuronais de modo prolongado, o caráter da dor poderá se modificar e tornar-se crônica, esta última patológica. (SALLUM; GARCÍA; SANCHES, 2012).

A dor é um motivo comum que leva indivíduos a buscar por serviços de saúde, ressalta-se, todavia, a dor torácica cujas causas podem ser variadas e o diagnóstico difícil, uma vez que sua intensidade não ajuda a decernir a gravidade da doença. No Brasil não há estatísticas que expressem com exatidão a busca por serviços de urgência por dor torácica, contudo, estima-se que dentre as milhares de pessoas que procuram tais serviços, em um terço confirma-se o desenvolvimento de alguma Síndrome Coronariana Aguda (SCA). (AMATO, 2000).

Dentre as SCA o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) se destaca devido ao impacto que a doença provoca na saúde da população. A estimativa é que o número de infartos no país esteja entre 300 e 400 mil casos ao ano e que ocorra um óbito entre cinco a sete casos registrados. (BRASIL, 2011). Deve-se destacar a dor como um importante sintoma para diagnosticar um paciente com IAM, no entanto, esta pode originar-se de diferentes estruturas da caixa torácica e, até mesmo, da cavidade abdominal. Tal fato pode dificultar a associação do sintoma com a doença. (AMATO, 2000).

O tratamento do IAM depende do uso de terapias de reperfusão, além de medicações específicas com benefício comprovado. Entretanto, o fator primordial a ser considerado é o rápido acesso ao serviço médico, uma vez que a demora no acesso a essas terapias, representa um preditor independente de mortalidade em longo prazo. (BRASIL, 2011). Desta forma, é

imprescindível a agilidade na interpretação dos sintomas e a consequente identificação da doença para ampliar a expectativa de sobrevivência do paciente.

Anziliero (2011) afirma que, por ocasião da busca pelo serviço de saúde de Urgência e Emergência no Brasil, o usuário irá se deparar com o Protocolo Manchester de Classificação de Risco. Este tem como um de seus objetivos, propiciar ao cliente atendimento em tempo hábil conforme o quadro apresentado pelo mesmo.

O referido documento não se propõe a emitir diagnósticos de doenças, mas avaliar os sinais e sintomas para priorizar o atendimento (BELLUCCI; MATSUDA, 2012). Desta forma, cabe ressaltar a dinâmica em que se dá tal classificação. Uma vez apresentada a queixa principal pelo cliente, um fluxograma será eleito e, seguindo os discriminadores deste fluxograma, uma prioridade será estabelecida e, conseqüentemente, o tempo máximo previsto para primeiro atendimento. Sendo assim, a prioridade e seu respectivo tempo de previsão para o atendimento é: emergente, cujo atendimento deverá ser imediato; muito urgente, 10 minutos; urgente, 60 minutos; pouco urgente, 120 minutos e não urgente, 240 minutos. (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

É preciso considerar que o Enfermeiro opera, majoritariamente, esse sistema. Tal fato aponta a responsabilidade do profissional na correta interpretação dos sintomas apresentados e consequente associação com vistas à melhora das chances de sobrevivência do paciente que busca tais serviços. (ANZILIERO, 2011).

Observações acerca das várias formas de apresentação do IAM, aliado às possibilidades de classificação a partir dos fluxogramas e discriminadores proporcionados pelo Protocolo de Manchester, levaram à percepção de que, apesar deste contemplar os sinais e sintomas característicos, de forma a priorizar tais casos conforme se faz preciso, há formas de apresentação da doença que foge aos padrões.

A fim de diferenciar a dor por isquemia de outras apresentações de dor torácica, demanda-se esclarecer que quando a dor piora com a respiração na mudança de posição ou quando persiste por dois ou três dias em vários episódios, não é de natureza cardíaca. Os sintomas clássicos são descritos na literatura como dor ou forte pressão no peito, dor no peito refletindo nos ombros, braço esquerdo, pescoço e maxilar. Além disso, descreve a possível ocorrência de dor abdominal, suor, palidez, falta de ar, perda temporária da consciência, sensação de morte iminente, náuseas e vômitos. Há, ainda, pessoas que relatam sentir dor na mandíbula e, por isso confundir a ocorrência do IAM com dor de dente. (ARAÚJO; MARQUES, 2007)

Por fim, cabe ressaltar a esse respeito, que o portador do diabetes é comumente acometido pela doença arterial coronariana. Estes, quando apresentam Diabetes Mellitus de longa duração, poderão apresentar IAM sem referir dor. Nesses casos a ocorrência de sudoreses é fria, e o quadro poderá ser confundido com o de hipoglicemia. (ARAÚJO; MARQUES, 2007)

Segundo o fluxograma do Protocolo de Manchester que descreve a classificação indicativa de dor torácica, um cliente que apresente uma dor descrita como precordial ou cardíaca, ou se esta for avaliada como intensa, será classificado como laranja. Esta cor indica que o atendimento médico deverá ocorrer em até dez minutos, visto que o caso apresentado é considerado Muito Urgente. Em contrapartida, se a dor for avaliada como Moderada ou se for identificada alguma história cardíaca importante a classificação aplicada será amarela. Esta preconiza que o quadro de saúde é considerado Urgente e o tempo para o atendimento subirá para até 60 minutos. (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

Diante disso, é possível perceber que o próprio Protocolo de Manchester amplia em até 50 minutos o tempo de atendimento ao cliente acometido por IAM, dependendo da interpretação que o profissional faz da dor que esse lhe refere. (ANZILIERO, 2011).

Considere-se ainda, o alto índice de pacientes infartados que morrem antes de receber cuidados médicos, geralmente por fibrilação ventricular, números que estão entre 25 a 35% do total dos casos. Além disso, há um ideal de tempo total de isquemia, que diz respeito ao período entre o início dos sintomas e o início da terapia de reperfusão, o qual deverá ser de até 120 minutos, (BRASIL, 2011).

Tais elementos, aliados ao fato de que é necessário que os Enfermeiros sejam eficientes na atribuição da sintomatologia apresentada pelo cliente ao IAM, de modo que o tempo para o atendimento seja reduzido no que deles depender, justificam a necessidade de se realizar o levantamento de dados a que se propõe este estudo, cujo objetivo é discutir a proposta de priorização de atendimento aos pacientes com sinais de IAM através da classificação de risco com base no protocolo de Manchester.

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo possui, como referencial teórico, a Prática Baseada em Evidências (PBE). Esta, se configura como um movimento que tem por ideal a realização de uma prática reflexiva e cuidadosa em busca de corrigir as distorções e os desvios de rumo durante o processo de decisão. Ela reconhece a existência de dois processos na tomada de decisão. Um, é explícito e passível de ser avaliado de forma objetiva, uma vez que depende do conhecimento científico adquirido. O outro está ligado à experiência pessoal do indivíduo enquanto profissional, isto é, seus medos, emoções, vícios de observação, incertezas e, inclusive, o relacionamento estabelecido com o cliente. (NOBRE; BERNARDO; JATENE, 2003).

A PBE entende, ainda, que essas duas vertentes, invariavelmente, compõem os aspectos da competência profissional. Por isso, inclui a dúvida como parte do processo em busca de identificar os dados subjetivos envolvidos e, posteriormente, analisar os dados objetivos. (NOBRE; BERNARDO; JATENE, 2003).

A finalidade deste movimento é reduzir ações empíricas, que muitas vezes a própria literatura expressa. Para tanto, deseja fomentar o senso crítico dos profissionais independentemente do tempo de formação dos mesmos. Outro pressuposto é alterar o paradigma Biomédico e contextualizar o indivíduo em seu meio socioeconômico-cultural e levar em conta os aspectos psicológicos do ser, além de incluir o paciente no processo de tomada de decisões, propiciando a redução da ansiedade deste. (NOBRE; BERNARDO; JATENE, 2003).

A pesquisa clínica conta com a realização de estudos científicos desenvolvidos com desenhos variados. No denominado Coorte, a pesquisa se inicia com o fator a ser estudado para posterior aferição do desfecho clínico. Observa, no tempo, a história natural de vida da pessoa. No Transversal, as informações sobre o fator em estudo, assim como as do desfecho clínico, são colhidas ao mesmo tempo ou no mesmo intervalo de tempo. Este avalia as pessoas participantes individualmente. Já o Agregado ou ecológico assemelha-se ao transversal com a diferença de avaliar informações de registro coletivo, como infecção hospitalar. Por fim, o Caso controle parte do desfecho clínico já instalado. Nesse, o questionamento se refere ao fator em estudo ocorrido anteriormente. Os demais desenhos são variações dos descritos anteriormente. (NOBRE; BERNARDO; JATENE, 2004).

A classificação dos estudos primários com relação à força de evidencia ocorre de acordo com a presença de três elementos, quais sejam: grupo controle, seguimento dos

pacientes ao longo do tempo e intervenção dos pesquisadores no sentido de modificar a evolução dos pacientes. (NOBRE; BERNARDO; JATENE, 2004).

A maior força de evidencia é atribuída ao ensaio clínico randomizado. Isso se deve a presença dos três elementos citados acima. Em segundo lugar estão os estudos observacionais, pois são mais susceptíveis aos vícios de confusão, por não terem a condição experimental, coorte é um exemplo. Em terceiro lugar está os estudos com desenhos transversal devido à ausência de seguimento no tempo, o que também pode ocasionar vícios de confusão, e não garantir a procedência da exposição com relação ao desfecho. Em quarto lugar estão os de caso controle, devido aos possíveis vícios de memória nas informações dadas pelo cliente, ocorridos no passado, e a origem dos casos e controles em diferentes populações. Por fim, está o relato de caso, por falta de grupo controle. (NOBRE; BERNARDO; JATENE, 2004).

As Revisões Sistemáticas possuem maior força de evidência científica do que os estudos primários que lhe deram origem, isso quando elaboradas com rigor metodológico. (NOBRE; BERNARDO; JATENE, 2004). Esta pode apresentar-se com ou sem meta-análise, de modo que a primeira permite alcançar maior força de evidência. (NOBRE; BERNARDO; JATENE, 2003). O presente estudo foi realizado encerrando como referencial metodológico a Revisão Sistemática sem meta-análise ou Revisão Integrativa.

Conforme preconizado por Witthmore e descrito por Mendes, Silveira e Galvão (2008), a Revisão de literatura contém seis etapas. A primeira é a identificação do tema, a segunda é a seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa, a terceira é o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem e busca na literatura, a quarta é a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e a categorização dos estudos, a quinta é a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, além da interpretação dos resultados e, por fim, a sexta é a apresentação da revisão ou síntese do conhecimento.

Para nortear esta revisão, uma questão de pesquisa foi elaborada, sendo ela: "A classificação de risco com base no Protocolo de Manchester propõe corretamente a prioridade de atendimento nos casos de IAM?".

Como se faz necessária a utilização de descritores padronizados para a realização da investigação, buscou-se no site da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) a terminologia em saúde preconizada utilizando-se da ferramenta Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). Santos, Pimenta e Nobre (2007) afirmam que os Descritores Controlados, também conhecidos como "Títulos de Assuntos Médicos" ou "Descritores de Assunto" são utilizados para

indexação de artigos nas bases de dados. Já os Descritores não controlados são definidos como representação das palavras textuais e seus sinônimos, variações de grafia, siglas e correlatos. Assim, foram escolhidos os seguintes descritores controlados: “Enfermagem em Emergência”, “Dor”, “Infarto do Miocárdio” e “Triagem”.

Com o objetivo de facilitar as buscas, foram utilizados os operadores booleanos, também chamados de delimitadores. Estes são representados pelos termos conectores “AND”, “OR” e “NOT”. Eles permitem realizar combinações dos descritores que serão utilizados na busca. Desta maneira, “AND” denota uma combinação restritiva, “OR” uma combinação aditiva e “NOT” uma combinação excludente. (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Os booleanos são operadores necessários para reduzir a quantidade de trabalhos encontrados nas bases de dados. (NOBRE; BERNARDO; JATENE, 2004).

Para a realização das buscas, utilizou-se o banco de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Além disso, se estipulou critérios para inclusão que foram: títulos, resumos e assunto, artigos de estudos primários, publicados nos anos de 2004 a 2014, aplicados a humanos adultos de ambos os sexos, nos idiomas português, inglês, espanhol e francês, disponíveis *on line* gratuitamente, cujo assunto principal referia-se ao infarto do miocárdio. Em relação às bases de dados, foram considerados os estudos encontrados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), na Literatura Internacional em Saúde (MEDLINE) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Como etapas para a seleção dos artigos, primeiramente os textos encontrados tiveram seus títulos e resumos lidos com o propósito de perceber abordavam ao assunto proposto para este estudo. E, posteriormente, o texto foi lido na íntegra para se determinar se os dados fornecidos por eles responderiam corretamente à questão de pesquisa.

A extração das informações pertinentes dos estudos, para posterior categorização das mesmas, foi feita com a utilização de um instrumento de coleta de dados elaborado para facilitar a sistematização dessas informações (Apêndice 1).

A seguir, descreve-se a busca, cuja estratégia está representada no quadro 1, a qual foi realizada nos meses de abril e junho de 2014, a partir das combinações dos descritores escolhidos anteriormente e a aplicação dos critérios definidos.

Quadro 1 – Descrição da estratégia de busca. Belo Horizonte, 2014.

BUSCA	DESCRITORES	ESTRATÉGIA DE BUSCA	SELEÇÃO		
1º	Enfermagem em Emergência <i>and</i> Dor	tw:(enfermagem em emergencia AND dor) AND (instance:"regional") AND (db:"MEDLINE" OR "LILACS" OR "BDENF") AND mj:("Infarto do Miocárdio") AND la:("en" OR "pt" OR "fr") AND year_cluster:("2007" OR "2008" OR "2005" OR "2006" OR "2004" OR "2011" OR "2012" OR "2013") AND type:("article"))	MEDLINE	6	3
			BDENF	1	1
			LILACS	2	2
2º	Enfermagem em Emergência <i>And</i> Infarto do Miocárdio	tw:(enfermagem em emergencia AND infarto do miocárdio) AND (instance:"regional") AND ( fulltext:"1") AND db:"MEDLINE" OR "LILACS" OR "BDENF") AND mj:("Infarto do Miocárdio") AND la:("en" OR "pt" OR "es" OR "fr") AND year_cluster:("2007" OR "2009" OR "2008" OR "2006" OR "2004" OR "2005" OR "2011") AND type:("article"))	MEDLINE	15	0
			BDENF	4	
			LILACS	2	
3º	Triagem <i>And</i> Infarto do Miocárdio	tw:(triagem AND infarto do miocárdio) AND (instance:"regional") AND ( fulltext:"1") AND db:"MEDLINE" OR "LILACS") AND mj:("Infarto do Miocárdio") AND la:("pt" OR "es" OR "fr") AND year_cluster:("2005" OR "2006" OR "2004" OR "2007" OR "2009" OR "2010" OR "2011" OR "2012" OR "2008" OR "2013") AND type:("article"))	MEDLINE	75	0
			BDENF	0	
			LILACS	144	2
4º	Triagem <i>And</i> Dor	tw:(triagem AND dor) AND (instance:"regional") AND (db:"MEDLINE" OR "LILACS") AND mj:("Infarto do Miocárdio") AND type_of_study:("cohort" OR "case_control") AND limit:("humans" OR "male" OR "female") AND la:("en" OR "pt" OR "es" OR "fr") AND year_cluster:("2012" OR "2006" OR "2007" OR "2013" OR "2009" OR "2011" OR "2005" OR "2004" OR "2008" OR "2010") AND type:("article"))	MEDLINE	18	2
			BDENF	0	0
			LILACS	1	

A primeira busca contemplou os descritores “Enfermagem em Emergência *and* Dor” foram encontrados 10 artigos, dentre os quais seis estavam indexados na MEDLINE, dois na BDENF e dois, na LILACS. Destes, foram selecionados seis para a leitura na íntegra. Dentre estes, dois estavam na LILACS, um na BDENF e três na MEDLINE.

A segunda considerou os descritores “Enfermagem em Emergência *and* Infarto do Miocárdio” a partir da qual se encontrou 21 artigos, 15 na MEDLINE, quatro na LILACS e dois na BDENF. Destes, nenhum foi selecionado para leitura na íntegra por já comporem os achados da busca anterior.

Para a terceira busca se utilizou os descritores “Triagem *and* Infarto do Miocárdio”. A partir desta, foi possível encontrar 219 artigos, 144 indexados na LILACS e 75 na MEDLINE, dos quais dois da LILACS foram selecionados para leitura na íntegra.

Por fim, a quarta busca ponderou “Triagem *and* Dor”, na qual foi encontrado um total de 19 artigos, dentre os quais 18 eram da MEDLINE e um da LILACS. Após a leitura dos títulos e resumos, dois artigos foram selecionados para a leitura na íntegra ambos da MEDLINE.

Cabe ressaltar que os artigos que não atenderam ao tema proposto ou que se apresentaram com títulos repetidos foram excluídos. Desta forma, obtiveram-se, como população, um total de dez artigos. Após a avaliação destes, três foram selecionados para compor a amostra desta revisão integrativa.

### 3 RESULTADOS

Em relação às informações, relacionadas aos textos que compõe a amostra desta revisão integrativa, estas estão apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 – Informações sobre os artigos, amostra da Revisão Integrativa. Belo Horizonte, 2014.

	ESTUDO A	ESTUDO B	ESTUDO C
<b>TEXTO</b>			
<b>Título</b>	Pacientes com infarto agudo do miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviços de emergência: implicações para educação em saúde.	Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidades de emergência.	Determinação do tempo de apresentação a emergência de pacientes com infarto agudo do miocárdio.
<b>Periódico</b>	Revista Latino Americana de Enfermagem	Revista brasileira de cirurgia cardiovascular	Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria
<b>Descritores</b>	Enfermagem em Emergência <i>and</i> Dor	Triagem <i>and</i> Infarto do Miocárdio	Enfermagem em Emergência <i>and</i> Dor
<b>Base de dado onde foi encontrado</b>	LILACS	LILACS	BDEF
<b>Ano de publicação</b>	2008	2012	2013
<b>Idioma</b>	Português	Português	Português
<b>País de publicação</b>	Brasil	Brasil	Brasil
<b>Local do estudo</b>	RS-Brasil	SP-Brasil	RS-Brasil
<b>Tipo de estudo</b>	Transversal	Transversal	Transversal
<b>Amostra*</b>	112 usuários de ambos os sexos	52 usuários de ambos os sexos	16 usuários de ambos os sexos
<b>AUTORES</b>			
<b>Profissão e Titulação do autor principal</b>	Enfermeira/ Especialista em Enfermagem em Cardiologia	Enfermeira/ Residente em Enfermagem Cardiovascular	Enfermeira-docente/Pós-doutorado
<b>Quantidade de autores</b>	4	4	4
<b>Instituição da realização do estudo</b>	Hospital especializado em cardiologia/Capital	Hospital de ensino/Interior do estado	Hospital público universitário/Capital

\*Os três artigos elegeram como critério de seleção de sua amostra clientes que buscaram serviços de urgência, nos quais foi confirmado o quadro de IAM e que estivessem em condições clínicas para a entrevista.

Em relação às informações acerca dos usuários-amostragem dos estudos primários, estes são apresentados no quadro 3. Os estudos convergem na constatação de uma maioria masculina. Percebe-se, ainda, a presença de história cardíaca importante em um número expressivo de usuários demonstrado nos estudos A e C e como minoria no estudo B. Além disso, cabe considerar a porcentagem importante de portadores de Diabetes Mellitus que sofreram o IAM, demonstrados a partir das três pesquisas.

Quadro 3- perfil dos usuários amostra dos estudos. Belo Horizonte, 2014.

	<b>ESTUDO A</b>	<b>ESTUDO B</b>	<b>ESTUDO C</b>
<b>Sexo</b>	71,4% masculino	76,9% masculino	56,3% masculino
<b>Idade média</b>	58 anos (+/- 12)	62,35 anos (+/- 14,66)	64,7(+/- 13,2)
<b>Proveniência</b>	80,4% capital	Interior	68,7% Capital
<b>Estado civil</b>	63,4% casados	65,4% casados	50% casados
<b>Atividade</b>	55,4% profissionalmente ativos	38,4% profissionalmente ativos	25% profissionalmente ativos
<b>Transporte utilizado para acessar o serviço- maioria</b>	Particular	Ambulância pública	Particular
<b>IAM prévio</b>	20,5% sim	Não abordado	55,6% sim
<b>História cardíaca importante</b>	55,4% sim	26,92% sim	56,2% sim
<b>Acometidos por DM</b>	18,8%	31,2%	21,15%

Já em relação aos sintomas, é consenso entre a amostra que a dor se apresentou como sintoma inicial e principal em grande parte dos casos. Entretanto, o estudo B faz referência à dispnéia e à sudorese como sintoma principal em uma pequena porcentagem de sua amostra. Cabe ressaltar que em poucas situações a dor foi um sintoma isolado, geralmente ela se mostrou acompanhada de náuseas, vômitos, dispnéia, sudorese ou a conjugação destes sintomas.

Outro dado importante mencionado nos três artigos diz respeito ao delta T, que é definido como tempo entre o início dos sintomas referentes ao IAM e a chegada do usuário ao serviço de emergência. De modo geral, percebeu-se, nos três estudos, uma média acima de três horas, o que representa um tempo muito significativo de exposição ao processo de isquemia miocárdica, por grande parte dos usuários estudados.

Quadro 4- Informações sobre os Sintomas referentes ao IAM levantados nos artigos. Belo Horizonte, 2014.

	ESTUDO A	ESTUDO B	ESTUDO C
<b>Sintoma Inicial</b>	Dor	Dor Desconforto torácico Dispneia ou sudorese	Dor
<b>Sintoma Principal</b>	19,6% Dor como sintoma isolado. 80,4% Dor acompanhada de mais sintomas.	36,54% dor ou desconforto torácico como sintoma isolado. 59,62% Dor ou desconforto torácico acompanhados de mais sintomas. 3,85% dispneia ou sudorese súbita.	50% Dor como sintoma isolado. 50% dor acompanhada mais sintomas.
<b>Sintoma Coadjuvante</b>	26,6% Náuseas e Vômitos. 38,8% Sudorese. 34,6% Outros.	59,62% dispneia e/ou sudorese súbita.	56,2 % Náuseas e Vômitos. 43,8% outros.
<b>Situação início do sintoma</b>	56,3% atividade.	Não abordado	62,5% repouso.
<b>Delta T*</b>	3h5 mim (+/- 2h55mim).	9h54mim (+/- 18h9min)	4h30mim (3h10mim-9h45mim).

Por fim, as informações acerca da dor e sua avaliação, enquanto sintoma predominante na ocorrência do IAM, estão demonstradas no quadro 5. Em relação a isso, percebe-se a apresentação típica da doença em grande parte da amostra. Desta forma, vê-se a dor retroesternal, “no tórax” ou “no peito” com irradiação para outras partes do corpo, mais comum para o membro superior esquerdo (MSE). Mas, faz-se necessário ponderar a ocorrência da dor sem irradiação em partes isoladas do corpo, como na região epigástrica, MSE ou no próprio tórax. E, ainda, deve-se considerar que há casos em que a dor não ocorre.

Em relação à intensidade da dor, foram utilizados instrumentos para sua avaliação. O estudo A utilizou da Escala de Graduação Numérica e os estudos B e C, da Escala Visual Analógica. Apesar da utilização de instrumentos diferentes, a graduação converge entre elas, o que permite a análise. Diante disso, é possível perceber que a graduação de intensidade da dor, apresentada nos três estudos, permaneceu entre moderada e intensa na maior parte das ocorrências.

Por fim, em relação à caracterização da dor, esta foi referida, quando presente, como ardência, queimação, desconforto ou aperto.

Quadro 5 – Informações acerca da Dor referente ao IAM apresentada na amostra. Belo Horizonte, 2014.

	<b>ESTUDO A</b>	<b>ESTUDO B</b>	<b>ESTUDO C</b>
<b>Localização</b>	84% retroesternal	59,62% “no tórax” com irradiação  36,54% “no tórax”, MSE ou região epigástrica.	62,5% “no peito”
<b>Intensidade</b>	8,2 (+/- 1,8) com irradiação 7,8 (+/-2,3) sem irradiação	50% 8 a 10 Média de 6,9	7,4 (+/- 2,7)
<b>Irradiação</b>	29,3% referiram	59,62% - MSE	Não abordado
<b>Duração</b>	Considerar delta T acrescido do tempo até o atendimento		
<b>Característica</b>	Ardência Aperto	Desconforto	50% Queimação 62,5% Ardência
<b>Fator desencadeante</b>	56,3% Atividade	Não abordado	62,5% Repouso
<b>Instrumento de Avaliação</b>	Escala de Graduação Numérica	Escala Visual Analógica	Escala Visual Analógica

## 4 DISCUSSÃO

Pinto, Salgado e Chianca (2012) afirmam que, no contexto brasileiro, a classificação de risco é de competência do Enfermeiro a qual deverá ser realizada por meio de Consulta de Enfermagem com a utilização de protocolo estabelecido, no caso o Protocolo de Manchester. Ele foi selecionado, enquanto protocolo, para a realização do acolhimento com classificação de risco, uma vez que este foi um dos pressupostos estabelecidos pela Política Nacional de Humanização. (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012).

O Sistema Manchester de Classificação de Risco foi idealizado, a partir da experiência de profissionais médicos e enfermeiros atuantes no Reino Unido, em meados da década de 1990. (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010). Teoricamente, ele se apresenta como um instrumento inclusivo e que traduz maior segurança ao paciente, por oferecer atendimento mais rapidamente conforme a necessidade. Entretanto, é imprescindível reforçar que se faz necessária à adaptação deste para a realidade brasileira. (BELLUCCI; MATSUDA, 2012).

Ponderando a classificação de risco, conforme a Portaria 2048 do Ministério da Saúde tal procedimento somente poderá ser realizado por profissional de saúde de nível superior devidamente treinado. Adiantando se a isso, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da resolução 423 dispôs que a classificação de risco e a priorização para o atendimento seria atividade privativa do enfermeiro, no âmbito da equipe de enfermagem.

Ao se considerar o IAM, Ochiai *et al.* (2014) relatam que há um aumento da prevalência da enfermidade a partir da sexta década de vida. E, ainda, que esta é a maior causa de morte entre as pessoas mais velhas, além de uma importante responsável por grande parte das internações hospitalares e da realização de procedimentos invasivos. Diante disso, cabe ressaltar a possível ocorrência de sintomatologia típica, atípica e até a não ocorrência de sintomas relacionados à doença, especialmente em idosos, grande parte do público encontrado nesta revisão.

Assim, estima-se que 11,1% dos indivíduos que sofrem o infarto e que apresentam idade inferior a 65 anos não apresentem dor precordial. Tais números sobem para 43,2% nos indivíduos acima de 85 anos. Apesar de o diabetes ser considerado o responsável pela ausência de sintomas no IAM, estudos garantem que a idade avançada é o único fator independente para a ocorrência da isquemia silenciosa. Dentre os motivos levantados para tal fato, além do diabetes, estão a depressão, a demência e o aumento do limiar da dor por razões fisiológicas próprias da idade. (OCHIAI, *et al.*, 2014).

Os dados levantados nesta pesquisa permitiram constatar que a maioria dos usuários apresentou sintomatologia considerada como clássica para o quadro do IAM. Desta forma, há referência à dor retroesternal, “no peito” ou “no tórax” com irradiação para MSE, entretanto há relatos da ocorrência de dor em locais atípicos ao considerar-se a doença em questão e, ainda, casos em que não há ocorrência de dor, mas de outros sintomas não tão característicos para o quadro.

Em um estudo transversal realizado em uma UPA localizada em uma cidade de Minas Gerais, cuja amostra foi composta por 364 prontuários, identificou-se queixa de dor na maioria dos casos atendidos seja esta como queixa principal ou como queixa secundária. Averiguou-se, ainda, a ocorrência de “dor torácica” em 70 % dos casos, os quais ocorreram distribuídos em quase todos os níveis de prioridade, inclusive no que se refere ao “não urgente”. Dentre estes, em 28,57% utilizou-se o discriminador “dor precordial”. No nível denominado “emergente” não foram identificados casos, uma vez que representa atendimento com risco eminente à vida e configura clientes, muitas vezes, com rebaixamento de consciência. (SILVA *et al.*,2013).

Especificamente em relação isso, o protocolo de Manchester apresenta um fluxograma a partir do qual será classificado o usuário que apresentar dor no peito ou retroesternal, como nos dados levantados na pesquisa, tal fluxograma é denominado “Dor Torácica”. Esse possui um discriminador que caracteriza a sintomatologia descrita que é “dor precordial ou cardíaca” o qual é definido como dor em aperto ou peso no meio do peito, que pode estar irradiando para o braço esquerdo ou pescoço e que pode estar associada a náuseas e sudorese. Esta, sempre será classificada como nível de prioridade muito urgente (laranja). Nos casos em que a dor não é apresentada como na descrição acima, e houver a presença de uma história cardíaca importante, este será considerado como um discriminador, desta forma a classificação da prioridade será urgente (amarelo).

Em relação a isso, estudos demonstram que usuários sofrem com a avaliação inadequada dos profissionais atuantes na urgência em relação à dor torácica, o que tem ocasionado liberação precoce dos pacientes e aumento dos índices de mortalidade relacionado a doenças cardíacas. Tal fato reforça a necessidade de capacitação destes profissionais para a realização de uma avaliação rápida e execuções de intervenções para um tratamento efetivo com vistas a reduzir complicações referentes a doenças cardíacas e a melhora das chances de sobrevivência do cliente. (SILVA *et al.*,2013).

Nos casos em que há ocorrência exclusiva de dor epigástrica, este será considerado como discriminador do fluxograma “Dor Abdominal em adulto”. A priorização atribuída

nesse caso será muito urgente (laranja). (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

Há situações nas quais os usuários são acometidos por Diabetes Mellitus. A esse respeito, Lerario *et al.* (2008) afirmam que há uma estimativa de que o risco de um diabético desenvolver doença coronariana é de duas a três vezes maior que no indivíduo não diabético. Outros autores como Paim, Azzolin e Moraes (2012) acrescentam que o diabetes é o terceiro maior fator de risco para o desenvolvimento do IAM. Esses autores ainda expressam que apesar da dor aguda ser a manifestação clínica mais comum da doença, entre os diabéticos pode ocorrer sinais e sintomas atípicos como ausência de dor. Como hipótese, atribui-se tal fato à ocorrência da neuropatia sensitiva e autonômica. Nesses casos, poderá prevalecer a ocorrência de sintomas como dispneia, sudorese, náuseas e vômitos.

O fluxograma “História de Diabetes” apresenta como discriminador possível, diante da sintomatologia atípica do IAM, a hipoglicemia. Caso fosse constatada, por intermédio da mensuração da glicemia capilar (< 55 mg/dl), ao usuário seria atribuída prioridade emergente (vermelho). Entretanto, o mais provável seria a ocorrência da hiperglicemia (> 300 mg/dl), inclusive a induzida por estresse, nessa situação a classificação será urgente (amarelo). (LERARIO *et al.*, 2008 )

Embora não explicitado como dados nos achados desta pesquisa, existem ocorrências de dor orofacial atribuídas ao IAM. Hilgenberg *et al.* (2009) relataram o caso de uma mulher de 86 anos com sinais clínicos odontológicos normais, mas com queixa algica do lado esquerdo da mandíbula e com irradiação para a parte posterior da língua, ombros e costas , também do lado esquerdo. Ainda a esse respeito, Franco, Siqueira e Mansur (2006) descreveram outro caso no qual se descreve uma mulher diabética de 50 anos com queixa de dor, relatada como insuportável, na parte superior da mandíbula e região temporal esquerda. Em ambos os casos foi constatado que os indícios estavam relacionados à ocorrência do IAM.

Cabe ressaltar, que houve situações em que o cliente não verbalizou a dor enquanto dor, mas expressou as características desse sintoma. Isso demonstra o quanto é necessário que o profissional esteja atento ao conceito de dor. Em relação a isso, Araújo e Marques (2007) relatam que as descrições mais comuns, em relação à impressão do paciente, são de sensação de estrangulamento, constrição, peso, dor profunda, aperto, pressão, indigestão ou queimação.

Na amostragem desta Revisão Integrativa, houve a utilização de instrumentos para a avaliação da dor. No estudo A tem-se a Escala de Graduação Numérica e no estudo B e C, a Escala Visual Analógica. A primeira varia de 0-10 pontos atribuídos à dor pelo paciente, no qual zero denota nenhuma dor e 10 a pior possível. (FRANCO *et al.*, 2008). Já a segunda,

consiste em uma linha reta que representa vários níveis de dor com expressões verbais fixas em cada extremidade: “sem dor” a “maior intensidade de dor que pode existir”. (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

A esse respeito, o Sistema Manchester de Classificação de Risco reconhece a importância da avaliação da dor e dedica a esse assunto um capítulo de seu manual. Ao considerá-la como queixa principal, a avaliação da dor se dará por meio dos fluxogramas, levando em conta a localização como informação principal. (SILVA *et al.*,2013).

Caso a dor seja referida como queixa secundária, a avaliação da intensidade se dará por meio da Régua da Dor. Este instrumento possui como vantagens mensurar a intensidade desse sintoma e os seus efeitos nas funções normais do indivíduo, isso é possível porque combina o uso dos descritivos verbais com uma escala visual analógica. Deste modo, é considerada rápida e fácil de usar, além de prontamente ponderada para permitir que a avaliação da dor faça parte do processo de classificação de risco. (SILVA *et al.*,2013).

Outros fluxogramas passíveis de serem eleitos para direcionar a classificação de usuários em sofrimento por IAM que apresentem sintomatologia atípica são: “Problema em Extremidades”, “Dor de Garganta”, “Mal Estar em Adulto”, “Palpitações”, “Dor Cervical” “Problemas em Face”, “Diarreia e/ou vômitos”, ou “Problemas Dentários”. Contudo, de modo geral, o elemento que será considerado enquanto discriminador, levando em conta não haver outros, será a Dor.

Considerando a avaliação da dor, estudos garantem que grande parte dos profissionais de Enfermagem ignora a existência de instrumentos para identificação, quantificação e tratamento desse sintoma. Mais especificamente em Aracaju, SE, em um hospital de grande porte, enfermeiros foram avaliados e, a partir disso, constatou-se que 59,3% deles desconheciam a existência de instrumentos para a avaliação da dor. Dentre os que conheciam, 72,7% disseram ter ciência sobre a Escala Numérica e 54,5% relataram não utilizar instrumentos de avaliação da dor na prática assistencial. Tal ocorrência levanta a necessidade de que estes conteúdos sejam abordados no decorrer da formação acadêmica. (SOUZA *et al.*,2013).

Ao se ponderar a dor enquanto discriminador e a avaliação da sua intensidade por intermédio da régua da dor a fim de se estipular uma prioridade, isso sucederá independentemente do local de ocorrência da mesma, uma vez que o sítio somente determinará a escolha do fluxograma. Desta forma, uma dor identificada como intensa será priorizada como muito urgente. Já uma dor moderada será classificada como urgente. Por

fim, uma dor leve será determinada como pouco urgente, caso esteja ocorrendo a menos de sete dias ou como não urgente, caso esteja ocorrendo a mais de sete dias.

Como é possível averiguar, há uma discrepância em relação ao tempo até o primeiro atendimento médico conforme a manifestação que o IAM apresente. Entretanto, cabe considerar que a gravidade é a mesma independentemente dos sinais e sintomas, uma vez que se trata, em todos os casos, da isquemia do músculo cardíaco. Deste modo, a classificação de risco referente ao tempo, pode variar entre todos os níveis de prioridade, desde o atendimento imediato, até 240 minutos conforme a preconização do Protocolo de Manchester e a avaliação do profissional.

Em relação à busca por serviços de urgência nos casos referentes ao IAM, é possível constatar que esta se dá majoritariamente devido à dor vivenciada pelo usuário e não por este entender estar experimentando um evento cardíaco grave. Franco *et al.* (2008) e Figueiredo *et al.* (2013) apontam que muitas vezes o retardo na busca por serviços especializados se deu na esperança da redução da dor após repouso ou automedicação.

Em relação a isso, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2009) assevera a importância da abordagem precoce em face da ocorrência do evento em questão, inclusive nos que dizem respeito à dor, uma vez que esta aumenta o consumo de oxigênio pelo miocárdio já isquemiado, o que obviamente traz piora ao quadro.

Todavia, a alta média do *delta T* exposta ratifica a importância de uma classificação eficiente, pois o cliente já chega aos serviços de urgência penalizados pela demora em decidir buscar o atendimento médico. A esse respeito, Mussi *et al.* (2007) alegam que um sistema de atendimento médico-emergencial que não possua recursos humanos adequadamente capacitados pode ser altamente lesivo para os pacientes que sofrem o infarto.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta revisão de literatura permitiu levantar dados que caracterizassem os indivíduos em sofrimento por IAM que chegam aos serviços de urgência. Além disso, foi possível caracterizar os sintomas apresentados por estes, em especial a dor. Esta se mostrou como um importante elemento de análise nos casos de infarto seja por sua presença, intensidade, localização, duração ou por sua ausência.

Em relação a isso, o protocolo de Manchester possui formas amplas para a classificação de risco e priorização nos vários casos de ocorrência da doença. Para tal, se utiliza dos fluxogramas e dos discriminadores que os compõem. Todavia, o mesmo sistema demonstra variações discrepantes para a previsão do primeiro atendimento médico da patologia em questão, dependendo da sua apresentação. Cabe ressaltar, nesses casos, a importância da rápida implementação terapêutica, tendo em vista a melhor sobrevida do cliente.

Por fim, o presente estudo pretendeu fomentar a crítica dos profissionais responsáveis pela classificação de risco segundo o protocolo de Manchester, uma vez que este se apresenta como um documento internacionalmente estabelecido e adequado para respaldar o enfermeiro classificador, entretanto, não está livre de questionamentos, os quais são necessários à sua melhoria e à adaptação para atender à realidade brasileira. Diante disso, se faz necessária a realização de estudo primários que avaliem a eficiência do protocolo de Manchester na priorização nos casos de ocorrência do IAM.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M.; DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão de literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 181- 190, dez 2012.
- AMATO, R. Fisiopatologia e aspectos propedêuticos da dor torácica e cardíaca. *In*: TIMERMAN, A.; CÉSAR, L. A. M. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. **Manual de cardiologia: SOCESP**, São Paulo: Atheneu, 2000, p. 22-5.
- ANZILIERO, F. Emprego do sistema de triagem de Manchester na estratificação de risco: revisão de literatura, 1º ed. Porto Alegre, UFRS, 2011.
- ARAUJO, R. D.; MARQUES, I. R. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, 2007.
- BASTOS, A. S. *et al.* Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidades de emergência. **Revista brasileira de cirurgia cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 27, n. 3, p. 411-418, 2012.
- BELLUCCI Junior, J.A.; MATSUDA, L.M. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar em emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 419 – 428, jul/set 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Linha do cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio na rede de atenção às Urgências, 2011. Disponível em <<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo\\_sindrome\\_coronaria.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_sindrome_coronaria.pdf). 13>> Acesso em 07/11/13.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2048**. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências, Brasília, 5 de novembro de 2012.
- COFEN. **Resolução 423**. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos, Brasília, 9 de abril de 2012.
- FIGUEIREDO, A. E. *et al.* Determinação do tempo de apresentação a emergência de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v. 3, n. 1, p 93-101, jan/abr 2013.
- FRANCO, B. *et al.* Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviço de emergência: implicações para a educação em saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, mai/jun 2008.
- FRANCO, C.O.; SIQUEIRA, J. T. T.; MANSUR, A. J. facial pain of cardiac origin: a case report. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 124, n. 23, p. 163-164, 2006.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação de Risco: classificação de risco na urgência e emergência**. 1º ed. Belo Horizonte: editora Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010. 249 p.

HILGENBERG, P. B. *et al.* Dor orofacial de origem cardíaca: relato de caso. **Revista Dor**, São Paulo, v. 10, n. 2, abr/mai/jun 2009.

LERARIO, A. C. *et al.* Avaliação da prevalência do diabetes e da hiperglicemia de estresse no infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de endocrinologia Metabólica**, v. 2, n. 3, p. 465-472, 2008.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. G. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, out/dez 2008.

MUSSI, F. C.; PASSOS, L. C. S.; MENEZES, A. A.; CARAMELLI, B. Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. **Revista da Associação Médica do Brasil**, São Paulo, v. 53, n.3, p. 234-239, 2007.

NOBRE, M. R. C.; BERNARDO W. M.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências parte I: questões clínicas bem construídas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n.4, p. 445-9, 2003.

NOBRE, M. R. C.; BERNARDO W. M.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências parte II: buscando as evidências em fontes de informação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n.1, p. 104-8, 2004.

NOBRE, M. R. C.; BERNARDO W. M.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências parte III: avaliação crítica das informações de pesquisas clínicas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n.2, p. 221-8, 2004.

OCHIAI, M. E. *et al.* Manifestação atípica da isquemia miocárdica no idoso. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 102, n. 3, p. 31-33, 2014.

PAIM, C. P.; AZZOLIN, K. O.; MORAES, M. A. P. Dor torácica no infarto agudo do miocárdio entre pacientes diabéticos e não diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 77-82, jan/fev 2012.

PINTO JUNIOR, D.; SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, 2012.

RIBEIRO, N. C. A. *et al.* O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45, n.1, p. 146-152, 2011.

SALLUM, A. M. C.; GARCIA, D. M.; SANCHES, M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. esp. 1, p. 150-154, 2012.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA C. A. M; NOBRE M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, mai/jun, 2007.

SILVA, A. P. *et al.* Presença da queixa da dor em pacientes classificados segundo o Protocolo de Manchester. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 3, n. 1, p.507-517, jan/abr, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre o tratamento do Infarto do Agudo do Miocárdio com supradesnível do segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93, n. 6 supl. 2, p. 179-264, 2009.

SOUZA, R. C. S. *et al.* Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto alegre, v.34, n. 3, p. 55-63, 2013.

## APÊNDICE

### Instrumento de Coleta de Dados

<b>Texto</b>
Nome do texto Periódico Base de dado onde foi encontrado ( ) LILACS ( ) SCIELO ( ) MEDLINE ( ) BDNF Ano de publicação Idioma ( ) Português ( ) Inglês ( ) Espanhol ( ) Francês País de publicação Local do estudo Tipo de estudo <b>Amostra</b> Nível de evidência
<b>Autor</b>
Nome do autor principal Titulação e profissão do autor principal Quantidade de autores
<b>Instituição onde se realizou o estudo</b>
( ) UBS ou equivalente ( ) UPA ou equivalente ( ) Hospital ( ) Pública ( ) Particular ( ) Filantrópica Vinculada a instituição de ensino ( ) sim ( ) não ( ) Interior ( ) Capital ( ) Região metropolitana
<b>Usuário</b>
<b>Faixa etária</b> ( ) adultos ( ) pediátricos Sexo ( ) feminino ( ) masculino ( ) rural ( ) cosmopolita <b>Estado civil</b> <b>Atividade</b> <b>IAM prévio</b> ( ) sim ( ) não História cardíaca importante <b>Conhecimento prévio sobre os sintomas</b> ( ) sim ( ) não <b>Encaminhado ao serviço por</b> ( ) SAMU ( ) Serviço de Urgência não público ( ) Particular
<b>Sintomas</b>
Sintoma Inicial Sintoma Principal Sintoma Coadjuvante Situação no início dos sintomas
<b>Dor</b>
Localização Intensidade Instrumento de avaliação Irradiação Duração Característica Fator desencadeante
<b>Correlação com Manchester</b>
<b>Queixa principal</b> <b>Fluxograma</b> <b>Discriminador</b> <b>Prioridade</b> ( ) Emergência/ imediato ( ) Muito Urgente/ 10 min ( ) Urgente/ 60 min ( ) Pouco Urgente/120 min ( ) Não Urgente 240 min