









## Elaboração e validação de subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa com infarto agudo do miocárdio\*

Elaboration and validation of an ICNP® terminology subset for patients with acute myocardial infarction

Elaboración y validación de subconjunto terminológico CIPE® para la persona con infarto agudo del miocardio

### Como citar este artigo:

Passinho RS, Primo CC, Fioresi M, Nóbrega MML, Brandão MAG, Romero WG. Elaboration and validation of an ICNP® terminology subset for patients with acute myocardial infarction. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03442. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018000603442>

-  Renata Soares Passinho<sup>1</sup>
-  Cândida Caniçali Primo<sup>1</sup>
-  Mirian Fioresi<sup>1</sup>
-  Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>2</sup>
-  Marcos Antônio Gomes Brandão<sup>3</sup>
-  Walckiria Garcia Romero<sup>3</sup>

\* Extraído da dissertação: “Subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo infarto agudo do miocárdio”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, 2017.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To elaborate a terminological subset for the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) for patients with acute myocardial infarction using the Activities of Living Model. **Method:** A methodological study which followed the guidelines of the International Nursing Council and was based on theoretical framework of the Activities of Living Model for its elaboration. Content validation was performed by 22 nursing specialists. **Results:** Twenty-two (22) diagnoses and 22 nursing outcomes were elaborated. Of these, 17 nursing diagnosis statements and 17 nursing outcome statements presented Content Validity Index (CVI)  $\geq 0.80$ . Of the 113 elaborated nursing interventions, 42 reached a CVI  $\geq 0.80$ , and 51 interventions made up the terminological subset after the expert suggestions. **Conclusion:** The ICNP® was suitable for use with the Activities of Living Model, having compatible terms with those used in clinical nursing practice, and valid for construction of the terminological subset for patients with acute myocardial infarction and most likely to facilitate clinical nursing judgment.

### DESCRIPTORS

Myocardial Infarction; Nursing Care; Nursing Diagnosis; Classification.

### Autor correspondente:

Renata Soares Passinho  
Universidade Federal do Sul da Bahia, Setor Saúde, Assistência Social e Sustentabilidade  
Campus Sosígenes Costa, BR 367, Km 31  
CEP 45810-000 – Porto Seguro, BA, Brasil  
[renatapassinho@gmail.com](mailto:renatapassinho@gmail.com)

Recebido: 20/01/2018  
Aprovado: 23/08/2018

## INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular tem sido a principal causa de mortalidade no Brasil e no mundo desde a década de 1960, representando percentagem substancial de todas as hospitalizações<sup>(1)</sup>. Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), foram registrados em 2016 no Brasil 107.409 internações e 12.215 óbitos por infarto agudo do miocárdio (IAM)<sup>(2)</sup>. De modo a evitar complicações e a recorrência do infarto, torna-se relevante o monitoramento e a detecção precoce das complicações pelo enfermeiro, do qual se requer conhecimento atualizado sobre avanços tecnológicos e evidências científicas em relação ao cuidado a esse paciente<sup>(3)</sup>, bem como instrumental para a identificação de diagnósticos e estabelecimento de resultados e de intervenções de enfermagem apropriados.

Um dos instrumentais que pode apoiar os enfermeiros no melhor uso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem são os subconjuntos terminológicos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Tais subconjuntos incorporam diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, voltados a grupo específico de clientes, e utilizam os termos e estrutura da CIPE®. Esta é uma linguagem padronizada representativa da prática de enfermagem mundial e promove o adequado uso do processo de enfermagem, expressando-se em competente coleta, armazenamento e análise de dados de enfermagem, resultando no reconhecimento da profissão<sup>(4-5)</sup>.

Como esperado, frente aos benefícios trazidos pelos subconjuntos terminológicos, sua construção e difusão é crescente no cenário mundial. No entanto, até o momento foram desenvolvidos e publicados, pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), sete subconjuntos terminológicos. Ainda não existe subconjunto voltado ao cuidado da pessoa com IAM, mesmo frente ao impacto social das mudanças na vida de pacientes infartados e suas famílias. Assim, o presente estudo explora esta lacuna no conhecimento e propõe um subconjunto terminológico que contribua para a qualidade da atenção integral e para a redução das sequelas da morbidade. Este subconjunto terminológico para a pessoa acometida pelo IAM utilizou um modelo teórico de enfermagem<sup>(6)</sup> como embasamento. O modelo propõe 12 atividades de vida, que são: manter um ambiente seguro; comunicar-se; respirar; comer e beber; eliminar; higiene pessoal e vestir-se; controlar a temperatura do corpo; mobilizar-se; trabalhar e distrair-se; exprimir sexualidade; dormir; e morrer<sup>(6)</sup>.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é elaborar o subconjunto terminológico da CIPE® para a pessoa com IAM utilizando o Modelo de Atividades de Vida.

## MÉTODO

### TIPO DE ESTUDO

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

de diagnósticos/resultados de enfermagem e construção de definições operacionais; 4) Elaboração dos enunciados de intervenções de enfermagem; 5) Validação dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem; e 6) Organização e estruturação do subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo IAM de acordo com o modelo teórico de Roper-Logan-Tierney<sup>(6)</sup>.

### ETAPA 1 – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

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

Foram encontrados 51 artigos na LILACS, 951 na MEDLINE e 185 na CINAHL. Do total de 1.187 artigos, 68 foram excluídos por estarem sem o resumo disponível, assim, 1.119 artigos foram selecionados para a leitura dos resumos. Destes, 33 foram excluídos por estarem repetidos e 964 por não atenderem aos critérios de inclusão, restando 122 artigos (10 com desenho qualitativo e 112 com quantitativo) na revisão integrativa.

### ETAPA 2 – MAPEAMENTO DOS TERMOS IDENTIFICADOS NA REVISÃO COM OS TERMOS DO EIXO FOCO DA CIPE®

Na segunda etapa, os termos relacionados aos sinais, sintomas e complicações do IAM foram manualmente selecionados e digitados em uma planilha no programa Microsoft Office Excel®. No item “Resultados” dos artigos, foram identificados manualmente 95 termos do eixo foco, relacionados a sinais, sintomas e complicações do IAM. Foi realizado o mapeamento cruzado por meio de duas tabelas: uma com os 95 termos da revisão e outra com os termos do eixo foco da CIPE® 2015 e, após serem eliminados sinônimos e repetições, restaram 24 termos do eixo foco constantes na CIPE® e que se relacionavam com os termos da revisão integrativa.

### ETAPA 3 – ELABORAÇÃO DOS ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM E CONSTRUÇÃO DE DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Na terceira etapa, foram elaborados, a partir dos termos identificados, os enunciados de diagnósticos/resultados de

enfermagem levando-se em consideração as recomendações do CIE e da norma ISO 18.104:2014<sup>(7)</sup>. Para a elaboração das definições operacionais dos enunciados construídos, foram percorridas três etapas: revisão de literatura; mapeamento do significado do conceito; e afirmação da definição operacional<sup>(5)</sup>.

#### ETAPA 4 – ELABORAÇÃO DOS ENUNCIADOS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Na quarta etapa, foram elaborados os enunciados de intervenções de enfermagem usando um termo do eixo Ação e um termo Alvo, considerando, também, a norma ISO 18.104:2014<sup>(7)</sup>.

#### ETAPA 5 – VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Na quinta etapa, foi realizada a validação de conteúdo dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem por especialistas. Para selecioná-los utilizou-se dos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, possuir experiência clínica de no mínimo 3 anos nas áreas de urgência/emergência, cardiologia e/ou terapia intensiva e possuir mestrado ou doutorado.

#### DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Para o cálculo do número de especialistas, foi utilizada a seguinte fórmula:  $n = Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p \cdot (1-p) / e^2$ , onde “ $Z^2_{1-\alpha/2}$ ” = nível de confiança adotado; “ $p$ ” = proporção esperada dos especialistas; e “ $e$ ” = diferença de proporção aceitável em relação ao que seria esperado<sup>(8)</sup>. Adotou-se o nível de confiança de 95% ( $Z^2_{1-\alpha/2} = 1,96$ ), com proporção esperada de 85% dos especialistas e um erro amostral de 15%<sup>(9)</sup>, obtendo-se uma amostra ideal de 22 especialistas ( $n = 1,96 \cdot 0,85 \cdot 0,15 / 0,15^2 = 22$ ).

#### COLETA DE DADOS

Foram feitos convites de participação via correio eletrônico a 54 especialistas do Brasil, obtendo-se aceite de 22, aos quais foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Depois dessa etapa, foi encaminhado o *link* do formulário eletrônico para preenchimento, contendo as seguintes informações: caracterização dos enfermeiros, lista dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para IAM.

No instrumento voltado para a validação dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, os especialistas emitiram concordância relativa aos enunciados assinalando com um “x” em uma escala psicométrica do “tipo Likert” contendo “1) Nada pertinente; 2) Pouco pertinente; 3) Muito pertinente; 4) MUITÍSSIMO PERTINENTE”. Além disso, nos casos de discordância, o especialista preencheu sugestões para a escrita do diagnóstico/resultados e

intervenção de enfermagem no que se refere à utilização desses na prática clínica.

#### ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Para a avaliação do grau de concordância entre os especialistas, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), determinado pela soma das concordâncias dos itens “3” e “4”. O IVC é definido na fórmula:  $IVC = \frac{\sum \text{respostas “3” e “4”}}{\sum \text{respostas}}$ . No resultado da validação, levou-se em consideração o ponto de corte  $IVC \geq 0,80$  para o consenso dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem.

Por fim, na sexta etapa foi feita a organização e estruturação do subconjunto terminológico CIPE<sup>®</sup> para a pessoa acometida pelo IAM, baseado no modelo teórico de Roper-Logan-Tierney<sup>(6)</sup>.

Para a elaboração dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, utilizou-se dos termos do Modelo Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup>, os quais foram: 33 termos do eixo “Ação”, 01 termo do eixo “Cliente”, 28 termos do eixo “Foco” (incluem-se os 24 termos do eixo foco relacionados aos sinais, sintomas e complicações do IAM que foram encontrados na revisão integrativa da literatura), 05 termos do eixo “Julgamento”; 05 termos do eixo “Meios”, 04 termos do eixo “Localização” e 02 termos do eixo “Tempo”, e aplicaram-se 12 termos não constantes na CIPE<sup>®</sup>. Desses termos, foram elaborados 22 enunciados de diagnósticos e 22 enunciados de resultados de enfermagem, em seguida foram construídas as definições operacionais para todos os enunciados, e, a partir daí, foram construídas 113 intervenções de enfermagem.

#### ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho foi realizado de acordo com as normas da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em 30 de março de 2016, sob o parecer n.º 1.471.367.

#### RESULTADOS

Depois do processo de validação de conteúdo que considerou como validados os enunciados que obtiveram um  $IVC \geq 0,80$ , as recomendações e as sugestões recebidas dos especialistas resultaram em 17 enunciados de diagnósticos, 17 resultados de enfermagem e 51 enunciados únicos de intervenções de enfermagem (há redundância em 15 ocorrências) validados.

A incorporação dos enunciados no subconjunto terminológico CIPE<sup>®</sup> foi distribuído por atividades de vida, conforme o modelo teórico adotado<sup>(6)</sup>, e foi organizado por ordem alfabética, de acordo com as recomendações do CIE para apresentação de Subconjuntos terminológicos CIPE<sup>®</sup> (Quadro 1).

**Quadro 1** – Distribuição dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® organizados segundo as atividades de vida da Teoria de Roper-Logan-Tierney<sup>(6)</sup> – Vitória, ES, Brasil, 2017.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>1) Atividade de vida: manter um ambiente seguro</b>		
Desmaio	Desmaio ausente	1. Acompanhar durante a mobilização no leito e/ou deambulação 2. Aconselhar a não ficar em posição ortostática sem auxílio dos profissionais de enfermagem e/ou acompanhantes 3. Aconselhar o acompanhante a comunicar qualquer alteração sensorial 4. Manter seguro no leito por meio da elevação das grades de proteção 5. Garantir a permeabilidade das vias aéreas durante a ocorrência do desmaio
<b>2) Atividade de vida: comunicar-se</b>		
Confusão	Confusão ausente	6. Avaliar o risco de quedas 7. Avaliar o nível de consciência 8. Manter seguro no leito por meio da elevação das grades de proteção
<b>3) Atividade de vida: respirar</b>		
Arritmia	Arritmia ausente	9. Auscultar as bulhas cardíacas 10. Avaliar a pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 11. Avaliar o nível de consciência 12. Avaliar o ritmo cardíaco mostrado no monitor multiparamétrico 13. Manter as vias aéreas pérvias 14. Monitorar a ocorrência de arritmias e instabilidade hemodinâmica 15. Monitorar sinais e sintomas de baixo débito cardíaco (alteração do nível de consciência, hipotensão ou choque, congestão pulmonar e dor torácica anginosa) 16. Puncionar acesso intravenoso 17. Realizar eletrocardiograma de 12 derivações no leito
Débito cardíaco prejudicado	Débito cardíaco adequado	18. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades 19. Avaliar a pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 20. Avaliar o nível de consciência 21. Investigar a presença de dor torácica 22. Manter a cabeceira do leito elevada de 30° a 45° 23. Realizar balanço hídrico
Dispneia	Dispneia ausente	24. Auscultar os sons respiratórios 25. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades 26. Avaliar a pressão arterial, ritmo e frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 27. Instalar oxigenoterapia, conforme necessidade 28. Manter a cabeceira do leito elevada de 30° a 45° 29. Manter as vias aéreas pérvias
Dor irradiada	Dor irradiada ausente	30. Avaliar a intensidade, localização e o tempo da dor 31. Avaliar pressão arterial, ritmo, frequência cardíaca, frequência de pulso e a frequência e profundidade das respirações 32. Investigar a satisfação com o controle medicamentoso da dor
Dor no peito	Dor ausente no peito	33. Avaliar resposta da dor (escala de dor) após uso do analgésico. 34. Investigar a satisfação com o controle medicamentoso da dor 35. Investigar atitude em relação à dor 36. Manter a cabeceira do leito elevada de 30° a 45° 37. Manter o ambiente calmo e tranquilo 38. Realizar eletrocardiograma de 12 derivações no leito

continua...

...continuação

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Parada cardiorrespiratória	Parada cardiorrespiratória ausente	39. Iniciar a ressuscitação cardiopulmonar precoce
Perfusão tissular periférica prejudicada	Perfusão tissular periférica adequada	40. Avaliar a coloração e temperatura das extremidades
		41. Instalar oxigenoterapia, conforme necessidade
		42. Monitorar a saturação de oxigênio
		43. Monitorar enchimento capilar
<b>4) Atividade de vida: comer e beber</b>		
Náusea	Náusea ausente	44. Avaliar controle da náusea
		45. Auxiliar na realização da higiene oral
<b>5) Atividade de vida: eliminar</b>		
Função renal prejudicada	Função renal adequada	46. Avaliar condição geniturinária
		47. Instalar cateter urinário, se necessário
		48. Realizar balanço hídrico
<b>6) Atividade de vida: higiene pessoal e vestir-se</b>		
Capacidade para executar o autocuidado prejudicada	Capacidade para executar o autocuidado adequada	49. Avaliar capacidade para tomar banho
		50. Auxiliar durante a troca de roupas
		51. Auxiliar na higiene corporal e oral
		52. Estimular mobilidade na cama
		53. Facilitar a capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
<b>7) Atividade de vida: controlar a temperatura do corpo</b>		
<b>8) Atividade de vida: mobilizar-se</b>		
Fadiga	Fadiga ausente	54. Investigar as causas da fadiga
		55. Manter o ambiente sem estímulos luminosos, sonoros e olfativos de grande intensidade
		56. Solicitar avaliação do serviço de fisioterapia
<b>9) Atividade de vida: trabalhar e distrair-se</b>		
Ansiedade	Ansiedade ausente	57. Solicitar avaliação do serviço de psicologia
		58. Facilitar a capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
Emoção negativa	Emoção negativa ausente	59. Solicitar avaliação do serviço de psicologia
<b>10) Atividade de vida: exprimir sexualidade</b>		
<b>11) Atividade de vida: dormir</b>		
Insônia	Insônia ausente	60. Agrupar os horários para os procedimentos de enfermagem, evitando a interrupção do sono noturno
		61. Instruir sobre a importância do sono noturno para sua recuperação
		62. Manter o ambiente sem estímulos luminosos, sonoros e olfativos de grande intensidade
		63. Proporcionar conforto no leito
<b>12) Atividade de vida: morrer</b>		
Medo da morte	Medo da morte ausente	64. Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado
		65. Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos
		66. Promover uma escuta ativa

## DISCUSSÃO

O modelo teórico de enfermagem adotado neste estudo enfatiza que o doente tem a necessidade de continuar a viver, com sua individualidade e particularidades, durante a recepção dos cuidados de enfermagem<sup>(6)</sup>. Dessa forma, mesmo diante de uma situação com risco iminente de morte, como é enquadrado o infarto agudo do miocárdio, as necessidades

relacionadas à vida da pessoa acometida pela doença continuarão a existir, e, portanto, a enfermagem deve intervir de forma a contemplar os conceitos que caracterizam o fenômeno complexo do viver. São eles: atividades de vida; duração da vida; *continuum* dependência/independência; fatores que influenciam as atividades de vida; e individualidade de vida<sup>(6)</sup>.

As atividades de vida resumem-se à descrição relatada por grande parte das pessoas sobre o que é “o viver”. São atividades

realizadas, na maioria das vezes, de maneira inconsciente e sem intenção. São elas: manter um ambiente seguro; comunicar-se; respirar, comer e beber; eliminar; higiene pessoal e vestir-se; controlar a temperatura do corpo; mobilizar-se; trabalhar e distrair-se; exprimir sexualidade; dormir; e morrer<sup>(6)</sup>.

O subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo IAM pode ser considerado uma tecnologia de enfermagem que apresenta enunciados validados de diagnósticos, de resultados e de intervenções referentes a 10 das 12 atividades de vida do modelo teórico adotado<sup>(6)</sup>. Os enfermeiros participantes considerados especialistas na área de cuidado ao paciente crítico (urgência/emergência, cardiologia e terapia intensiva) validaram 17 dos 22 diagnósticos e dos 22 resultados submetidos à avaliação; e 42 das 113 intervenções propostas. Os peritos, além disso, sugeriram nove intervenções de enfermagem para compor o subconjunto terminológico. Ao final, o subconjunto terminológico CIPE® para a pessoa acometida pelo IAM foi composto de 17 enunciados de diagnósticos, 17 enunciados de resultados e 51 enunciados de intervenções de enfermagem.

É importante ressaltar, no que se refere à validação dos enunciados das intervenções de enfermagem propostos, que variações entre as opiniões dos especialistas não são raras. Os desafios para atingir a concordância são expressos na literatura pela dificuldade de consenso sobre o que considerar na definição do perfil dos especialistas (experiência clínica, conhecimento, outras variáveis<sup>(8)</sup>). No estudo, níveis diferentes de entendimento do constructo central do modelo (atividades de vida) podem ter interferido nas opiniões dos participantes frente à proposta original produzida pelos pesquisadores.

Entretanto, o produto deste trabalho buscou estabelecer proximidade com a realidade clínica das situações experimentadas por enfermeiros que lidam com pessoas com IAM. Entende-se que o mencionado aspecto converge com a finalidade de usabilidade de uma tecnologia e favorece o caráter instrumental do protocolo alinhado ao Processo de Enfermagem. O uso de uma taxonomia na prática profissional, a CIPE®, tende a facilitar o registro de enfermagem, tornando o cuidado mais ágil e preciso, reduzindo o tempo gasto entre o início dos sinais e sintomas até a prestação dos cuidados de enfermagem específicos para a pessoa com IAM<sup>(9-10)</sup>. Também, os sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem (SLP) contribuem para a construção do conhecimento da disciplina, na formação do raciocínio dos enfermeiros e na prática clínica da profissão. A utilização dos SLP exige que seu principal propósito esteja no estudo dos fenômenos de interesse para a disciplina de enfermagem<sup>(11)</sup>.

Como dimensão operacional essencial ao processo de enfermagem, o subconjunto proposto tanto possui a especificidade clínica da linguagem padronizada quanto abarca a amplitude do modelo de enfermagem, utilizado como referencial dos fenômenos e intervenções.

No que tange à primeira categoria de atividade de vida, “manutenção de um ambiente seguro”, ressalta-se que existem riscos potenciais que comprometem a segurança do ambiente da pessoa com IAM, destacando-se sinais e sintomas inespecíficos, como a síncope e a vertigem postural, pois, à medida que a contração cardíaca torna-se ineficaz,

ocorre a redução do débito cardíaco, resultando em má perfusão cerebral com inadequado nível de consciência, e, conseqüentemente, em confusão mental. Isso expõe o indivíduo a riscos, como traumas por queda e obstrução de vias aéreas devido ao relaxamento da língua<sup>(6,12)</sup>. Pelo mesmo motivo, a segunda atividade de vida, “comunicar”, contida na forma de linguagem verbal (capacidade cognitiva, falar, ouvir, ler e escrever), pode estar comprometida.

O embasamento teórico<sup>(6)</sup> reconhece na terceira atividade de vida – “respirar” – a conexão respiratório-cardiovascular do nosso organismo, sendo que a dor no peito, a dispneia, as arritmias, o choque cardiogênico, o edema agudo de pulmão e a parada cardiorrespiratória são associados a essa atividade de vida. Tais sinais e sintomas envolvem o estímulo do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) simpático (taquicardia, sudorese e hipertensão) e parassimpático (bradicardia), além da hipoperfusão tecidual decorrente do choque cardiogênico (hipotensão arterial, vasoconstrição periférica, sudorese, palidez, cianose e confusão mental). O sintoma mais comum do IAM é a dor no peito, que ocorre devido à estimulação de terminações nervosas pelo ácido láctico e dióxido de carbono que se acumulam no tecido isquêmico<sup>(12)</sup>. Destaca-se também a irradiação da dor isquêmica visceral cardíaca (estômago, dorso, membros superiores, maxilar, mandíbula e dentes) por meio do estímulo de terminações nervosas aferentes localizadas no miocárdio e nos vasos coronarianos<sup>(13)</sup>.

Na pessoa acometida pelo IAM, a atividade de vida “comer e beber” pode ter relações com fatores biológicos ligados a dores advindas da irradiação da isquemia miocárdica no estômago e maxilar, além das náuseas, vômitos, pirose, eructação e dispepsia, ou seja, sintomas digestivos como apresentação atípica da doença geralmente estão presentes<sup>(14)</sup>. O modelo teórico adotado afirma que as atividades de vida estão relacionadas umas às outras e sofrem influências de fatores ambientais, socioculturais, psicológicos, biológicos e político-econômicos<sup>(6)</sup>. A indicação de diagnósticos e resultados apenas ligados ao fenômeno relacionado à queixa de náusea pode indicar a necessidade de ampliar a perspectiva dos enfermeiros para além dos fatores exclusivamente biológicos da atividade de comer e beber em pessoas acometidas pelo IAM, como, por exemplo: as influências socioculturais e econômicas nos hábitos alimentares e os impactos psicológicos de restrições dietéticas sobre o indivíduo.

“Eliminar” seria a quinta atividade de vida afetada durante o IAM, nela destacam-se fatores biológicos comprometidos das eliminações urinária e fecal decorrentes da hipoperfusão renal e da mucosa intestinal causadas pelo choque cardiogênico<sup>(15-16)</sup>. As conseqüências relacionadas aos fatores sociais que essa mudança ocasiona são esperadas, colocando a necessidade de um pensamento integral a respeito da saúde do indivíduo com IAM.

A sexta atividade de vida, “higiene pessoal e vestir-se”, refere-se aos hábitos da higiene diária da pele<sup>(6)</sup>. Na pessoa acometida pelo IAM, poderá ocorrer a diminuição da capacidade de realização das atividades diárias relacionadas ao autocuidado devido ao comprometimento cardiorrespiratório causado pela doença. Além disso, alguns sinais e sintomas da isquemia miocárdica e do choque cardiogênico podem causar desconforto físico relacionado às condições da umidade da

pele e da capacidade de se higienizar advinda da dor irradiada da isquemia (diaforese e dor ou desconforto no braço).

No que se refere à oitava atividade de vida, “mobilizar-se”, é importante salientar que todo comportamento associado às atividades de vida implica movimento. Esses movimentos estão relacionados à prática de atividades físicas, à ergonomia, ao equilíbrio e à saúde do sistema musculoesquelético<sup>(6,11)</sup>. O IAM é uma doença que interfere no sistema musculoesquelético e em suas vias associadas e que compromete a capacidade de um indivíduo mobilizar-se adequadamente, sobretudo em decorrência dos sinais, sintomas e complicações associados a essa doença, como fadiga, fraqueza, tremor e intolerância à atividade. Alguns estudos evidenciaram a manifestação de cansaço extremo, fadiga física e mental e repercussões na qualidade de vida da pessoa acometida pelo IAM<sup>(17-19)</sup>.

O IAM também altera a atividade de vida “trabalhar e distrair-se” impactando momentos de “não trabalho” do indivíduo (distração), envolvendo atividades ligadas ao lazer, descontração, diversão, exercício e férias<sup>(6)</sup>. Sinais e sintomas inespecíficos e de caráter emocional podem se manifestar nos pródromos da doença, na fase aguda ou após o estabelecimento da lesão miocárdica e repercutir na capacidade do indivíduo trabalhar e/ou se distrair. Entre eles, citam-se: inquietação, ansiedade, estresse, angústia, desesperança, má adaptação, insegurança, desespero, frustração, isolamento social, culpa e tristeza<sup>(20-22)</sup>.

“Dormir” é outra categoria de atividade de vida comprometida na pessoa acometida pelo IAM. A associação entre a insônia e a doença cardiovascular é crescente<sup>(22-23)</sup>, e verificou-se que práticas de higiene do sono e modificações ambientais durante a internação dos acometidos pela isquemia miocárdica reduziram a incidência de arritmia pós-IAM<sup>(24-25)</sup>, quando combinadas a outros tratamentos.

A décima segunda atividade de vida – “morrer” – envolve inúmeras reações emocionais, como descrença, desespero, raiva, negação, vergonha, culpa, ressentimento, medo, ansiedade e depressão. Essa atividade tem total relação com um dos conceitos de “duração da vida”<sup>(6)</sup>. No modelo teórico, a duração da vida é representada por uma linha unidirecional que vai do nascimento até a morte<sup>(6)</sup>. O medo é relatado pelas pessoas que passaram pela experiência do IAM como uma “constante companhia”<sup>(17)</sup>.

Duas das 12 atividades de vida (controlar a temperatura do corpo e exprimir sexualidade) não foram contempladas no subconjunto terminológico CIPE<sup>®</sup> devido aos valores alcançados no IVC serem menores que 0,80. Com isso, não foram validados os diagnósticos de “termorregulação prejudicada” e “processo sexual prejudicado”.

A sétima atividade de vida, “controlar a temperatura do corpo”, é relacionada tanto ao controle térmico quanto às percepções térmicas. A sensação de calor é um sintoma com alta probabilidade de ocorrência, ainda que atípico, na pessoa acometida pelo IAM, sendo também um equivalente não doloroso da isquemia<sup>(7,26)</sup>. Já a pele fria é característica do choque cardiogênico<sup>(12)</sup>. Também, aumentos na temperatura de até 102 °F (38,9 °C) de origem não infecciosa têm sido relacionados a algumas condições mórbidas, entre elas o IAM<sup>(26)</sup>.

A décima atividade de vida, “exprimir sexualidade”, tem papel central nos relacionamentos humanos, porém, as

consequências de um infarto do miocárdio podem comprometer as atividades sexuais ao gerar disfunção sexual associada às reações emocionais e sociais advindas da doença e do tratamento medicamentoso<sup>(27)</sup>. Depois de um evento cardíaco, poucos pacientes retornam normalmente às suas atividades sexuais com a mesma frequência ou intensidade, e alguns sequer a retomam<sup>(17)</sup>. Desse modo, é importante ressaltar que a não validação de fenômenos ligados a essa atividade de vida pode ser explicada pela valorização do cuidado das necessidades humanas relacionadas à dimensão biológica em detrimento das de caráter emocional e/ou psicossocial. Tal aspecto converge para a evidência de que a discussão com os pacientes sobre a função sexual, suas dificuldades, medos e ansiedade raramente é notada na prática<sup>(17)</sup>. Somam-se a isso a não valorização da menor frequência de manifestação do sintoma “sensação de calor” e da disfunção sexual como complicação após a isquemia miocárdica<sup>(17,27)</sup>.

A não validação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem pelos especialistas deve ser interpretada à luz do valor do efeito da sabedoria coletiva (*wisdom of crowds effect*)<sup>(28)</sup>. A virtude do efeito da sabedoria coletiva é o de reconhecer que a opinião de um grupo é melhor do que a opinião individual, já que esta pode ser excessivamente enviesada para uma estimativa inicial, inclinada para informações mais disponíveis ou emocionalmente interessantes ou possuir outros vieses. Logo, a consideração do IVC torna-se uma medida relevante para estimar esse efeito e tirar proveito da experiência de especialistas. Por outro lado, quando a questão é posta em termos de evidência, a opinião de especialistas localiza-se no menor nível de evidência<sup>(29)</sup>. Isso coloca relevância na revisão integrativa da literatura produzida na terceira etapa do estudo.

Como limitação deste estudo, cita-se o foco dos especialistas na dimensão biológica durante o cuidado ao paciente infartado, característico do perfil dos profissionais atuantes nos serviços de urgência e emergência, em detrimento das demais dimensões humanas. Tal fato compromete a prestação de um cuidado de enfermagem integral a essa clientela. A segunda limitação refere-se ao desconhecimento dos enfermeiros brasileiros a respeito do modelo teórico escolhido no estudo, o que comprometeu a não validação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem relevantes para o cuidado à pessoa acometida pelo IAM.

## CONCLUSÃO

O subconjunto terminológico da CIPE<sup>®</sup> elaborado apresentou termos que foram validados pelos enfermeiros especialistas, e que, diante disso, mostraram-se compatíveis com os utilizados na prática clínica do enfermeiro. Portanto, ele pode auxiliar no pensamento crítico e na tomada de decisões que irão contribuir para a assistência de enfermagem de qualidade e para a aplicação de terminologias de linguagem especializadas direcionadas ao cuidado da pessoa acometida pelo IAM.

A CIPE<sup>®</sup> mostrou-se adequada para uso com o Modelo de Atividades de Vida, pois possui termos compatíveis com os utilizados na prática clínica do enfermeiro, sendo válida para a construção do subconjunto terminológico para a pessoa com IAM e provavelmente para a facilitação do julgamento clínico de enfermagem.

**RESUMO**

**Objetivo:** Elaborar o subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para a pessoa com infarto agudo do miocárdio, utilizando o Modelo de Atividades de Vida. **Método:** Estudo metodológico, que seguiu as orientações do Conselho Internacional de Enfermeiros e teve como base teórica o Modelo de Atividades de Vida para a sua elaboração. A validação de conteúdo foi realizada por 22 enfermeiros especialistas. **Resultados:** Foram elaborados 22 diagnósticos e 22 resultados de enfermagem. Destes, apresentaram Índice de Validade de Conteúdo (IVC)  $\geq 0,80$  17 enunciados de diagnósticos e 17 resultados de enfermagem. Das 113 intervenções de enfermagem elaboradas, 42 alcançaram IVC  $\geq 0,80$ , e, após sugestões dos especialistas, 51 intervenções compuseram o subconjunto terminológico. **Conclusão:** A CIPE® mostrou-se adequada para uso com o Modelo de Atividades de Vida possuindo termos compatíveis com os utilizados na prática clínica do enfermeiro, sendo válida para a construção do subconjunto terminológico para a pessoa com infarto agudo do miocárdio e provavelmente para a facilitação do julgamento clínico de enfermagem.

**DESCRITORES**

Infarto do Miocárdio; Cuidados de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Classificação.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Elaborar el subconjunto terminológico de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE®) para la persona con infarto agudo del miocardio, utilizando el Modelo de Actividades de Vida. **Método:** Estudio metodológico, que siguió las orientaciones del Consejo Internacional de Enfermeros y tuvo como base teórica el Modelo de Actividades de Vida para su elaboración. La validación de contenido fue realizada por 22 enfermeros expertos. **Resultados:** Fueron elaborados 22 diagnósticos y 22 resultados de enfermería. De esos, 17 enunciados de diagnósticos y 17 resultados de enfermería presentaron Índice de Validez de Contenido (IVC)  $\geq 0,80$ . De las 113 intervenciones enfermeras diseñadas, 42 alcanzaron IVC  $\geq 0,80$  y, después de sugerencias de los expertos, 51 intervenciones compusieron el subconjunto terminológico. **Conclusión:** La CIPE® se mostró adecuada para empleo con el Modelo de Actividades de Vida, contando con términos compatibles con los utilizados en la práctica clínica enfermera, siendo válido para la construcción del subconjunto terminológico para la persona con infarto agudo del miocardio y probablemente para la facilitación del juicio clínico enfermero.

**DESCRIPTORES**

Infarto del Miocardio; Atención de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Clasificación.

**REFERÊNCIAS**

- Ribeiro AL, Duncan BB, Brant LC, Lotufo PA, Mill JG, Barreto SM. Cardiovascular health in Brazil: trends and perspectives. *Circulation*. 2016;133(4):422-33. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.008727
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde: morbidade hospitalar do SUS - por local de internação [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2017 maio 5]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
- Serrano-Martínez M, San Julián-Aranguren B, Ezpeleta-Iturralde I, Madoz-Zubilaga E, Urbina-Goñj MJ, Irala-Estevez J. Primary care nursing of coronary patients and reduction of re-infarction risk: a nested case-control study. *Public Health*. 2005;119(2):112-7.
- Garcia TR, Nobrega MML. The International Classification for Nursing Practice: participation of Brazilian nurses in the project of the International Council of Nurses. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2017 May 5];22(n.spe):875-9. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/en\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/en_06.pdf)
- Garcia TR, Bartz CC, Coenen AM. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: Garcia TR. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® aplicado à realidade brasileira*. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 24-39.
- Roper N, Logan WW, Tierney AJ. O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney: baseado nas atividades de vida diária. Lisboa: CLIMEPSI; 2001.
- International Organization for Standardization. ISO 18104: health informatics: categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems [Internet]. Geneva: ISO; 2014 [cited 2015 Nov 20]. Available from: [http://www.iso.org/iso/iso\\_catalogue/catalogue\\_tc/catalogue\\_detail.htm?csnumber=59431](http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=59431)
- Lopes MV, Silva VM, Araujo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs Knowl*. 2012;23(3):134-9. DOI: 10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x
- Veríssimo RCSS, Marin HF. Documentation system prototype for postpartum nursing. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(2):108-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200002>
- Piegas LS, Timmerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardio* [Internet]. 2015 [citado 2017 maio 5];105(2 Suppl 1):1-121. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02\\_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf)
- Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(n.spe):134-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700017>
- Aehlert B. ACLS, Advanced Cardiac Life Support. Emergências em Cardiologia: suporte avançado de vida em cardiologia. Um guia para estudo. 4th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
- Pereira JMV, Cavalcanti ACD, Santana RF, Cassiano KM, Queluci GC, Guimarães TCF. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. *Esc Anna Nery*. 2011;15(4):737-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400012>.
- Grosmaître P, Le Vasseur O, Yachouh E, Courtial Y, Jacob X, Meyran S, et al. Significance of atypical symptoms for the diagnosis and management of myocardial infarction in elderly patients admitted to emergency departments. *Arch Cardiovasc Dis*. 2013;106(11):586-92. DOI: 10.1016/j.acvd.2013.04.010



15. Bernoche C, Kopel L, Geisler LN, Lopes D, Frota M, Macatrão-Costa, Lage S. Atualização do manejo clínico do choque cardiogênico. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo*. 2016;26(1):14-20.
16. Nozari Y, Geraiely B. Correlation between the serum levels of uric acid and HS-CRP with the occurrence of early systolic failure of left ventricle following acute myocardial infarction. *Acta Med Iran [Internet]*. 2011 [cited 2017 Aug 21];49(8):531-5. Available from: <http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/3790>
17. DeVon HA, Ryan CJ, Rankin SH, Cooper BA. Classifying subgroups of patients with symptoms of acute coronary syndromes: a cluster analysis. *Res Nurs Health*. 2010;33(5):386-97. DOI: 10.1002/nur.20395
18. Andersson EK, Borglin G, Wilman A. The experience of younger adults following myocardial infarction. *Qual Health Res*. 2013;23(6):762-72. DOI: 10.1177/1049732313482049
19. Dodson JA, Arnold SV, Reid KJ, Gill TM, Rich MW, Masoudi FA, et al. Physical function and independence 1 year after myocardial infarction: observations from the Translational Research Investigating Underlying disparities in recovery from acute myocardial infarction: patients' health status registry. *Am Heart J*. 2012;163(5):790-6. DOI: 10.1016/j.ahj.2012.02.024
20. Levine DA, Davydow DS, Hough CL, Langa KM, Rogers MA, Iwashyna TJ, et al. Functional disability and cognitive impairment after hospitalization for myocardial infarction and stroke. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2014;7(6):863-71. DOI: 10.1161/HCQ.0000000000000008
21. Lemos C, Gottschall CAM, Pellanda LC, Muller M. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. *Psic Teor Pesq*. 2008;24(4):471-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722008000400010>
22. Iles-Smith H, Deaton C, Campbell M, Mercer C, McGowan L. The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention. *J Clin Nurs*. 2017;26(21-22):3511-8. DOI: 10.1111/jocn.13715
23. Jonge P, Zuidersma M, Bültmann U. The presence of a depressive episode predicts lower return to work rate after myocardial infarction. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(4):363-7. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2014.03.006
24. Laks J, Teles LL. Insônia e doença cardiovascular: marcadores inflamatórios e risco aumentado de cardiopatias. *J Bras Med [Internet]*. 2014 [citado 2017 ago. 25];102(2):15-9. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n2/a4190.pdf>
25. Andrechuk CR, Ceolim MF. Sleep quality and adverse outcomes for patients with acute myocardial infarction. *J Clin Nurs*. 2016;25(1-2):223-30. DOI: 10.1111/jocn.13051
26. Cunha B. Clinical approach to fever in the neurosurgical intensive care unit: focus on drug fever. *Surg Neurol Int*. 2013;4(Suppl 5):S318-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/2152-7806.111432>
27. Andre FS, Maria VLR. Sexuality of postinfarction patients: diagnosis, results and nursing interventions. *J Clin Nurs*. 2014;23(15-16):2101-09. DOI: 10.1111/jocn.12345
28. Budescu DV, Chen E. Identifying expertise to extract the wisdom of crowds. *Manage Sci*. 2015;61(2):267-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1287/mnsc.2014.1909>
29. Marshall J. Linking research to practice: the rise of evidence-based health sciences librarianship. *J Med Libr Assoc*. 2014;102(1):14-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.3163/1536-5050.102.1.005>

