

Meire Chucre Tannure

**Banco de termos da linguagem especial de Enfermagem
para Unidade de Terapia Intensiva de adultos**

Belo Horizonte – MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2008

Meire Chucre Tannure

**Banco de termos da linguagem especial de Enfermagem
para Unidade de Terapia Intensiva de adultos**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Tânia Couto M. Chianca
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte – MG
Escola de Enfermagem da UFMG

2008

Tannure, Meire Chucre.
T166m Banco de termos da linguagem especial de Enfermagem para
Unidade de Terapia Intensiva de adultos [manuscrito]. / Meire Chucre
Tannure. - - Belo Horizonte: 2008.
92f.: il.

Orientador: Tânia C. M. Chianca.
Área de concentração: Ciências da Saúde.
Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e na Enfermagem.
Dissertação (mestrado) : Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem.

1. Enfermagem/classificação. 2. Registros de enfermagem. 3. Cuidados
de enfermagem/métodos. 4. Unidades de terapia intensiva. 5. Dissertações
acadêmicas. I. Chianca, Tânia C. M. II. Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM : WY 100



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada “Banco de termos da linguagem especial de Enfermagem para Unidade de Terapia Intensiva de adultos”, de autoria da mestranda Meire Chucre Tannure, aprovada pela banca examinadora constituída pelas seguintes professoras:

Profª Drª Tânia Couto Machado Chianca - UFMG - Orientadora

Profª Drª Telma Ribeiro Garcia - UFPB

Profª Drª Roseni Rosângel de Sena - UFMG

Profª Drª Cláudia Maria de Mattos Penna
Coordenadora, em exercício, do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da
UFMG

Belo Horizonte, 8 de fevereiro de 2008

Av. Professor Alfredo Balena, 190 - Belo Horizonte, MG - 30130-100 - Brasil - tel.:
(031)3134099836 - fax: (31) 34099853

Dedico esta dissertação aos **meus amados pais**, por terem me dado a oportunidade de nascer, de crescer e de estudar e, assim, poder percorrer o caminho da verdade, da ciência e do amor.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, meu Bom e Melhor Amigo, por ter me dado a vida e o dom de cuidar de pessoas;

Aos meus amados irmãos, **Glaysom, Mayra e Maurício**, por serem meus amigos nas horas incertas, meus parceiros de aventuras, e por me darem sobrinhos tão lindos que enchem a minha vida de alegria;

Ao **Guilherme**, meu amor, por me incentivar a crescer e me apoiar nos momentos mais difíceis, ajudando-me a continuar olhando para o céu;

À **Dr.^a Tânia Couto Machado Chianca**, minha querida mestra, por partilhar comigo seus conhecimentos, por acreditar e por cuidar de mim com tanto zelo e imenso carinho;

À **Dr.^a Telma Ribeiro Garcia**, por sua disponibilidade, constante atenção e grande apoio;

A todos os meus familiares, por me apoiarem e por entenderem as ausências ao longo de toda esta etapa;

Às minhas **amigas e meus amigos do peito**, por cada sorriso e cada abraço, ingredientes fundamentais na concretização deste sonho;

Aos amigos **do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Sistematizar o Cuidar em Enfermagem - UFMG**, por serem meus “anjinhos da guarda” e terem me auxiliado tanto na elaboração desta dissertação;

À **Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais**, por me possibilitar horas para me dedicar à análise dos resultados da pesquisa, e, em especial, ao Colegiado e aos professores da Escola de Enfermagem, por confiarem a mim o ensino e a extensão e me ajudarem nos momentos em que o passo já não acompanhava o compasso;

À **Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais** por me acolher como aluna e a todos os **colegas do Mestrado** por terem me ajudado a percorrer essa trajetória;

Ao **Hospital Evangélico de Belo Horizonte**, por ter me permitido utilizar dados tão preciosos, e, em especial, à enfermeira e amiga **Ana Maria Pinheiro Gonçalves**, Coordenadora de Enfermagem da UTI adulto, ao **Sr. Sérgio**, do SAME, e à equipe de **enfermeiros da UTI adulto**;

Aos **alunos e pacientes**, por partilharem comigo as suas dificuldades, suas dores e suas conquistas, motivando-me a buscar novos conhecimentos e a manter acesa a esperança de vivermos dias melhores.

Espera

Pe Fábio de Melo, SCJ/ Robson Júnior

*Sou fraco quando não vejo quem sou
e entrego os pontos antes de lutar.
Mas sou forte quando vejo, nos que amo
e que me amam,
que não deixam à batalha ser entregue,
se ainda tenho forças pra lutar.*

*Sou fraco quando escondo a minha dor
e desisto, antes mesmo de tentar.
Mas sou forte quando ergo a minha cruz
e sigo a luz
de mil olhares me dizendo com seu brilho:
estamos prontos pra ajudar.*

*Quando o meu coração,
rendido à dor, desacredita que pode lutar,
que o tempo da coragem no passado se escondeu
e o fracasso agora é certo e não há nada que se possa mais fazer,*

*Vem outro coração,
olha em meus olhos, me convence que não é o fim.
Se a vida fechou portas, outras novas vão se abrir.
E até mesmo o soldado de coragem tem direito de ter medo
e de chorar.*

*Chora meu coração,
quem foi que disse que chorar te tornará menor?
A dor que agora choras cedo ou tarde florirá,
pois, a dor é uma semestrela de alegria que não tardará brotar!*

RESUMO

TANNURE, M.C. *Banco de termos da linguagem especial de Enfermagem para Unidade de Terapia Intensiva de adultos*. 2008. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

O novo cenário decorrente da globalização tem gerado a necessidade de reorganização da assistência prestada aos pacientes e a utilização de linguagem compreensível aos membros da equipe de Enfermagem, o que pode ser alcançado com o uso de sistemas de classificação. Entretanto, desconhece-se a existência de uma classificação de Enfermagem específica para UTI, embora exista o interesse do Conselho Internacional de Enfermagem de recolher e codificar termos utilizados pela Enfermagem em áreas específicas, a fim de serem criados catálogos da CIPE[®] para essas áreas. O objetivo geral deste trabalho é construir um banco de termos da linguagem especial da Enfermagem para UTI adulto e os objetivos específicos são identificar termos empregados por enfermeiros nos registros de prontuários de uma UTI adulto, mapear os termos identificados nos prontuários com os constantes na CIPE[®]-Versão 1.0 e classificar os termos identificados como não constantes na CIPE[®]-Versão 1.0 segundo os sete eixos da classificação. Trata-se de um estudo descritivo para o qual foram coletados 164.016 termos de 102 prontuários preenchidos por enfermeiros de uma UTI de Belo Horizonte. Na construção do *corpus* de análise, os termos extraídos foram submetidos a exclusão de repetições, correções ortográficas, análise de sinonímia, adequação de tempos verbais, uniformização de gêneros e exclusão de expressões pseudoterminológicas e de outros termos, por serem características de termos presentes nos sete eixos da CIPE[®]-Versão 1.0. Após esses procedimentos foram obtidos 1.225 termos. Foi realizado o mapeamento cruzado destes com os termos da CIPE[®], obtendo-se 1.013 termos não constantes na classificação. Identificou-se nesta listagem a presença de termos médicos que foram excluídos, termos relacionados a medicamentos que foram reorganizados em classes farmacológicas e termos que representavam características específicas de termos constantes na classificação, que também foram excluídos. Após essas ações foram identificados 545 termos não constantes na CIPE[®]-Versão 1.0 que foram classificados de acordo com o modelo de sete eixos. Obteve-se a categorização de 156 termos (28,6%) no eixo foco; 77 (14,1%) no eixo localização; 4 (0,7%) no eixo cliente; 26 (4,8%) no eixo tempo; 87 (16,0%) no eixo julgamento; 70 (12,9%) no eixo ação e 125 (22,9%) no eixo meio. Os resultados mostram que na UTI em questão os enfermeiros utilizam com frequência termos não constantes na CIPE[®]-Versão 1.0, o que evidencia a utilização de uma linguagem de enfermagem específica neste tipo de unidade. A distribuição dos termos nos eixos tem uma relação direta com as particularidades dos pacientes internados em UTI, que requerem atenção constante, o uso de equipamentos específicos e contam com o registro, por parte dos enfermeiros, das etapas do processo de Enfermagem em impressos utilizados no setor. Constatou-se dificuldades em categorizar alguns termos na classificação e sugere-se outras análises acerca das localizações nas árvores terminológicas de termos da CIPE[®] e de vários conceitos apresentados na mesma para os termos. A realização deste estudo permitiu o conhecimento do vocabulário utilizado no cuidado a pacientes internados em UTI adulto e poderá contribuir para a construção de uma nomenclatura específica para essa clientela.

Palavras-Chaves: Classificação; Terminologia; Enfermagem.

ABSTRACT

Tannure, Meire Chucre. *Terminology Bank of Nursing Language for the Adult Intensive Care Unit*. Thesis. Escola de Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais, 2008. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

The new scenario brought about by globalization has created the need for a reorganization of patient care and the use of a language understood by all members of the nursing staff. This aim can be achieved with the use of classification systems, but no such system has been found for nursing care in the Intensive Care Unit (ICU), despite International Council of Nursing interest. Collecting and codifying terms used by nursing staff in specific areas is a necessary step for the production of ICNP[®] catalogues in these specific areas. The main aim of this study is the building of a terminology bank of nursing language for the adult intensive care unit, and the secondary objectives include identifying terms employed by nurses in patients' clinical records in the ICU- adult; the matching of these terms with the ones already included in ICNP[®] version 1.0; and the classification of the terms which are not included in ICNP[®] version 1.0, considering the seven axes of the classification. This is a descriptive study that collected 164.016 terms from the 102 records filled out by nurses in an ICU in Belo Horizonte, Brazil. For the analysis of the corpus, the terms extracted were submitted to a process that excluded repetitions, rectified misspellings, searched for synonymous expressions, standardized verbal tenses and word gender, and excluded pseudo-terminological expressions and other terms that were subfeatures of terms present in the seven axes in ICNP[®]-Version 1.0. After these procedures, terms amounted to 1.312 terms. The matching of these with the terms in ICNP[®] revealed a total of 1.016 terms absent from the classification. This list contained medical terms that were excluded; terms related to drugs, which were reorganized into the pharmacological classes; and terms which used to represent specific characteristics of constant terms in the classification, which were also excluded. These actions led to a total of 548 terms not included in the classification, which were then classified according to the ICNP[®]-Version 1.0 seven axes model. As a result, 156 terms (28,5%) were categorized in the focus axis; 77 (14,0%) in the location axis; 4 (0,7%) in the client axis; 29 (5,3%) in the time axis; 87 (15,9%) in the judgment axis; 70 (12,8%) in the action axis; and 125 (22,8%) in the medios axis. These results show that in this particular ICU nurses frequently employ terms not included in the classification, revealing the specific language used in this kind of unit. The distribution of terms in the axes is directly related to the particularities of patients in the ICU, who require constant watch and specialized equipment, and also have the recording of the nursing process steps by the nursing staff. These printouts were used in this study. We observed certain problems in the categorization of some terms in the classification, and suggest other analysis of the terminological branches in ICNP[®], as well as of some concepts revision. This study made possible a greater knowledge of the vocabulary employed in the nursing care of patients in adult ICU and can contribute to the creation of a specific terminology for this specialized nursing care.

Key words: Classification; Terminology; Nursing.

RESUMEN

TANNURE, M. C. *Banco de términos del lenguaje especial la Enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva para adultos*. 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

El nuevo escenario debido al proceso de globalización ha generado la necesidad de una reorganización de la asistencia que es prestada a los pacientes y el uso de un lenguaje que sea comprensible para todos los miembros del equipo de enfermería, que puede ser alcanzado con el uso de un sistema de clasificación. Es importante resaltar que se desconoce la existencia de una clasificación de enfermería específica para la Unidad de Cuidados Intensivos-UTI, sin embargo, hay un interés por parte del Consejo Internacional de Enfermeras-CIE de acopiar y codificar términos utilizados por la enfermería en áreas específicas, con la finalidad de crear catálogos de la Clasificación Internacional para la Práctica de la Enfermería-CIPE® para áreas específicas. El objetivo general de este trabajo es el de contribuir con la elaboración de un catálogo de acuerdo con el CIPE® en una UTI para adultos y los objetivos específicos son identificar los términos que son empleados por los enfermeros en los registros de la historia clínica de los pacientes de una UTI para adultos, mapear los términos identificados como constan en la CIPE® de la versión 1 y los que no constan en los siete ejes de la clasificación. Se trata de un estudio descriptivo en el cual fueron colectados 164.016 términos de 102 historias clínicas rellenas por los enfermeros de una UTI de Belo Horizonte, Brasil. En la elaboración del corpus de análisis, los términos extraídos fueron sometidos a una exclusión de repeticiones, correcciones ortográficas, análisis de sinonimia, adecuación de tiempos verbales y uniformización de géneros, exclusión de las expresiones pseudos-terminológicas y de otros términos por ser características de términos presentes en las siete directrices de la CIPE®-versión 1.0. Después de estos procedimientos fueron obtenidos 1.312 términos. Fue realizado el mapeamiento cruzado de estos términos con los términos de la CIPE® obteniéndose como resultado 1.016 términos no conocidos en la clasificación. Se identificó en esta lista la presencia de términos médicos que fueron excluidos y de términos relacionados a los medicamentos que fueron reorganizados en clases farmacológicas y los términos que representaban características específicas de términos constantes en la clasificación también fueron excluidos. Tras estas acciones fueron identificados 548 términos no constan en la clasificación. Estos fueron clasificados de acuerdo con el modelo de las siete directrices de la CIPE®-Versión 1.0. Se obtuvo como resultado la categorización de 156 términos (28,5%) en la eje foco; 77 (14,0%) en la eje localización; 4 (0,7%) en la eje cliente; 29 (5,3%) en la eje tiempo; 87 (15,9%) en la eje juzgamiento; 70 (12,8%) en el eje acción y 125 (22,8%) en el eje recursos. Los resultados muestran que en la UTI en cuestión los enfermeros utilizan con frecuencia términos que no constaban en esta clasificación lo que muestra la utilización de un lenguaje específico en este tipo de unidad. La distribución de los términos por las directrices tiene una relación directa con las particularidades de los pacientes internados en la UTI que necesitan atención permanente, equipos específicos y tiene su respectivo registro, por parte de los enfermeros, de las etapas del proceso de enfermería. Las impresiones fueron usadas en esta investigación. Se constató dificultades en organizar algunos términos de la clasificación y se sugirió hacer algunos análisis de los árboles terminológicos de los términos usados por la CIPE® y conceptos de términos que se encuentran en la misma. La realización de este estudio permitió el conocimiento del vocabulario utilizado en el cuidado de los pacientes internados en la unidad de tratamiento intensivo para adultos y podrá contribuir para la elaboración de una nomenclatura específica para este tipo de pacientes.

Palabras clave: Clasificación; Terminología; Enfermería

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Eixos da CIPE® -Versão 1.0.....	31
Figura 2 – Processo de extração dos termos.....	43
Figura 3 – Árvore terminológica do eixo meios na CIPE Versão 1.0.....	58
Figura 4 – Árvore terminológica do eixo meios na CIPE® - Versão 1.0 com detalhamento do conceito droga	59
Figura 5 – Árvore terminológica do eixo foco da CIPE® -Versão 1.0.....	67
Figura 6 – Árvore terminológica do eixo foco da CIPE® - Versão 1: ênfase no subconceito resultado.....	68
Figura 7 - Árvore terminológica do eixo foco da CIPE® - Versão 1: ênfase no conceito processo.....	69
Figura 8 – Árvore terminológica do eixo meios.....	70
Figura 9 – Árvore terminológica do eixo cliente.....	71
Gráfico 1 – Distribuição dos termos não constantes na CIPE® - Versão 1.0 nos sete eixos da classificação.....	61
Quadro 1 – Termos encontrados nos prontuários existentes na CIPE® -Versão 1	39
Quadro 2 – Termos médicos extraídos dos prontuários.....	42
Quadro 3 – Termos categorizados no eixo foco.....	44
Quadro 4 – Termos categorizados no eixo localização.....	46
Quadro 5 – Termos categorizados no eixo cliente.....	47
Quadro 6 - Termos categorizados no eixo tempo.....	47
Quadro 7 - Termos categorizados no eixo julgamento.....	48
Quadro 8 - Termos categorizados no eixo ação.....	49
Quadro 9- Termos categorizados no eixo meio.....	50

LISTA DE SIGLAS

- ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem
- ANA – *American Nursing Association* - Associação Norte-Americana de Enfermagem
- CID – Classificação Internacional das Doenças
- CIE – Conselho Internacional de Enfermagem
- CIPE[®] – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CIPESC – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
- COEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
- COREN – Conselho Regional de Enfermagem
- DE – Diagnóstico de Enfermagem
- DSM – *Diagnostic and Statistical Manual III* – Manual de Diagnóstico e Estatística III
- EUA – Estados Unidos da América
- HHCC – *Home Health Care Classification* - Classificação de Cuidados Domiciliares em Saúde
- MS – Ministério da Saúde
- NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association* - Associação Norte Americana dos Diagnósticos de Enfermagem
- NHB – Necessidades Humanas Básicas
- NIC – *Nursing Interventions Classification* - Classificação de Intervenções de Enfermagem
- NNN – NANDA, NIC e NOC
- NMDS – *Nursing Minimum Data Set* – Conjunto Mínimo de Dados de Gerenciamento de Enfermagem
- NOC – *Nursing Outcomes Classification* - Classificação de Resultados de Enfermagem
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PE - Processo de Enfermagem
- PNDS – *Perioperative Nursing Data Set* - Grupo de Dados de Enfermagem Perioperatória
- RE – Resultado Esperado
- SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	20
3.2 Sistemas de Classificação em Enfermagem.....	20
3.3 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.....	26
4 METODOLOGIA.....	34
4.1 Tipo de estudo.....	34
4.2 Local de estudo.....	34
4.3 Coleta e tratamento dos dados.....	35
4.3.1 Primeira fase: extração dos termos	35
4.3.2 Segunda fase: eliminação das repetições.....	36
4.3.3 Terceira fase: normalização de termos.....	36
4.3.4 Quarta fase: mapeamento cruzado.....	36
4.3.5 Quinta fase: eliminação de termos médicos e organização dos medicamentos em classes farmacológicas.....	37
4.3.6 Sexta fase: eliminação dos termos identificados nos conceitos existentes nos eixos da CIPE®-Versão 1.0.....	37
4.3.7 Sétima fase: classificação dos termos não constantes na CIPE® - Versão 1.0 segundo os sete eixos da classificação.....	37
4.3.8 Oitava fase: validação da alocação dos termos.....	38
4.4 Aspectos éticos envolvidos no estudo.....	38
5 RESULTADOS	39
5.1 Identificação de termos empregados por enfermeiros e registrados nos prontuários.....	39

5.2 Mapeamento cruzado entre os termos identificados e os constantes na CIPE® - Versão 1.0	39
5.3 Classificação dos termos identificados como não constantes na CIPE®-Versão 1.0 segundo os eixos	44
5.3.1 Termos mapeados no eixo foco.....	44
5.3.2 Termos mapeados no eixo localização.....	46
5.3.3 Termos mapeados no eixo cliente.....	47
5.3.4 Termos mapeados no eixo tempo.....	47
5.3.5 Termos mapeados no eixo julgamento.....	48
5.3.6 Termos mapeados no eixo ação.....	49
5.3.7 Termos mapeados no eixo recurso.....	50
6 DISCUSSÃO	52
6.1 Sobre os termos obtidos para mapeamento nos eixos da CIPE®-Versão 1.0.....	52
6.2 A classificação dos termos não constantes na CIPE® - Versão 1.0 com os sete eixos.....	61
6.3 Dificuldades encontradas durante a classificação dos termos nos sete eixos da CIPE® - Versão 1.0.....	66
7 CONCLUSÃO	73
8 REFERÊNCIAS	76
9 ANEXOS.....	85
9.1 Anexo A.....	85
9.2 Anexo B.....	88
10 APÊNDICE.....	90
10.1 Apêndice A	90
10.1 Apêndice A	91
10.1 Apêndice A	92

1 INTRODUÇÃO

O novo cenário econômico decorrente da globalização e as atuais políticas públicas de saúde têm gerado a necessidade de uma reorganização da assistência prestada aos pacientes, pautada na obtenção e análise de indicadores de saúde que permitam a troca de informações, a avaliação e o acompanhamento da qualidade dos serviços prestados à população.

O crescente aumento e velocidade das trocas de informações, a evolução tecnológica, as constantes demandas das instituições de saúde para maximizar recursos, diminuir custos e aumentar a qualidade da assistência, têm exigido da Enfermagem o aprimoramento de suas atividades através de pesquisas, o que requer a existência de registros com informações que possam ser processadas (LUCENA e BARROS, 2005). Para tanto, torna-se necessário o uso de linguagem acessível e compreensível para todos os membros da equipe de enfermagem, o que pode ser alcançado com a utilização de sistemas de classificação durante a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (COSTA e OLIVEIRA, 2005).

A SAE é uma metodologia de trabalho de que o profissional enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos (SPERANDIO e ÉVORA, 2005) e humanos na assistência aos pacientes (DALRI e CARVALHO, 2002). Ela pode oferecer respaldo científico, segurança e direcionamento para as atividades realizadas, contribuindo para a melhor credibilidade, competência e visibilidade da Enfermagem e, conseqüentemente, para uma maior autonomia e satisfação profissional (CARRARO, KLETEMBERG e GONÇALVES, 2003; LIMA, BUCHER e LIMA, 2004).

A implementação da SAE é fundamental por poder contribuir para a melhora na qualidade da assistência de Enfermagem (MARQUES e CARVALHO, 2005) e para a caracterização do corpo de conhecimentos da profissão (JESUS, 2002) e, sendo assim, pode trazer implicações positivas para o cliente e para a equipe de Enfermagem (MENDES e BASTOS, 2003).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) tem preconizado que a assistência de Enfermagem deva ser sistematizada através da implantação do processo de Enfermagem (PE) (COREN, 2003). A concepção de que a Enfermagem como ciência deve estar pautada em uma ampla estrutura teórica, aplicada à prática por meio do PE, vem sendo também divulgada pelos educadores, enfermeiros e estudantes, porém, necessário é que o processo seja guiado por uma teoria de Enfermagem a fim de tornar mais operacionalizáveis os

resultados da assistência prestada aos pacientes (ALMEIDA, 2004; FARIAS e NÓBREGA, 2000; TANNURE e CHIANCA, 2006).

Deste modo, o PE pode, então ser entendido como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem (HERMIDA, 2004) e é considerado um instrumento capaz de organizar as ações de enfermagem com base no método científico (CROSSETTI *et al*, 2002) e proporcionar ao enfermeiro a possibilidade de prestar cuidados individualizados e centrados nas necessidades humanas básicas (NHB) (ANDRADE e VIEIRA, 2005).

Carpenito-Moyet (2007) complementa ainda que o PE pode ser considerado um método de solução de problemas, organizado de modo a auxiliar o profissional enfermeiro a abordar, de forma lógica, necessidades apresentadas pelos pacientes.

O PE é constituído por etapas que interagem entre si, sendo elas a investigação, o diagnóstico de enfermagem (DE), o planejamento, a implementação e a avaliação da assistência de Enfermagem. O registro nos prontuários dos dados obtidos durante a realização de todas estas fases se faz necessário, a fim de se obterem informações que possam ser utilizadas em pesquisas e na mensuração da qualidade da assistência efetuada.

Porém, para que ocorra a obtenção de registros adequados, é necessária a utilização de uma linguagem padronizada, que possa auxiliar na criação das bases de dados, de modo a sustentar os mecanismos de avaliação do cuidado (JOHNSON, MAAS e MOORHEAD, 2004).

Sistemas de classificação são ordenações de termos codificados, padronizados e com definições próprias. Esses sistemas podem ser incorporados em sistemas de informação computadorizados alimentando *softwares*. A utilização desses sistemas pode possibilitar uma melhora na comunicação do fazer da enfermagem, facilitar a realização de pesquisas sobre os cuidados e a comparação entre as melhores práticas de Enfermagem (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2003; JOHNSON *et al*, 2005).

Enfermeiras brasileiras estão motivadas a realizar as etapas do PE, utilizando sistemas de classificação (BARROS *et al*, 2000). Tal interesse tem relação com o fato de a informatização estar sendo cada vez mais utilizada nas instituições de saúde para o registro e a análise das informações e, desse modo, os serviços de Enfermagem estão tendo que enfrentar o grande desafio de implementar sistemas padronizados de linguagem para organizar as bases de dados nesses sistemas (MARIN, 2000; OLIVA *et al*, 2005).

Para a informatização da SAE, é imprescindível a utilização de um sistema padronizado de linguagem, a fim de favorecer a captura dos dados, o agrupamento, a classificação e a análise dos mesmos (LIMA e KURCGANT, 2006).

Temos, hoje, à nossa disposição, vários sistemas de classificação dos elementos da prática de Enfermagem – de diagnósticos, de resultados e de intervenções - em interação dinâmica durante a realização das etapas do PE (GARCIA, NÓBREGA e CARVALHO, 2004).

Estes sistemas estão em constante evolução e, para que esse aprimoramento ocorra, existe a necessidade da elaboração de conceitos e avaliação constante dos mesmos, uma vez que eles compõem essas terminologias e representam o ponto de partida para o desenvolvimento do trabalho terminológico. Esse processo é considerado teórico e tem, como maior resultado, a construção do conhecimento, essencial para o desenvolvimento da Enfermagem como profissão e ciência (NÓBREGA, 2002; BITTENCOURT e NÓBREGA, 2006; TRIGUEIRO *et al*, 2007).

A elaboração de sistemas de classificação da linguagem da Enfermagem pressupõe, de modo implícito ou explícito, que os profissionais da área constituem um grupo sócio-profissional, que, em seu ambiente de trabalho, utiliza um vocabulário técnico particular a que se pode denominar linguagem especial da Enfermagem (NÓBREGA *et al*, 2003).

Essa linguagem é composta por uma terminologia, definida como um conjunto de palavras técnicas pertencentes a uma ciência e que, em um sentido mais restrito e especializado, pode designar o estudo científico dos conceitos e termos utilizados nas especialidades (PAVEL e NOLET, 2001).

Os conceitos dos termos usados nesta linguagem especializada são considerados unidades básicas do pensamento teórico, capazes de representar a realidade e facilitar a comunicação sobre ela (HICKMAN, 2000).

A Enfermagem vem utilizando uma linguagem que é representada por termos clínicos que integram o contexto teórico e prático da profissão, e o estudo dos conceitos destes termos pode possibilitar a melhora da comunicação profissional (BITTENCOURT *et al*, 2005; TRIGUEIRO *et al*, 2007). Sendo assim, qualquer que seja a forma como são expressos esses elementos da prática, eles são considerados relevantes e podem ser denominados componentes primários de uma classificação (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2001).

Houve, nas últimas décadas, um aumento na produção de sistemas de classificação na Enfermagem, a maioria deles desenvolvidos nos Estados Unidos da América (EUA), com um crescente interesse de seus autores na tradução e aplicação dos mesmos em outras culturas (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2001). Dentre estes sistemas alguns já são conhecidos e utilizados por enfermeiros brasileiros, como o da Associação Norte-Americana

de Diagnósticos de Enfermagem (*North American Nursing Diagnosis Association - NANDA*); Classificação de Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification - NIC*); Classificação de Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification - NOC*); Classificação de Cuidados Domiciliares de Saúde (*Home Health Care Classification - HHCC*); Sistema de Cuidados Comunitários de Omaha (*The Omaha System*); Grupo de Dados de Enfermagem Perioperatória (*Perioperative Nursing Data Set - PNDS*) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) (CHIANCA, 2007; MARIN, 2000).

A utilização dessas classificações favorece a comparação do conhecimento globalmente. Se o vocabulário utilizado na prática se fizer de forma padronizada poderá haver uma melhor compreensão por parte dos profissionais quanto ao monitoramento da qualidade do cuidado de enfermagem (TRIGUEIRO *et al*, 2007), podendo, desse modo, favorecer a obtenção de informações valiosas sobre a contribuição da Enfermagem para os pacientes (FLAGANAN e JONES, 2007).

Cabe ressaltar que a Enfermagem tem buscado, quando se apropria dos sistemas de classificação, se afastar do referencial que guiou o ensino e a prática nas últimas décadas e que se caracteriza pelo tratamento interventivo e descontextualizado. Busca-se, na atualidade, um referencial centrado no cuidado não mais como uma ação subordinada, mas com ações específicas, independentes e fundamentadas em novos valores e conhecimentos que incorporem o contexto social da profissão (ANTUNES e CHIANCA, 2002).

Essa consciência cada vez maior, da necessidade de uma linguagem padronizada para denominar os elementos da prática profissional da Enfermagem, tornando-a visível e mensurável, fez com que aumentasse, cada vez mais, o número de adeptos aos estudos das classificações de Enfermagem no Brasil e a incorporação destas aos sistemas informatizados (MICHEL e BARROS, 2002).

Cabe, no entanto ressaltar que se desconhece a existência de uma classificação de Enfermagem específica para unidades de terapia intensiva (UTI). Porém, sabe-se que o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), responsável pela construção da CIPE[®], tem o interesse de recolher e codificar termos utilizados pela enfermagem em áreas específicas, organizando-os e criando catálogos CIPE[®] (CIE, 2005).

Esses catálogos podem ser utilizados em sistemas de registros manuais e eletrônicos e, desse modo, podem auxiliar os enfermeiros nas respostas a serem dadas diante das necessidades apresentadas pelo paciente, família e/ou comunidade. São definidos como

subconjuntos de diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem, especificamente direcionados para um campo de atuação do profissional enfermeiro (CIE, 2005).

Além disso, ressalta-se que as maiores perspectivas com os sistemas de classificação em Enfermagem dizem respeito à necessidade de engajamento dos enfermeiros na utilização e teste dos mesmos, contestando-os e sugerindo acréscimos ou retirada de termos e contribuindo, deste modo, para a consolidação das classificações (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

Sendo assim, a fim de contribuir para a construção de um catálogo da CIPE[®] destinado à utilização em UTI adulto, e para auxiliar na consolidação deste sistema de classificação, algumas questões são levantadas:

- Que termos são utilizados por enfermeiros de uma UTI adulto de Belo Horizonte para o registro de informações nos prontuários de pacientes?
- Esses termos estão incluídos na CIPE[®] - Versão 1.0?
- Existem termos utilizados na UTI que ainda não estão descritos na CIPE[®]-Versão 1.0?
- Caso existam termos utilizados na UTI ainda não constantes na CIPE[®]-Versão 1.0, eles podem ser nela classificados?

Pesquisas relacionadas ao refinamento e testes da linguagem utilizada pela Enfermagem tornam-se necessários, a fim de evidenciar o que tem sido aceito, rejeitado e modificado durante a utilização e comparação na prática dos termos existentes nas classificações de enfermagem (FLAGANAN e JONES, 2007). A confirmação do significado de termos da CIPE[®] é uma maneira de validar as ações consideradas relevantes, levando a uma busca pela coerência e adequação à realidade prática (BITTENCOURT e NÓBREGA, 2006) e, neste sentido, a realização de estudos sobre a temática se faz necessária.

Descrever os elementos de áreas específicas da Enfermagem é relevante por possibilitar uma reflexão sobre a forma como estão sendo realizados os cuidados de enfermagem (BITTENCOURT e NÓBREGA, 2006), poder favorecer a melhoria da qualidade da assistência, além de contribuir para a construção dos catálogos da CIPE[®], que podem ser incorporados em sistemas informatizados.

Dalri (2000) afirma que, à medida que o conhecimento técnico-científico avança na área da saúde, a Enfermagem não pode ficar para trás. Logo, encontrar caminhos que possam responder a uma prática de enfermagem fundamentada em conhecimento científico é responsabilidade de cada um de nós, enfermeiros.

Cabe ressaltar ainda que, quando relacionamos a produção tecnológica com a Enfermagem, estamos nos aproximando de alternativas criativas para superar dificuldades no dia-a-dia profissional (MENDES *et al*, 2002).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir com base no modelo de sete eixos da CIPE[®] - Versão 1.0, um banco de termos da linguagem especial de Enfermagem utilizados em UTI para pacientes adultos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar termos empregados por enfermeiros nos registros em prontuários de pacientes de uma UTI adulto de Belo Horizonte – MG.
- Mapear os termos identificados nos prontuários com os constantes na CIPE[®]-Versão 1.0.
- Classificar os termos identificados como não constantes na CIPE[®]-Versão 1.0 nos sete eixos da classificação.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Sistematizar é tornar coerente com determinada linha de pensamento (FERREIRA, 2004) e, dentre as linhas de pensamento que podem ser utilizadas na enfermagem, propõe-se a utilização das teorias de enfermagem, uma vez que são conhecimentos gerados pelo exercício da prática dessa profissão, com a finalidade de conhecer e retratar a realidade prática dos enfermeiros e determinar como devem agir com relação às pessoas, à saúde, ao ambiente e à enfermagem (TANNURE e GONÇALVES, 2007).

A teoria funciona como um alicerce filosófico para a implantação do processo de Enfermagem (PE) e requer instrumentos para sua operacionalização. O método preconizado para a implementação dos conceitos contidos nas teorias de Enfermagem, é denominado PE, considerado um paradigma científico da profissão de que a Enfermagem de todo o mundo deve lançar mão para ser reconhecida e consolidada como ciência (SANTANA e CARVALHO, 2000).

O PE pode propiciar a organização e direção do cuidado, constituindo-se essência e instrumento a ser implantado na prática, por ser capaz de ajudar o profissional enfermeiro a tomar decisões, prever acontecimentos e avaliar as conseqüências do cuidado (STANTON, PAUL e REEVES, 2000).

Essa organização do cuidado foi descrita, inicialmente, em forma de estudos de casos, a partir de 1929 e, após 1945, os mesmos deram lugar aos planos de cuidados, considerados como as primeiras expressões do PE (JESUS, 2002).

Esses planos eram, inicialmente, relatórios de Enfermagem e foram praticamente abandonados entre 1955 e 1960, visto que objetivavam somente a melhoria da comunicação entre os membros da equipe de enfermagem sobre a assistência prestada aos pacientes (GONÇALVES, 2004; THOMAZ e GUIDARDELLO, 2002).

Esses planos eram inicialmente elaborados para um conjunto de pacientes com diagnósticos ou problemas semelhantes e, desse modo, não favoreciam a individualidade do cuidado. Sendo assim, a forma como os planos eram elaborados passou por discussão e foi revista (THOMAZ e GUIDARDELLO, 2002) e, em 1960, os planos foram retomados, só que agora enfatizando a individualização do cuidado (JESUS, 2002).

O termo processo foi mencionado pela primeira vez em 1955 por Lydia Hall e, durante a década de 70, o planejamento dos cuidados se fortaleceu, e os enfermeiros passaram a utilizar oficialmente o termo PE (JESUS, 2002).

Inicialmente, o processo era composto por três etapas: histórico, plano e evolução com base na observação, mensuração, obtenção de dados e análise dos achados. Ao longo dos tempos, o PE passou a fazer parte dos currículos de enfermagem nos EUA, e a sua utilização começou a ser aceita como uma das atribuições legais do profissional enfermeiro. Anos de pesquisas, utilização e refinamento do PE levaram os enfermeiros a expandi-lo para cinco fases (DOENGES, MOORHOUSE e GEISSLER, 2003): investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação da assistência de Enfermagem. Essa divisão é didática, mas as etapas não ocorrem de forma linear, pelo contrário, elas encontram-se inter-relacionadas, sendo também consideradas interdependentes (ARAÚJO, SANTANA e BACHION, 2002).

O PE tem, desse modo, uma dinâmica própria, uma vez que sua utilização envolve mudanças contínuas a partir das respostas obtidas a cada intervenção de enfermagem. Além disso, ele é considerado flexível, pois pode ser utilizado em qualquer ambiente onde é oferecido o cuidado, e interativo, uma vez que envolve o paciente, os familiares e demais pessoas envolvidas com a assistência de Enfermagem (BARROS e GUTIÉRREZ, 2004; IYER, TAPITCH e BERNOCHI-LOSEY, 1993).

A introdução do PE no Brasil ocorreu na segunda metade da década de 60, com os trabalhos da Dr.^a Wanda de Aguiar Horta, que apresentou um modelo de processo com os seguintes passos: histórico de Enfermagem, DE, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de Enfermagem, evolução e o prognóstico de Enfermagem (HORTA, 1979). Nas décadas de 80 e 90 e mais recentemente, o PE tem sido denominado por alguns enfermeiros no Brasil como uma nova terminologia denominada SAE (JESUS, 2002). Em agosto de 2002, o COFEN promulgou que toda instituição de saúde, seja ela pública ou privada, implantasse a SAE, e que algumas etapas da mesma são atividades privativas (diagnóstico e prescrição de enfermagem) do profissional enfermeiro, e que esta deveria ser formalmente registrada no prontuário dos pacientes (COREN, 2003).

Porém, a fim de que os registros utilizados na operacionalização dessa metodologia de trabalho sejam melhor compreendidos e comunicados de uma forma mais eficaz, necessário é que os enfermeiros utilizem uma linguagem padronizada, que possa permitir também a identificação de indicadores de saúde e, a partir da análise desses dados, propiciar a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

3.2 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO EM ENFERMAGEM

A prática de Enfermagem vem demonstrando, ao longo dos anos, a necessidade da construção de um vocabulário próprio, preciso e consensual, que não só permitisse a sua definição como ciência, mas que proporcionasse uma aplicação mais eficaz de seus princípios, métodos e técnicas, o que viria a enriquecer sobremaneira essa área do conhecimento humano (NÓBREGA *et al*, 2003).

A falta de uma linguagem universal, que estabeleça uma definição e descrição da prática profissional, tem levado enfermeiros a se inquietarem e a se comprometerem com o desenvolvimento da enfermagem como ciência (ANTUNES e CHIANCA, 2002; BITTENCOURT *et al*, 2005).

Uma ciência é caracterizada pela universalização de sua linguagem. Mas, para que isso ocorra, torna-se necessário o desenvolvimento de uma terminologia própria. Uma ciência começa a existir quando seus conceitos são aceitos e a denominação dos seus fenômenos específicos é realizada (BITTENCOURT *et al*, 2005).

A utilização de sistemas de classificação permite que sejam capturados dados e informações relevantes para identificar os resultados obtidos com as intervenções de Enfermagem e permite, também, que haja a comparação entre práticas realizadas em nível nacional e internacional (CHARTERS, 2003).

As várias tentativas de identificar e denominar os elementos que descrevem a prática da Enfermagem estão registradas na literatura especializada, podendo-se citar, como grande contribuição para isso, o fato de, no início da década de 1950, enfermeiras começarem a identificar os conceitos específicos da profissão (NÓBREGA *et al*, 2003).

A necessidade de os profissionais e educadores em Enfermagem se conscientizarem dos problemas dessa área foi descrita por Faye G. Abdellah (ABDELLAH, 1957), que propôs o primeiro sistema de classificação de Enfermagem, que identificava 21 problemas específicos. Esse sistema descreve os objetivos terapêuticos da enfermagem, tendo como focos principais as necessidades do cliente e os problemas de Enfermagem (FALCO, 2000; GORDON, 1994).

A classificação proposta por Abdellah é considerada importante para a educação em Enfermagem, porque, conforme considerado pela autora, a classificação dos problemas e necessidades apresentados pelos pacientes pode levar os enfermeiros a se prepararem melhor para solucioná-los.

Em 1966, Virgínia Henderson elaborou uma lista das 14 necessidades humanas básicas, cujo objetivo era descrever os cuidados de que o paciente necessitava sem depender do diagnóstico e do tratamento do médico. Essa listagem representa as áreas nas quais os problemas reais ou potenciais podem ocorrer e onde a Enfermagem pode atuar (FURUKAWA e HOWE, 2000).

Faye Abdellah e Virgínia Henderson são consideradas as precursoras dos sistemas de classificação na Enfermagem e responsáveis pelas mudanças no enfoque da profissão, que passou a se preocupar com a identificação dos problemas dos pacientes e, posteriormente, com os diagnósticos de Enfermagem (CARVALHO e GARCIA, 2002; GORDON, 1994; NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

Em 1973, um grupo de enfermeiras norte-americanas reconheceu a necessidade de desenvolver uma terminologia para descrever os problemas de saúde diagnosticados e tratados com mais frequência por profissionais da Enfermagem. Foi realizada, então, na *St. Louis University School of Nursing*, uma primeira reunião sobre a classificação de diagnósticos de enfermagem. Essa reunião teve como propósito iniciar um diálogo entre enfermeiras assistenciais e enfermeiras docentes sobre a possibilidade e a necessidade de se padronizar uma nomenclatura capaz de descrever as situações que eram diagnosticadas e tratadas por elas na prática (GARCIA e NÓBREGA, 2004). Esses encontros tornaram-se sistemáticos para a identificação de DE, que passaram a ser identificados e organizados em ordem alfabética e, posteriormente, evoluíram para um sistema conceitual (CHIANCA, 2002). Em 1982, foi criada a NANDA (GARCIA e NÓBREGA, 2004; GORDON, 1994; JESUS, 2002) e foi proposta a primeira classificação de DE. Atualmente, as conferências da NANDA, para validação e aperfeiçoamento dos diagnósticos de Enfermagem, ocorrem a cada dois anos. A primeira tradução da NANDA para o português foi publicada em 1990 (CHIANCA, 2003).

Atualmente, a classificação tem uma estrutura multiaxial e reúne 187 DE (HERDMAN, 2007; NANDA 2007), sendo utilizada por enfermeiros de diversos países.

O principal trabalho da NANDA é direcionar a padronização de linguagem dos diagnósticos de Enfermagem e, dessa forma, expandir o conhecimento de Enfermagem mediante a vinculação desses diagnósticos às intervenções e resultados de Enfermagem (RE) que podem auxiliar na maior eficiência e qualidade do cuidado (BRAGA e CRUZ, 2003).

O trabalho desenvolvido pela NANDA nos EUA, a partir da década de 1970, foi o ponto de partida para o desenvolvimento de outros sistemas de classificação de Enfermagem (NÓBREGA E GUTIÉRREZ, 2000), como a NIC, que começou a ser elaborada em 1987, no Centro de Classificações de Enfermagem do *College of Nursing of the University of Iowa*. O

impulso para iniciar o trabalho sobre as intervenções começou, em parte, a partir do trabalho da NANDA, uma vez que se compreendia que, quando uma enfermeira formula um DE, ela tem o dever de resolvê-lo ou minimizá-lo (DOCHTERMAN, BULECHEK e CHIANCA, 2003). Além disso, era necessária uma classificação das intervenções de Enfermagem para padronizar a linguagem usada pelas enfermeiras na descrição dos cuidados que realizavam com os pacientes (MCCLOSKEY e BULECHEK 2004). Desse modo, a NIC é considerada uma classificação efetiva para a ligação entre intervenções e atividades de Enfermagem e permite que comparações entre elas sejam realizadas (MOORHEAD e DELANEY, 1997).

A NIC inclui intervenções que os enfermeiros realizam, sejam elas independentes ou colaborativas, com os demais membros da equipe de saúde, de cuidados diretos e indiretos com o paciente (DOCHTERMAN e BULECHEK, 2007). Essa classificação é considerada um sistema útil para a documentação clínica, para a comunicação sobre o cuidado realizado, para a agregação de informações em pesquisas e para ser utilizada em bases de dados. Sendo assim, a utilização dessa classificação pode favorecer a obtenção de dados que podem ser utilizados na avaliação da eficácia do cuidado e na obtenção de informações relacionadas ao custo da assistência prestada (DOCHTERMAN e BULECHEK, 2007; GARCIA e NÓBREGA, 2004; SPARKS e TAYLOR, 2007).

Considera-se que a NIC é de grande interesse para a Enfermagem mundial e especificamente para a brasileira, uma vez que vem buscando alternativas que auxiliem na implantação da SAE na prática profissional (NAPOLEÃO *et al*, 2006). Além disso, cabe reforçar que o trabalho de desenvolvimento da NIC continua sendo realizado e conta com a ajuda de um grande número de pesquisadores, que vêm retroalimentando a classificação e oferecendo sugestões para o refinamento das intervenções descritas (DOCHTERMAN, BULECHEK e CHIANCA, 2003).

Pode-se também dizer que, desde 1991, um grupo de pesquisadores do Centro de Classificações de Enfermagem do *College of Nursing The University of Iowa* vem desenvolvendo outra classificação: a NOC (JOHNSON, MAAS E MOORHEAD, 2004). A importância do uso de uma taxonomia de resultados se justifica, uma vez que, havendo consenso quanto aos resultados padronizados de enfermagem, os enfermeiros poderão estudar e comparar os efeitos das intervenções realizadas em suas unidades de saúde e, desse modo, buscar, a partir desses indicadores, a melhoria na qualidade do cuidado prestado pela enfermagem.

A NOC está sendo adotada em inúmeros locais clínicos para a avaliação da prática de Enfermagem e, em ambientes educacionais, para estruturar o currículo e ensinar aos

estudantes de Enfermagem uma maneira de realizarem a avaliação clínica (JOHNSON *et al*, 2005).

Cabe ressaltar que os sistemas de classificação da NANDA, NIC e NOC podem ser utilizados separadamente ou em conjunto, evidenciando o domínio da Enfermagem (GARCIA e NÓBREGA, 2004). A aliança da NANDA, NIC e NOC (NNN), também conhecida como aliança 3N, foi formada em 2001 (DOCHTERMAN e BULECHEK, 2007), e as solicitações para essa vinculação partiram de enfermeiros da prática, de educadores de Enfermagem e de pessoas dedicadas ao desenvolvimento de *softwares* (JOHNSON *et al*, 2005).

A primeira conferência oficial da NNN ocorreu em agosto de 2002 (DOCHTERMAN e BULECHEK, 2007). A NNN tem auxiliado no progresso dos registros realizados pelos enfermeiros e os dados gerados podem ser utilizados em auditorias, por gestores e administradores, no acompanhamento dos resultados obtidos, após a implementação dos diagnósticos e intervenções de Enfermagem (MULLER-STAUH *et al*, 2007).

Além desses sistemas de classificação, existem outros como o “*Nursing Minimum Data Set*” (NMDS), conjunto mínimo de dados de Enfermagem, cujo propósito é o desenvolvimento de uma classificação que contenha dados essenciais para o gerenciamento dos serviços de saúde. Esses dados são agrupados em três dimensões: ambiente, recursos de Enfermagem e recursos financeiros (CHARTERS, 2003; DOCHTERMAN e BULECHEK, 2007). A HHCC, desenvolvida nos EUA por Virginia Saba, na Escola de Enfermagem de *Georgetown University*, foi criada com a finalidade de codificar e categorizar os cuidados de saúde prestados em domicílio, objetivando prover tanto as necessidades apresentadas pelos pacientes relacionadas à Enfermagem quanto a mensuração dos resultados obtidos após implementação das intervenções. Já a Classificação de Omaha foi criada com a finalidade de codificar os problemas identificados por enfermeiros e outros profissionais que atuam na comunidade, as intervenções de Enfermagem para solucionar tais problemas e os resultados obtidos após a atuação da Enfermagem (NÓBREGA, 2000).

A utilização desses e de outros sistemas classificatórios pode contribuir para a avaliação crítica da pertinência e relevância do trabalho da Enfermagem frente ao atendimento das necessidades de saúde da sociedade (ANTUNES e CHIANCA, 2002), como também pode facilitar o uso dos conhecimentos específicos da Enfermagem, promover a autonomia profissional no julgamento sobre as necessidades de cuidado do cliente e auxiliar

na realização de estudos sobre a qualidade da assistência de Enfermagem prestada à população (GARCIA, NÓBREGA e SOUSA, 2002).

Nóbrega (2000) relata que a utilização dos sistemas de classificação, na prática, tem motivado os enfermeiros a participar do desenvolvimento de uma classificação que possa ser utilizada por enfermeiros de todo o mundo: a CIPE[®]. A construção dessa classificação tem sido um grande desafio, e esse esforço tem contribuído para o reconhecimento da profissão como ciência, por utilizar termos extraídos da própria linguagem da enfermagem e auxiliar na tomada de decisões diante das necessidades do cliente (TRIGUEIRO *et al*, 2007).

3.3 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A criação da CIPE[®] foi motivada por uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), na década de 80, e pelo desejo manifestado dos enfermeiros por uma classificação que representasse a Enfermagem mundialmente (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 1999). Classificações de Enfermagem existiam, mas nenhuma delas retratava uma realidade mundial.

A necessidade de uma classificação com esta amplitude ficou mais evidente, quando em 1986, membros da *American Nursing Association* (ANA – Associação Norte Americana de Enfermagem) e da NANDA enviaram uma proposta para o Comitê Revisor da Classificação Internacional de Doenças (CID), para que o esquema de classificação dos diagnósticos de Enfermagem pudesse ser incluído na CID – 10 (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 1999).

As autoras supracitadas complementam que tal solicitação foi motivada pela criação, na década de 80, da Família de Classificações na OMS, o que ocorreu devido a solicitações constantes de profissionais que utilizavam a CID, para que, na mesma, constassem, além de classificações relacionadas aos diagnósticos, outras classificações desenvolvidas por profissionais da área da saúde, focadas no estado de saúde dos pacientes. Atendendo a essas demandas, passou a haver uma abertura na OMS para serem incorporadas à CID outras classificações, havendo, deste modo, uma modificação na sua denominação para Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

Porém, o esquema de diagnósticos de Enfermagem que foi apresentado ao comitê incorporava apenas o trabalho da NANDA, de Omaha e o do *Diagnostic and Statistical Manual III* (DSM III – Manual de diagnósticos e estatísticas) do Conselho de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental da ANA e, desse modo, não representava o trabalho da

Enfermagem mundialmente, não sendo, portanto, aceito pelo comitê (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 1999).

Além disso, a OMS argumentou que muitas das condições listadas como diagnósticos de Enfermagem, correspondiam a outros capítulos da CID, como, por exemplo, o capítulo de sinais e sintomas e o capítulo de fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde. Outro ponto levado em conta pelos avaliadores foi o de que muitos dos diagnósticos apresentados diziam respeito exclusivamente à enfermagem e, sendo assim, foram vistos como inapropriados para uma classificação de doenças. No entanto, o comitê revisor da CID-10 relatou que, se fosse realizado um trabalho de revisão, conduzido por uma organização internacional de Enfermagem, de modo a ser representativo da profissão em todo o mundo, os diagnósticos de enfermagem poderiam ser incorporados como um dos componentes da Família de Classificações de Saúde (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 1999).

Sendo assim, durante a realização do Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), realizado em Seul, em 1989, foi votada e aprovada a proposta para o desenvolvimento da CIPE[®] (CAMIÁ, BARBIERI e MARIN, 2006; GARCIA e NÓBREGA, 2004). Em 1990, foi formada uma equipe para o desenvolvimento dessa classificação (CIE, 2005) e, em 1991, o CIE iniciou a sua elaboração e implementação (GARCIA, NÓBREGA e SOUSA, 2002).

Para elaborar a CIPE,[®] o primeiro passo foi a realização de uma busca na literatura da área e uma pesquisa junto às associações membros do CIE, a fim de ser realizado um levantamento mundial sobre os sistemas de classificação usados na Enfermagem. Durante este levantamento, foram identificadas classificações desenvolvidas por enfermeiros na Austrália, Bélgica, Dinamarca, Suécia e EUA (GARCIA e NÓBREGA, 2004). Foi constatado, que a enfermagem, nas diversas regiões do mundo, usava algum sistema para descrever os elementos da sua prática. Porém, cabe ressaltar, que o maior número de sistemas de classificação encontrados foi desenvolvido por enfermeiros norte-americanos (NÓBREGA, 2002).

Após esse primeiro levantamento, foram analisados 14 sistemas de classificação de enfermagem, a CID – 10, a Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde e outras classificações aceitas pela OMS, com o objetivo de identificar denominações pertinentes à Enfermagem (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

A partir dessa análise o CIE apresentou, em 1993, o documento intitulado *Nursing's Next Advance: an International Classification for Nursing Practice – ICNP* (Próximo Avanço da Enfermagem: Uma Classificação Internacional para a Prática de

Enfermagem – CIPE[®]), que era constituído de uma compilação em ordem alfabética, dos elementos da prática de Enfermagem: os DE, as ações de Enfermagem e os RE, identificados nesses sistemas (ICN, 1993; NÓBREGA E GUTIERREZ, 2000).

Em um terceiro momento, esses termos previamente listados foram, depois de trabalhados, transformados em entidades de conceitos, agrupados e hierarquizados em estruturas coerentes, o que resultou na construção de duas pirâmides de conceitos da CIPE[®], sendo uma de fenômenos e outra de ações de Enfermagem (NÓBREGA e GUTIERREZ, 2000).

Em dezembro de 1996, o CIE publicou a CIPE[®]-Versão Alfa, um marco unificador que continha a classificação de fenômenos e de ações de Enfermagem (CAMIÁ, BARBIERI e MARIN, 2006; GARCIA e NÓBREGA, 2004; KUO e YEN; 2006). Essa versão foi traduzida para diversas línguas, inclusive para o português.

A partir da publicação da CIPE[®]-Versão Alfa, o CIE passou a receber comentários e críticas de diversas organizações de Enfermagem e recomendações fundamentadas em trabalhos relacionados com a sua aplicabilidade. Essas contribuições deram início a uma reformulação da CIPE[®]-Versão Alfa, culminando com propostas de uma revisão na classificação (ICN, 1998; NÓBREGA e GUTIERREZ, 2000).

Em 1997, a CIPE[®] foi o tópico de uma sessão plenária e de várias apresentações sob a forma de pôsteres no 21º Congresso Quadrienal da CIE, em *Vancouver*, no qual novas discussões sobre a CIPE[®]- Versão Alfa foram realizadas e recolhidas para o seu aperfeiçoamento (CIE, 2005).

Em 1998, o CIE apresentou as novas decisões adotadas na construção de um modelo experimental da CIPE[®]-Versão Beta, afirmando que um dos principais critérios dessa classificação era o fato de poder ser suficientemente ampla e sensível à diversidade cultural, servindo para múltiplos fins e propósitos requeridos pelos distintos países onde seria utilizada (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

Na evolução, foi apresentada, então, a CIPE[®]-Versão Beta, divulgada em julho de 1999, em Londres, durante as comemorações dos 100 anos do CIE. Essa versão passou a ter uma estrutura multiaxial (GARCIA e NÓBREGA, 2004) e proporcionou maior solidez à classificação, melhor expressão dos conceitos nela contidos (ICN, 1999) e favoreceu a utilização da mesma para o desenvolvimento de bases de dados em *softwares* de Enfermagem (KUO e YEN, 2006).

Em 2000, o CIE estabeleceu um programa para a CIPE[®] contendo três áreas funcionais: comunicação e *marketing*; investigação e desenvolvimento, coordenação e gestão. Neste momento, foi também criado o Comitê de Avaliação da CIPE[®] (CIE, 2005).

À área de comunicação e marketing cabia o desenvolvimento do plano de divulgação da CIPE[®], com publicações, comunicações eletrônicas, desenvolvimento de materiais de capacitação e a disponibilização de consultoria na área. À área de investigação e desenvolvimento, composta por enfermeiros peritos, pelo Comitê de Avaliação da CIPE[®] e grupos de consultores, cabia o aperfeiçoamento e a inclusão dos dados da classificação em sistemas informatizados, a validação da classificação e a indicação de centros colaboradores para a implementação e teste do sistema. E à área de coordenação e gestão cabia a coordenação das atividades da CIPE[®], buscando parcerias para seguimento e monitorização, definição, suporte e desenvolvimento de redes de investigação, realização de reuniões, incremento e gestão da classificação (CIE, 2005).

No programa de planejamento da CIPE[®] 2001-2002, foram definidas a meta, a missão e as estratégias para a CIPE[®]. A classificação tem por meta a obtenção de dados de enfermagem prontamente disponíveis para serem utilizados pelos sistemas de informação da saúde em todo o mundo; como missão, o desenvolvimento e a manutenção da CIPE[®] pertinente, útil e atualizada, para que, além de representar a enfermagem mundialmente, possa favorecer o desenvolvimento da profissão, além de influenciar políticas de saúde; como estratégias, manter a CIPE[®] atualizada a fim de que a mesma possa continuar a refletir a prática de Enfermagem e, deste modo, conseguir que a classificação seja utilizada pelas comunidades nacionais e internacionais, além de assegurar que sua estrutura seja compatível com as outras classificações utilizadas e com o trabalho dos grupos da normalização em saúde e em enfermagem (CIE, 2005; TANNURE e CHIANCA, 2007).

Em 2002, após receber novas sugestões e trabalhos relacionados com a validação da CIPE[®]-Versão Beta, foram realizadas mudanças na classificação, relativas principalmente a correções editoriais como alterações de gramática, adição e exclusão de palavras e correção de códigos, sendo então divulgada a CIPE[®]-Versão Beta 2 (CIE, 2005).

Neste período, foram criados os centros acreditados pelo CIE, para a investigação e o desenvolvimento da classificação, e o grupo de aconselhamento estratégico da CIPE[®] (CIE, 2005), a fim de atender cada vez mais aos objetivos propostos.

A CIPE[®]-Versão Beta 2 continha duas estruturas de classificação, sendo uma para os fenômenos de enfermagem (para representar os diagnósticos e os resultados de

Enfermagem) e outra para as intervenções de Enfermagem. Nesta versão os fenômenos e as ações de enfermagem eram classificados em cada um dos oito eixos.

Em 2003, houve a certificação do primeiro centro acreditado pela CIE para a investigação e desenvolvimento da CIPE[®], sendo ele o *Deutschsprachige ICN Nutzergruppe* (grupo de utilizadores da CIPE[®] de língua alemã).

Neste mesmo período, a CIPE[®]-Versão Beta 2 foi traduzida para o português pela enfermeira Prof^a Dra. Heimar de Fátima Marin, da Universidade de São Paulo, membro do Grupo Consultivo Estratégico da CIPE[®], o que facilitou a disseminação desta classificação no Brasil (CAMIÁ, BARBIERI e MARIN, 2006).

Porém, à medida que esta versão começou a ser utilizada mais amplamente reconheceu-se que a meta de ser um sistema unificado da linguagem de Enfermagem, que satisfizesse as necessidades dos enfermeiros em todo o mundo, não estava sendo atingida com as atuais estruturas da classificação. Deste modo, os membros do CIE e os responsáveis pela CIPE[®] continuaram reunindo sugestões e informações e passaram a propor uma nova versão da classificação que deveria representar os vocabulários já existentes, manter uma representação multiaxial, facilitar o desenvolvimento de vocabulários locais que seriam derivados da CIPE[®] e unificar os dois esquemas de oito eixos da classificação da CIPE[®]-Versão Beta 2 em um único modelo de eixos (CIE, 2003).

Na reunião do comitê da CIPE[®] realizada em 2003, foram avaliadas recomendações e observações feitas pelos 140 revisores da prática de Enfermagem da CIPE[®], que representam 35 países. Nesse mesmo ano, foram apresentados 134 termos para serem examinados (CIE, 2003).

Em 2004, foi publicado o primeiro “*countdown to ICNP- Versão 1.0*” e, em 2005, foram acreditados os centros de investigação para a prática de enfermagem em Canberra e o Centro Chileno para investigação e desenvolvimento da CIPE[®] (CIE, 2005) e apresentada a CIPE[®]-Versão 1.0, no Congresso Quadrienal do CIE, que aconteceu em Taipei, Taiwan (BITTENCOUT, 2006).

Neste período, a CIPE[®]-Versão 1.0 foi publicada, sendo considerada um resultado das principais reformulações apontadas pelos enfermeiros, que buscavam torná-la mais acessível e aplicável à prática. Ela contém um novo e simplificado modelo único de sete eixos, e pode ser considerada um recurso capaz de acomodar vocabulários atuais e novos termos, utilizando-se de uma terminologia composicional (CIE, 2005).

Assim, a partir do modelo de sete eixos, os enfermeiros podem construir os enunciados dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem.

Os sete eixos da CIPE[®]- Versão 1.0 e suas definições segundo o CIE (2005), são:

- Foco: área de atenção relevante para a Enfermagem.
- Julgamento: opinião clínica, determinação relacionada ao foco da prática profissional de Enfermagem.
- Meios: forma ou método de concretizar uma intervenção.
- Ação: processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente.
- Tempo: o ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência.
- Localização: orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção.
- Cliente: sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção.

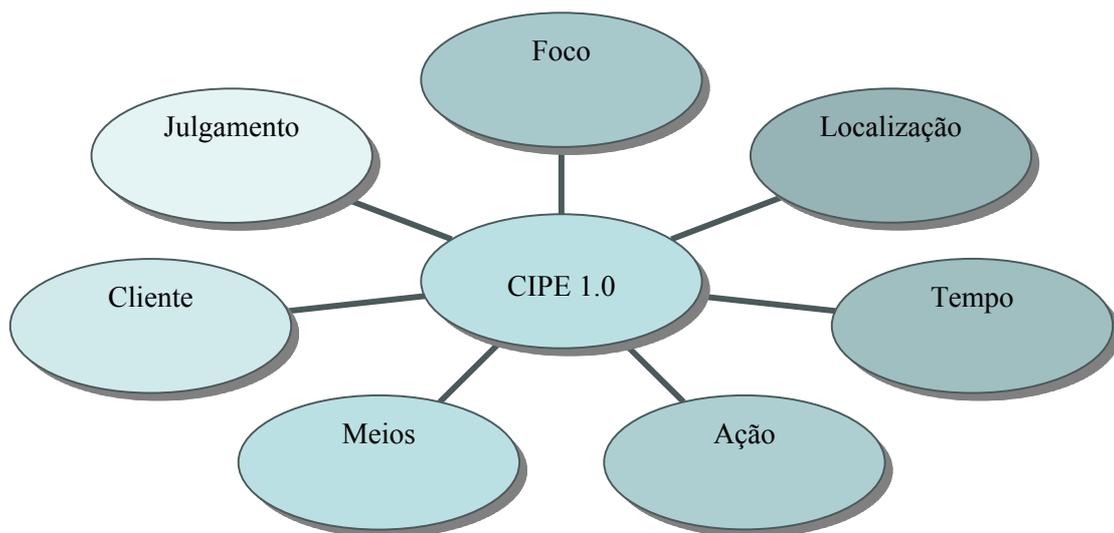


FIGURA 1 – Eixos da CIPE[®]-Versão 1.0.

Por ser uma classificação multiaxial, constituída por sete eixos, há a possibilidade de haver uma combinação dos conceitos dos distintos eixos, o que pode proporcionar uma maior solidez à classificação e diversificar a expressão de seus conceitos (GARCIA e NÓBREGA, 2004). Além disso, há a possibilidade de a classificação ser utilizada com várias teorias de Enfermagem (CAMIÁ, BARBIERI e MARIN, 2006).

Para criar enunciados de DE e de resultados de Enfermagem utilizando-se a CIPE[®]- Versão 1, deve-se incluir um termo do eixo do foco e um termo do eixo do

juízo. Podem-se incluir termos adicionais, seja do eixo de foco, de juízo ou de outros termos (CIE, 2005).

Para elaborar os enunciados de intervenções de Enfermagem, deve-se incluir um termo do eixo da ação e pelo menos um termo de qualquer outro eixo, exceto do eixo do juízo. Podem-se também incluir termos adicionais, caso necessário, do eixo da ação ou de qualquer outro eixo (CIE, 2005).

O CIE complementa ainda que, já que essa versão da classificação foi desenvolvida como um sistema unificado da linguagem de Enfermagem e uma terminologia composicional, os enfermeiros podem cruzá-la com sistemas de classificação locais, regionais ou nacionais e, assim, fazer um mapeamento da língua própria da especialidade daquela localidade com os termos normalizados pela identificação de sinônimos e dos termos preferidos (CIE, 2005).

A CIPE[®] é considerada um instrumento de informação para descrever a prática de Enfermagem e com o seu uso podem ser obtidos dados a serem utilizados para a avaliação da contribuição da Enfermagem no cuidado da saúde e para promover mudanças na prática profissional (NÓBREGA e GARCIA, 2005).

Sabe-se que, para os enfermeiros utilizarem a CIPE[®] mais facilmente na prática, eles precisam ter à mão conjuntos de enunciados pré-combinados de diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem e como esses profissionais geralmente se especializam em uma determinada área de cuidados, como por exemplo, o tratamento intensivo, a construção de catálogos da CIPE[®] (subconjuntos de diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem) facilitará a aplicabilidade da classificação (CIE, 2005).

Cruz *et al.*, (2000) propõem que continuem sendo realizados estudos e discussões sobre as classificações e contribuições para o desenvolvimento da CIPE[®], visando à utilização da mesma na prática, na docência e na pesquisa. Pode-se dizer que isso vem ocorrendo, uma vez que os comitês da CIPE[®] continuam realizando validações dos termos nela existentes e incorporando novos termos obtidos a partir de estudos clínicos que vêm sendo realizados em todo o mundo (KUO e YEN, 2006).

No Brasil experiências utilizando a CIPE[®] merecem ser ressaltadas, como o projeto de implantação da CIPE[®] na área da saúde coletiva (CIPESC) nos prontuários eletrônicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba; o projeto de sistematização da assistência de Enfermagem em UTI, utilizando um *software* que vem sendo desenvolvido em Florianópolis; e o desenvolvimento de um instrumental tecnológico, tendo por base os

termos da linguagem dos componentes da equipe de Enfermagem, para inserção em sistemas de informação de um hospital-escola de João Pessoa, Paraíba (NÓBREGA e GARCIA, 2005).

Ao utilizar a CIPE[®] na prática, a Enfermagem nomeia suas ações, a partir de uma classificação internacional que vem sendo considerada eficiente para o registro e análise da assistência de Enfermagem prestada aos pacientes (ANTUNES e DAL SASSO, 2006).

A CIPE[®] é uma classificação composta por termos de domínio da Enfermagem (JIANG *et al*, 2007), que pode ser vista como um mapa que está sendo construído e que deve ser capaz de representar a Enfermagem como área de conhecimento (CRUZ, 2000). Tal fato fica evidente em um estudo de mapeamento dos fenômenos da CIPE[®] com os termos das classificações NANDA, HHCC, Omaha e NIC, realizado por Hyun e Park (2002). Esse estudo identificou que, na CIPE[®], constam 87,5% de diagnósticos da NANDA, 89,7% de diagnósticos da HHCC e 72,7% de problemas identificados no sistema de Omaha. Também foram identificados 79,4% de intervenções da NIC, 80,6% de intervenções da HHCC e 71,4% de intervenções do sistema de Omaha na CIPE[®].

Sansoni e Giustini (2006) relatam que a CIPE[®] precisa ser comparada a um dicionário que precisa ser refinado, e sendo assim, é imprescindível dar continuidade à sua evolução, de modo que haja uma compreensão sobre a prática de Enfermagem em todo o mundo. A utilização da CIPE[®] estabelece padrões de cuidados, que podem ser usados em diversas regiões do mundo e que podem impulsionar uma padronização da linguagem de Enfermagem e melhorar a qualidade da assistência, por meio da identificação, padronização e acompanhamento daquilo que a Enfermagem produz (BITTENCOURT e NÓBREGA, 2006).

Pode-se dizer que não há mais volta; a CIPE[®] é uma realidade na Enfermagem mundial, e os enfermeiros que não a utilizarem vão ficar de fora desse processo (NÓBREGA, 2002).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo que, segundo Gil (2002) e Tobar e Yalour (2001), é aquele proposto para descrever características de uma determinada população ou fenômeno. Polit & Hungler (1995), afirmam que a pesquisa descritiva, considerada como não experimental, tem o propósito de observar, descrever e explorar aspectos de uma determinada situação.

A opção metodológica para a realização deste estudo se justifica, considerando que este trabalho visa descrever os termos empregados por enfermeiros nos registros de prontuários de pacientes de uma UTI adulto, na perspectiva de uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Para a realização deste estudo, foram inicialmente coletados termos documentados por enfermeiros em prontuários de pacientes internados na UTI adulto do Hospital Evangélico de Belo Horizonte. O hospital faz parte de uma entidade sem fins lucrativos e de direito privado, que foi fundada em março de 1946, denominada Associação Evangélica Beneficente de Minas Gerais.

O Hospital Evangélico presta serviços relacionados a quatro especialidades básicas: clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica. Disponibiliza cerca de 70% de sua capacidade de atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) e destina os outros 30% às internações particulares e outros convênios.

Atualmente, o Hospital conta com 172 leitos ativos, sendo 145 enfermarias, 20 apartamentos e 09 leitos de UTI.

Atendendo à Resolução do COFEN nº272/2002 e procurando oferecer uma assistência de melhor qualidade aos seus clientes, a SAE está sendo implantada na UTI adulto dessa instituição desde setembro de 2003. Está fundamentada na Teoria das NHB, de Wanda de Aguiar Horta, e, atualmente, todas as fases do PE estão sendo implementadas e documentadas nos prontuários dos pacientes pelo grupo de enfermeiros, sendo elas: investigação, DE, planejamento da assistência, implementação de Enfermagem e avaliação da assistência de Enfermagem.

4.3 COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS

O estudo foi desenvolvido em oito fases distintas:

4.3.1 Primeira fase: extração dos termos

Foram utilizados neste estudo os dados constantes nos formulários de investigação (ANEXO A) e de evolução de Enfermagem (ANEXO B), preenchidos por enfermeiros da UTI, no período de janeiro a dezembro de 2006.

A opção por esse período se deu por acreditar-se que haveria menos prontuários sendo utilizados para fins de faturamento hospitalar, o que facilitaria mais o acesso e a obtenção dos dados. Além disso, nesse período, já haviam sido implantadas, por escrito, todas as fases do PE, excetuando-se a fase de implementação, que, até então, não era registrada de forma sistemática, o que veio ocorrer no final do ano de 2006.

Inicialmente, foi realizada a operação de extração de termos empregados por enfermeiros nos registros de prontuários de pacientes da UTI.

Foram considerados, no estudo, os impressos preenchidos pelos enfermeiros, desde o momento da admissão até a alta dos pacientes, uma vez que, devido à gravidade da doença à qual esses se encontram submetidos, poderiam ocorrer alterações significativas ao longo de toda a internação na unidade.

Os dados foram coletados diretamente nos prontuários, sendo transcritos os termos registrados pelos enfermeiros do setor para uma ficha terminológica específica (APÊNDICE A) para cada paciente selecionado.

No período estabelecido, foram internados na UTI um total de 583 pacientes. Inicialmente, foi calculado o tamanho global da amostra, com 80% de frequência esperada para o preenchimento dos impressos dos enfermeiros, com um nível de confiança de 95% e um erro de estimação de 5%. A amostra global calculada foi de 182 prontuários, considerando um percentual de 5% de prontuários incompletos.

A seguir, foi realizado um sorteio para a composição de uma amostra aleatória dos prontuários que seriam pesquisados.

Dessa amostra, foram localizados, com sucesso, para fins da pesquisa, um total de 102 prontuários, havendo uma perda de 80. Desses prontuários “perdidos”, havia aqueles nos quais não foram encontrados registros que descrevessem a internação do paciente na UTI; outros nos quais não foram identificados registros dos enfermeiros da UTI; e outros que ainda

estavam sendo utilizados pelo serviço de faturamento do hospital. Por esses motivos, não foram disponibilizados pelo Serviço de Arquivo Médico (SAME). Desse modo, foram utilizados, para a extração dos termos, 102 (18 %) prontuários da amostra previamente calculada.

Nos 102 prontuários obtidos para a realização deste estudo, foram encontrados e utilizados, para a extração dos termos, um total de 850 impressos de registros dos enfermeiros da UTI, contidos no histórico de Enfermagem e na evolução diária de Enfermagem. Cabe ressaltar que, nesses impressos, além de os enfermeiros descreverem os dados clínicos dos pacientes (histórico de enfermagem e evolução com a realização de exame físico), eles também documentavam as formulações de DE e de RE para os pacientes.

Nos 850 impressos analisados, foram extraídos 164.016 termos, que foram utilizados para a construção do *corpus* de análise. Esses termos caracterizavam-se por serem simples e compostos.

4.3.2 Segunda fase: eliminação de repetições

No total de termos obtidos, havia termos repetidos que foram excluídos. Para tanto, todos os 164.016 termos foram inseridos em uma planilha do *Excel for Windows* e submetidos à exclusão das repetições.

4.3.3 Terceira fase – normalização de termos

Os termos obtidos, após a exclusão das repetições, foram submetidos a correções de ortografia, análise de sinonímia, adequação de tempos verbais e uniformização de gêneros e de números e exclusão das expressões pseudoterminológicas, que são definidas como elementos que ocorrem de forma casual no discurso, mas que não designam conceitos particulares, sendo considerados “lixo terminológico” (PAVEL e NOLET, 2001).

4.3.4 Quarta fase – mapeamento cruzado

Nesta fase foi realizada a comparação entre os termos identificados com os termos constantes na CIPE[®]- Versão 1.0. Aqui, os termos extraídos dos prontuários dos pacientes internados na UTI e os constantes na CIPE[®]-Versão 1.0 foram submetidos ao processo de mapeamento cruzado para a identificação dos termos constantes e não constantes nessa

classificação.

O mapeamento cruzado é um método que pode ser útil na análise de termos não incluídos em linguagens padronizadas de Enfermagem, para compará-los aos constantes em classificações de Enfermagem, utilizando-se de uma terminologia uniforme (LUCENA e BARROS, 2005).

Para a realização do mapeamento cruzado, foram criadas duas planilhas no programa *Excel for Windows* e realizado o cruzamento dos dados a fim de identificar os termos em comum e os não comuns.

4.3.5 Quinta fase: eliminação de termos médicos e organização dos medicamentos em classes farmacológicas

Após a realização do mapeamento cruzado, foram excluídos, da listagem obtida nos prontuários, os termos médicos. Além disso, os medicamentos foram agrupados pelas suas respectivas classes farmacológicas.

4.3.6 Sexta fase - eliminação de termos identificados nos conceitos existentes nos eixos da CIPE®-Versão 1.0

Após a realização da quinta fase, evidenciou-se que havia termos extraídos dos prontuários que não constavam nos eixos da CIPE®-Versão 1.0, mas que poderiam ser encontrados como características específicas de conceitos incluídos nos termos constantes na classificação. Optou-se então pela eliminação desses termos. Para a realização dessa exclusão os termos encontrados e que constituíam características específicas dos conceitos da CIPE®-Versão 1.0 foram inseridos em uma planilha no programa *Excel for Windows* e aqueles termos não constantes na CIPE® em outra planilha. A seguir foi realizado o cruzamento dos dados das duas distintas planilhas a fim de serem identificados os termos não constantes nos eixos da CIPE®-Versão 1.0.

4.3.7 Sétima fase – classificação dos termos não constantes na CIPE®-Versão 1.0 segundo os sete eixos

Nesta fase foi realizada a classificação dos termos não constantes na CIPE[®]-Versão 1.0 segundo os sete eixos, levando-se em consideração a definição dos mesmos apresentada pelo CIE.

Para a realização dessa fase do estudo, os termos não constantes na CIPE[®] foram inseridos em uma planilha do *Excel for Windows* que continha os sete eixos da CIPE[®]-Versão 1.0 a fim de serem classificados segundo os respectivos eixos.

4.3.8 Oitava fase – Validação da alocação dos termos

Após a alocação dos termos nos sete eixos da CIPE[®]-Versão 1.0, foi feita a validação da mesma por um grupo de enfermeiras, doutoras, mestrandas, graduadas e alunas da graduação em Enfermagem, que participam do grupo de Estudos e Pesquisa em Sistematização da Assistência de Enfermagem da UFMG, sob a supervisão das coordenadoras do projeto.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS NO ESTUDO

Para a realização desta pesquisa, foi observada a normatização prevista na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres vivos.

A coleta de dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (APÊNDICE B) e preenchimento da Declaração de Autorização Institucional por parte da diretoria do Hospital Evangélico de Minas Gerais (APÊNDICE C). O anonimato dos pacientes, durante a fase de coleta de dados nos prontuários, foi garantido.

5 RESULTADOS

5.1 IDENTIFICAÇÃO DE TERMOS EMPREGADOS POR ENFERMEIROS E REGISTRADOS NOS PRONTUÁRIOS

Foram extraídos, dos prontuários dos pacientes da UTI, 164.015 termos, que passaram por um processo de exclusão das repetições, obtendo-se 2.301 termos após este procedimento. Estes termos foram submetidos a um processo de normalização no qual se procedeu à exclusão de sinonímias, uniformização de gênero e números, exclusão de expressões pseudoterminológicas, obtendo-se 1.228 termos.

Porém, dentre estes termos, ainda havia aqueles que poderiam já estar descritos na CIPE®-Versão 1.0 e, para a detecção destes, foi realizado o mapeamento cruzado entre os termos identificados e aqueles constantes na CIPE®-Versão 1.0.

5.2 MAPEAMENTO CRUZADO ENTRE OS TERMOS IDENTIFICADOS E OS CONSTANTES NA CIPE®-VERSÃO 1.0

Com o mapeamento cruzado entre os termos identificados nos registros dos enfermeiros nos prontuários dos pacientes da UTI e os termos constantes nos eixos da CIPE®-Versão 1, encontraram-se 212 termos em comum (QUADRO 1) e chegou-se a uma totalização de 1.016 termos não presentes da classificação.

QUADRO 1

Termos encontrados nos prontuários e existentes na CIPE®- Versão 1.0

Termos	Termos
Aceitação	Médico
Acesso	Melhorado
Acidose Metabólica	Melhorar
Administrar	Metabolismo
Admissão	Mobilidade
Adulto	Mucosa
Agitação	Mucosa oral
Agudo	Nádega
Alcalose Metabólica	Nariz
Alergia	Náusea
Alerta	Necessidade
Amanhã	Necrose
Anormal	Nenhum

Ansiedade	Noite
Anterior	Normal
Ar	Nunca
Ascite	Observar
Aspiração	Obstrução
Aspirar	Óleo
Atividade psicomotora	Olho
Aumentar	Ontem
Auto Cuidado	Orientação
Braço	Orientar
Bradycardia	Osso
Cabeça	Ostomia
Cair	Ouvido
Capilar	Padrão Alimentar
Central	Padrão Respiratório
Choque Cardiogênico	Palpar
Choque Séptico	Participação
Colchão	Passado
Compressa	Pele
Confusão Mental	Pênis
Conhecimento	Pequeno
Conjuntiva	Percepção
Consciência	Periférico
Controle	Pescoço
Contusão Occipital	Plano
Creme	Posição
Crescimento	Posterior
Criança	Prepúcio
Crise	Presente
Cultura	Pressão
Dar	Pressão Intracraniana
Débito Cardíaco	Processo
Dedo	Progredir
Deglutir	Promover
Delírio	Próstata
Dependência	Prótese
Dependente	Proximal
Depressão	Pulmão
Desidratação	Pulso
Diminuído	Puncionar
Distal	Queda
Disúria	Queimadura
Dor	Recuperação
Drenar	Recuperação Cirúrgica
Dreno	Refeição
Edema	Reflexo
Elevado	Relatar
Eliminação	Repouso
Eliminação Urinária	Resistência
Enfermeiro	Resposta

Ensinar	Restabelecer
Envelhecimento	Resultado
Face	Risco
Ferida	Sangue
Flanco	Saúde
Foco	Seca
Fralda	Semana
Glândula Mamária	Sempre
Hábito	Seringa
Hematoma	Sinal
Hemodiálise	Sinal de Infecção
Hemorragia	Solicitar
Hipertermia	Solução
Hiperventilação	Sono
Hipoglicemia	Status
Hiponatremia	Suicídio
Hipotensão	Superior
Hipotermia	Suspeita
Hipoventilação	Taquicardia
Hoje	Tarde
Hospital	Taxa
Idoso	Tecido Adiposo
Ileostomia	Temperatura
Incapacidade	Temperatura Corporal
Infecção	Tempo
Inferior	Terapia
Informar	Total
Ingurgitamento	Transferir
Iniciar	Transportar
Inserir	Traqueostomia
Insulina	Tratar
Integridade	Trauma
Integridade de Pele	Trocar
Intubar	Tronco
Irrigar	Tubo
Lábio	Úlcera
Lesão	Úlcera de Pressão
Maceração	Uretra
Mama	Urina
Manhã	Veia
Manter	Ventilação
Máscara	Ventilação Espontânea
Medicamento	Violência

Porém, constatou-se que, nesse total de 1.016 termos, havia 42 que foram considerados como relativos ao domínio médico. Sendo assim, foram excluídos da listagem, obtendo-se, a partir desta exclusão 974 termos.

Dentre os 42 termos excluídos da listagem, haviam termos usados para denominar doenças diagnosticadas pelos profissionais médicos (37) e intervenções cirúrgicas (5) realizadas por estes profissionais. Optou-se por apresentar as doenças com os códigos existentes na CID (QUADRO 2).

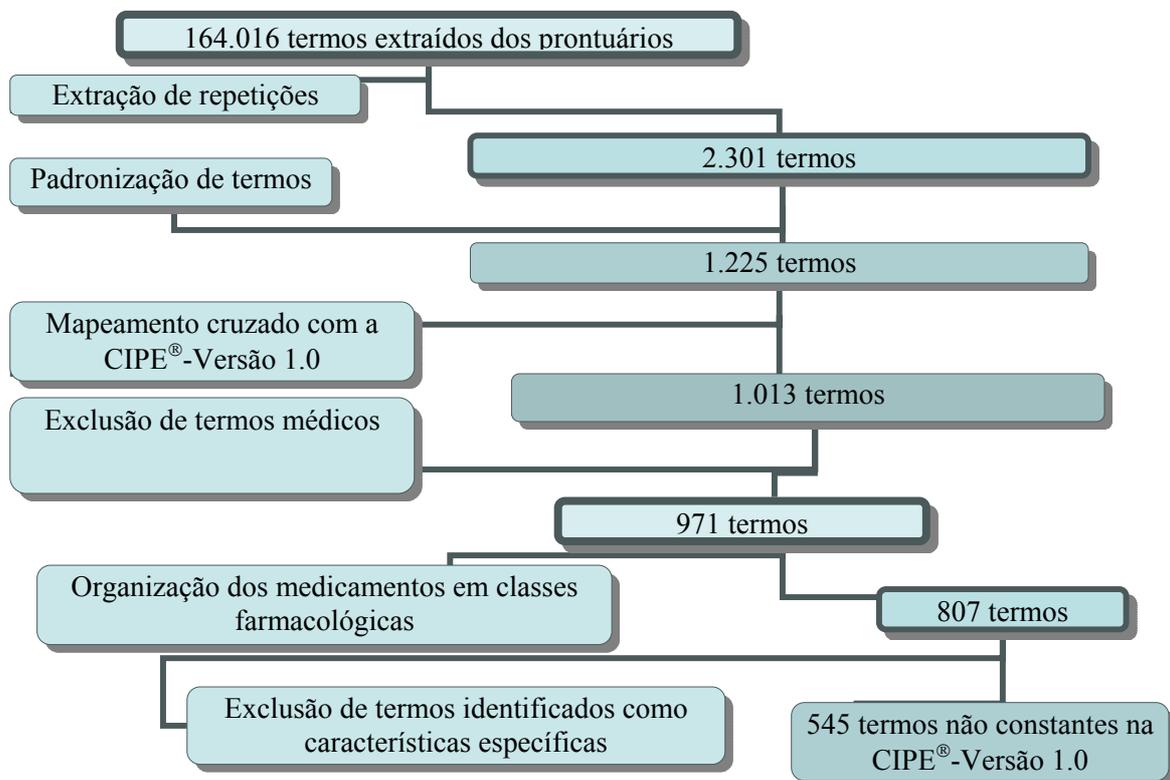
QUADRO 2
Termos médicos extraídos dos prontuários

Termos médicos	Código na CID
Acidente Vascular Cerebral	I 64
Angina Instável	I 20
Asma	J 45.9
Câncer de Mama	C 50.9
Catarata	H 26.9
Colangite	K 83.0
Colecistectomia	-
Colectomia	-
Coledocotomia	-
Colelitíase	K 80.2
Comissurotomia	-
Desnutrição	E 46
Diabete Mellitus	E 14
Dislipidemia	E 78.8
Diverticulite	K 57.9
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	J 44.9
Edema Agudo de Pulmão	J 81
Encefalopatia	G 93.4
Epilepsia	G 40.9
Hepatite	K 75.9
Hepatite C	B 18.2
Insuficiência Coronariana	I 24.8
Insuficiência Cardíaca	I 50.9
Insuficiência Cardíaca Congestiva	I 50.0
Insuficiência Hepática	K 72.9
Insuficiência Renal	N 19
Insuficiência Renal Aguda	N 17.9
Insuficiência Renal Crônica	N 18.9
Insuficiência Respiratória	J 96.9
Insuficiência Respiratória Aguda	J 96.0
Neoplasia	C 80
Neoplasia de Pâncreas	C 25.9
Ortoplastia	-
Parada Cardiorrespiratória	I 46.9
Rins Policísticos	Q 61.3
Sepse	A 41.9
Silicose	J 62.8
Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto	J 80
Traqueomalácia	J 39.8

Tromboembolismo Pulmonar	I 26.9
Tuberculose	A 16.9
Uretrite	N 34.2

Foi evidenciado que havia também termos usados para nomear medicamentos, que poderiam ser agrupados em classes farmacológicas específicas, de forma a evitar duplicidade de termos. Esse procedimento foi realizado e, a partir desta reorganização dos medicamentos nas suas classes farmacológicas, obtiveram-se 810 termos não constantes nos sete eixos da CIPE®-Versão1.0.

Cabe ressaltar que, dentre os 810 termos, identificados após o mapeamento cruzado, a exclusão dos termos médicos e a organização dos fármacos, foi detectado que havia alguns termos que, embora não estivessem descritos nos eixos da classificação, encontravam-se presentes nas definições apresentadas para os termos como suas características específicas. Estes termos foram considerados como constantes na classificação e, deste modo, excluídos. Para tanto, foi realizado o mapeamento cruzado com os termos não constantes nos eixos da classificação e os termos que representavam características específicas, sendo identificados 262 termos em comum. Após a extração deste total, obtiveram-se 548 termos não constantes na CIPE®-Versão 1.0.



5.3 CLASSIFICAÇÃO DOS TERMOS IDENTIFICADOS COMO NÃO CONSTANTES NA CIPE[®]-VERSÃO 1.0 SEGUNDO OS SETE EIXOS

Os 545 termos não constantes na Classificação foram classificados de acordo com o modelo dos sete eixos da CIPE[®]-Versão 1.0, levando em consideração a definição de cada eixo apresentado no CIE.

5.3.1 Termos mapeados no eixo foco

Na CIPE[®]-Versão 1.0, o eixo foco contempla termos referentes à área de atenção para a Enfermagem (CIE, 2005). Neste estudo, foram encontrados 156 (28,6%), (QUADRO 3), entre os 545 termos não constantes na classificação, como pertencentes ao eixo foco.

QUADRO 3

Termos categorizados no eixo foco

Termos	Termos
Abscesso	Hipertensão Intracraniana
Abertura Ocular	Hipoalbuminemia
Abstinência Alcoólica	Hipocoloração
Afundamento	Hipopotassemia
Agitação Psicomotora	Hipovolemia
Alimentação	Imobilização Física
Alta Hospitalar	Incisão Cirúrgica
Anasarca	Infiltrado Pulmonar
Anisocitose	Instabilidade Hemodinâmica
Anisocoria	Integridade Cutânea
Anúria	Integridade Física
Arco Senil	Intoxicação Exógena
Assadura	Lazer
Atelectasia	Leucocitose
Atividade Física	Leucopenia
Atividade Psicomotora	Língua Saburrosa
Auto – extermínio	Líquor
Autoproteção	Ma l- Estar
Auto – realização	Meio Ambiente
Barreira Ambiental	Melena
Barreira Econômica	Midriase
Bexigoma	Miose
Bloqueio Atrioventricular	Mobilidade Física
Bloqueio de Ramo Direito	Motilidade
Bradipnéia	Mucosa
Bromidrose	Gregária

Broncoespasmo	Nódulo
Catarata	Nódulo Cervical
Colúria	Oxigenação
Confinamento	Palpitação
Consolidação Pulmonar	Pancitopenia
Constipação	Parada Cardiorrespiratória
Crepitação	Percepção Sensorial
Cuidado	Perda Hídrica
Debridamento	Perfil Imunológico
Deglutição	Perfil Sangüíneo
Deiscência	Perfusão Tissular
Derrame Pleural	Piúria
Descamação	Plaquetopenia
Desconforto	Prática Religiosa
Desdobramento de Segunda Bulha	Pressão Venosa Central
Desmame Ventilatório	Prostatismo
Desobstrução	Prostração
Disfunção Neurovascular	Proteção
Disfunção Vascular	Queimação
Emagrecimento	Queixa Algica
Enterorragia	Recreação
Epistaxe	Reflexo Hepatojugular
Escolaridade	Regulação Vascular
Espasmo	Resistência Vascular Sistêmica
Esquecimento	Respiração Abdominal
Estado Emocional	Ruídos Adventícios
Estase	Ruídos Hidroaéreos
Estenose	Ruptura
Expansibilidade Torácica	Saúde Dental
Exsudato	Secreção Biliar
Extensão Hipertônica	Secreção Fétida
Extra-Sístole Atrial	Secreção Piosanguinolenta
Extra-Sístole Ventricular	Secreção Purulenta
Extravasamento	Secreção Retida
Fibrilação Atrial	Secreção Sanguinolenta
Fibrilação Ventricular	Secreção Serosanguinolenta
Fibrina	Segurança
Fístula	Segurança Física
Flexão Hipertônica	Sexualidade
Flexão Inespecífica	Sialorréia
Fluxo Sangüíneo Arterial	Sinal Flogístico
Fluxo Sangüíneo Venoso	Sons Incompreensíveis
Fotorreação	Sopro
Halitose	Sopro Sistólico
Hematúria	Taquicardia Paroxística Supraventricular
Hemorróida	Taquicardia Sinusal
Hepatomegalia	Taquicardia Supraventricular
Hidratação	Taquicardia Ventricular
Hidrocefalia	Taquipnéia
Higiene	Trauma Cirúrgico

Hiperbilirrubina	Uremia
Hipercolesterolemia	Visceromegalia

5.3.2 Termos mapeados no eixo localização

O eixo localização da CIPE[®]-Versão 1.0, refere-se à orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (CIE, 2005). Dos 545 termos identificados como não constantes na classificação, 77 (14,1 %), foram categorizados no eixo localização (QUADRO 4).

QUADRO 4

Termos categorizados no eixo localização

Termos	Termos
Ápice pulmonar	Meato Uretral
Área Cardíaca	Membrana Alvéolo-Capilar
Artéria Aorta	Membrana Capilar
Artéria Radial	Mesogástro
Átrio	Miocárdio
Axila	Mucosa Ocular
Base Peniana	Musculatura Respiratória
Base Pulmonar	Narina
Bilateral	Ombro
Borda	Pâncreas
Box	Posto de Enfermagem
Cabeceira	Quadril
Coledoco	Rebordo Costal
Cotovelo	Região
Diâmetro Ântero-Posterior	Região Auricular
Enfermaria	Região Cervical
Esclera	Região do Maléolo
Espaço Extradural	Região Glútea
Espaço Subdural	Região Inframamária
Extremidade	Região Inguinal
Farmácia	Região Interdigital
Foco Mitrál	Região Interglútea
Foco Tricúspide	Região Occipital
Fossa Ilíaca	Região Perianal
Garganta	Região Peritoneal
Genitália	Região Plantar
Glande	Região Precordial
Glúteo	Região Suprapúbica
Hélice Auricular	Região Trocantérica
Hemitórax	Região Ventral
Hipocôndrio	Rim
Inframamária	Supraventricular
Intra-Arterial	Tireóide

Intracraniana	Tornozelo
Jejunostomia	Unidade de Terapia Intensiva
Jugular Externa	Veia Subclávia
Jugular Interna	Ventrículo
Lábio Inferior	Vesícula Biliar
Lateral	

5.3.3 Termos mapeados no eixo cliente

O CIE (2005) define cliente um sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção. Neste trabalho 4 (0,7 %) dos 545 termos foram categorizados no eixo cliente (QUADRO 5).

QUADRO 5

Termos categorizados no eixo cliente

Termos	Termos
Estudante	Filha
Familiares	Paciente

5.3.4 Termos mapeados no eixo tempo

Dos 545 termos não constantes na classificação, 26 (4,8%) foram mapeados como pertencentes ao eixo tempo (QUADRO 6), definido como o ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência (CIE, 2005).

QUADRO 6

Termos categorizados no eixo tempo

Termos	Termos
Agora	Imediato
Algumas Vezes	Intervalo
Após	Intervalo de Rotina
Data	Madrugada
No Decorrer	No Decorrer do Plantão
Depois	No Momento
Diária	Ocasionalmente
Durante o Dia	Período
Durante Permanência	Período de Internação
Enquanto	Prontamente
Enquanto Permanecer	Tardio
Gradativamente	Término

Hora	Turno
------	-------

5.3.5 Termos mapeados no eixo julgamento

Na classificação o eixo julgamento contém dados de opinião clínica e determinação relacionada ao foco da prática profissional de enfermagem (CIE, 2005). Dos 545 termos não constantes na CIPE[®]-Versão 1.0, 87 (16%) foram alocados no eixo julgamento (QUADRO 7).

QUADRO 7

Termos categorizados no eixo julgamento

Termos	Termos
Abafado	Limitado
Abolido	Piora
Absoluto	Grau I
Alterado	Grau II
Assimetria	Grau III
Arrítmicos	Importante
Assincronia	Hipocalórico
Ausente	Hipolipídico
Avançado	Hipossódico
Brando	Ideal
Cheio	Interagindo
Choroso	Íntegro
Comunicativo	Limiar
Côncavo	Mínimo
Concentrado	Molhado
Confinado	Mórbido
Déficit	Instável
Deprimido	Múltiplo
Desvitalizado	Insuficiente
Difícil	Morno
Difuso	Paroxístico
Diluído	Inaudível
Discreto	Pastoso
Divergente	Permeável
Eficaz	Perturbado
Entregue	Prejudicado
Escuro	Incompreensível
Esparso	Preservado
Espesso	Produtivo
Estágio I	Purulento
Estágio II	Residual
Estágio III	Rigoroso
Estágio IV	Semilíquida

Exsudativo	Semipastosa
Fétido	Sinusal
Filiforme	Subfebril
Fisiológico	Tenso
Flácido	Volumosa
Fluido	Líquido Pastosa
Globoso	Inespecífico
Gravíssimo	Normoproteico
Hiperfonético	Novo
Hipofonético	Obstruído
Ineficaz	

5.3.6 Termos mapeados no eixo ação

O CIE (2005) considera ação um processo intencional aplicado a/ou desempenhado por um cliente. Neste estudo, 70 termos (12,9 %) foram categorizados neste eixo (QUADRO 8)

QUADRO 8

Termos categorizados no eixo ação

Termos	Termos
Abrir	Hemotransfundir
Aceitar	Heparinizar
Acompanhar	Infundir
Acrescentar	Insuflar
Admitir	Intervir
Adquirir	Jogar
Aguardar	Liberar
Alcançar	Ligar
Apresentar	Localizar
Auxiliar	Morder
Balançar	Movimentar
Coletar	Negar
Conectar	Obedecer
Converter	Ocluir
Corrigir	Optar
Desligar	Perceber
Deslizar	Permanecer
Desobstruir	Permeabilizar
Direcionar	Prender
Discutir	Programar
Dobrar	Propor
Enfaixar	Quantificar
Entubar	Queixar
Enviar	Questionar

Escarificar	Reavaliar
Esclarecer	Receber
Estimular	Reiniciar
Estudar	Repassar
Evidenciar	Repor
Evoluir	Reposicionar
Expor	Retornar
Exteriorizar	Revelar
Extubar	Submeter
Fixar	Suspender
Fornecer	Tentar

5.3.7 Termos mapeados no eixo meios

O eixo recurso contempla a forma ou método de concretizar uma intervenção (CIE, 2005). 125 termos (22,9%) dos 545 termos foram categorizados no eixo meios (QUADRO 9).

QUADRO 9

Termos categorizados no eixo meios

Termos	Termos
Água Bidestilada	Fibra
Anestésico	Filme Transparente
Anestesista	Fração Inspirada de Oxigênio
Antiagregante Plaquetário	Funcionário
Antiarrítmico	Fístula arteriovenosa
Anticolinérgico	Gaze
Anticonvulsivante	Gasometria
Antidepressivo	Glicemia Capilar
Antiemético	Glicose
Anti-Hipertensivo	Hemocultura
Antipsicótico	Curativo de Hidrocolóide
Atadura de Crepom	Pomada de Hipoglós
Avental	Imunossupressor
Balanço Hídrico	Irrigação Contínua
Banho	Isolamento de Contato
Baralho	Jogos
Bicarbonato	Laxante
Estímulo Auditivo	Leito
Estímulo Tátil	Lençol
Estímulo Verbal	Macronebulização
Escrita	Maisena
Bioprótese Mitral	Marca Passo Transcutâneo
Bloqueador de Canal de Cálcio	Marca Passo Transvenoso
Bóia	Máscara De Venturi
Bolsa de Colostomia	Micronebulização

Bolsa de Karaia	Fita Hipoalergênica
Bomba de Infusão	Mini-Ball
Broncodilatador	Mudança de Decúbito
Cadeira	Nutrição Parenteral
Cânula de Guedel	Nutrição Parenteral Total
Capa de Colchão Piramidal	Óleo Mineral
Cardiologista	Órtese
Cardioversão	Plasma Fresco
Carvão Ativado	Prescrição de Enfermagem
Cateter de Swan Ganz	Pressão de Suporte
Catéter de Duplo Lúmen	Pressão Expiratória
Catéter Nasal	Pressão Expiratória Positiva Final
Clistér	Procedimento Cirúrgico
Solução de Clorexidina	Prótese Total
Cobertor	Protetor de Mucosa Gástrica
Colchão Piramidal	Solução de Polivinilpirrolidona Iodo
Coletor Urinário	Relaxante Muscular
Concentrado de Hemácias	Reposição Volêmica
Conexão Y	Sedativo
Contenção	Solução de Ácido Graxo Essencial
Corticóide	Sonda Nasoentérica
Coxim	Sonda Vesical de Alívio
Creme de Uréia	Sonda Vesical de Demora
Curativo	Swab
Curativo Secundário	Tomografia Computadorizada
Dieta Líquida	Tração
Dieta para Diabético	Tricotomia
Digital	Tricotomia Facial
Diurético	Urocultura
Drenagem Ventricular Externa	Vasoconstritor
Drenagem Ventrículo Peritoneal	Vasodilatador
Dreno de Penrose	Ventilação Mecânica
Eletrcardiograma	Ventilação Mecânica Assistida- Controlada
Enfaixamento	Ventilação Mecânica por Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas
Equipe de Enfermagem	Ventilação Mecânica com Pressão de Suporte
Escala de Coma de Glasgow	Ventilação Mecânica Mandatória Intermitente Sincronizada
Escala de Ramsay	Ventilação Não Invasiva
Exame Laboratorial	

6 DISCUSSÃO

6.1 SOBRE OS TERMOS OBTIDOS PARA O MAPEAMENTO NOS EIXOS DA CIPE® - VERSÃO 1.0

Foram extraídos, dos impressos preenchidos pelos enfermeiros da UTI adulto do hospital em estudo, um total de 164.016 termos.

Acredita-se que, por serem os instrumentos de registro dos enfermeiros no formato de *check list* e por um mesmo impresso ser preenchido por enfermeiros dos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), ocorreu um número tão expressivo de termos.

Outra informação relevante é que, em cada uma das extrações realizadas, foram levados em consideração os registros, presentes nos impressos preenchidos pelos enfermeiros de todos os turnos.

Considera-se elevado o resultado por compará-lo com o total de termos identificados em outros estudos desta mesma natureza (NÓBREGA *et al*, 2003; TRIGUEIRO *et al*, 2007), que identificaram um número menor de termos, mesmo com a extração sendo realizada em um número maior de prontuários. No primeiro estudo (NÓBREGA *et al*, 2003) foram extraídos 4.173 termos em 167 prontuários e no segundo (TRIGUEIRO *et al*, 2007) 2.812 termos em 417 prontuários.

Outro aspecto importante a ser mencionado é que o formulário de investigação utilizado na UTI, no momento da admissão dos pacientes e o formulário de evolução de Enfermagem, utilizado diariamente, possuem itens pré-definidos que direcionam as anotações dos enfermeiros. Em cada um desses itens existem opções para serem listadas pelos enfermeiros que são repetidas em todos os instrumentos e que favoreceu a repetição de termos. Acredita-se que esse possa ter sido o motivo pelo qual, após a exclusão das repetições, houve uma redução dos termos de 164.016 para 2.301, o que mostra que havia 161.715 repetições no total de termos extraídos.

Percebe-se que com a utilização de instrumentos de registros do tipo *check list*, pode-se obter um número acentuado de repetições de termos nos registros realizados por enfermeiros. Porém, em uma análise retrospectiva dos registros de Enfermagem em uma unidade especializada de um hospital de São Paulo, foi constatado que, mesmo com a implantação de etapas do PE, as anotações escritas ainda estavam sendo incompletas (OCHOA-VIGO, PACE e SANTOS, 2003). Uma vez que a coleta de dados é considerada como a base para o desenvolvimento da SAE, todas as demais etapas do PE dependem da

objetividade, fidedignidade e abrangência com que os dados iniciais são coletados (VIRGÍNIO e NÓBREGA, 2004), sendo assim, fica evidente a necessidade de se pensar em alternativas que estimulem o registro de informações sobre pacientes, além de cursos de capacitação para enfermeiros relacionados a semiologia, diagnósticos, resultados e prescrições de Enfermagem.

Em um estudo realizado em 30 hospitais de João Pessoa - PB, foi constatado que os enfermeiros se encontram insatisfeitos com o sistema manual de registro, por passarem muito tempo escrevendo e, conseqüentemente, afastados dos pacientes (SANTOS, PAULA e LIMA, 2003).

Alternativas vêm sendo propostas para favorecer a implantação da primeira fase do PE e, dentre elas, encontra-se a construção e validação de instrumentos de coleta de dados (BRITAR, PEREIRA e LEMOS; 2006)

Percebe-se que, na UTI na qual este estudo foi realizado, essa estratégia tem favorecido a implantação da SAE, uma vez que, em um estudo sobre a percepção dos enfermeiros desse serviço sobre a SAE, foi detectado que, após a implantação da primeira, segunda e terceira etapas do PE, os enfermeiros passaram a perceber a importância de avaliar o paciente de uma forma holística, para possibilitar o levantamento dos problemas de saúde e o estabelecimento de RE (MARQUES e CARVALHO, 2005).

Cabe, no entanto, ressaltar que instrumentos de coleta de dados de Enfermagem devem ser elaborados sob sustentação de um referencial teórico da enfermagem (LIMA e KURCGANT, 2006), a fim de favorecer o direcionamento da assistência às necessidades psíquicas, sociais e biológicas do ser humano, lembrando que há uma tendência de os enfermeiros priorizarem os aspectos biológicos devido à influência do modelo biomédico (OCHOA-VIGO, PACE e SANTOS, 2003). Se itens relacionados às demais dimensões do ser humano não forem inseridos nos instrumentos tipo *check list*, corre-se o risco de se perpetuar essa tendência, embora a inclusão destes dados não garanta a mudança de atitude por parte dos enfermeiros.

Os instrumentos utilizados neste estudo foram elaborados utilizando conceitos da teoria das NHB, de Wanda de Aguiar Horta, e foi constatado, durante a extração dos termos, que, apesar da tendência de serem registrados dados relacionados aos aspectos biológicos, principalmente pelas características dos pacientes internados em UTI, foram também obtidos termos relacionados às necessidades psicoespirituais e psicossociais tais como jogos, baralho, lazer, visita familiar, segurança emocional, recreação, prática religiosa.

Os enfermeiros que atuam em UTI devem lembrar que os procedimentos executados neste tipo de unidade e os aparelhos utilizados respondem a algumas necessidades biológicas, mas não às necessidades da pessoa humana como um ser holístico e singular (CORRÊA, 1998).

Outro risco que se corre, ao utilizar-se de instrumentos do tipo *check list*, é o examinador marcar dados de forma equivocada, ou até mesmo sem examinar o paciente, devendo o mesmo ficar atento a este fato e zelar para que não ocorra.

Apesar desta desvantagem e da obtenção de um elevado número de dados repetidos durante o processo de extração de termos, pode-se inferir que, na UTI em questão, esta estratégia tem facilitado a realização de registros de dados durante a anamnese e o exame físico diário dos pacientes. Além disso, dadas as inúmeras particularidades do paciente internado em UTI, a tecnologia encontrada no setor e a necessidade de ser oferecido um cuidado que assista o ser humano de forma integral, acredita-se que a elaboração de instrumentos de coleta de dados é relevantemente necessária para que a SAE seja desenvolvida com embasamento adequado (BITTAR, PEREIRA e LEMOS, 2006).

As autoras supracitadas afirmam que esses instrumentos proporcionam economia de tempo e praticidade para os enfermeiros desenvolverem uma assistência de Enfermagem instrumentalizada pela SAE, à luz de uma teoria de enfermagem.

Após a exclusão das repetições o próximo passo foi padronizar tempos verbais, gênero e número, excluir as sinonímias e expressões pseudoterminológicas do total de termos extraídos dos prontuários. Com a realização destes procedimentos, aqui denominados de padronização dos termos, houve a exclusão de mais 1076 termos, obtendo-se um total de 1.225 termos.

Essa trajetória metodológica foi utilizada por Albuquerque, Nóbrega e Garcia (2006) para identificarem termos da linguagem de Enfermagem em registros dos componentes da equipe de Enfermagem de uma UTI neonatal. As autoras extraíram, inicialmente, 2.047 termos dos prontuários e, após a exclusão de repetições, correção ortográfica, análise de sinonímia e adequações de termos requeridas pela CIPE[®]-Versão 1.0 obtiveram 869 termos.

Pavel e Nolet (2001) relatam que, durante a realização de uma pesquisa terminológica, os termos identificados devem ser atualizados, a fim de se distinguirem os sinônimos que designam um conceito de seu uso real e serem excluídas as sinonímias. Além disso, um termo pode estar registrado de forma correta ou incorreta, sendo, neste caso, necessária a sua correção. Cabe ressaltar que a extração de termos também gera uma grande quantidade de expressões pseudoterminológicas, que foram eliminadas da listagem de termos.

Após a realização destes procedimentos de padronização de termos, os 1.225 termos obtidos foram submetidos ao mapeamento cruzado com os termos da CIPE[®]-Versão 1.0, a fim de identificar se os termos empregados pelos enfermeiros da UTI constam na classificação.

O processo de mapeamento cruzado entre os termos identificados nos registros dos enfermeiros nos prontuários da UTI e os termos constantes nos eixos da CIPE[®]-Versão 1, demonstrou que havia 212 termos em comum e 1.013 termos não constantes nesta classificação.

Em trabalhos realizados por Albuquerque, Nóbrega e Garcia (2006), Bittencourt e Nóbrega (2006) e Trigueiro *et al* (2007), também foi identificada, em registros de enfermeiros, a existência de termos constantes e não constantes na CIPE[®]. Porém, para a realização do mapeamento no segundo estudo, foi utilizada a CIPE[®]-Versão Beta 2, e, para o mapeamento no primeiro e terceiro estudo foi utilizada a CIPE[®]-Versão 1.0.

Esses dados mostram que, embora a CIPE[®] seja constituída de termos utilizados por enfermeiros de todo o mundo (BITTENCOURT e NÓBREGA, 2006), o trabalho de validação de termos nela existentes e de incorporação de novos termos deve ser mantido e ampliado.

Embora na UTI, em questão, sejam utilizados termos já incluídos na CIPE[®]-Versão 1.0, foi detectado que os enfermeiros dessa unidade utilizam um número significativo de termos novos, o que pode retratar o uso de uma linguagem específica e peculiar nesta área de especialidade clínica.

No estudo de Albuquerque, Nóbrega e Garcia (2006) na UTI neonatal, também foi identificado que os componentes da equipe de Enfermagem da unidade utilizavam, com maior frequência, os termos não constantes nessa classificação, e as autoras apontaram a necessidade de estudos para a normalização desse vocabulário tão expressivo.

Bittencourt *et al*, (2005) identificaram 297 termos em prontuários preenchidos por componentes da equipe de enfermagem de uma unidade de clínica médica de um hospital escola da Paraíba, dentre os quais 129 constavam na CIPE[®]-Versão Beta, e 168 não constavam na classificação.

Em um estudo realizado em um serviço de planejamento familiar, com o objetivo de identificar os fenômenos de Enfermagem em consultas e mapeá-los com a CIPE[®]-Versão Beta2, dos 51 fenômenos identificados, 46 apresentavam concordância exata ou parcial com a classificação, demonstrando que a CIPE[®] é abrangente e os termos que a compõem são

utilizados na prática. Porém, também foi constatado que alguns destes termos precisavam ser revistos e outros, acrescentados (CAMIÁ, BARBIERI e MARIN, 2006).

Percebe-se, com estes resultados, a diversidade de termos utilizados na prática profissional e o quanto discussões sobre essa temática são necessárias, a fim de contribuir para o desenvolvimento da CIPE®.

Geralmente, os enfermeiros que atuam em áreas específicas de cuidados utilizam uma linguagem peculiar às características dos pacientes atendidos nestes serviços. Deste modo, é necessário que os termos utilizados nas áreas específicas da Enfermagem possam ser descritos e inseridos na CIPE® e que, a partir deste passo, seja possível construir bancos de termos específicos para determinadas áreas de atuação profissional, que possam ser utilizados para elaborar conjuntos de enunciados pré-formatados de diagnósticos, intervenções e resultados para especialidades, de modo a ser facilitada a utilização da classificação na prática (CIE, 2005).

O CIE (2005) afirma que, com a publicação da CIPE®-Versão 1.0, iniciar-se-á o desenvolvimento de catálogos. No Brasil, mesmo antes da publicação da CIPE®-Versão 1.0, esforços já vêm sendo realizados, a fim de contribuir com a inclusão, na classificação de dados, que retratem as especificidades da saúde pública e coletiva.

No período de 1996 a 2000, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) conduziu o projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), que tinha, dentre suas propostas, colaborar com o levantamento e envio de termos, desta área de atuação da Enfermagem, para o CIE, de modo que pudessem ser incorporados à CIPE® (CUBAS *et al*, 2007). Pode-se dizer que esse trabalho está alimentando um catálogo da CIPE® para a área da saúde coletiva.

Atualmente, combinações de termos do CIPESC são utilizadas para formular diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem e estão incorporadas ao sistema informatizado (CUBAS *et al*, 2006) de oitenta e quatro Unidades de Saúde Básica e do Programa de Saúde da Família, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (CUBAS *et al*, 2007).

Acredita-se que, da mesma forma que os resultados do CIPESC já estão sendo incorporados à realidade da saúde coletiva de Curitiba, pode-se um dia, a partir de esforços múltiplos, construir um catálogo específico de combinações de termos para UTI adulto.

Cabe, no entanto ressaltar que durante a construção dos catálogos os enfermeiros devem ficar atentos às possibilidades de combinações de termos para a formulação de

diagnósticos, intervenções e resultados de acordo com as necessidades psicobiológicas, psicoespirituais e psicossociais dos pacientes. Esses devem receber um cuidado integral e direcionado às suas demandas específicas apesar de apresentarem necessidades em comum quando se encontram internados em UTI. É importante que não haja retorno aos antigos planos de cuidados, inicialmente elaborado para um conjunto de pacientes com problemas semelhantes e que não favoreciam a individualidade do cuidado.

Após o mapeamento dos termos identificados nos registros dos enfermeiros da UTI, na qual este estudo está sendo realizado, foi identificado que existiam, na listagem de termos que ainda não estão inseridos na classificação, termos da área médica.

Pavel e Nolet (2001) relatam que, durante um trabalho terminológico, deve-se ficar atento à extração de termos pertencentes a outra área temática. Os termos que não forem específicos da área em estudo deverão ser eliminados da listagem. Pautados nessas afirmativas, optou-se pela exclusão dos termos médicos da listagem de termos não constantes na CIPE[®]-Versão 1.

Estes termos representavam 4,1% (42) dos 1.013 termos não identificados na classificação. Como estes 42 termos (QUADRO 1) são classificados como diagnósticos de doenças ou intervenções cirúrgicas, eles foram considerados termos médicos e, por este motivo, optou-se pela extração dos mesmos. Após este processo de exclusão, obtiveram-se 971 termos não presentes na CIPE[®]-Versão 1.0.

Essa conduta também foi realizada por Nóbrega *et al* (2003), em um trabalho de mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos de Enfermagem, nos registros dos componentes da equipe de enfermagem nas unidades de clínica obstétrica, pediátrica e médica de um hospital universitário da Paraíba.

O profissional enfermeiro, ao realizar diagnósticos de Enfermagem, faz julgamentos clínicos sobre as respostas dos indivíduos, família ou comunidade, a problemas de saúde reais ou potenciais (NANDA, 2002). Para tanto, deve buscar aprimorar-se, para identificar e denominar os elementos que descrevem a prática da Enfermagem e, deste modo, definir o seu campo de atuação profissional. As doenças são diagnosticadas pelo profissional médico e já se encontram categorizadas na CID e, por isso, a exclusão de termos médicos da listagem é justificada.

No entanto, ressalta-se que, na CIPE[®]-Versão 1.0, encontram-se descritos termos que representam diagnósticos médicos, também identificados na CID e por este motivo sugere-se uma reavaliação da presença dos mesmos na CIPE[®]. Como exemplos pode-se citar

choque anafilático (T78.2), choque cardiogênico (R.57.0), choque hipovolêmico (R57.1), desidratação (E86), Kwashiorkor (E40).

Se uma das motivações da criação da CIPE[®] é a sua inclusão na família das classificações de saúde, questiona-se a necessidade de termos já constantes na CID serem também listados na CIPE[®], uma vez que podem acabar gerando questionamentos sobre as especificidades das áreas de Enfermagem e da área médica.

Após a exclusão dos termos médicos, obteve-se 971 termos não presentes na CIPE[®]-Versão 1.0. Ao analisar estes termos constatou-se que neles havia termos usados para nomear medicamentos. No caso deste estudo, a presença destes termos foi favorecida pela existência de um item nos instrumentos de investigação e evolução utilizados pelos enfermeiros da UTI e que se relaciona aos fármacos empregados em bomba de infusão.

Em um primeiro momento foi cogitada a hipótese de excluir todos os termos identificados nos prontuários, usados para nomear medicamentos, por compreender que os mesmos estariam dentro do termo medicamento. Esse termo se encontra na árvore terminológica no eixo meios da CIPE[®]-Versão 1.0, como um ramo do subconceito droga, que, por sua vez, faz parte do conceito material (FIG.3).

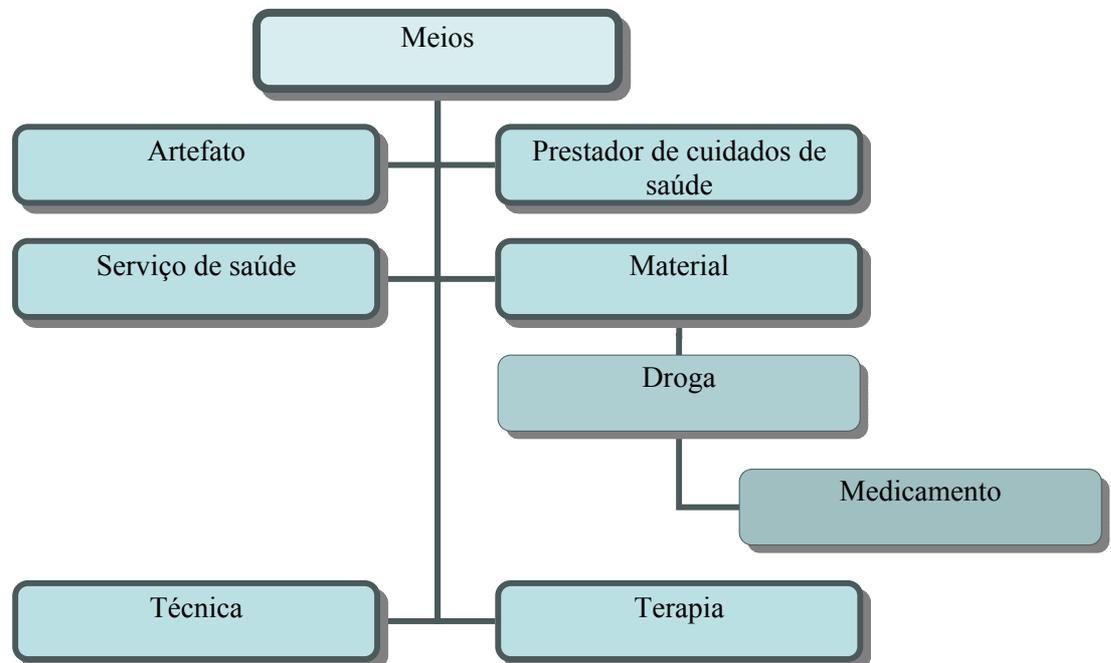


FIGURA 3 – Árvore terminológica do eixo meios na CIPE[®]-Versão 1.0

Porém, analisando os termos presentes na classificação foi constatada a presença dos termos analgésico, antibiótico e agente hemostático, dentre outros, neste mesmo subconceito (FIG.4).

A forma como a árvore terminológica do eixo meios é apresentada gerou dúvidas se os termos usados para nomear medicamentos, não constantes na CIPE[®]-Versão 1.0, deveriam ser considerados como medicação ou como termos do subconceito droga.

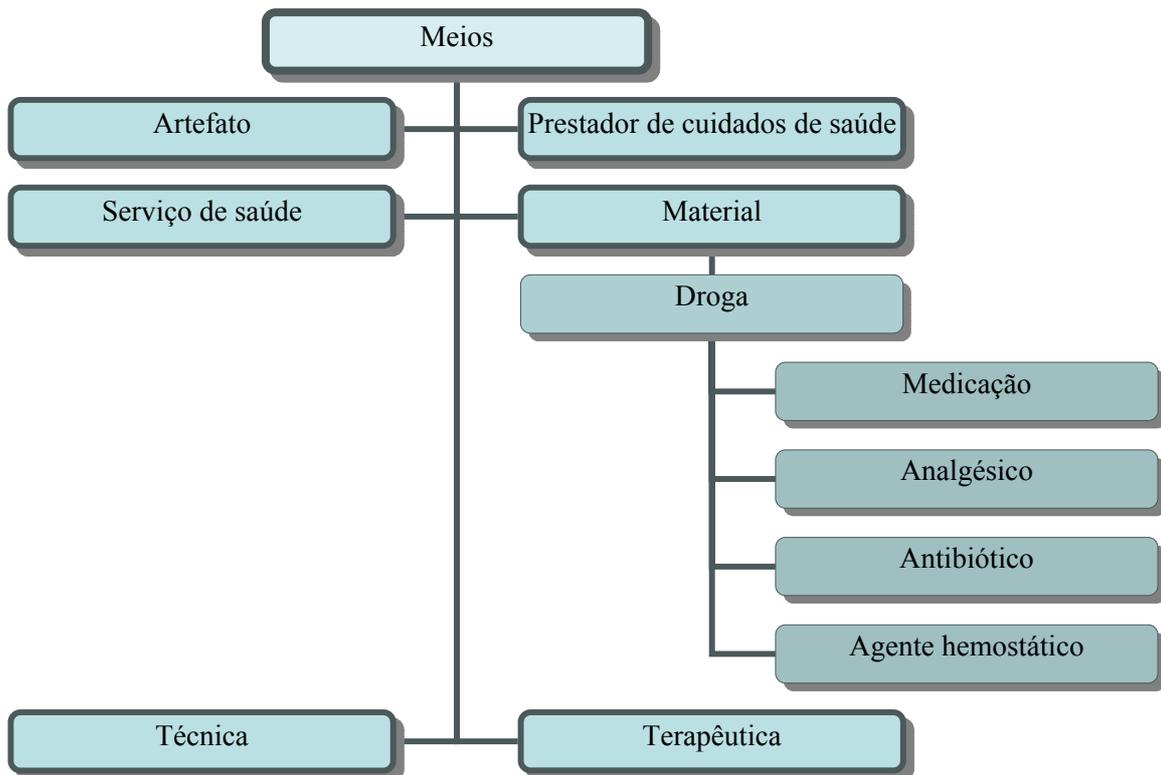


FIGURA 4 – Árvore terminológica do eixo meios, na CIPE[®]-Versão 1.0, com detalhamento do conceito droga.

Partindo da apresentação esquemática da árvore terminológica do eixo recurso, optou-se pela segunda alternativa, por identificarem-se tipos de medicação como ramos do subconceito droga.

Porém, para se evitar que medicamentos com uma mesma finalidade fossem considerados termos diferentes, optou-se por categorizá-los em classes farmacológicas. A partir deste procedimento foram excluídos 164 termos obtendo-se, a partir de então, 807 termos não constantes nos sete eixos da CIPE[®]-Versão 1.0.

Considera-se pertinente esta organização dos medicamentos em classes farmacológicas, uma vez que medicamentos em UTI são prescritos pelo profissional médico. O enfermeiro prescreve cuidados e, dentre eles os focados nas interações medicamentosas e mecanismos de ação dos medicamentos, nas vias de administração e nos efeitos decorrentes da administração dos mesmos.

Sugere-se, contudo, uma avaliação na ramificação do subconceito droga, uma vez que analgésicos e antibióticos, por exemplo, são tipos de medicações. Acredita-se que, para o termo medicação constar na classificação, ele deve ter sido identificado nos registros de enfermeiros, mas a presença deste termo isoladamente pode gerar dúvidas quanto ao local de inserção de novos termos identificados como não constantes nos eixos da CIPE[®]-Versão 1.0.

Na análise de termos não constantes nos eixos da classificação, foram detectados termos (262) que representavam características específicas dos termos categorizados nos sete eixos da CIPE[®]-Versão 1.0, e por este motivo, optou-se pela eliminação dos mesmos da listagem, conforme realizado por Bittencourt e Nóbrega (2006). Nóbrega *et al* (2003) salientam que termos considerados como não constantes nos eixos da CIPE[®] precisam ser analisados, a fim de que sejam eliminados os que representam sinais e sintomas (características específicas). Após extração deste total obteve-se 545 termos não constantes na classificação.

Porém, ao analisar os termos que representam características específicas de termos dos sete eixos da CIPE[®]-Versão 1.0, constatou-se que alguns eram encontrados como termos categorizados nos eixos e como características específicas de termos inseridos nestes eixos. Pode-se citar como exemplos: absorção, abuso, adolescência, capacidade, educar e esperança.

Deste modo, sugere-se uma reavaliação dos termos existentes nos eixos da CIPE[®] e daqueles que representam características destes, a fim de se evitarem dúvidas durante o processo de inclusão e exclusão de novos termos na classificação.

Após a extração das características específicas, os 545 termos obtidos foram classificados de acordo com o modelo de 7 eixos da CIPE[®]-Versão 1.0.

6.2 A CLASSIFICAÇÃO DOS TERMOS NÃO CONSTANTES NA CIPE[®]-VERSÃO 1.0 SEGUNDO OS SETE EIXOS

Dos 545 termos não constantes na classificação, 156 (28,6%) foram categorizados no eixo foco, 77 (14,1%) no eixo localização, 4 (0,7%) no eixo cliente, 26 (4,8%) no eixo

tempo, 87 (16,0%) no eixo julgamento, 70 (12,9%) no eixo ação e 125 (22,8%) no eixo meios (GRAF.1).

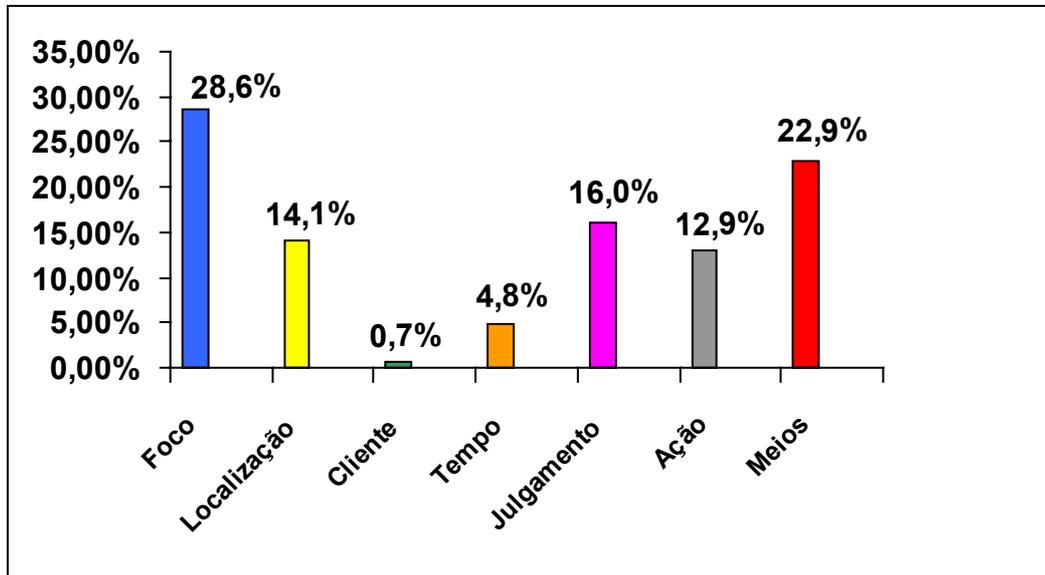


GRÁFICO 1 - Distribuição dos termos não constantes na CIPE® - Versão 1.0 nos sete eixos da classificação

Na categorização dos termos nos eixos, evidencia-se um predomínio no eixo foco, o que também foi constatado por Trigueiro *et al* (2007) em pesquisas desenvolvidas nas clínicas obstétrica, pediátrica, médica, de doenças infecto-contagiosas, unidade de terapia intensiva e clínica cirúrgica de um hospital universitário da Paraíba. Nessas pesquisas, foram identificados termos não constantes na CIPE®-Versão 1.0 que, após serem classificados de acordo com o modelo de 7 eixos da CIPE®, predominaram no eixo foco. Este resultado pode ser explicado pelo fato de que o eixo foco refere-se à área de atenção da Enfermagem (ALBUQUERQUE, NÓBREGA e GARCIA, 2006) e deste modo, irá alocar um número expressivo de termos, pois a complexidade e a abrangência que envolve o cuidado despendido a pacientes internados em UTI, exigem do profissional enfermeiro ações articuladas, individualizadas, integradas e contínuas aos pacientes (ANTUNES e DAL SASSO, 2006).

Define-se UTI como sendo um serviço de internação para pacientes críticos, que requerem atenção médica e de Enfermagem permanente, com dotação própria de pessoal técnico e profissional especializado, com equipamentos específicos próprios e outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e tratamento. Os pacientes internados em UTI são submetidos a um número elevado de procedimentos que, por sua vez, demandam artefatos, técnicas, terapias medicamentosas e materiais específicos (MS, 2005).

Diante destas especificidades, é esperado que novos termos sejam detectados durante o processo de identificação de termos neste tipo de unidade.

Além disso, enfermeiros que atuam nesta área realizam desde procedimentos de baixa complexidade, como manuseio de cateteres e preparo de medicações, até intervenções muito complexas, como cuidados com feridas e transporte de pacientes, que demandam atenção ininterrupta e direta (TRANQUITELLI e CIAMPONE, 2007). As necessidades dos pacientes internados em UTI são tantas que, a fim de atendê-las, foi estabelecido pelo COFEN um total de 17,9 horas de Enfermagem/dia por paciente internado neste tipo de unidade, parâmetro a ser levado em consideração nos quadros de dimensionamento de profissionais de Enfermagem para este tipo de serviço (COFEN, 2004).

A condição clínica dos pacientes e os tipos de intervenções realizadas nas UTI demandam um número elevado de equipamentos e materiais para sua consecução e, conseqüentemente de um detalhamento sobre o local onde os mesmos são inseridos. Estas condutas geraram um elevado número de termos categorizados nos eixos recurso (22,9%) e localização (14,1%).

Percebe-se, com o resultado de termos categorizados nesses eixos, que há na UTI uma preocupação em relatar detalhadamente os procedimentos realizados com os pacientes, o local de inserção dos mesmos e os recursos necessários para este fim. Isso é relevante para a continuidade do cuidado, melhoria da assistência e para fins de faturamento de contas hospitalares. Albuquerque, Nóbrega e Garcia (2006) também evidenciaram este fato em uma UTI neonatal e chamaram a atenção para a inclinação deste profissional ao modelo biomédico.

Em outro estudo realizado em unidade de clínica médica, também foi constatada a existência de uma supervalorização das necessidades biológicas do paciente, quando comparadas com as necessidades psicossociais e espirituais do indivíduo (BITTENCOURT *et al.*, 2005). Tal resultado mostra a necessidade de haver uma reflexão, por parte dos enfermeiros, sobre a real fundamentação da SAE em teorias de Enfermagem, o que requer mudança de comportamento por parte dos mesmos. O foco do trabalho da enfermagem deve levar em consideração o referencial teórico utilizado. Assim, se o referencial é o de NHB de Wanda de Aguiar Horta a área de interesse de Enfermagem envolveria levar o ser humano ao estado de equilíbrio pelo atendimento de suas NHB: necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais que são intimamente relacionadas e fazem parte de um todo indivisível (LEOPARDI, 1999).

Na UTI onde o estudo está sendo realizado, os enfermeiros fundamentam a SAE

na teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta.

Esta teórica é considerada a primeira enfermeira brasileira a introduzir o tema teorias de enfermagem no campo profissional (LEOPARDI, 1999; SOUZA, GUTIERREZ e CASTRO, 1985). Ela procurou desenvolver uma teoria capaz de explicar a natureza da enfermagem, definir seu campo de ação específico e sua metodologia de trabalho. A teoria é baseada na teoria da motivação de Maslow e na determinação dos níveis da vida psíquica, utilizada por João Mohana, na qual o autor classifica as necessidades em níveis psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual (SILVA, et al, 2004).

Segundo Souza, Gutierrez e Castro (1985), o ser humano faz parte do universo dinâmico, interagindo com ele constantemente, dando e recebendo energia, modificando e sendo modificado, o que acaba acarretando estados de equilíbrio e desequilíbrio. Quando ocorrem os estados de desequilíbrio, NHB podem estar afetadas. Estas são estados de tensão conscientes e inconscientes que levam o ser humano a agir, buscando atingir novamente o estado de equilíbrio. Quando as necessidades não são atendidas ou o são de forma inadequada trazem desconforto para o ser humano e, se este se prolonga, pode tornar-se a causa de uma doença. Quando isso ocorre, o ser humano pode apresentar limitações para se cuidar, sendo necessária a atuação de um profissional de saúde, um enfermeiro (HORTA, 1979).

As necessidades psicobiológicas são aquelas relacionadas ao corpo do indivíduo; as psicoespirituais derivam dos valores e crenças; e as necessidades psicossociais são aquelas relacionadas à convivência com outros seres humanos em sua família e grupos sociais. Dados relacionados a essas necessidades estão presentes nos formulários de investigação e evolução utilizados pelos enfermeiros da UTI do hospital em estudo (ANEXOS A e B).

Porém é necessário que os enfermeiros da UTI assistam os pacientes em suas necessidades psicossociais e psicoespirituais na mesma proporção com que prestam atendimento às suas necessidades psicobiológicas.

Na extração de termos dos formulários preenchidos pelos enfermeiros da UTI, foram identificados dados relacionados às necessidades psicossociais e psicoespirituais, tais como lazer, barreiras econômicas, gregária e prática religiosa, o que demonstra que estes profissionais buscam, durante a investigação e evolução diária, conhecer os pacientes de forma integral. Entretanto, detectou-se que, na elaboração dos diagnósticos de Enfermagem e resultados esperados, eles priorizavam as necessidades psicobiológicas.

É compreensível que, em UTI, devido à gravidade dos pacientes, haja uma priorização no levantamento de diagnósticos focados em necessidades psicobiológicas, porém o enfermeiro deve ficar atento para não centralizar sua percepção apenas nesta esfera

cuidativa, lembrando que, de acordo com Horta (1979), as necessidades são interrelacionadas e fazem parte de um todo indivisível, o ser humano. Assim, quando qualquer uma das necessidades se manifesta, observa-se algum grau de alteração nas demais, seja por desequilíbrio causado por falta ou excesso de qualquer uma delas. Para a teórica, após a satisfação de certas necessidades, novas surgirão, fazendo com que enfermeiro e cliente passem a adquirir uma nova abordagem em termos de prioridade para a assistência a ser prestada.

No eixo julgamento, conceituado como “opinião clínica, determinação relacionada ao foco da prática profissional de enfermagem” (CIE, 2005) foram extraídos 87 (16,0%) termos ainda não constantes na CIPE[®]-Versão 1.0.

Nóbrega *et al* (2003) identificaram, no estudo que realizaram nas unidades de clínica médica, obstétrica e pediátrica de um hospital-escola da Paraíba, que, dentre os 264 termos considerados como fenômenos não constantes na CIPE[®]-Versão Beta2, havia 86 considerados pertencentes ao eixo julgamento. Neste eixo, as autoras categorizaram o segundo maior número de termos, ficando em primeiro lugar o eixo foco.

Pode-se dizer que os enfermeiros utilizam, na prática, um número elevado de novos termos que representam as opiniões dos mesmos sobre o estado de saúde dos pacientes. Uma vez que pacientes críticos apresentam desequilíbrio de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua auto-regulação (MS, 2005), acabam ocorrendo alterações constantes na evolução do quadro destes pacientes, que requerem monitoramento e registro rigoroso das opiniões dos enfermeiros sobre os fenômenos identificados.

Os enfermeiros da UTI em estudo descrevem DE diariamente para todos os pacientes internados na unidade e, para tanto, emitem opiniões clínicas baseadas nos dados obtidos durante a primeira etapa do PE (CARPENTO-MOYET, 2007). O DE é definido, como o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais (NANDA, 2006). O acompanhamento diário da evolução clínica dos pacientes da UTI em estudo por parte dos enfermeiros e o registro desses dados podem ter favorecido a obtenção de tantos termos ainda não existentes no eixo julgamento da CIPE[®]-Versão 1.0.

Cabe ressaltar que, neste eixo foram categorizados novos termos que podem ser considerados características específicas de termos já constantes na Classificação. Esse fato também foi evidenciado por Nóbrega *et al*, (2003) que chamam a atenção para o fato de serem necessários estudos futuros para se eliminarem os que forem considerados sinais e sintomas

(características específicas) e sinonímias ainda não identificadas.

No eixo ação, foram categorizados 70 (12,9%) novos termos não constantes na CIPE[®]-Versão 1.0. Este total de novos termos pode ter ocorrido devido ao fato de que nessa UTI, os enfermeiros realizam, além da primeira e segunda fases do PE, a terceira definida planejamento da assistência de Enfermagem.

Tannure e Gonçalves (2007) relatam que, para cada DE formulado, o enfermeiro deve estabelecer resultados esperados (RE) para o paciente. Os RE são elaborados na fase de planejamento da assistência de Enfermagem (ALFARO-LEFREVE, 2005).

Quanto maior o número de necessidades afetadas no paciente, maior é a demanda de planejamento da assistência, uma vez que a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada (BITTAR, PEREIRA e LEMOS, 2006)

Na fase de planejamento, o enfermeiro estabelece prioridades para os problemas formulados e fixa resultados com o cliente, se possível, de modo a corrigir, minimizar ou prevenir os problemas (ALFARO-LEFEVRE, 2005; IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Em todos os prontuários utilizados neste estudo, foi constatada a elaboração de RE para os DE formulados. Nos RE redigidos, havia verbos que foram extraídos e inseridos no foco ação. Exemplo disto é o termo “adquirir” extraído, dentre outros, do RE elaborado para o DE Risco de Infecção, relacionado à presença de procedimentos invasivos (acesso venoso central e sonda vesical de demora). Para esse diagnóstico um RE encontrado foi este: o paciente terá o risco de adquirir infecção associada à presença de procedimentos invasivos (acesso venoso central e sonda vesical de demora) reduzidos durante sua internação na UTI.

Como o eixo ação é definido como um processo intencional aplicado a/ou desempenhado por um cliente (CIE, 2005), a extração dos verbos dos RE era pertinente, uma vez que, para o resultado ser atingido, poderiam ser executadas ações pelos membros da equipe de Enfermagem.

Além disso, cabe reforçar que, nos formulários de investigação (ANEXO A) e evolução de Enfermagem (ANEXO B), está previsto um item no qual são descritas ações para o próximo turno, o que também pode ter contribuído para a extração de novos termos categorizados no eixo ação.

No eixo tempo foram categorizados 26 (4,8%) novos termos. Este dado pode ser explicado pelo fato de que, quando um enfermeiro formula um RE, ele deve ser redigido de modo que inclua uma estimativa de tempo em que esse resultado deverá ser alcançado, oferecendo deste modo uma orientação para a continuidade dos cuidados (ALFARO-

LEFEVRE, 2005). Ao elaborar os RE, os enfermeiros da UTI inserem, para cada resultado, o período esperado para alcance do mesmo. Além disso, os enfermeiros deste serviço têm o hábito de registrar o horário em que os pacientes apresentam intercorrências, são submetidos a procedimentos e são programadas intervenções.

No QUADRO 6, estão apresentados os termos categorizados no eixo tempo, e fica evidente que alguns foram extraídos dos RE, elaborados pelos enfermeiros da UTI, como: agora, até amanhã, durante permanência, no decorrer do plantão, período de internação.

Há, ainda, nos termos categorizados neste eixo, aqueles que retratam o tempo de pós-operatório do paciente, como: imediato e tardio.

O eixo para o qual foi encontrado um menor número de termos novos, comparativamente à CIPE[®]-Versão 1.0, foi o eixo cliente, com apenas 4 (0,7%) novos termos do total de termos não constantes na classificação, podendo indicar que a população do estudo é bastante restrita. Os novos termos categorizados foram: paciente, filha, familiares e estudante. Fica evidente a relação dos dois últimos com a faixa etária preconizada para atendimento de pacientes em UTI adulto, que, de acordo com o MS (1998) é de pacientes maiores de 14 anos, e os demais dados refletem a relação existente entre os termos e a teoria de Enfermagem que vem sendo discutida e aplicada na unidade, na qual o ser paciente pode ser um indivíduo, família ou comunidade (HORTA, 1979).

O quantitativo tão reduzido de novos termos pode estar relacionado ao fato de UTI ser um setor fechado no qual é restrito o número de visitantes. Cabe, no entanto, reforçar que a atenção do enfermeiro que fundamenta a SAE na teoria das NHB, mesmo em uma UTI, precisa ser focada também nos familiares e pessoas que convivem com os pacientes uma vez que os visitantes, muitas vezes requerem de uma atenção singular por parte do profissional enfermeiro, dada a situação de gravidade em que se encontra o ente querido.

6. 3 DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE A CLASSIFICAÇÃO DOS TERMOS NOS SETE EIXOS DA CIPE[®] - VERSÃO 1.0

Além das dificuldades relatadas anteriormente, durante o percurso de exclusão de termos médicos e organização de termos em classes farmacológicas, também foram encontradas dificuldades no momento de categorização dos termos não constantes na CIPE[®]-Versão 1.0 nos sete eixos da Classificação.

Durante a categorização de termos de resultados de exames complementares, teve-

se dúvida se os mesmos deveriam constar no eixo foco ou se deveriam ser considerados características específicas de termos já constantes na classificação. Essa dúvida ocorreu, uma vez que, no eixo foco da CIPE[®]-Versão 1.0, foram evidenciados termos de resultados de exames complementares. Porém, foi detectado que resultados de exames também se encontram descritos nos conceitos de termos como características específicas.

Podem-se citar alguns exemplos de resultados de exames constantes no eixo do foco: acidose metabólica, acidose respiratória, hiperfosfatemia, hipoglicemia. Por sua vez, na CIPE[®]- Versão 1.0, encontram-se também resultados de exames nos conceitos de termos como características específicas dos mesmos. Como exemplo pode-se citar: alcalose respiratória, hipocapnia, pressão parcial de dióxido de carbono.

Sugere-se que termos considerados como resultados de exames complementares sejam considerados como características específicas dos termos presentes do eixo do foco da CIPE[®] como, por exemplo, resultado laboratorial, resultado dos gases no sangue arterial ou resultado do teste. Essa sugestão se dá pautada na própria árvore terminológica proposta para o eixo foco na CIPE[®]-Versão 1.0.

Na árvore terminológica do eixo foco encontra-se os conceitos entidade, status e processo.



FIGURA 5 - Árvore terminológica do eixo foco da CIPE[®]-Versão 1.0.

O conceito entidade é definido como sendo “algo que existe como uma unidade particular e abstrata; existência de algo para além de suas propriedades” (CIE, 2005). Nesse conceito, conforme apresentado na FIG. 6, encontra-se descrito, dentre outros, o subconceito resultado, definido como “uma entidade com características específicas: consequência ou efeito de algo, fato obtido” (CIE, 2005).

No subconceito resultado, encontra-se 3 termos: resultado laboratorial, resultado dos gases no sangue arterial e resultado do teste.

Neste sentido, se os resultados dos exames laboratoriais passarem a serem considerados como características destes termos, acredita-se que eles poderão servir como

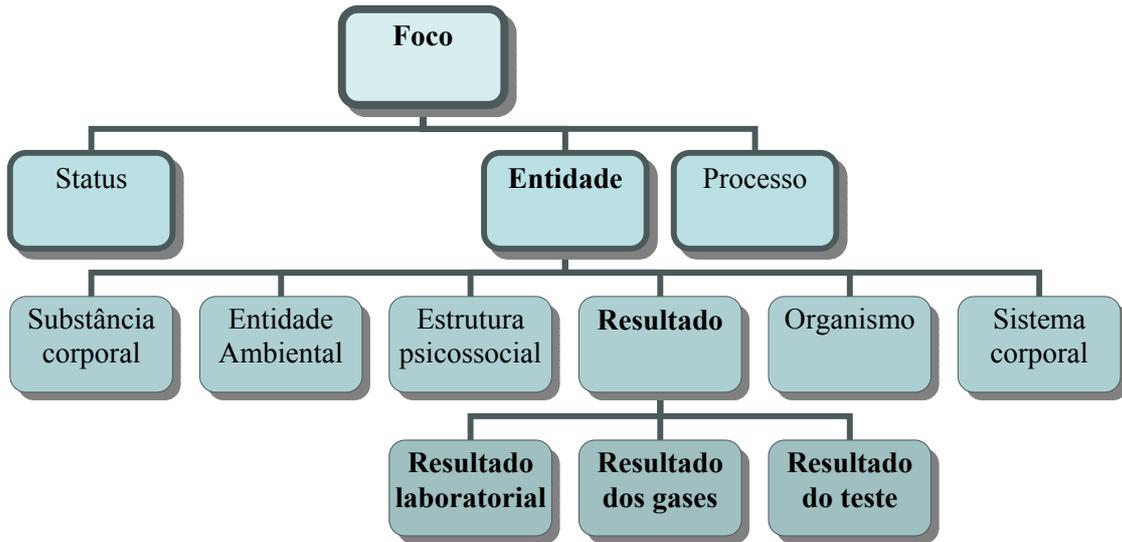


FIGURA 6 - Árvore terminológica do eixo foco da CIPE®-Versão 1.0: ênfase no subconceito resultado.

pistas indicativas da presença/ausência de determinados DE, que, para serem formulados, devem conter obrigatoriamente um termo do eixo foco

Além disso, quando estes termos passam a serem considerados como características específicas eles podem ser utilizados para a conceituação de termos presentes em outras ramificações da árvore terminológica do eixo foco, e até de outros eixos, podendo minimizar dúvidas quanto ao local adequado de inserção dos mesmos na classificação.

Porém, na CIPE®-Versão 1.0, resultados de exames não estão nas ramificações do conceito entidade, mas do conceito processo: “conjunto de funções ou ações para atingir um resultado” (CIE, 2005). Neste conceito, encontra-se o subconceito processo corporal: “conjunto de funções ou ações para atingir um resultado” (CIE, 2005). A partir deste subconceito ocorrem ramificações na árvore terminológica obtendo-se processo do sistema regulador, desequilíbrio de líquidos ou eletrólitos até obter-se termos que são resultados de exames laboratoriais: hipercalcemia, hipercalcemia e hipoglicemia (FIG. 7)

Percebe-se a ocorrência de uma nova ambigüidade quanto à localização de termos, neste caso, em um mesmo eixo. Isso reforça a idéia de se pensar na possibilidade de resultados de exames serem considerados como características específicas de termos da CIPE®-Versão 1.0.

Outro aspecto relevante identificado durante a categorização dos termos no eixo foco, foi o fato de serem evidenciados, neste eixo, termos que podem ser considerados como características observadas nos pacientes e que podem aparecer como manifestações de um DE.

Nóbrega *et al* (2003) discorrem sobre esse fato, afirmando que novos termos classificados como foco da prática são, na sua grande maioria, considerados como sinais e sintomas, compreendendo manifestações fisiológicas evidenciadas nos pacientes.

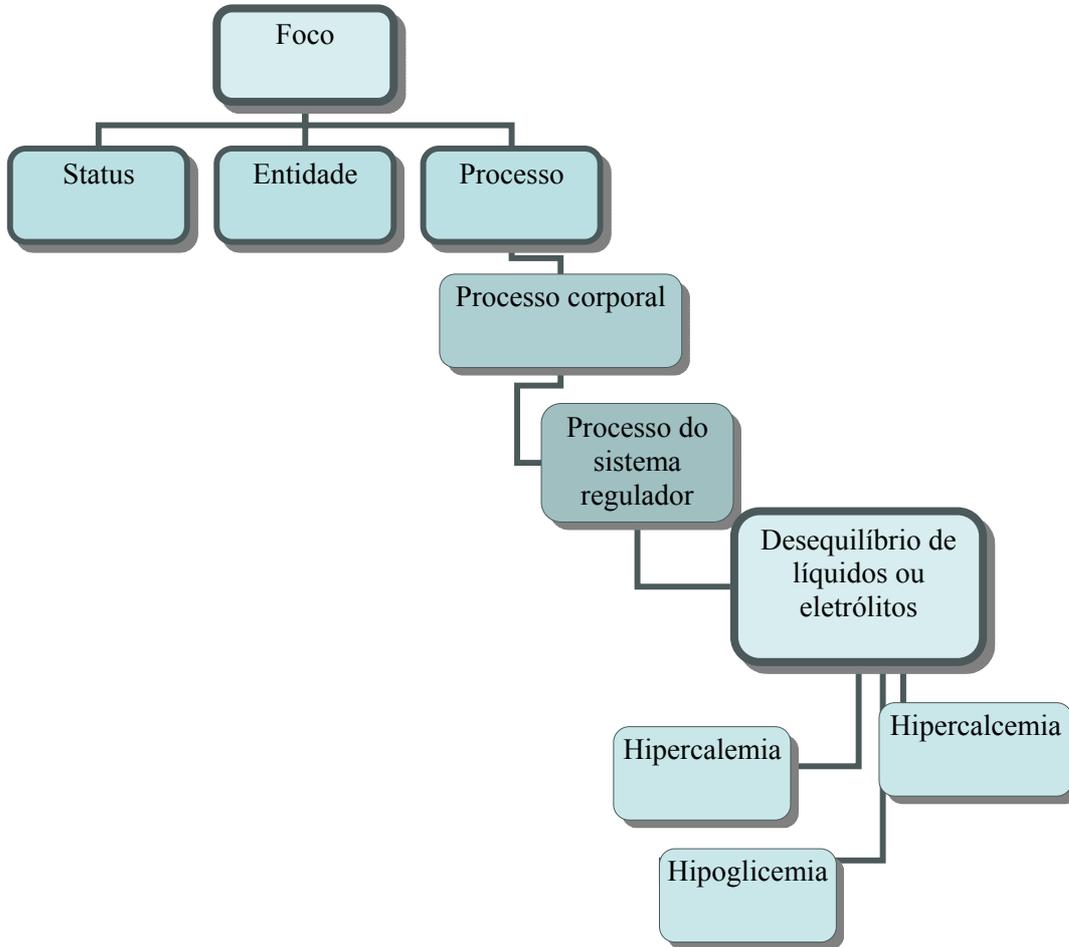


FIGURA 7 - Árvore terminológica do eixo foco da CIPE®-Versão 1.0: ênfase no conceito processo

Cabe ainda ressaltar que foram identificados no eixo foco, da CIPE®-Versão 1.0, termos que pela versão traduzida para o português poderiam estar listados no eixo ação, como: andar, rezar, sugar, pescar, cozinhar, uma vez que, por ação, compreende-se “processo intencional aplicado a/ou desempenhado por um cliente” (CIE, 2005). Deste modo, sugere-se uma reavaliação da tradução para o português, pois gera dúvidas na alocação destes termos na classificação.

Na listagem dos termos categorizados neste estudo, no eixo do foco, apresentados no QUADRO 3, também encontram-se listados termos considerados como características definidoras. Dentre eles, podem-se citar os termos: abscesso cerebral, anasarca, anisocoria, bradipnéia, secreção sanguinolenta, crepitação. Porém, optou-se por apresentá-los

categorizados no eixo do foco, devido ao fato de serem encontrados na CIPE® termos desta natureza como, por exemplo: hipotensão, taquicardia, pele seca, necrose, que constituem, a nosso ver, sinais e sintomas característicos de problemas de interesse da Enfermagem.

Tal fato também ocorreu durante a categorização de termos no eixo julgamento uma vez que este eixo se refere à opinião clínica ou determinação relativa ao foco da prática (CIE, 2005).

Na análise de termos como estágio I, estágio II, estágio III, pastoso, dentre outros, houve dificuldades em definir se deveriam ser alocados no eixo julgamento ou se deveriam ser considerados características específicas de termos já presentes no eixo foco, como ferida e alimento.

Optou-se por apresentá-los categorizados no eixo julgamento, conforme realizado por Nóbrega *et al* (2003), que categorizam neste eixo termos como ressecada, avermelhada, amolecida. Mas ressalta-se que, nos termos categorizados no eixo julgamento, encontram-se termos que podem ser considerados como sinais ou sintomas.

As autoras supracitadas chamam a atenção para a necessidade de serem realizados estudos futuros para eliminar os termos que realmente forem considerados características específicas.

Durante a categorização de termos relacionados a prestadores de serviço, também houve dúvida.

Na árvore terminológica do eixo meios (FIG. 8), são apresentados os conceitos: artefato, prestador de cuidados de saúde, serviço de saúde, material, técnica e terapia.

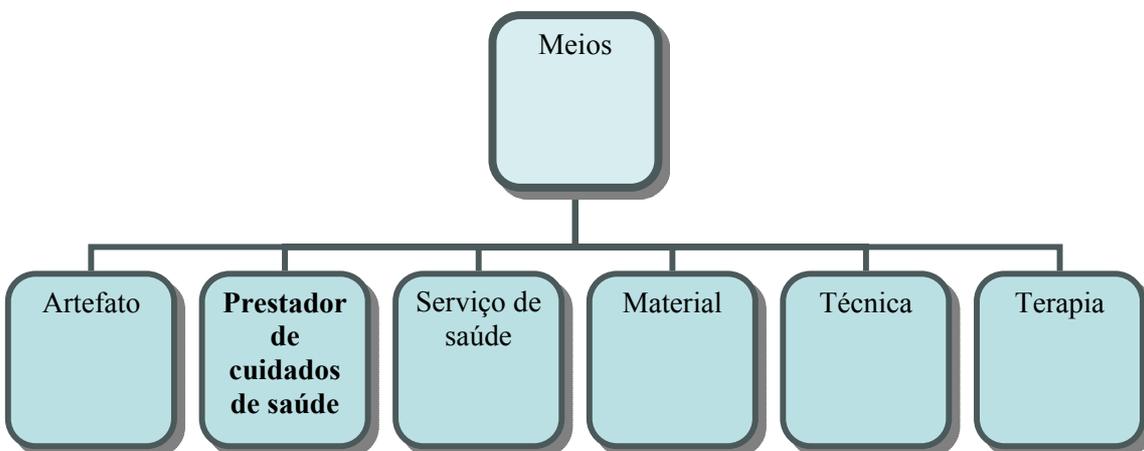


FIGURA 8 - Árvore terminológica do eixo meios.

Porém, na ramificação da árvore terminológica do eixo cliente aparece o conceito prestador

de cuidado (FIG. 9).

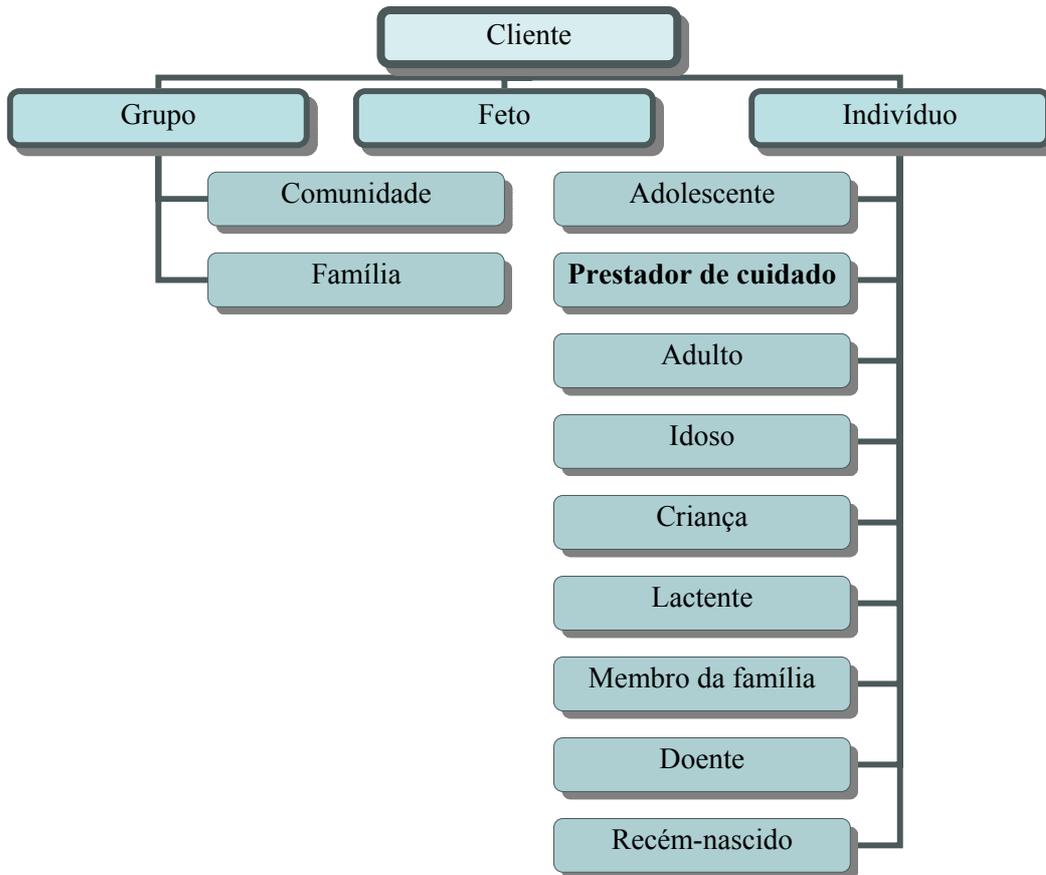


FIGURA 9 – Árvore terminológica do eixo cliente

Inicialmente, termos como acadêmico de enfermagem, anestesista, cardiologista, foram categorizados no eixo cliente, uma vez que prestador de cuidado é “aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente” (CIE, 2005).

Contudo, avaliando a disposição de termos existentes na classificação, constatou-se que termos como enfermeiro, médico e cirurgião encontram-se categorizados no eixo meios como desmembramento do conceito prestador de cuidados de saúde.

Deste modo, como uma forma de dissipar a dúvida, levou-se em consideração o conceito que o CIE (2005) apresenta para o eixo cliente: “sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é beneficiário da intervenção”.

Com base no conceito, pode-se inferir que o prestador de cuidado é quem muitas vezes, concretiza uma intervenção no cliente (sobretudo nos pacientes da UTI). Por este motivo, optou-se por não mais incluí-los no eixo cliente, porém, sugere-se que seja repensada a manutenção do conceito prestador de cuidado no eixo cliente ou, se for o caso, de ser mantido este conceito na ramificação, deve-se reavaliar a conceituação fornecida pelo CIE

(2005) para esse eixo.

É importante reforçar que essas similaridades nas árvores terminológicas dos eixos da CIPE[®] Versão 1.0, associadas à existência de termos na classificação que, podem ser considerados características específicas de termos, geram vários questionamentos quanto ao local apropriado de categorização de termos e podem prejudicar a operacionalização da CIPE[®] na prática, devendo, portanto, ser revistas.

7 CONCLUSÃO

Considera-se que os objetivos propostos neste estudo foram alcançados, uma vez que foram identificados termos empregados por enfermeiros nos registros de prontuários de pacientes de uma UTI, que foram mapeados com os constantes na CIPE[®]-Versão 1.0 e classificados (os não constantes na Classificação) nos sete eixos da mesma. A realização deste estudo permitiu o conhecimento do vocabulário utilizado no cuidado a pacientes internados em UTI adulto e poderá contribuir para a construção de um catálogo da CIPE[®] para UTI.

No mapeamento de termos identificados nos prontuários preenchidos pelos enfermeiros, de uma UTI de Belo Horizonte, com os constantes na CIPE[®]-Versão 1.0, foram obtidos 545 termos não constantes nos eixos da classificação, o que evidencia o uso de uma linguagem específica e peculiar nesta área de especialidade clínica e uma expansão do vocabulário local.

Durante a classificação dos termos identificados como não constantes na CIPE[®]-Versão 1.0 nos sete eixos da classificação, obteve-se um maior número de termos (156) no eixo foco, seguido pelos eixos recurso (125), julgamento (87), localização (77), ação (70), tempo (26) e cliente (4).

As especificidades dos pacientes internados neste tipo de unidade, que acabam por requerer do profissional enfermeiro uma atenção constante e detalhada, além de um elevado índice de intervenções terapêuticas e acompanhamento da evolução clínica, podem ter tido um impacto direto nos resultados obtidos.

Além disso, acredita-se que o fato de serem implantados, na unidade, a investigação, DE, planejamento da assistência e evolução diária dos pacientes, contribuiu diretamente para o registro de dados dos quais foram extraídos termos que foram categorizados em todos os eixos da classificação. Outro fato que pode ter contribuído para a obtenção dos dados foi o formato do formulário de investigação de Enfermagem (ANEXO A) e de evolução de enfermagem (ANEXO B) no formato *Check list*.

Cabe relatar que foram extraídos termos relacionados às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, o que condiz com a teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta utilizada para guiar as etapas do PE na unidade. Porém, percebe-se que houve um predomínio de termos relacionados às necessidades psicobiológicas, sendo necessário que os enfermeiros da unidade atentem para uma maior avaliação das demais necessidades apresentadas pelos pacientes da UTI.

Sabe-se que, neste tipo de unidade, devido ao estado crítico dos pacientes, existe uma tendência de os profissionais se preocuparem mais com as intervenções terapêuticas e com o controle hemodinâmico, o que acaba centralizando o foco da atenção dos enfermeiros para as necessidades biológicas.

Entretanto, é importante ressaltar que, existe a necessidade de se conciliar a razão e a subjetividade no ato de cuidar (NASCIMENTO e TRENTINI, 2004), a fim de se compreender o ser humano como um todo indivisível, com demandas diversas que precisam ser atendidas a fim de que o equilíbrio seja mantido e, dessa forma, haja energia para que as necessidades humanas sejam atendidas e minimizadas (HORTA, 1979)

Houve dificuldades durante a classificação de termos na CIPE[®] por serem detectadas situações de duplicidade de termos nas ramificações das árvores terminológicas e nos conceitos de termos existentes nos sete eixos da CIPE[®] – Versão 1.0. Sugere-se a avaliação dessas similaridades por parte do comitê revisor da Classificação.

Além disso, é importante ser repensada a inclusão de termos médicos na classificação, uma vez que esta visa retratar as práticas de Enfermagem e ser incorporada à família de classificações da qual a CID já faz parte.

Acredita-se que a utilização da CIPE[®], na prática, venha a contribuir na tomada de decisão, na documentação sistemática dos dados relacionados aos cuidados de Enfermagem e no monitoramento dos resultados obtidos após as intervenções de Enfermagem. Essa prática pode vir a auxiliar na obtenção de evidências relacionadas às melhores práticas a serem instituídas e, deste modo, podem-se obter melhorias na qualidade da assistência prestada à população.

A Enfermagem carece de conceituações dos fenômenos de sua prática e neste sentido estudos para validar definições são imprescindíveis para que a prática seja fundamentada e haja um aumento da visibilidade e autonomia do profissional enfermeiro (CUBAS *et al.*, 2007)

Considera-se que os termos extraídos neste estudo, e categorizados nos eixos da CIPE[®], devam passar por uma análise conceitual e de validação de significado, a fim de se excluírem sinonímias ainda não identificadas e termos considerados características específicas (sinais e sintomas). Isso poderá contribuir para uma maior padronização dos termos. Além disso, acredita-se que deva ser realizada a quantificação da frequência com que os termos constantes e não constantes apareceram nos registros dos enfermeiros da UTI, e a distribuição dos termos em cada conceito e subconceito da árvore terminológica dos sete eixos da CIPE[®]-

Versão 1.0.

A realização deste estudo permitiu uma aproximação com a CIPE® e a admiração por enfermeiros que vêm se empenhando neste trabalho árduo e detalhado de construção de uma classificação tão abrangente e que almeja ser capaz de representar a Enfermagem mundialmente.

8 REFERÊNCIAS

- ABDELLAH, F. G. Methods of identifying covert aspects of nursing problems. *Nursing Research*, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 4-23, Jun. 1957.
- ALBUQUERQUE, C. C.; NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Termos da linguagem de enfermagem identificados em registros de uma UTI neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [S.l.], v. 08, n. 3, p. 336-348, 2006. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a04.htm>. Acesso em: 12 set. 2007.
- ALFARO-LEFEVRE, R. *Aplicação do processo de enfermagem: Promoção do cuidado colaborativo*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 283p.
- ALMEIDA, M. A. Sistematização da assistência de enfermagem na formação do enfermeiro. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 7, 2004, Belo Horizonte. *Anais ...* Belo Horizonte: ABEn, 2004. p. 88-97.
- ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.l.], v. 58, n. 3, p. 261-265, 2005.
- ANTUNES, C.; DAL SASSO, G. T. M. Processo de Enfermagem Informatizado ao paciente politraumatizado de terapia intensiva - CIPE® versão 1.0. In: X CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 2006, Florianópolis. *Anais... do X CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE*, São Paulo: SBIS, 2006. v. 1, p. 76-80.
- ANTUNES, M. J. M.; CHIANCA, T. C. M. As classificações de enfermagem na saúde coletiva – o projeto CIPESC. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 55, n. 6, p. 644-651, 2002.
- ARAÚJO, L. A. O.; SANTANA, R. F.; BACHION, M. M. Mobilidade física prejudicada em idosos: fatores relacionados e características definidoras. *Revista Brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 55, n. 1, p. 19-25, 2002.
- BARROS, A. L. B. L.; MICHEL, J. L. M.; NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Histórico da tradução da taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA e sua utilização no Brasil. *Acta Paulista de enfermagem*, São Paulo, v. 13, n. especial, parte II, p. 37-40, 2000.
- BARROS, A.L. B. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Sistematização da Assistência de Enfermagem sob o referencial do cuidar. In: SIMPÓSIO NACIONAL DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 7, 2004, Belo Horizonte. *Anais...Belo Horizonte: ABEn*, 2004. p.45-51.
- BITTENCOURT, G. K. G. D.; BESERRA, P. J. F.; NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Fenômenos identificados nos registros de enfermagem da clínica médica de um hospital de ensino. *Revista Nursing*, São Paulo, v. 88, n. 8, p. 432-435, 2005
- BITTENCOURT, G. K. G. D. *Significado e utilização para a prática profissional de termos atribuídos a ações de enfermagem*. 2006. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

BITTENCOURT, G. K. G. D.; NÓBREGA, M. M. L. Confirmação de significado para a prática profissional de termos atribuídos a ações de enfermagem: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, [S.l.], v. 5, p. 1-9, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=433&layout=html>> Acesso em: 28 Fev. 2007.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. A taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Revista Latino Americana de Enfermagem*, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 240-244, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa _ CONEP. *Resolução n° 196/96*, de 10 de Outubro de 1996. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 3432/98*, de 13 de Agosto de 1998. Estabelece critérios para a classificação das unidades de tratamento intensivo. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução n° 551/05*, de 13 de Abril de 2005. Estabelece requisitos comuns para unidades de terapia intensiva adultos do Mercosul. Brasília, 2005.

BRITTAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. *Texto e Contexto enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 617-628, 2006.

CAMIÁ, G. E. K.; BARBIERI, M.; MARIN, H. F. Nursing phenomena identified in family planning visits with ICNP® – Beta version 2. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, [S.l.], v. 14, n. 5, p. 674-681, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/rlae> Acesso em: 28 Fev. 2007.

CANADIAN NURSES ASSOCIATION. International Classification for Nursing Practice: Documenting Nursing care and Client Outcomes, [S.l.], n. 14, p 1-4. 2003.

CARPENITO-MOYET, L. J. *Compreensão do processo de enfermagem*: mapeamento de conceitos e planejamento do cuidado para estudantes. Porto Alegre: Artmed, 2007, 600p.

CARRARO, T. E.; KLETEMBERG, D. F.; GONÇALVES, L. M. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. *Revista Brasileira de enfermagem*, [S.l.], v. 56, n. 5, p. 499-501, 2003.

CARVALHO, E. C.; GARCIA, T. R. Processo de Enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002, Uberlândia. *Anais...* Uberlândia: 2002, p. 29-40.

CHARTERS, K. G. Nursing Informatics, Outcomes, and Quality Improvement. *AACN Clinical Issues*, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 282-294, 2003. Disponível em: <[www.aacn.org/pdfLibra.NSF/Files/CI1431Final/\\$file/ci140307.pdf](http://www.aacn.org/pdfLibra.NSF/Files/CI1431Final/$file/ci140307.pdf)> Acesso em: 11 Jan. 2007.

CHIANCA, T. C. M. As classificações da prática de enfermagem: diagnósticos, intervenções e resultados. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3, 2002, Uberlândia. *Anais...* Uberlândia: 2002, p. 50-61.

CHIANCA, T. C. M. Mapeamento das ações de enfermagem do CIPESC às intervenções de enfermagem da NIC. *Revista Brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 5, p. 513-518, 2003.

CHIANCA, T. C. M. A pesquisa em enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática. In: TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. *Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 168 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução nº 293/2004*, de 21 de Setembro de 2004. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissional de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. In: Conselho regional de Enfermagem de São Paulo [legislação na Internet]. São Paulo; 2004. [citado 2005 jun. 15]. Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resolucao293.htm>> Acesso em: 14 Nov. 2007

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). *Resolução COFEN nº 272/2002*, de 27 de Agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE- nas Instituições de Saúde Brasileiras. Belo Horizonte, 2003, v. 9, n. 1, p. 81-83, Set. 2003.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM Beta2. *Conselho Internacional de Enfermagem*. São Paulo: [s.n], 2003. 302p.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM Versão 1. *Conselho Internacional de Enfermagem*. Genebra: [s.n], 2005. 210p.

CORRÊA, Adriana Kátia. O pacientes em centro de terapia intensiva: reflexão bioética. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.32, n.4, p. 297-301, Dez. 1998.

COSTA, J. N.; OLIVEIRA, M. V. Fenômenos de enfermagem em portadores de lesão medular e o desenvolvimento de úlceras de pressão. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 367-373, 2005.

CROSSETI, M. G. O.; RODEGHERI, M.; D'ÁVILA, M. L.; DIAS, V. L. M. O uso do computador como ferramenta para implementação do processo de enfermagem. *Revista Brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 55, n. 6, p. 705-6708, 2002.

CRUZ, D. M.; GUTIERREZ, B. A.; LÓPEZ, A. L.; SOUZA, T. T.; ASSAMI, S. Congruence of terms between lists of problems and the ICNP® - Alpha Version. *International Nursing Review*, [S.l.], n. 47, p. 89-96, 2000.

CUBAS, M. R.; ALBUQUERQUE, L. M.; MARTINS, S. K.; NÓBREGA, M. M. L. Avaliação da implantação do CIPESC® em Curitiba. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [S.l.], v. 40, n. 2, p. 269-273, 2006.

CUBAS, M. R.; KOPROSKI, A. C.; MUCHINSKI, A.; ANOROZO, G. S.; DONDÉ, N. F. P. Validação da nomenclatura diagnóstica de enfermagem direcionada ao pré-natal- base CIPESC em Curitiba-PR. *Revista da Escola Paulista de Enfermagem*, [S.l.], v. 41, n. 3, p. 363-370. 2007. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/727.pdf> Acesso em: 12 Nov. 2007.

DALRI, M. C. B. *Assistência de Enfermagem a paciente portador de queimadura utilizando um software*. 2000. 328 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

DALRI, M. C. B.; CARVALHO, E. C. Planejamento da assistência de enfermagem a pacientes portadores de queimaduras utilizando-se um software: aplicação em quatro pacientes. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 787-793, 2002.

DOCHTERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M.; CHIANCA, T. C. M. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) – avaliação e atualização. *Revista Nursing*, São Paulo, v. 67, n. 6, p. 34-40, 2003.

DOCHTERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 988 p.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; GEISLER, A. C. *Planos de cuidado de enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 970p.

FALCO, S. M. Faye Glenn Abdellah. In: GEORGE, J. B. *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 375p.

FARIAS, M. C. A. D.; NÓBREGA, M. M. L. Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 59-67, Dez. 2000.

FERREIRA, B. H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. [S.l.]: Nova didática LTDA, 2004. 2120p.

FLAGANAN, J.; JONES, D. A. Nursing Language in a time of change: capturing the focus of the discipline. *International Journal of Nursing Terminologies and classifications*, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 1-2, 2007.

FURUKAWA, C. Y.; HOWE, J. K. Virgínia Henderson. In: GEORGE, J. G. *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 375p.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; SOUSA, M. C. M. Validação das definições de termos identificados no projeto CIPESC para o eixo foco da prática de enfermagem da CIPE. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 55, n. 1, p. 52-63, 2002.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos

do cuidar. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 7, 2004, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: ABEn, 2004, p. 31-43.

GARCIA, T. R.;; NÓBREGA, M. M. L.; CARVALHO, E. C. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. *On line Brazilian of Nursing*, v.3, n.2, 2004. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn302graciaetal.htm>. Acesso em: 28 Mai. 2007.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GONÇALVES, A. M. P. Perfil diagnóstico de enfermagem admissional de pacientes com síndrome coronariana aguda. 2004. 120f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

GORDON, M. *Nursing Diagnosis: Process and application*. 3. ed. St. Louis: Mosby, 1994.

HERDMAN, T. H. NANDA News. *International Journal of Nursing Terminologies and classifications*, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 30-32, 2007.

HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.l.], v. 57, n. 5, p.733-737, 2004.

HICKMAN, J. S. Introdução à teoria de enfermagem. In: GEORGE, J. B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.375 p.

HORTA, W.A. *O processo de enfermagem*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.99p.

HYUN, S.; PARK, H. A. Cross-mapping the ICNP[®] with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for unified nursing language system development. *International Nursing Review*, [S.l.], v. 49, n. 2. p. 99-110, Jun. 2002

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSING. *Nursing's Next Advanced : An Internacional Classification System for Nursing practice (ICNP)*. Geneva, Switzerland: ICN, Headquarters, 1993. 100p.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSING. Actualización – Nueva Versión Beta de la CIPE[®]. Actualizacioón de la CIPE[®]. Genebra: 1998. 9 p.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSING. ICNP[®] International Classification for Nursing Practice–Beta. Geneva, Switzerland: ICN, 1999. 195p.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. *Processo e diagnóstico em enfermagem*. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 325p.

JESUS, C.A.C. Sistematização da assistência de enfermagem: evolução histórica e situação atual. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3.,2002, Uberlândia. *Anais...*Uberlândia: UFU, 2002. p.14-20.

JIANG, G.; SATO, H.; ENDOH, A.; OGASAWARA, K.; SAKURAI, T. An ontological approach to support the description of nursing practice in Japan with the ICNP[®]. *International*

Journal of Medical Informatics, [S.l.], v. 76, n 1, p. 55-65, Jan. 2007. Disponível em: <www.intl.elsevierhealth.com/journal/ijmi>. Acesso em: 15 Out. 2007.

JOHNSON, M.; BULECHECK, G.; DOCHTERMAN J. M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. *Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: Ligações entre NANDA, NOC e NIC*. Porto Alegre: Artmed, 2005. 506p.

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 639p.

KUO, C.; YEN, M. Cross-mapping ICNP terms with Taiwanese gynecological Nursing records. *Journal of Nursing Research*, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 271-277. 2006.

LEOPARDI, M. T. *Teorias de Enfermagem: Instrumentos para a prática*. Florianópolis: Papa livros, 1999.

LIMA, M. T; BUCHER, J. S. N. F.; LIMA, J. W. O. A hipertensão arterial sobre o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Caderno. de saúde pública*. [S.l.], v. 20, n. 4, p. 1079-1087, 2004.

LIMA, A. F.; KURCGANT, P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 1, p.111-116, 2006. Disponível em:<www.huwc.ufc.br/arquivos/bibliotecacientifica/1187044511460.pdf>Acesso em: 12 Dez. 2007.

LUCENA, A. F.; BARROS, A. L. B. L. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 82-88, 2005.

MARIN, H. F. Vocabulário: recurso para construção de base de dados em enfermagem. *Acta Paulista Enfermagem*, [S.l.], v. 13, n.1, 2000.

MARQUES, L. V. P., CARVALHO, D. V. Sistematização da Assistência de enfermagem em centro de tratamento intensivo: percepção das enfermeiras. *Revista Mineira de Enfermagem*, Minas Gerais, v. 9, n. 3, p. 199-205, 2005.

McCLOSKEY, J.; BULECHECK, G. M. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENDES, M. A.; BASTOS, M. A. R. Processo de enfermagem: seqüências no cuidar, fazem a diferença. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.l.], v. 56, n. 3, p.271-276, 2003.

MENDES, I. A. C.; LEITE, J. L.; TREVIZAN, M. A.; TREZZA, M. C. S. F.; SANTOS, R. M. A produção tecnológica e a interface com a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.l.], v. 55, n. 5, p. 556-561, 2002.

MICHEL, J. L. M.; BARROS, A. L. B. L. A pesquisa nas classificações de enfermagem: experiência brasileira. *Revista brasileira de enfermagem*, [S.l.], v. 55, n. 6, p. 664-669, 2002.

MOORHEAD, S.; DELANEY, C. Mapping nursing intervention data into the Nursing Intervention Classification (NIC): process and rules. *Nursing Diagnosis*. v. 8, n. 4, p. 137-144, 1997.

MULLER-STAU, M.; NEEDHAM, I.; ODENBREIT, M.; LAVIN, M.A.; ACHTERBERG; T. V. Improved Quality of Nursing Documentation: Results of a Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes Implementation Study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, [S.l.], v. 18, n. 1, 2007.

NAPOLEÃO, A. A.; CHIANCA, T. C. M.; CARVALHO, E. C.; DALRI, M. C. B. Análise da produção científica sobre a classificação das intervenções de enfermagem (NIC) de 1980 a 2004. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 608-613, 2006.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 250-257, 2004.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Classificação Internacional das práticas de Enfermagem- CIPE[®]/CIE: Uma visão geral da Versão Alfa e Considerações sobre a construção da Versão Beta. In: *A Classificação Internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC*. Brasília: ABEn, 1999. Série Didática: Enfermagem no SUS.

NÓBREGA, M. M. L. *Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE[®]-Versão Alfa*. João Pessoa: Idéia, 2000. 136p.

NÓBREGA, M. M. L ; GUTIÉRREZ, M. G. R. Sistemas de Classificação na Enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. (org.). *Sistemas de Classificação em Enfermagem: um trabalho coletivo*. João Pessoa, Idéias, 2000. Série Didática: Enfermagem no SUS.(ISBN – 85-86867-49-7).

NÓBREGA, M. M. L; GUTIÉRREZ, M. G. R. Método utilizado na adaptação transcultural da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE[®] – Versão Alfa. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.14, n.3. p. 44-51, 2001.

NÓBREGA, M. M. L . Classificação Internacional para a prática de enfermagem é Projeto do CIE. *Nursing*, São Paulo, v. 4, n. 51, p. 12-14, 2002.

NÓBREGA, M. M. L; GARCIA, T. R.; ARARUNA, J. F.; NUNES, W. C. A. N.; DIAS, G. K. G.; BESERRA, P. J. F. Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem. *Revista eletrônica de enfermagem*, v. 5, n. 2 p. 33-44, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 01 Mar. 2007.

NÓBREGA, M. M. L . Classificação Internacional para a prática de enfermagem é Projeto do CIE. *Nursing*, São Paulo, v. 4, n. 51, p. 12-14, 2002.

NÓBREGA, M.M.L; GARCIA, T. R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.l.], v. 58, n. 2, p. 227-230, 2005.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION - NANDA: Definições e classificação - 2001-2002. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION - NANDA: Definições e classificação - 2005-2006. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION - NANDA Internacional. Nursing diagnoses: definitions & classification 2007 - 2008. Philadelphia: NANDA International, 2007

OCHOA-VIGO, K; PACE, A. E; SANTOS, C. B. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, Mar.-Abr. 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 12 out. 2007.

OLIVA, A. P. V.; LOPES, D. de A.; VOLPATO, M.P.; HAYASHI, A. A. M. Atitudes de alunos e enfermeiros frente ao diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S.l], v. 18, n. 4. p. 361-367, 2005.

PAVEL S.; NOLET, D. *Manual de terminologia*. Canadá: Public Words and Government Services, 2001. 166p.

PAUL, C.; REEVES, S. J. Visão Geral do processo de Enfermagem. In: GEORGE, J.B. *et. al. Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. cap.2, p.21-32.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.

SANSONI, J.; GIUSTINI, M. More than terminology: using ICNP to enhance nursing's visibility in Italy. *International Nursing Review*, [S.l], v. 53, n. 1, p. 21-27, Mar. 2006

SANTANA, J. S. S.; CARVALHO, R. C. Sistematização da Assistência de enfermagem em creche: Reflexões de uma prática. *Revista Nursing*, São Paulo, v.3 , n.24 , p. 24-27, Mai. 2000.

SANTOS, S. R.; PAULA, A. F. A.; LIMA, J. P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, [S.l], v. 11, n. 1, p. 80-87, Jan.-Fev. 2003.

SILVA, K. L; SILVA, A. T. M. C.; NÓBREGA, M. M. L.; FERREIRAL FILHA, M. O. Influência das necessidades psicossociais na saúde mental das crianças. *Online Brazilian Journal of Nursing*, [S.l], v. 3, n. 3, 2004. Disponível em: <www.uff/nepae:objn303silvaketal.htm>. Acesso em: 07 Jul. 2006.

SOUZA, M. F.; GUTIERREZ, M. G. R.; CASTRO, A. P. Análise da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta. In: *Anais I SIBRATEN*, Florianópolis, 1985, p. 209-230

SPARKS, S. R.; TAYLOR, C. M. *Manual de diagnósticos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 569 p.

- SPERANDIO, D. J.; ÉVORA, Y. D. M. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software protótipo. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, [S.l], v. 13, n. 6, p. 937-943, 2005.
- STANTON, M.; PAUL, C., REEVES, L.S. Um resumo do Processo de Enfermagem. In: GEORGE, J. B. *et al. Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. cap. 2, p.24-37.
- TANNURE, M. C.; CHIANCA, T. C. M. A Seleção do Referencial Teórico de Orem para a Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Revista Nursing*, São Paulo, v. 100, n. 8, p. 1004-1009, 2006.
- TANNURE, M. C.; CHIANCA, T. C. M.. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem. In: TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. *Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 168 p.
- TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. *Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2007. 168 p.
- THOMAZ, V. A.; GUIDARDELLO, E. B. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Problemas identificados pelos enfermeiros. *Revista Nursing*, São Paulo, v. 54, n. 5, 2002.
- TOBAR, F.; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 172 p.
- TRANQUITELLI, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Número de horas de cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 371-377, 2007. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/728.pdf> Acesso em: 10 Dez.2007.
- TRIGUEIRO, E. V.; LIMA, M. C.; ARAÚJO, R. T. M.; NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Definições teóricas de termos atribuídos a fenômenos de enfermagem identificados em prontuários clínicos de um hospital escola . *Online Brazilian Journal of Nursing*. [S.l], v. 6, n. 0, p. 1-12, 2007. Disponível em: <www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=858&layout=html> Acesso em: 28 Fev. 2007.
- VIRGÍNIO, N. A.; NÓBREGA, M. M. L. Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Distrito Federal, v. 57, n. 1, p. 53-56, Jan.-Fev. 2004.

ANEXO A

ANEXO B

APÉNDICE B

APÊNDICE C