TATIANA BEDRAN

DEFINIÇÃO E VALIDAÇÃO DOS TERMOS ATRIBUÍDOS AOS FENÔMENOS DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA

Belo Horizonte – MG
ESCOLA DE ENFERMAGEM - UFMG
2009

TATIANA BEDRAN

DEFINIÇÃO E VALIDAÇÃO DOS TERMOS ATRIBUÍDOS AOS FENÔMENOS DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profª. Drª. Tânia Couto M. Chianca

Belo Horizonte – MG
Escola de Enfermagem - UFMG
2009

Ficha catalográfica

Bedran, Tatiana

B413d

Definição e validação dos termos atribuídos aos fenômenos de Enfermagem em terapia intensiava / Tatiana Bedran. -- 2008.
xxxf., il. enc.

Orientador: Prof[a]. Dr[a]. Tânia Couto M. Chianca

Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

1.Enfermagem. 2. Classificação. 3. Terminologia. 4. Unidades de Terapia Intensiva. 4. Dissertações Acadêmicas I. Chianca, Tânia Couto M., Orientador. II. Título.

NLM: WY 14
CDU: 616-083

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadeu Penna

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Jaime Arturo Ramirez

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves

Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa Oliveira

Departamento de Enfermagem Básica – ENB

Chefe: Geralda Fortina dos Santos

Sub-Chefe: Zídia Rocha Magalhães

Colegiado de Pós-Graduação

Coordenadora: Cláudia Maria de Matos Penna

Sub-Coordenadora: Tânia Couto Machado Chianca

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação: Mestrado em Enfermagem

Dissertação intitulada: "**DEFINIÇÃO E VALIDAÇÃO DOS TERMOS ATRIBUÍDOS AOS FENÔMENOS DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA"**, de autoria da mestranda Tatiana Bedran, aprovada pela Banca examinadora, constituída pelos seguintes professores:

Dra. Tânia Couto Machado Chianca – EE/UFMG - Orientadora

Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega - UFPB

Dra. Daclé Vilma Carvalho - EE/UFMG

Belo Horizonte, 27 de março de 2009

Av. Professor Alfredo Balena, 190- Belo Horizonte, MG- 30130-100- Brasil- Tel.: (031) 3409-9836 - Fax: (31) 3409-9853

Dedico esta dissertação aos melhores pais do mundo, Henrique e Maria do Céu, ao Wanderson e ao Bernardo, amores da minha vida.

AMO VOCÊS!

Por todos os momentos em que vocês ficaram do meu lado,
Por toda a verdade que me fizeram ver,
Por toda a alegria que trouxeram a minha vida,
Por todos os erros que vocês transformaram em acertos,
Por todo sonho que tornaram realidade,
Por todo o amor que encontrei em vocês
Por todas as noites que passamos em claro.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por me proteger e por colocar em meu caminho pessoas tão maravilhosas como minha família, meus amigos e meus professores;

Aos meus queridos irmãos, Gustavo e Roberta, e Gabi, pela paciência nos momentos de angústia, por me segurarem as mãos nos momentos de maior necessidade e pela alegria nos momentos de prazer;

À Drª Tânia Couto Machado Chianca, minha querida orientadora e mestre, por ter me aceito como aluna, pela amizade construída nesses anos de convívio, pela maneira sábia de passar seus conhecimentos e por ter cuidado de mim com tanto carinho e atenção: ficarão a gratidão, a amizade e a admiração;

À minha vó Horades e tia São, motivos de orgulho e exemplo em minha vida;

Aos meus amigos, por entenderem minha ausência em muitos momentos;

Ao Baroni, Ju e Cila, pelo incentivo e ajuda;

Aos meus tios e primos, pelo apoio constante;

Aos queridos amigos do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Sistematizar o Cuidar em Enfermagem- UFMG;

À Meire, pela paciência e disponibilidade nos momentos de desespero;

À Escola de Enfermagem, por me acolher como aluna e estar sempre de portas abertas;

A CAPES, pelo apoio financeiro;

Ao LCC, em especial ao Dr. Márcio e Rodrigo Zeferino, pela disponibilidade, paciência e competência;

A todos os enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa;

À Alcione, pela oportunidade de crescimento e por acreditar no meu trabalho;

Aos colegas da Newton Paiva, pelo apoio e companheirismo;

Aos meus alunos, por partilharem comigo as dificuldades e conquistas;

Aos colegas de mestrado, por partilharmos momentos de alegria e incertezas.

RESUMO

Diante do novo cenário decorrente da globalização e dos avanços tecnológicos, existe uma necessidade de constituir um corpo próprio de conhecimento que defina e descreva a prática de enfermagem. Assim, torna-se necessária a reorganização da assistência de enfermagem e a constituição de um vocabulário próprio da profissão. Um dos instrumentos essenciais para a reestruturação é a definição de termos específicos de Enfermagem. Assim, têm sido desenvolvidos sistemas de classificação de Enfermagem, dentre eles a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- CIPE. Este estudo faz parte de um projeto maior de construção de um *software* que auxilie na Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidades de Tratamento Intensivo. Esses termos foram classificados nos eixos "foco" e "julgamento" da classificação. Estudo do tipo descritivo exploratório, que teve por objetivo validar as definições elaboradas para os termos utilizados pelos enfermeiros, não constantes na CIPE®- Versão 1.0 e identificados nos prontuários de pacientes internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo de Belo Horizonte. Desenvolveu-se o estudo em quatro fases distintas: elaboração das definições dos termos, elaboração do instrumento para coleta de dados, validação da definição elaborada para os termos, validação das definições re-elaboradas. Foi utilizada a técnica Delphi para a validação das definições elaboradas para os termos em uma escala tipo Likert na qual o participante assinalava o grau de pertinência da definição. Foram validadas 47 definições de termos classificados no eixo "foco" e 19 definições de termos classificados no eixo "julgamento" da CIPE®- Versão 1.0. Os dados foram coletados usando-se um questionário, encaminhado via web, a 175 enfermeiros que preenchiam os critérios de inclusão estabelecidos. Foi considerada válida a definição que alcançou um Índice de Concordância (IC) maior ou igual a 0,8. Na primeira etapa de validação das definições dos termos, 44 termos classificados no eixo "foco" e todos os termos classificados no eixo "julgamento" alcançaram o IC desejado. Na segunda etapa, após a re-elaboração das definições dos termos com IC inferior a 0,8, o IC esperado foi alcançado para todas as definições. Estudos para validação de definições de termos são essenciais para a pesquisa, ensino e prática profissional, pois contribuem para a construção de uma linguagem própria da Enfermagem, a CIPE®. Acredita-se que a utilização desta, na prática clínica, facilite a comunicação entre os enfermeiros e entre estes e outros profissionais de saúde. Esses profissionais devem ser incentivados a registrarem os cuidados prestados aos pacientes utilizando uma linguagem própria da profissão, o que possibilita maior visibilidade da profissão.

Palavras-chave: Classificação. Terminologia. Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Due to the new scenery resulting from the globalization and technological advances, there is a necessity to build a new corpus that define and describe the practice of nursing. Therefore, it is necessary to reorganize the nursing assistance and to construct a proper vocabulary of the profession. One of the essential instruments to this restructuring is the definition of specific nursing terms. To do this, nursing classification systems have been being developed, such as the International Classification to the Nursing Practice - ICNP. This study is a part of a bigger project that aims to build software that helps the Systematization of the Nursing Assistance in Intensive Care Units. These terms were classified in the axis "focus" and "judgment" of the classification. This is a descriptive-exploratory study, whose objective was to validate the definitions created for the terms, used by nurses, that are not in the ICNP Version 1.0 and are identified in the charts of patients in a Intensive Care Unit in the city of Belo Horizonte, Brazil. The Delphi technique was used to validate the definitions elaborated to the terms in a Likert type scale, in which the participant sings the pertinence degree of the definition. 47 definitions of terms classified in the axis "focus" and 19 definitions of terms classified in the axis "judgment" of the ICNP Version 1.0 were validated. Data was collected using a questionnaire sent via web to 175 nurses that filled the established inclusion criteria. It was considered valid the definition that reached a Concordance Degree (CD) higher or equal to 0.8. In the first validation stage, 44 terms classified in the axis "focus" and all terms classified in the axis "judgment" reached the desired CD. In the second stage, after re-elaboration of the definitions of the terms with a CD lower than 0.8, the expected CD was reached to all definitions. Studies to validation of term definitions are essential to do research, teaching and professional practice, for they contribute to the constructing of a specific nursing language, the ICNP. It is believed that the use of this practice easies the communication among nurses and among other health professionals. These professionals must be encouraged to register the care given to the patients using a language that is proper to the profession, what possibilities a greater visibility of the profession.

Key Words: Classification. Terminology. Nursing. Intensive Care Units.

RESUMEN

Delante del nuevo esenario decorrente de la globalización e de los avances tecnológicos existe la necesidad de construir um cuerpo próprio de conocimiento que defina y describa a practica de enfermeria tornandose necesario a reorganización de la asistencia de enfermeria y la construcción de un vocabulario própio de la profesión. Uno de los instrumentos esenciales para la restructuración es la definición de términos especificos de enfermeria siendo desarrollados sistemas de clasificación de enfermeria entre ellos la Clasificación Internacional para las Practicas de Enfermeria- CIPE® .Este estudio es parte de un proyecto mayor de construción de un Sofware que auxilie en la Sistematización de la asistencia de enfermeria en unidades de tratamiento intensivo. Estos términos fueron clasificados en los ejes "FOCOS" e "JULGAMIENTO de la clasificación. Estudio descriptivo exploratorio , que tuvo por objetivo validar las definiciones elaboradas para los términos utilizados por los enfermeros que no contan en la CIPE®- Versión 1.0 e identificados en las historias clínicas de pacientes ingresados en una unidad de Cuidados Intensivos de Belo Horizonte. El estudio fue realizado en cuatro fases distintas, Elaboración de las definiciones de los términos, elaboración del instrumento para la recogida de datos, validación de las definiciones reelaboradas para los términos, validación de las definiciones reelaboradas. Fue utilizada a técnica Delphi para la validación de las definiciones elaboradas para los términos en una escala tipo Likert en la cual el participante firma el grado de pertenencia de la definición. Fueron validadas 47 definiciones de términos clasificados en el eje tématico " FOCO " y 19 definiciones de términos clasificados en el eje "JULGAMIENTO" de la CIPE®-Versión 1.0. Los datos fueron recogidos usando un cuestionario enviado via web a 175 enfermeros que reunian los criterios de inclusión establecidos. Fue considerado valida la definición que alcanso un Indice de Concordancia (IC) mayor o igual a 0,8. Na primera etapa de validación de las definiciones de los términos, 44 términos clasificados en el eje "FOCO " y todos los del eje "JULGAMIENTO" alcanzaron el indice deseado. En la segunda etápa, después de la elaboración de las definiciones de los términos con IC inferior a 0,8, el indice esperado fue alcanzado para todas las definiciones. Estudios para validación de definiciones de términos son esenciales para la investigación, educación y practica profesional, por que constribuyen para la construcción de un lenguaje própio de la enfermeria, acreditase que la utilización de la CIPE® en la practica clínica facilita la comunicación entre los enfermeros y entre otros profesionales de salud. Los enfermeros deven ser insentivados a registrar los cuidados prestados a los pacientes utilizando un lenguaje própio que posibilite una mayor visibilidad a la profesión.

Palabras clave: Classificatión. Terminología. Enfermería. Unidades de Terapia Intensiva.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo de 7 eixos da CIPE®- Versão 1.0	44
Figura 2	Etapas da coleta e tratamento dos dados retirados dos prontuários dos pacientes	49
Figura 3	Árvore Conceitual do eixo "foco"- conceito *entidade*	88
Figura 4	Árvore Conceitual do eixo "foco"- conceito *processo*	90
Figura 5	Árvore Conceitual do eixo "foco"- conceito *estado*	94
Figura 6	Árvore Conceitual do eixo "julgamento"- conceito *julgamento positivo ou negativo*	97
Figura 7	Árvore Conceitual do eixo "julgamento"- conceito *estado*	99
Gráfico 1	Distribuição de freqüência das definições dos termos identificados e classificados no eixo foco da prática de enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- CIPE®- Versão 1.0, segundo índice de Concordância (IC) alcançado no processo de validação	59
Tabela 1	Distribuição dos participantes segundo a titulação	57
Tabela 2	Distribuição dos participantes segundo a área de atuação	58
Tabela 3	Distribuição dos participantes segundo trabalhos realizados em cada linha de pesquisa	58
Tabela 4	Conhecimento dos participantes sobre a CIPE®	58
Tabela 5	Total de perdas para cada termo, e definição elaborada, classificado no eixo "foco" da CIPE®- Versão 1.0	64
Tabela 6	Total de perdas para cada termo, e definição elaborada, classificado no eixo "julgamento" da CIPE®- Versão 1.0	67
Tabela 7	Total de perdas para cada termo e definição re-elaborada, classificado no eixo "foco"	69
Quadro 1	Listagem dos 47 termos classificados no eixo "foco" da CIPE®- Versão 1.0, as definições elaboradas e o IC alcançado na primeira etapa de validação	60
Quadro 2	Listagem dos termos classificados no eixo "julgamento" da CIPE® - Versão 1.0, as definições elaboradas e o IC alcançado na primeira etapa de validação	66
Quadro 3	Listagem dos termos classificados no eixo "foco" da CIPE®- Versão 1.0, definições re- elaboradas e IC alcançado na segunda etapa de validação	69
Quadro 4	Definições re-elaboradas com base em sugestões dadas pelos participantes para os termos classificados no eixo "foco"	70
Quadro 5	Definições re-elaboradas com base em sugestões dadas pelos participantes para os termos classificados no eixo "julgamento"	74

LISTA DE SIGLAS

ABEN- Associação Brasileira de Enfermagem

ANA- *American Nursing Association*

CCC- *Clinical Care Classification*

CENAPAD- Centro Nacional de Processamento de Alto Desempenho

CID- Classificação Internacional de 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

COREN- Conselho Regional de Enfermagem

DE- Diagnóstico de Enfermagem

DSM- *Diagnostic and Statistical Manual*

EUA- Estados Unidos da América

HHCC- *Home Health Care Classification*

IC- Índice de Concordância

LCC- Laboratório de Computação Científica

NANDA- *North American Nursing Diagnosis Association*

NEPESC- Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Sistematizar o Cuidado em Saúde e Enfermagem

NHB- Necessidades Humanas Básicas

NIC- *Nursing Interventions Classification*

NNN- NANDA, NIC e NOC

NOC- *Nursing Outcomes Classification*

OMS- Organização Mundial de Saúde

PE- Processo de Enfermagem

PNDS- *Perioperative Nursing Data Set*

SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI- Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	23
2.1	Objetivo geral	23
2.2	Objetivos específicos	23
3	REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1	Terminologia	24
3.2	Sistemas de Classificação em Enfermagem	30
3.3	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- CIPE®	35
3.4	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- Versão 1.1	45
4	METODOLOGIA	46
4.1	Tipo de estudo	46
4.2	Etapas do estudo	47
4.3	Local do estudo	47
4.4	Coleta e tratamento dos dados retirados dos prontuários de pacientes	47
4.5	População e amostra do presente estudo	49
4.6	Coleta e tratamento dos dados	51
5	RESULTADOS	57
5.1	Características sócio-demográficas dos profissionais participantes da pesquisa	57
5.2	Primeira etapa do processo de validação das definições elaboradas para os termos classificados no eixo foco da CIPE®- Versão 1.0	59
5.3	Segunda etapa do processo de validação das definições elaboradas para os termos classificados no eixo foco da CIPE®- Versão 1.0- re-elaboração das definições dos termos	68
5.4	Re-elaboração das definições dos termos segundo os eixos “foco” e “julgamento”, de acordo com sugestões fornecidas	70
6	DISCUSSÃO	75
6.1	Da elaboração dos termos	78
6.2	Re-elaboração das definições dos termos classificados no eixo “foco” da CIPE®- Versão 1.0	79
6.3	Re-elaboração das definições dos termos classificados no eixo “julgamento” da CIPE®- Versão 1.0	84
6.4	Distribuição dos termos segundo a árvore taxonômica da CIPE®- Versão 1.0	84
6.5	Mapa Conceitual dos termos da UTI	87
7	CONCLUSÃO	100
8	REFERÊNCIAS	104
9	APÊNDICES	115
9.1	Apêndice A	115

9.2 Apêndice B 116
9.3 Apêndice C 117
9.4 Apêndice D 119
9.5 Apêndice E 120
9.6 Apêndice F 123

10 ANEXOS 123
10.1 Anexo A 123
10.2 Anexo B 124

1 INTRODUÇÃO

Usamos, em nosso cotidiano, uma língua comum para comunicarmos. Porém, quando nos referimos a uma determinada área do conhecimento, usamos uma linguagem especializada, empregando palavras que têm um significado particular dentro de um campo específico de conhecimento.

Todos os indivíduos detêm uma linguagem geral, linguagem esta que pode ser expressa através de palavras. A palavra tem muitos significados, sendo elementos do léxico da língua; o termo, um conceito em uma linguagem de especialidade, pode ser definido como "uma palavra contextualizada no discurso, tendo, conseqüentemente, um referente de interpretação" (LARA, 2004).

Ao estudo do conceito e dos termos usados em línguas de especialidades, as quais proporcionam uma comunicação ausente de ambigüidades em uma determinada área do conhecimento ou da prática, com base em vocabulários e usos lingüísticos específicos do campo, denominamos terminologia (PAVEL; NOLET, 2001).

O uso de uma terminologia própria a um determinado campo do conhecimento, firma e impõe a existência de uma ciência, além de contribuir para o desenvolvimento de uma nova conceitualização.

A existência de um corpo de conhecimentos específicos define e caracteriza uma profissão e a instrumentaliza para atuar em uma realidade social e organizada (MACHADO, 1991; CABRÉ, 1995).

Na Enfermagem, "[...] a linguagem está representada por seus termos clínicos, sendo parte integrante e essencial do contexto teórico e prático da profissão" (TRIGUEIRO *et al.*, 2007 p. 2). Ainda segundo as autoras, a falta de uma linguagem que possibilite a definição e descrição da prática de Enfermagem pode comprometer seu desenvolvimento como ciência.

Florence Nightingale, no século XIX, já demonstrava preocupação sobre o conhecimento específico da Enfermagem e denominação de seus fenômenos, fato comprovado em seus escritos datados de 1859: “A Enfermagem desconhece os seus elementos específicos” (NIGHTINGALE, 1989).

Desde então, com o início da Enfermagem moderna, os enfermeiros de todo o mundo vêm questionando: quais os conhecimentos específicos da Enfermagem? Quais são os seus conceitos e significados? Como se dá a utilização dos conceitos na prática?

É nesse contexto que emergem, a partir da década de 1950, esforços na busca e construção de modelos e referenciais que ajudem a identificação de conceitos específicos da profissão surgindo, daí, metodologias de trabalho para estabelecer cuidados individualizados aos pacientes e melhorar a resolutividade de seus problemas de saúde.

No entanto, para que isso ocorra, é necessário que se desenvolvam modelos conceituais, teorias próprias da profissão e definição de seus conceitos e ações específicas, a fim de se fundamentar a prática assistencial, possibilitando, além de outros aspectos, o desenvolvimento e aperfeiçoamento da prática de enfermagem, um melhor gerenciamento do cuidado e maior visibilidade da profissão.

Para Virgínio e Nóbrega (2004) verifica-se, diante da perspectiva de construção do conhecimento em Enfermagem e da transformação da prática acrítica para aquela baseada em conhecimento científico, a aplicação de esforços que permitam a uniformização das ações da prática profissional e a padronização de uma linguagem específica da profissão (e que a represente) na orientação dessa prática, assim como um maior investimento em pesquisas.

A partir da década de 1970, a introdução do processo de Enfermagem -PE- (inicialmente nos Estados Unidos) ajudou os enfermeiros a terem maior autonomia profissional e a tomarem suas decisões clínicas, expresso através de fases distintas e tendo como principais propósitos a identificação de respostas humanas, implementação de ações e

avaliação rigorosa e sistemática do cuidado prestado, que promove cuidado humanizado e de baixo custo (CROSSETTI *et al*.,1999; ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Nessa mesma década, o PE foi introduzido no Brasil pela teórica Wanda Horta, surgindo como um instrumento para o planejamento e execução dos cuidados de Enfermagem, contribuindo para tornar a assistência científica e humanizada. Wanda Horta acreditava que a autonomia dos enfermeiros seria alcançada com a utilização dessa metodologia científica (HORTA, 1979).

A utilização do processo de Enfermagem favoreceu o desenvolvimento dos sistemas de classificação em Enfermagem, que são ordenações de termos codificados, padronizados e com definições próprias, considerados o primeiro estágio no desenvolvimento de estruturas teóricas para a profissão e que contribuíram para o desenvolvimento de conceitos próprios (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000; JOHNSON *et al.,* 2005).

Os Sistemas de Classificação contribuem, dentre outros aspectos, para a coleta, investigação, análise, arquivamento e comunicação de informações sobre a prática profissional.

Uma terminologia comum para a enfermagem, além de facilitar a comunicação entre enfermeiros e outros profissionais da equipe multidisciplinar, possibilita o estabelecimento de dados para descrever e analisar a sua prática (GEYER *et al*., 2005).

A necessidade de construção de uma linguagem própria da Enfermagem, que favoreça seu desenvolvimento como ciência e estabeleça a descrição de sua prática, tem levado enfermeiros de todo o mundo a se empenharem na construção de um vocabulário próprio e preciso da profissão (ANTUNES; CHIANCA, 2002; BITTENCOURT *et al*., 2005).

O universo dos termos escritos e suas definições (que definem a linguagem da enfermagem) são usados com a finalidade de indexar e classificar dados de Enfermagem em

prontuários clínicos, sistemas de Enfermagem, literatura especializada e relatórios de pesquisa (HENRY, 1995).

Garantir a compreensão e o reconhecimento intersubjetivo do significado dos conceitos incluídos na linguagem especial de Enfermagem consiste num aspecto básico, pois eleva seu potencial de aplicabilidade prática, seja no ensino, na pesquisa ou na assistência de Enfermagem (GARCIA *et al*., 2004).

Com o crescente reconhecimento pelos enfermeiros da necessidade de padronização da linguagem utilizada na prática, os sistemas de classificação de Enfermagem vêm, cada vez mais, sendo conhecidos e experiências de utilização já podem ser vistas. Segundo Chianca (2004), temos à disposição vários sistemas de classificação dos elementos da prática de Enfermagem, dentre eles o da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), a Classificação de Cuidados Clínicos (CCC) e o Grupo de Dados de Enfermagem Peri- operatória (PNDS).

Para que se possam desenvolver os Sistemas de Classificação de Enfermagem, é necessário o desenvolvimento de conceitos próprios da profissão (GARCIA *et al.*, 2004).

Como resultado da mobilização dos enfermeiros de todo o mundo a fim de se universalizar a sua linguagem e evidenciar os elementos de sua prática, foi apresentada, durante a realização do Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) em 1989, uma proposta para o desenvolvimento de uma classificação que representasse a unificação dos diferentes sistemas de classificação da linguagem de enfermagem, sendo votada e aprovada a proposta para o desenvolvimento da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Uma terminologia partilhada que expresse os elementos da prática de enfermagem pode favorecer descrições da sua prática, de tal modo que dados possam ser gerados sobre o

que a enfermagem identifica em seus clientes, o que faz por eles e o que avalia e, assim, facilitar a comparação das práticas entre cenários clínicos, populações, áreas geográficas ou tempo. Além disso, a utilização de uma terminologia própria contribui para a identificação do papel dos enfermeiros na equipe multidisciplinar de cuidados de saúde, bem como para diferenciar suas práticas das de outros prestadores de cuidados de saúde (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM-CIE, 2005).

A CIPE® surge em decorrência da necessidade de se descrever os fenômenos dos pacientes que preocupam os enfermeiros, as intervenções específicas de enfermagem para esses fenômenos e os respectivos resultados de enfermagem (CIE, 2005), sendo uma organização profissional que busca a padronização de terminologias que possam descrever, comparar e comunicar as atividades inerentes à enfermagem, além de delimitar a área de atuação dos enfermeiros.

Através do registro dos dados clínicos do paciente, a equipe de Enfermagem pode assegurar uma assistência de qualidade e livre de danos a esse, constituindo-se no principal veículo de comunicação formal entre os membros da equipe. Além disto, através da documentação, pode-se representar os fenômenos e domínios da prática de Enfermagem e obter dados para a condução de pesquisas na área.

As unidades de tratamento intensivo, devido à complexidade e grande número dos procedimentos nelas realizados, a grande procura por leitos para internação e a necessidade de profissionais qualificados para atenderem a essa demanda, exigem que os profissionais reorganizem sua prática e repensem sobre as mesmas, assim como sobre uma assistência de Enfermagem especializada e contínua. Além disso, os profissionais que trabalham nas UTI’s precisam voltar o foco de sua atenção para o ser humano como um todo, favorecendo uma prática humanizada, deixando de dar atenção somente à doença ou às tecnologias incipientes,

ou seja, ao modelo biomédico, o qual fragmenta o paciente e, segundo Nascimento e Trentini (2004), dificulta a interação entre os atores do cuidar.

Como o paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva é um ser que depende quase totalmente, ou totalmente, dos cuidados de Enfermagem, torna-se necessário que o enfermeiro o atenda em suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psico-espirituais, sendo capaz de auxiliá-lo no atendimento dessas, o que será alcançado através de uma atuação sistematizada na assistência prestada.

No entanto, para o enfermeiro atuar de forma sistematizada na assistência ao paciente crítico, é fundamental que o vocabulário utilizado na prática seja padronizado e estruturado.

Levando em consideração a complexidade clínica dos pacientes internados em uma UTI, a ausência de um vocabulário específico, técnico e único utilizado pelos enfermeiros intensivistas, a compreensão de que, através do uso de terminologias próprias a cada especialidade, o papel do enfermeiro pode ser melhor visualizado no atendimento à saúde, é inquestionável a necessidade da padronização e estruturação do vocabulário utilizado na prática pelos enfermeiros.

Trabalhei durante oito anos em uma Unidade de Terapia Intensiva e ficava muito incomodada com a falta de visibilidade do trabalho da enfermeira nesta unidade e em outras que conheci, com a prática de enfermagem documentada no prontuário do paciente de maneira incompleta e, muitas vezes, incompreensível, com os vários significados diferentes que um único termo possuía para a equipe de Enfermagem e de saúde, com a ausência do monitoramento da qualidade do cuidado prestado aos pacientes e com a falta de organização do trabalho da enfermeira nessas unidades.

Ao ingressar no curso de mestrado da Universidade Federal de Minas Gerais e no Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Sistematizar o Cuidar em Enfermagem, tive contato com um projeto que estava sendo desenvolvido: a construção de um software especialmente

projetado para a informatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva e que utiliza a CIPE®.

A primeira fase deste projeto consistiu em extrair, dos prontuários dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva de um hospital filantrópico de Belo Horizonte, os termos utilizados pelos enfermeiros e mapeá-los com os existentes na CIPE®- Versão 1.0, a fim de obter aqueles não constantes nesta classificação (TANNURE, 2008).

Assim, envolvi-me com o estudo dos termos e conceitos utilizados pelos enfermeiros dessa unidade. Percebemos uma gama de termos muito empregados por esses profissionais e que não constavam na CIPE®- Versão 1.0, termos essenciais para a prática profissional e para a documentação de Enfermagem.

Além do mais, hoje desconhecemos a existência de uma classificação de Enfermagem que seja específica para as unidades de tratamento intensivo. O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) tem interesse em criar os catálogos CIPE® para as várias áreas específicas da Enfermagem, os quais são os subconjuntos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (CIE, 2005).

Daí, surgiu a necessidade de elaborar definições para os termos (e validá-las) que não constavam na referida classificação, já que os mesmos eram muito utilizados na prática clínica dos enfermeiros e havia essa lacuna na CIPE®- Versão 1.0.

Este estudo foi especialmente delineado para elaborar definições, e validá-las, para os termos classificados nos eixos “foco” e “julgamento” da CIPE®- Versão 1.0. A validação nesses dois eixos justifica-se pela necessidade de construção de diagnósticos e resultados de enfermagem baseados em termos constantes na CIPE®- Versão1.0, os quais serão incluídos em um software em desenvolvimento. Para a elaboração de Diagnósticos de Enfermagem (DE) e Resultados de Enfermagem (RE) na CIPE® é recomendada a inclusão de um termo

pertencente ao eixo “Foco” e um termo pertencente ao eixo “Julgamento” (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS- CIE).

Considera-se que a identificação e validação de termos utilizados pelos enfermeiros em Unidades de Terapia Intensiva é um trabalho de interesse do CIE à medida em que novos termos possam ser avaliados para inclusão em um Sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, e que a utilização da mesma por enfermeiros intensivistas facilitará a padronização da linguagem de enfermagem, o monitoramento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes, a construção de bancos de dados e o estabelecimento de padrões de cuidados que possam ser utilizados em qualquer parte do mundo.

Com este estudo, pretende-se contribuir para a CIPE®, auxiliando na construção de um catálogo voltado para unidades de tratamento intensivo e para o desenvolvimento de um software especialmente projetado para a informatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidades de terapia intensiva.

Muitos esforços têm sido feitos no sentido de se desenvolver uma classificação internacional para a prática de enfermagem, e como esse processo é longo e contínuo, faz-se necessário o envolvimento dos enfermeiros de todo o mundo. Assim, a CIPE® poderá representar a diversidade da enfermagem mundial.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Validar as definições elaboradas para os termos utilizados pelos enfermeiros intensivistas, não constantes na CIPE®-Versão 1.0, e identificados nos prontuários de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital filantrópico de Belo Horizonte.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar definições para os termos identificados nos prontuários dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva e não constantes na CIPE®- Versão 1.0.
- Determinar o Índice de Concordância, entre peritos, para as definições elaboradas dos termos não constantes na CIPE®- Versão 1.0.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Em muitos países do mundo, há dificuldade de reconhecimento do papel dos enfermeiros, em parte devido à sua invisibilidade nos sistemas de informação (NÓBREGA *et al.*, 2008).

Frente à necessidade de construção de um corpo de conhecimentos próprios da Enfermagem, promover maior visibilidade da profissão e fornecer ao paciente e comunidade um cuidado de qualidade, dentre outros aspectos**,** enfermeiros de todo o mundo têm se empenhado em desenvolver sistemas de classificação de termos na Enfermagem.

No entanto, para que se desenvolva um sistema de classificação que represente a Enfermagem mundialmente, há a necessidade de se conhecer a linguagem específica da profissão.

3.1 TERMINOLOGIA

A terminologia é uma disciplina da área de lingüística que tem por objeto primordial o estudo do termo técnico- científico. Embora antiga como prática, esta surgiu como disciplina científica no século XX, tendo suas bases sido estabelecidas por um engenheiro austríaco, Eugen Wüster (1898-1977), interessado em ciência da informação e preocupado em uniformizar o uso de termos técnico-científicos mundialmente. Esse cientista desenvolveu uma teoria de terminologia (Teoria Geral da Terminologia) com base em uma série de estudos sobre os termos (PAVEL; NOLET, 2001; KRIEGER; FINATTO, 2004; CABRÉ, 2003).

A terminologia, definida como um conjunto de palavras técnicas pertencentes a uma ciência e consagrada ao estudo científico dos conceitos e termos de línguas de especialidade, representa um conhecimento científico logicamente estruturado e, nesse sentido, os termos,

além de refletirem fundamentos conceituais, representam os fenômenos estudados pelas diversas especialidades (WÜSTER, 1998; PAVEL; NOLET, 2001).

O emprego da terminologia assume, nas comunicações profissionais, determinadas funcionalidades relacionadas ao estabelecimento do conhecimento científico e associadas às suas faces constitutivas: lingüística, conceitual e comunicativa (KRIEGER; FINATTO, 2004).

Além de oferecer conjuntos de termos relativos aos diversos campos do conhecimento, a terminologia oferece referenciais metodológicos capazes de sustentar a estruturação dos campos lógico-semânticos das linguagens documentárias (INTERNATIONAL ORGAN IZATION FOR STANDARDIZATION-ISO, 1986).

Para Cabré (1995), o termo terminologia tem constituição polissêmica e remete a três aspectos: como disciplina, ocupa-se dos termos especializados; como prática, é um conjunto de princípios e diretrizes que regem a definição dos termos; e como produto gerado pela prática, sendo definida como o conjunto dos termos de uma especialidade.

Podemos ver o objeto da terminologia sobre duas dimensões: o conceito e o termo: para alguns, o conceito é concebido como universal e prévio ao termo, que se reduz a uma mera denominação; para outros, o termo é concebido como uma unidade de forma e conteúdo ao mesmo tempo (CABRÉ, 2005).

O desenvolvimento de um trabalho terminológico de definição tem nos conceitos seu ponto de partida que, segundo as normas terminológicas, são unidades abstratas criadas a partir de uma combinação única de determinadas características; os termos, unidades terminológicas, representam os conceitos e são designações verbais (LARA, 2004).

O conceito é a unidade básica na linguagem do pensamento teórico, podendo ser definido como algo que é concebido na mente (HICKMAN, 2000). Ainda, segundo a autora, os conceitos são palavras que representam a realidade e que permitem uma melhor

comunicação sobre a mesma, podendo ser classificados como empíricos (observados ou percebidos pelos sentidos) ou abstratos (aqueles que não são observáveis).

O termo, objeto da terminologia, é uma unidade lingüística que corresponde a um conceito em uma linguagem de especialidade, transmitindo conteúdos próprios de cada área, diferindo da palavra (unidade da língua geral) por seu conteúdo especializado. As palavras são elementos do léxico da língua, sendo unidades descritas por um conjunto de características lingüísticas sistemáticas e referindo-se a um elemento da realidade (LARA, 2004; KRIEGER; FINATTO, 2004).

Sendo assim, os termos realizam as funções de representação e de transmissão de conhecimento especializado.

Krieger e Finatto (2004) relatam que "pelo exame cuidadoso de um conjunto de definições de uma ciência, torna-se possível uma percepção sobre o quanto de um conhecimento está sendo mobilizado e sobre como esse conhecimento pode ser multidimensional".

Assim, a terminologia, quando voltada para fins de organização de nomenclaturas, deve estar fundamentada no princípio de identificação de termos vinculado ao exame dos discursos em que as unidades terminológicas estão inseridas (FINATTO, 2006).

Chamamos de diagramas ou árvores conceituais a representação gráfica dos conhecimentos adquiridos em uma especialidade, organizando-os por relações de lógica e hierarquia entre os termos (PAVEL; NOLET, 2001).

Sabe-se que a precisão conceitual é necessária para que ocorra a univocidade em línguas de especialidades e transmissão de conhecimentos científicos de maneira eficiente.

> "As palavras *definição e termo* são ligadas por um traço comum: elas designam na origem o estabelecimento de um limite, de um fim (*definir*) e seu resultado (*termo*). No plano nocional, para que um nome tenha direito ao título de termo, é necessário que ele possa, enquanto elemento de um conjunto (uma terminologia), ser distinguido de outro. O único caminho

> para exprimir esse sistema de distinções recíprocas é a operação dita *definição*". (REY, 1979).

Uma definição pode ser considerada como um enunciado que descreve um conceito, permitindo diferenciá-lo de outros conceitos associados e, na condição de textos particularizados, identificam meios de se compreender os fenômenos e determinados valores em diferentes ciências e área do conhecimento (KRIEGER; FINATTO, 2004).

A definição terminológica é aquela que mais se ocupa dos termos técnico-científicos, veiculando conceitos de uma área do conhecimento, na medida em que dá significado a termos ou expressões de uma técnica, tecnologia ou ciência em uma situação comunicativa profissional, diferindo da definição lexicográfica, própria dos dicionários de língua geral (LARA, 2004; KRIEGER; FINATTO, 2004; FINATTO, 2002).

A universalização da linguagem caracteriza uma ciência. No entanto, para que isso ocorra, é necessário o desenvolvimento de uma terminologia própria. A partir do momento em que os conceitos de determinada área são aceitos e seus fenômenos específicos têm a denominação realizada, uma ciência começa a existir (BITTENCOURT *et al.*, 2005).

A definição tem papel fundamental na organização dos termos; porém, nem sempre se conta com definições claras, seja pela inexistência de dicionários técnicos que auxiliem na organização das linguagens, seja pela dificuldade de delimitação dos conceitos.

Pode-se dizer que, na Enfermagem, o desenvolvimento de terminologias foi motivado pela necessidade de identificar e nomear seus conceitos próprios. Nóbrega *et al,* (2008, p.392) citam que o desenvolvimento de terminologias visa atender alguns propósitos, dentre os quais estão *"a implementação de sistemas computacionais em cenários clínicos; o reembolso pelos serviços prestados; o ensino; a documentação das contribuições da enfermagem para o cuidado do paciente e o desenvolvimento de conhecimento da profissão".*

Na busca de avanços para o desenvolvimento de terminologias de Enfermagem, várias organizações profissionais e de normalização, como o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) e a Organização Internacional de Normalização (ISO), constituem-se em fontes importantes de normas de saúde, com interesse em estabelecer e aperfeiçoar essas normas, a fim de se obter terminologias padronizadas para descrever, comparar e comunicar as atividades do cuidado de Enfermagem. Essas organizações acreditam que uma terminologia básica e exclusiva contribuirá para delimitar a área de atuação da Enfermagem, além de comparar a prática entre os setores, instituições e países, fornecer a base para agregação, análise de dados e medidas de resultados, o que contribuirá para o desenvolvimento da profissão e, conseqüentemente, para uma linguagem universal na Enfermagem (OPAS, 2001).

A linguagem que a Enfermagem utiliza está representada por seus termos clínicos, cujo estudo dos conceitos permite uma melhor comunicação e visibilidade profissional. Os termos são elementos essenciais da prática de Enfermagem podendo ser denominados componentes primários de uma classificação (BITTENCOURT *et al.*, 2005; TRIGUEIRO *et al.*, 2007; NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2001).

Um dos grandes obstáculos ao desenvolvimento de terminologias na área de saúde, mais especificamente na Enfermagem, está relacionado à falta de um vocabulário comum que atenda às necessidades dos profissionais, em termos de registro do cuidado prestado e que sirva de base para se analisar o custo-benefício desse cuidado, sendo considerada um desafio a construção de vocabulários que permitam a padronização de termos clínicos utilizados na prática profissional, que atendam aos critérios de validade, especificidade, recuperação de dados e que facilitem a comunicação entre as diversas equipes, ou entre os membros da equipe de Enfermagem (MARIN, 2000).

A falta de uma linguagem especializada que permita a definição e descrição da prática de Enfermagem pode comprometer o seu desenvolvimento como ciência (NÓBREGA;

GUTIÉRREZ, 2000). Ainda, segundo as autoras, questionamentos sobre o conhecimento específico da Enfermagem, seus conceitos, significados e a utilização dos conceitos na prática profissional despertaram o interesse de estudiosos da Enfermagem para a busca de alternativas e respostas. As pesquisas incluíram, a partir da década de 1950, a elaboração de modelos conceituais de Enfermagem, de modo a permitir a identificação de conceitos específicos da profissão. A partir da década de 1960, houve o desenvolvimento de pesquisas relacionadas com o aprimoramento dos conceitos; na década de 1970, a introdução do processo de enfermagem (PE), inicialmente nos Estados Unidos, servindo como um modelo operacional para a prática de enfermagem (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

O PE, definido como uma maneira sistemática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem é um método para a organização da assistência e que deve contribuir para a promoção do cuidado humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo (CROSSETTI *et al.*, 1999; ALFARO-LEFEVRE, 2005).

O PE ajuda os enfermeiros a tomarem decisões, preverem acontecimentos e avaliarem as respostas dos pacientes aos cuidados de Enfermagem, propiciando organização e direção do cuidado (STANTON *et al*, 2000).

Segundo Crossetti *et al.* (1999, p.5),

> "[...] *o processo de enfermagem é um instrumento de trabalho da enfermeira, fundamentado num referencial teórico que contemple o ser humano enquanto sujeito principal da enfermagem, é o registro essencial à qualidade e segurança das ações de cuidado*."

O PE é constituído por cinco etapas inter-relacionadas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação, avaliação (ALFARO-LEFEVRE, 2005) e sua utilização tem favorecido o desenvolvimento de sistemas de classificação em Enfermagem.

Os diagnósticos de Enfermagem, as intervenções e os resultados são componentes primários para uma classificação da prática de Enfermagem. Essa encontra palavras para

compor todos esses elementos. A idéia é que essas palavras tenham o mesmo significado para profissionais de diferentes regiões. Uma vez conseguida essa padronização entre os enfermeiros, essas palavras tornam-se Nomenclatura de Enfermagem, que podem ser combinadas para formar um sistema de linguagem (ICN, 1993).

3.2 SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO EM ENFERMAGEM

Chamamos de Sistemas de Classificação ou Taxonomias os conhecimentos estruturados nos quais os elementos substantivos de uma disciplina, ou seu ramo, são organizados em grupos ou classes com base em suas similaridades (BLEGEN; REIMER, 1997).

Sokal (1974) definiu o termo taxonomia como sendo "o estudo teórico da classificação, incluindo suas bases, princípios, procedimentos e regras. É a ciência de como classificar e identificar".

Nóbrega e Gutiérrez (2000) utilizam o termo *taxonomia* como sinônimo do termo *sistemas de classificação*, empregando o primeiro, assim como é utilizado pela Associação Norte -Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA).

A origem da ciência das classificações remonta ao período dos escritos gregos. Porém, o processo de classificação, o reconhecimento de similaridades e o agrupamento de organismos e objetos remontam à época do homem primitivo (SOKAL, 1974). Para o autor, as classificações são um importante aspecto das ciências, e princípios e procedimentos similares têm sido desenvolvidos independentemente em vários campos de estudo.

Os sistemas de classificação na Enfermagem possibilitam a utilização de linguagens padronizadas que podem ser utilizadas nas diferentes etapas do PE, durante processo de raciocínio crítico e de julgamento acerca das respostas humanas aos problemas de saúde ou aos processos vitais e acerca das necessidades de cuidado da clientela e dos resultados do

paciente que são sensíveis às intervenções de Enfermagem. Além disso, as classificações podem ser úteis na documentação da prática profissional, no desenvolvimento de sistemas eletrônicos de informação e do prontuário eletrônico, além de contribuírem para o fornecimento de dados a serem utilizados para nortear a formulação de políticas de saúde (GARCIA *et al.*, 2004; JOHNSON *et al.*, 2005; McCLOSKEY *et al.*, 2003; NÓBREGA *et al.*, 2008; REDES; LUNNEY, 1997).

Desde o início do século, várias tentativas de classificação dos elementos da prática de Enfermagem têm surgido. Pode-se citar como contribuição para isso o fato de as enfermeiras, no início da década de 70, darem início à busca de conceitos específicos da profissão (NÓBREGA *et al.*, 2003).

O primeiro sistema de classificação de Enfermagem proposto e que ficou conhecido são os *21 problemas de Abdellah*, foi descrito por Faye G.Abdellah em 1960. Este teve como objetivo o ensino de Enfermagem, haja vista a necessidade de os profissionais e educadores em enfermagem conscientizarem-se dos problemas da área. Essa classificação descreve os objetivos terapêuticos da Enfermagem e seu desenvolvimento, tendo as necessidades dos clientes e os problemas de enfermagem como focos principais. Os 21 problemas de enfermagem descritos por Abdellah enfocam as necessidades físicas, biológicas e sócio-psicológicas do cliente (FALCO, 2000; GORDON, 1994).

Em 1966, Virgínia Henderson identificou e elaborou uma lista das 14 Necessidades Humanas, consideradas por Henderson como funções de competência exclusiva das enfermeiras: respiração, alimentação, eliminação, sono, repouso, vestimentas, temperatura corporal, higiene, controle do ambiente, comunicação, prática religiosa, realização, atividade de lazer e aprendizagem. A autora tinha como objetivo descrever os cuidados de que o paciente necessita, independentemente do diagnóstico e tratamento médico e baseou suas

idéias relativas aos cuidados nos aspectos físicos e emocionais do paciente, além das necessidades humanas (FURUKAWA; HOWE, 2000).

Tanto o trabalho de Faye Abdelah como o de Virgínia Henderson, apesar de serem aplicáveis na educação e prática de enfermagem, necessitam de estudos mais aprofundados a fim de alcançarem um melhor desenvolvimento. As pesquisadoras são consideradas precursoras dos sistemas de classificação em Enfermagem e responsáveis pelas mudanças ocorridas no enfoque da profissão: a preocupação com identificação dos problemas dos pacientes e, posteriormente, com os diagnósticos de enfermagem, tendo o cuidado como alvo (GORDON, 1994; NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Um dos modelos apresentados para se classificar a prática de Enfermagem foi a Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional, iniciada em 1973 por um grupo de enfermeiras norte-americanas que reconheceu a necessidade de desenvolver uma nomenclatura que descrevesse os problemas de saúde diagnosticados e tratados com maior freqüência pelos profissionais de Enfermagem. Foi realizada, então, uma primeira reunião sobre a classificação de diagnósticos de enfermagem (DE) cujo propósito era discutir, entre enfermeiros docentes e assistenciais, sobre a possibilidade de desenvolvimento dessa nomenclatura (GARCIA; NÓBREGA, 2004). Em 1984 foi apresentada a estrutura conceitual dessa taxonomia, organizada em uma estrutura teórica, os Padrões de Respostas Humanas: Trocar, Comunicar, Relacionar, Valorizar, Escolher, Mover, Perceber, Conhecer e Sentir, que orienta a classificação e categorização dos DE (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000). Em 1990 foi publicada a primeira tradução da NANDA para o português (CHIANCA, 2003). As conferências da NANDA para validação e aperfeiçoamento dos DE ocorrem a cada dois anos. Esse sistema de classificação tem uma estrutura multiaxial e reúne 212 Diagnósticos de Enfermagem (NANDA, 2008), além de ser o mais conhecido e utilizado na Enfermagem (BLEGEN; REIMER, 1997; NANDA, 2008).

Outros sistemas de classificação de Enfermagem, como a Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Intervations Classification* - NIC) tiveram a NANDA como ponto de partida. O início de sua elaboração desta classificação ocorreu em 1987 através de um grupo de enfermeiras pesquisadoras da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Iowa, recebendo financiamento para sua construção, teste, aplicação e manutenção (NAPOLEÃO *et al.*, 2006). A NIC abrange intervenções de Enfermagem apropriadas ao tratamento para os diagnósticos de Enfermagem da NANDA.

Cada intervenção de Enfermagem contida na NIC possui um título, uma definição, uma lista de atividades a serem implementadas e referências bibliográficas relacionadas e é constituída de título, definição e atividades. A intervenção de Enfermagem é definida como sendo qualquer procedimento ou tratamento de cuidado direto ao paciente, baseado no julgamento clínico e no conhecimento que a enfermeira possui, com objetivo de alcançar os resultados esperados (BULECHEK; McCLOSKEY, 1992; McCLOSKEY *et al*., 2003; McCLOSKEY; BULECHEK, 2008).

A Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification*- NOC) vem sendo desenvolvida desde 1991 pelo mesmo grupo de pesquisadores que desenvolveu a NIC e é considerada um sistema de classificação complementar à NANDA e NIC (NÓBREGA *et al.*, 2008). Ainda, segundo as autoras, os resultados nessa classificação são conceitos medidos ao longo de um *continuum* e refletem a condição do paciente em resposta a uma intervenção de enfermagem. Os resultados estão agrupados em 29 classes e 07 domínios e relacionados com o indivíduo, família e comunidade (MOORHEAD, 2007).

Os três sistemas de classificação (NANDA, NIC e NOC- NNN) podem ser utilizados em conjunto ou separadamente e evidenciam o domínio da profissão (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A Classificação dos Cuidados Clínicos (*Clinical Care Classification*- CCC-, inicialmente denominada de *Home Health Care Classification*- HHCC), desenvolvida nos EUA por Virginia Saba, da Escola de Enfermagem da Universidade de Georgetown, foi criada a partir de um projeto de assistência no domicílio com a finalidade de avaliar, documentar, codificar e classificar a prática de enfermagem na saúde comunitária, consistindo-se de duas terminologias inter-relacionadas: a de diagnósticos de enfermagem e a de intervenções de enfermagem (OPAS, 2001).

A Classificação de Omaha (*Community Health System*), foi criada com o propósito de identificar, organizar e denominar os problemas que interessam aos enfermeiros e outros profissionais que atuam na comunidade. Esse sistema compreende três esquemas de classificação: Esquema de Classificação de Problemas: taxonomia de diagnósticos que representa uma maneira para compilar, ordenar, classificar e documentar os dados do paciente; Esquema de Intervenções: sistematiza as atividades de Enfermagem de acordo com três níveis hierárquicos (categorias, metas e informações específicas do paciente); e Escala de Resultados: mede progressos do paciente em relação aos problemas específicos que o acometem (BITTENCOURT, 2006; NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000; OPAS, 2001).

Além desses sistemas de classificação, pode ser citado o *Nursing Minimum Data Set* (NMDS), cuja finalidade é desenvolver uma classificação que contenha dados (agrupados em três dimensões: ambiente, recursos de Enfermagem e financeiros) necessários para o gerenciamento dos serviços de saúde (CHARTERS, 2003).

Apesar do empenho dos enfermeiros de todo o mundo em desenvolverem um sistema de classificação, percebe-se que nenhum deles é amplo o suficiente de maneira a descrever todos os achados dos pacientes, tornando-se necessária a criação de uma terminologia de padrão internacional para representar a Enfermagem mundialmente (MARIN, 2005; NÓBREGA, 2008). Um modelo de terminologia de referência representará as terminologias

de Enfermagem utilizadas em todo o mundo, podendo "captar a ampla gama de conceitos de Enfermagem e as relações entre definições em todas as áreas da prática geral e especializada, em todas as regiões, países e culturas" (OPAS, 2001).

A utilização dos sistemas de classificação, segundo Nóbrega e Gutiérrez (2000), tem motivado enfermeiros de todo o mundo a auxiliarem no desenvolvimento de uma taxonomia que possa universalizar a sua linguagem e evidenciar os elementos de sua prática.

Como resultado desse esforço, foi proposta a criação de uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE.

Uma terminologia partilhada que expresse os elementos da prática de Enfermagem pode favorecer descrições dessa prática de tal modo que dados possam ser gerados sobre o que a Enfermagem identifica em seus clientes, o que faz por eles e o que avalia e, assim, facilitar a comparação das práticas entre cenários clínicos, populações, áreas geográficas ou tempo. Além disso, a utilização de uma terminologia própria contribui para a identificação do papel dos enfermeiros na equipe multidisciplinar de cuidados de saúde, bem como para diferenciar suas práticas das de outros prestadores de cuidados de saúde (CIE,2005).

3.3 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM-CIPE®

A criação de um sistema de classificação que representasse a Enfermagem mundialmente foi motivada por uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) na década de 1980 e pelo desejo dos enfermeiros do desenvolvimento de uma classificação internacional para a Enfermagem.

A necessidade do desenvolvimento desse sistema ficou mais evidente em 1986, quando membros da *American Nursing Association* (ANA) e da NANDA solicitaram ao Comitê Revisor da Classificação Internacional de Doenças (CID) a inclusão do esquema de

classificação dos diagnósticos de enfermagem na CID-10, como *Condições Necessárias para o Cuidado de Enfermagem*. Esse fato foi motivado pela criação, nessa mesma década, da Família de Classificações da OMS, decorrente de solicitações dos profissionais que utilizavam a CID para que a mesma contivesse outros dados além da informação diagnóstica. Assim, a CID, a partir da publicação de sua décima revisão, passou a ser denominada *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde* (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 1999).

No entanto, o esquema de diagnósticos de enfermagem apresentado ao Comitê incorporava somente o trabalho da NANDA, da Associação de Enfermeiras Visitantes de Omaha e do Conselho de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental da ANA- relacionado ao *Diagnostic and Statistical Manual III*, motivo pelo qual o Comitê não aceitou o esquema, pois entendia-se que o mesmo não representasse a Enfermagem mundialmente (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 1999).

Ainda segundo as autoras, a OMS argumentou que muitas condições listadas como diagnósticos de enfermagem correspondiam aos capítulos de Sinais e Sintomas e fatores que influenciam o estado de saúde e contato com serviços de saúde, além do fato de que muitos diagnósticos diziam respeito exclusivamente à enfermagem, não sendo, portanto, apropriados para uma classificação de doenças. Sendo assim, o Comitê recomendou, para a incorporação dos DE como componentes da Família de Classificações de Saúde, a realização de um sistema de classificação internacional para a Enfermagem, que deveria ser conduzido por uma organização internacional de Enfermagem, a fim de que possa ser representativo da profissão mundialmente.

Assim, foi apresentada, votada e aprovada, em Seul-Coréia, em 1989, durante a realização do Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermagem, uma proposta para o desenvolvimento de uma classificação mundial da linguagem de Enfermagem, que

seria um marco unificador dos diferentes sistemas de classificação da linguagem de Enfermagem (TRIGUEIRO *et al.*, 2007; CAMIÁ *et al*., 2006, CIE, 2005) e,em 1990, uma equipe foi formada para desenvolver a CIPE .

Em 1991, teve início a elaboração da CIPE, aprovada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros e Conselho dos Representantes Nacionais (CRN), cujos objetivos eram os seguintes: estabelecer uma linguagem comum para a descrição da prática de Enfermagem que permitisse a comunicação entre enfermeiros e entre enfermeiros e outros membros da equipe; descrever os cuidados de enfermagem em diferentes regiões; permitir comparação de dados clínicos de enfermagem de diversas populações, ambientes, áreas geográficas e tempos; demonstrar ou projetar tendências de tratamento e cuidados de Enfermagem e alocar recursos aos pacientes de acordo com suas necessidades, baseados nos diagnósticos de enfermagem; estimular a pesquisa em Enfermagem através de dados de sistemas de informação em saúde e Enfermagem; prover dados sobre a prática de Enfermagem a fim de formular políticas de saúde (BAERNHOLDT; LANG, 2003).

Antes do início da elaboração da CIPE®, foram realizados levantamentos na literatura da área e pesquisas juntamente às associações membros do CIE a fim de se identificar quais eram os sistemas de classificação utilizados na Enfermagem, e que estavam sendo desenvolvidos (CIE, 2005) ficando constatado que países como Estados Unidos, Austrália, Dinamarca, Bélgica e Suécia desenvolviam classificações de Enfermagem, fato que comprovou o empenho dos enfermeiros em descrever os elementos de sua prática (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Objetivando a identificação das denominações pertencentes à Enfermagem, após esse levantamento, foram analisados os 14 sistemas de classificação de enfermagem conhecidos, a Classificação Internacional de Doenças (CID- 10), as classificações aceitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000). Ainda segundo as autoras e o

ICN (1993), em 1993, a partir dessa análise, o documento intitulado *Nursing's Next Advance: na International Classification for Nursing Practice- ICNP* (Próximo Avanço da Enfermagem: Uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- CIPE®), 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.

Em uma terceira etapa, os sistemas de classificação previamente listados foram transformados em entidades de conceitos e agrupados e hierarquizados em pirâmides coerentes de conceitos, resultando na construção de duas pirâmides da CIPE®: Classificação dos Fenômenos de Enfermagem (representando o domínio do cliente) e Classificação das Intervenções de Enfermagem (representando o domínio das ações realizadas pelas enfermeiras em relação aos fenômenos de enfermagem) (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Em dezembro de 1996, o CIE publicou a primeira versão da CIPE®- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Um Marco Unificador- Versão Alfa**,** contendo as Classificações de Fenômenos de Enfermagem e de Intervenções de Enfermagem (CAMIÁ *et al.*, 2006; GARCIA; NÓBREGA, 2004; KUO; YEN, 2006), cujo propósito era estimular a discussão e, conseqüentemente, os comentários, as observações, críticas e recomendações de melhoria, a fim de se obterem subsídios para as próximas versões dessa classificação (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000; NÓBREGA *et al.*, 2008). Essa versão foi traduzida em diversas línguas, inclusive no português do Brasil, ocorrendo sua disseminação e avaliação em vários países.

Nessa primeira versão, a Classificação de Fenômenos de Enfermagem tinha uma estrutura monoaxial; seu ápice continha um único princípio geral de divisão; a Classificação de Intervenções de Enfermagem era constituída por uma estrutura multiaxial, na qual o termo do ápice se subdividia em seis eixos: ação, objeto, enfoque, meio, lugar do corpo e tempo/lugar (NÓBREGA *et al.*, 2008).

Em julho de 1999, em Londres, durante as comemorações dos cem anos do CIE, foi apresentada a CIPE- Versão Beta, que passou a ter uma estrutura multiaxial (KUO; YEN, 2006; GARCIA; NÓBREGA, 2004) que continha dois domínios com 08 eixos cada um, favorecendo a utilização da mesma para o desenvolvimento de base de dados em *softwares* de Enfermagem (KUO; YEN, 2006).

A Versão Beta, contendo correções editoriais, foi disponibilizada via *internet* em janeiro de 2002. Novamente o CIE solicitou aos enfermeiros de todo o mundo o uso dessa classificação e sua validação na prática clínica (NÓBREGA, 2002).

Nessa versão, houve a mudança da denominação da classificação das *intervenções* para *ações* de enfermagem, pois os estudiosos do grupo consultivo da CIPE® consideraram que intervenção refere-se a um nível mais concreto de ação, enquanto as ações de Enfermagem indicam uma abrangência específica, porém não concreta (CIE, 1998 citado por GUTIÉRREZ; SOUZA, 2000). Além disso, estabeleceu-se que existe a distinção entre os dois conceitos, assim como definiu e deu distinção aos conceitos de *fenômenos* e *diagnósticos* de enfermagem.

Ainda na versão Beta, as definições contidas na Classificação de Fenômenos de Enfermagem foram revistas a fim de serem reagrupadas numa abordagem multiaxial, formada pelos seguintes eixos: 1) *Foco da prática de enfermagem*: área de atenção descrita por um comando social e profissional e uma estrutura conceitual da prática profissional de Enfermagem; *2) Julgamento*: opinião clínica, estimativa ou determinação da prática profissional de enfermagem sobre o estado de um fenômeno de enfermagem, incluindo a qualidade relativa da intensidade ou grau da manifestação do fenômeno de Enfermagem; *3) Freqüência*: número de ocorrências ou repetições de um fenômeno de Enfermagem, durante um intervalo de tempo; 4) *Duração*: intervalo de tempo no qual ocorre um fenômeno de Enfermagem; 5) *Topologia*: região anatômica em relação a um ponto mediano ou extensão da

área anatômica de um fenômeno de Enfermagem; 6) *Local do corpo:* posição ou localização, no organismo, de um fenômeno de Enfermagem; 7) *Probabilidade:* possibilidade de ocorrência de um fenômeno de Enfermagem; 8) *Portador*: entidade relacionada com quem possui o fenômeno de Enfermagem (CIE, 2003).

A visão e missão para a CIPE®, definidas no programa de planejamento da CIPE® de 2001 a 2002 (CIE, 2005), são, respectivamente:

- Visão: ter dados de enfermagem prontamente disponíveis para serem utilizados pelos sistemas de informação de saúde em todo o mundo;
- Missão: desenvolver e manter a CIPE® atualizada, relevante e útil.

Em 2002, após sofrer revisão editorial e receber novas sugestões e trabalhos relacionados com a validação da CIPE®- Versão Beta, uma nova versão foi publicada: a CIPE®- Versão Beta 2, na perspectiva de que, a partir dessa edição, novas revisões, testes e avaliações viessem a ocorrer em períodos maiores (CIE, 2003).

A CIPE®- Versão Beta 2 manteve a mesma estrutura terminológica da versão Beta e as mesmas definições para fenômenos, diagnósticos, ações, intervenções e resultados de Enfermagem. Ela continha duas estruturas de classificação: uma para os fenômenos de Enfermagem (para representar os diagnósticos e resultados de Enfermagem) e outra para as intervenções de Enfermagem.

O Fenômeno de Enfermagem foi definido como um "aspecto de saúde de relevância para a prática de enfermagem". Diagnóstico foi definido como o "titulo dado pelo enfermeiro para uma decisão sobre um fenômeno, que é foco das intervenções de Enfermagem" (CIE, 2003, p. 4).

Ação de Enfermagem foi definida, na CIPE®- Versão Beta 2, como sendo os "comportamentos desempenhados pelos enfermeiros na prática", enquanto, intervenção foi

definida como “ações realizadas em resposta a um DE com a finalidade de produzir um resultado de Enfermagem” (CIE, 2003, p. 5).

O resultado de Enfermagem foi definido como a “medição ou condição de um diagnóstico de enfermagem a intervalos de tempo após uma intervenção de enfermagem”, que deveria ter por finalidade “identificar e distinguir os contributos únicos da Enfermagem, nesta perspectiva complexa dos resultados dos cuidados de saúde” (CIE, 2003, p. 6).

Em 2003, a CIPE®- Versão Beta 2 foi traduzida para o português pela enfermeira Profª Dra. Heimar de Fátima Marin, da Universidade de São Paulo e membro do Grupo Consultivo Estratégico da CIPE®, facilitando a disseminação da classificação no Brasil (CAMIÁ *et al.*, 2006).

Com o uso mais amplo da CIPE®- Versão Beta 2 e as traduções e registros de análise gerados pelos enfermeiros de todo o mundo, percebeu-se que a meta de um sistema de linguagem de enfermagem unificada, que satisfizesse as necessidades dos enfermeiros, não estava sendo atingida com aquelas estruturas de classificação. Membros do CIE e responsáveis pela CIPE® continuaram, então, condensando informações e sugestões fornecidas e propuseram uma nova versão da classificação, que deveria representar os vocabulários já existentes, manter uma representação multiaxial, facilitar o desenvolvimento de vocabulários locais derivados da CIPE®, unificar os dois esquemas de oito eixos em um único modelo de eixos, ser capaz de identificar similaridades e diferenças entre as diferentes representações, além de comparar e confirmar dados de diferentes fontes (CIE, 2003).

Diante dessas questões, o grupo consultivo estratégico da CIPE® recomendou ao ICN a formação de uma equipe que intensificasse as investigações e estudos, solicitando a opinião de líderes no campo dos vocabulários, para assegurar que a nova versão da CIPE® fosse consistente com a existência de padrões para vocabulários. Surgiram, então, algumas recomendações necessárias para se alcançarem esses objetivos: prover uma base mais formal

para a CIPE® e usar um software capaz de satisfazer as necessidades e os critérios de um vocabulário completo e viável. Esses critérios seriam um impedimento para as redundâncias entre os termos, desvios de ambigüidades e garantia de que os códigos associados com os termos não refletissem na estrutura hierárquica do vocabulário (CIE, 2005).

Na reunião realizada em 2003 pelos membros do Comitê da CIPE®, foram avaliadas sugestões feitas pelos 140 revisores da prática de enfermagem da CIPE® (que representavam 35 países) e foram apresentados 134 termos novos para serem examinados (CIE, 2003).

Em 2005, foi apresentada a CIPE®- Versão 1.0 no Congresso Quadrienal do CIE, em Taipei, Taiwan. A CIPE®- Versão 1.0 foi publicada naquele ano e contém um novo e único modelo de sete eixos, podendo ser considerada como um recurso capaz de acomodar vocabulários atuais e novos termos, utilizando-se de uma terminologia composicional (CIE, 2005). Eram seus objetivos: estabelecer uma linguagem comum para a descrição da prática de Enfermagem; representar os conceitos usados nas práticas locais; descrever os cuidados de Enfermagem prestados às pessoas (indivíduos, famílias e comunidades), em nível mundial; permitir comparações de dados de Enfermagem entre populações de clientes, contextos, áreas geográficas e tempos diferentes; estimular a investigação em enfermagem através da relação com os dados disponíveis nos sistemas de informação de Enfermagem e da saúde; propiciar dados sobre a prática de Enfermagem de modo a influenciar a formação de enfermeiros e políticas de saúde; projetar tendências sobre as necessidades de saúde dos clientes, prestação de cuidados de Enfermagem, utilização de recursos e resultados desses cuidados (CIE, 2005).

O grupo consultivo estratégico da CIPE® recomendou prosseguir no desenvolvimento daquela nova versão, estruturada de acordo com o modelo de terminologia de referência para a Enfermagem- ISO 18104- Integração de um Modelo de Terminologia de Referência para Enfermagem, publicada em 2003 e coerente com as metas e objetivos das terminologias em

saúde específicas, de modo a promover uma referência unificada em saúde (NÓBREGA; GARCIA, 2004).

A CIPE®- Versão 1.0 é considerada um marco unificador, sendo um sistema unificado de linguagem de Enfermagem que pode ser utilizado para cruzar outras terminologias de Enfermagem e para comparar a prática profissional em todo o mundo (ICN, 2004).

Segundo o CIE (2005), os sete eixos da CIPE®- Versão 1.0 são:

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

O modelo de sete eixos é utilizado para representar as classificações independentes: os fenômenos e as ações de Enfermagem, que foram estruturadas numa única classificação (FIGURA 1). Nesses eixos, constam termos que podem e devem ser utilizados na estruturação verbal dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem (BITTENCOURT, 2006).

Para criar um DE e um RE, utilizando-se esta nova versão da classificação, deve-se incluir um termo do eixo “foco” e um termo do eixo “julgamento”; além disso, podem ser incluídos termos adicionais, seja do eixo “foco”, do eixo “julgamento” ou de outros eixos (CIE, 2005).

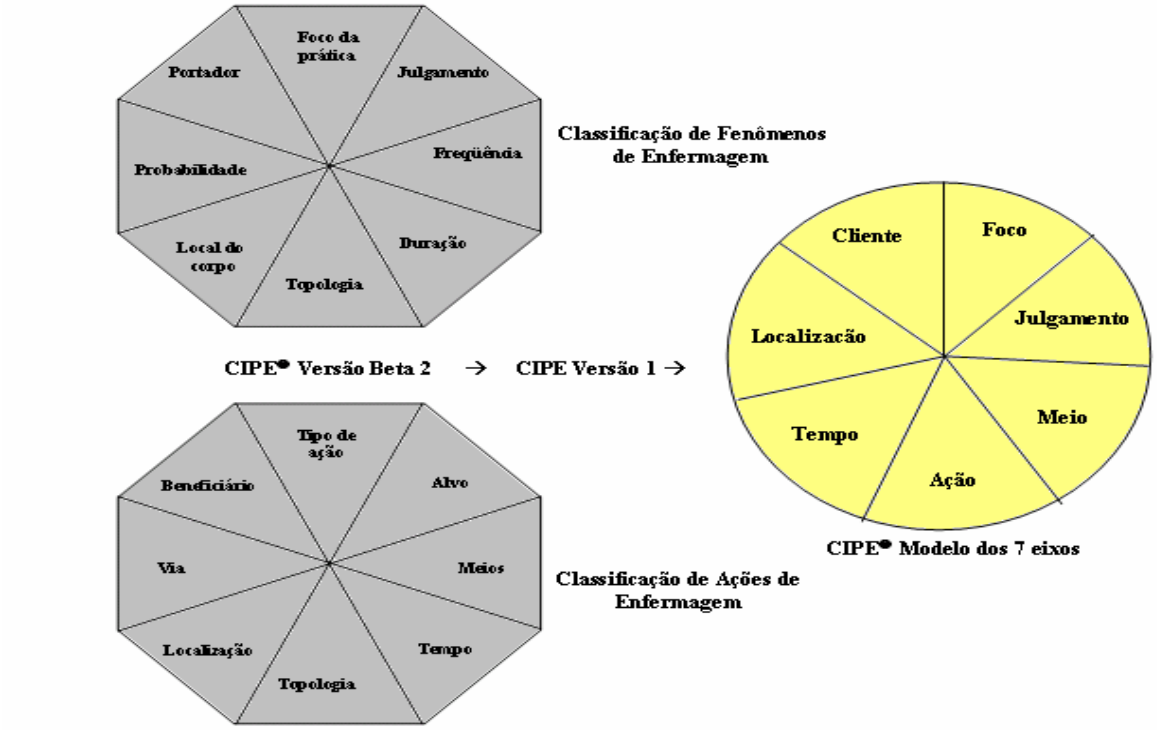

FIGURA 1: Modelo de 7 eixos da CIPE®- Versão 1.0

Com o uso da CIPE® em qualquer país, padrões de cuidados estabelecidos podem ser utilizados. O uso da classificação, também, impulsiona uma padronização da linguagem de Enfermagem, assim como percebe-se que pode haver uma melhora na qualidade da assistência prestada através da sistematização, quantificação e registro das ações e cuidados de enfermagem produzidos.

Podem-se citar centros de pesquisas e colaboração no desenvolvimento da classificação: o Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE®, da Universidade da Paraíba, que desenvolve projetos de validação de termos usados na prática da Enfermagem, e a construção de um banco de dados essenciais para a prática de Enfermagem e catálogos CIPE®; o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® no Chile, cujos objetivos são desenvolver um programa de pesquisa em Enfermagem na área de Enfermagem da Família, disseminar os avanços da CIPE®, incorporar o uso da classificação na educação e colaborar na validação de novos termos a serem incluídos na mesma; o grupo da Alemanha composto por

enfermeiros deste país, da Áustria e da Suíça; o Centro da Escola de Enfermagem da Universidade de Minnesota, nos Estados Unidos, que tem como objetivo o desenvolvimento do conhecimento de Enfermagem através da utilização de terminologias padronizadas e definir um conjunto mínimo de dados essenciais para a prática profissional; o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® da Universidade de Wisconsin, nos Estados Unidos (ICN, 2009).

Muitos esforços têm sido feitos no sentido de se desenvolver uma classificação internacional para a prática de Enfermagem, e como esse processo é longo e contínuo, faz-se necessário o envolvimento dos enfermeiros de todo o mundo. Assim, a CIPE® poderá representar a diversidade da Enfermagem mundial.

3.4 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM-VERSÃO 1.1

Em 2008, três anos após a publicação da CIPE®- Versão 1.0, o ICN lançou a nova versão da CIPE®, disponibilizada no site do ICN, na qual são mantidos os sete eixos, acrescentados 389 novos termos e excluídos 17 termos. Nos catálogos estão incluídos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Os catálogos da CIPE® ajudam a construção de sistemas de informação em saúde e são referência em cada especialidade da enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008).

Esta nova versão da classificação ainda não se encontra traduzida para português e é baseada na utilização da Internet.

O ICN espera a contribuição dos enfermeiros de todo o mundo para aperfeiçoar a nova versão da classificação e elaborar catálogos em todas as áreas específicas da Enfermagem.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa faz parte de um projeto maior que tem como objetivos a construção de um software que possa atender às fases do processo de enfermagem em unidades de terapia intensiva utilizando a teoria das Necessidades Humanas Básicas e a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE) e avaliar se a sua utilização facilita a implantação da SAE em UTI. Com a utilização do software, espera-se favorecer a implantação da SAE e contribuir para que a assistência de enfermagem torne-se mais humanizada, fundamentada em princípios científicos e de melhor qualidade.

Trata-se de estudo descritivo exploratório, no qual foi realizada a validação das definições elaboradas para os termos utilizados pelos enfermeiros em uma Unidade de Terapia Intensiva, identificados nos prontuários de pacientes internados nesta unidade e classificados nos eixos foco e julgamento da CIPE®- Versão 1.0 e não constantes nesta classificação.

Este tipo de estudo, considerado como não-experimental, descreve características de uma determinada população ou fenômeno, tendo como objetivos a observação, descrição e documentação de aspectos relacionados à determinada situação (GIL, 2002; POLIT *et al.*, 2004; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Este estudo contemplou a elaboração da definição e validação dos novos termos extraídos dos prontuários e classificados no eixo “Foco”, definido como a “área de atenção relevante para a enfermagem” e “Julgamento”, definido como “opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática profissional de enfermagem” (CIE, 2005).

4.2 ETAPAS DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em quatro etapas para o alcance dos objetivos. Antes de sua execução, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, conforme parecer nº 693/07 (ANEXO A) e aprovado pelo diretor da instituição na qual os termos foram retirados dos prontuários dos pacientes, através de uma Carta de Apoio Institucional (ANEXO B).

4.3 LOCAL DO ESTUDO

Os dados foram coletados dos prontuários de pacientes internados no Centro de Tratamento Intensivo de um hospital filantrópico de Belo Horizonte (TANNURE, 2008).

O local foi escolhido por ser uma unidade onde a assistência de enfermagem é sistematizada. Os prontuários dos pacientes contemplam a história pregressa, avaliação física, evolução diária, diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e prescrição de enfermagem. O modelo teórico de enfermagem que tem fundamentado a prática de enfermagem na unidade é o das Necessidades Humanas Básicas de Horta (1979). Os impressos utilizados no setor são estruturados e padronizados e os enfermeiros foram treinados para a utilização dos mesmos (TANNURE et al., 2008).

4.4 COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS RETIRADOS DOS PRONTUÁRIOS DE PACIENTES

A extração dos termos foi realizada por um grupo de enfermeiras doutoras, mestras, mestrandas e bolsistas de iniciação científica que fazem parte do grupo de Estudos e pesquisas sobre Sistematizar o Cuidado em Saúde e Enfermagem (NEPESC), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, registrado no CNPq desde 2003.

Para a realização da extração e registro dos termos documentados em 182 prontuários, primeira etapa da coleta dos dados, formulou-se um impresso próprio para a identificação dos mesmos. Nessa etapa, foram extraídos 164.015 termos dos prontuários.

Na segunda etapa, realizou-se a exclusão de repetições dos termos, obtendo-se um total de 2.301 termos.

A terceira etapa constituiu-se da normalização de termos, em que o tamanho e espaçamento das letras foram padronizados, excluíram-se as sinonímias, uniformizaram-se os gêneros, eliminaram-se as expressões pseudo-terminológicas (definidas como elementos que ocorrem de forma casual no discurso, mas que não designam conceitos particulares, sendo consideradas "lixo terminológico" (PAVEL; NOLET, 2001) e padronizou-se o tempo verbal. Após a realização desta etapa, restaram 1.710 termos, que foram submetidos a um mapeamento cruzado com aqueles constantes na CIPE®- Versão1.0 (etapa 4).

Na quinta etapa, os termos pertencentes à área médica foram excluídos e aqueles relativos a medicamentos foram agrupados em classes farmacológicas específicas, obtendo-se um total de 1.230 termos não constantes nos eixos da CIPE®- Versão 1.0.

Procedeu-se, então, à extração dos termos identificados a partir dos conceitos existentes (características específicas) nos eixos da CIPE®- Versão 1.0. Após novo mapeamento cruzado, chegou-se ao total de 950 termos não constantes na referida classificação.

Após a categorização dos 950 termos nos sete eixos da CIPE®- Versão 1.0 (sétima etapa), obtiveram-se 201 termos pertencentes ao eixo "foco" e 78 pertencentes ao eixo "julgamento" da classificação e, após nova eliminação das características específicas dos mesmos, obteve-se um montante de 47 termos no eixo "foco" e 19 no eixo "julgamento".

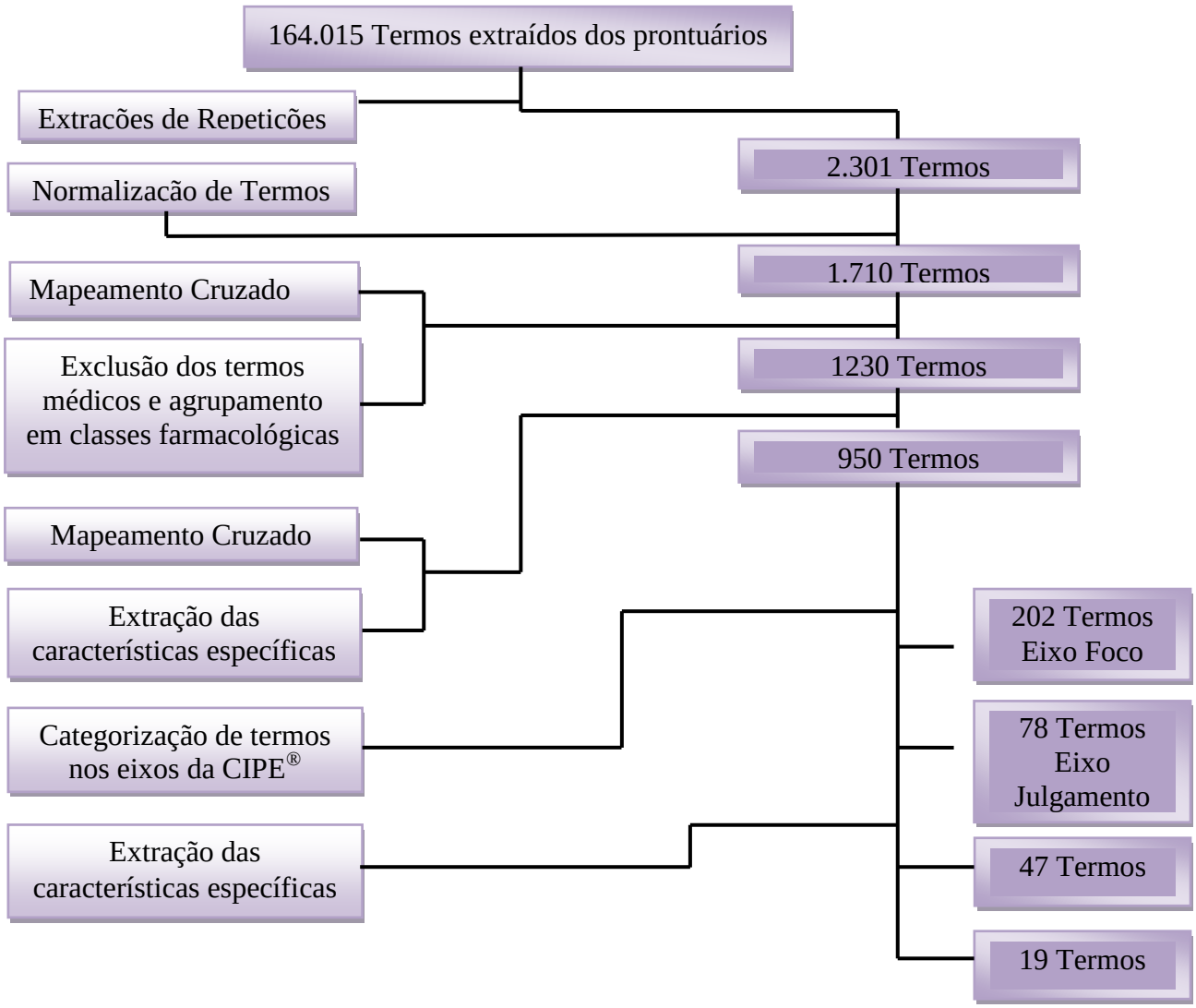

FIGURA 2- Etapas da coleta e tratamento dos dados retirados dos prontuários dos pacientes

4.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para a composição do grupo de especialistas, foi encaminhada, via Web, uma carta convite aos participantes, totalizando um total de 175 enfermeiros que preenchiam os critérios de inclusão e que fossem residentes no Brasil: acessando-se a Plataforma Lattes, procurou-se por estudiosos do assunto e produtores de artigos específicos sobre o tema em questão (terapia intensiva, classificações de enfermagem, processo de enfermagem); através de uma lista de enfermeiros especialistas em terapia intensiva que concluíram o curso de especialização na Universidade Federal de Minas Gerais; contatando enfermeiros que trabalham em unidades de terapia intensiva em Belo Horizonte (contato realizado pessoalmente, via e-mail ou por

telefone) e região da grande Belo Horizonte. Na composição da amostra também foi solicitado que membros da população indicassem pessoas que atendiam aos critérios estabelecidos. Assim, obteve-se uma *Amostragem por Bola de Neve* ou *Amostragem de Rede* (POLIT *et al.*, 2004).

Buscou-se desenvolver o estudo com a participação de, no mínimo, 50 enfermeiros, conforme sugerido por Fehring (1987). Estes deveriam atender a, pelo menos, dois dos critérios baseados nos preconizados (FEHRING, 1987): a) titulação de Mestre em Enfermagem; b) titulação de Mestre em Enfermagem e sua dissertação deveria apresentar conteúdo relacionado com *cuidados em terapia intensiva, terminologia, processo ou classificações de enfermagem*; c) publicação de pesquisa versando sobre *terapia intensiva, terminologia, processo ou classificações de enfermagem* e com conteúdo relevante para a área; d) publicação de artigo sobre terapia intensiva, *terminologia, processo ou classificações de enfermagem* em jornal de referência; e) tese de doutorado versando sobre *terapia intensiva, terminologia, processo ou classificações de enfermagem;* f) prática clínica de pelo menos *dois anos* de duração na área *de terapia intensiva*; g) certificado de prática clínica relevante sobre *terapia intensiva (grau de especialista em enfermagem em terapia intensiva)*.

Para cada um dos critérios descritos acima, Fhering (1987) estipula uma pontuação e o enfermeiro, nesse caso chamado de perito, deve obter, no mínimo, um escore cinco.

No entanto, no presente estudo, nem todos os enfermeiros participantes obtiveram um escore cinco. Baseou-se, então, no estudo desenvolvido por Oliveira, Chianca e Rassool (2008), que tinha como objetivo a validação do diagnóstico de enfermagem de “ansiedade” junto a enfermeiros brasileiros assistenciais e especialistas utilizando a NANDA e comparar os julgamentos clínicos dos enfermeiros assistenciais com os dos enfermeiros especialistas. Como resultados, mostraram-se que os julgamentos dos enfermeiros especialistas e assistenciais foram semelhantes.

Desta maneira, contou-se com a participação, na primeira etapa do estudo, de 57 enfermeiros e, na segunda etapa, contou-se com a participação de 21 enfermeiros especialistas.

Os enfermeiros que não responderam ao primeiro questionário não foram incluídos no posterior.

4.6 COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS

O estudo foi desenvolvido em quatro fases distintas:

4.6.1 Primeira fase do estudo: elaboração das definições conceituais dos termos

A fase para a definição dos termos foi organizada segundo algumas orientações de trabalho terminológico, que incluem: selecionar as características distintivas que permitem identificar o conceito; o tipo de definição que se adapte melhor ao perfil do usuário ao qual o produto terminológico se destina; validação das definições segundo citações apresentadas em obras de fontes fidedignas (PAVEL; NOLET, 2001).

Considerou-se, para a definição dos termos, o método de definição por classe e diferença estabelecido pelo ICN em 1996. Assim, um conceito é definido especificando a classe principal de objetos à qual ele pertence e características que os diferenciam de outros membros da classe. Através desse método, os termos são situados em ordem crescente: a classe como termo superior e a espécie como termo inferior, subordinado. Dessa maneira, cria-se uma relação hierárquica entre os conceitos, pois o subordinado tem todas as características do conceito de ordem superior e, pelo menos, uma característica diferenciadora (NÓBREGA, 2000).

A construção das definições, também, foi baseada na literatura e em outras terminologias em utilização na Enfermagem, utilizando as etapas recomendadas: revisão da

literatura, mapeamento do significado do conceito e afirmação da definição teórica (WALTZ *et al.*, 1991). Essa última etapa foi desenvolvida com a participação de alunas de graduação em enfermagem e bolsistas de iniciação científica, enfermeiras especialistas, mestrandas, mestres, doutorandas e doutoras em enfermagem, componentes do grupo do NEPESC.

Para a construção das definições, foram consideradas as regras estabelecidas para construção de definições da CIPE®, segundo as quais as mesmas devem ter sentido; não serem circulares; não devem ser tão amplas, evitando que as palavras que se definem apliquem-se a mais objetos do que os devidos e nem serem tão restritas a ponto de se excluírem aplicações legítimas da palavra; devem expor os atributos essenciais dos conceitos subjacentes à palavra; linguagem ambígua ou obscura das palavras deve ser evitada; deve ser literal, não podendo ser "figurativa, metafórica ou irônica; deve expressar-se em uma frase positiva e ser neutra, não valorativa" (NÓBREGA, 2000). Também foram levados em conta princípios de definição terminológica, tais como previsibilidade, simplicidade, enunciado afirmativo, não circularidade e ausência de tautologia (PAVEL; NOLET, 2001).

Para alguns termos, a definição elaborada representou o entendimento da pesquisadora e dos componentes do NEPESC.

Segundo Polit e Hungler (1995), conceitualização refere-se ao processo de desenvolvimento e aperfeiçoamento de idéias abstratas, idéias estas formuladas através da generalização a respeito de manifestações particulares do comportamento e das características das pessoas. As abstrações são conhecidas como conceitos.

A análise de conceito refere-se a uma estratégia através da qual um grupo de características essenciais para o significado conotativo de um conceito é identificado, o que requer a exploração dos vários significados que o termo possui e a identificação de um grupo de características que possam ser usadas para mostrar a que objetos ou idéias aquele conceito possa ser aplicado (BURNS; GROVE, 2001).

4.6.2 Segunda fase do estudo: elaboração do instrumento para a coleta de dados

Na segunda etapa do estudo, um instrumento específico foi construído, no qual foram inseridos os termos e suas definições. Para tal, contou-se com a valiosa colaboração do Laboratório Computação Científica- Centro Nacional de Processamento de Alto Desempenho (LCC- CENAPAD), da Universidade Federal de Minas Gerais.

Foi encaminhado um e-mail aos enfermeiros que preenchiam os critérios de inclusão, juntamente com um login e senha individuais gerados pelo sistema para o acesso ao Termo de Consentimento e ao questionário.

Neste e-mail, o participante era convidado a participar da pesquisa e informado sobre a mesma e, ao clicar sobre o link do questionário, o mesmo recebia instruções sobre o seu preenchimento (APÊNDICE A).

Após preencher os campos "login" e "senha" e para ter acesso ao questionário, era necessária a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a aceitação em participar do estudo, assinalando um campo específico no instrumento para tal (APÊNDICE C). Tendo aceitado participar do estudo, o enfermeiro preenchia seus dados de identificação em uma tela elaborada para tal (APÊNDICE E).

Posteriormente, nova tela era aberta, na qual o participante assinalava sua opinião sobre as definições elaboradas. Esta tela continha, primeiramente, os 47 termos classificados no eixo "Foco" e, depois, os 19 termos classificados no eixo "Julgamento" da CIPE®- Versão 1.0, juntamente com suas definições (APÊNDICE F).

Após a finalização do questionário (era necessário "clicar" em salvar e, depois, em finalizar), os dados eram salvos e enviados à central para serem processados.

Importante assinalar que um e-mail foi criado para a comunicação das pesquisadoras com os participantes do estudo.

4.6.3 Terceira fase do estudo: validação da definição conceitual dos termos

Nesta etapa, buscou-se a concordância dos enfermeiros em relação à definição conceitual atribuída aos termos e a confirmação de sua utilização efetiva na prática profissional.

Para tal, os participantes apresentavam sua opinião utilizando uma escala de valores do tipo Likert, na qual indicavam em que grau concordavam com a opinião expressa pelo enunciado, ou dela discordavam. Em caso de discordância, ou quando julgasse necessário, solicitava-se que o respondente sugerisse a alteração necessária.

Utilizou-se uma escala de valores do tipo Likert para a obtenção de médias das respostas. Esta escala consiste em vários enunciados declarativos que expressam um ponto de vista sobre um tópico. Solicita-se aos respondentes que indiquem em que grau concordam com a opinião expressa pelo enunciado, ou dela discordam. A pontuação usada foi: 1 = muitíssimo pertinente; 2 = muito pertinente; 3 = pertinente; 4 = pouco pertinente e 5 = nada pertinente.

Para obter a concordância dos especialistas, foi utilizada a técnica Delphi, um questionário interativo que busca avaliar consenso entre respostas individuais, consistindo em um método de medidas de julgamentos de um grupo de especialistas para avaliar prioridades ou fazer previsões (BURNS; GROVE, 2001).

Entende-se que a técnica permite obter um consenso qualificado de um grupo de especialistas sobre um determinado fenômeno, possuindo quatro características básicas que a distinguem de outros processos de decisão grupal, as quais são o anonimato, a interação com "feedback" controlado, as respostas com informações estatísticas e o conhecimento que o especialista traz para o grupo. Essa última é a condição essencial para o trabalho, exigindo que o especialista tenha um real conhecimento do tema em discussão (BOWLING,1997; GOODMAN,1987).

A técnica Delphi caracteriza-se por possibilitar formas alternativas de questionamento, pela agregação das respostas dos especialistas de “maneira interativa-sistemática”, flexível número de interações, permitindo retroalimentação em um processo de análise parcial dos resultados (ÁVILA; SANTOS, 1988).

Por sua vez, validade refere-se ao grau em que um instrumento mede aquilo que ele supõe estar medindo (POLIT *et al.*, 2004). O conceito de validade está sempre associado ao conceito de fidedignidade, que deve ser entendido como a medida de concordância dos profissionais acerca dos itens que compõem um instrumento (POLIT *et al.*, 2004).

Foi considerado validado todo termo cuja definição alcançou um Índice de Concordância (IC) igual ou maior do que 0,8 entre os enfermeiros.

O período da coleta de dados para as duas fases foi de maio a novembro de 2008.

No momento de envio do questionário, o participante era avisado sobre o prazo para respondê-lo. Assinalava-se que o prazo foi prorrogado nas duas etapas devido ao baixo número de respondentes. Foi necessário o encaminhamento de e-mails relembrando os enfermeiros sobre o tempo para a finalização das respostas, bem como a solicitação em participarem na pesquisa. Além do contato via e-mail, alguns participantes foram contatados via telefone e pessoalmente, a fim de que providenciassem a conclusão das respostas ao questionário em tempo hábil.

4.6.4 Quarta fase do estudo: validação das definições re-elaboradas pelo cálculo do Índice de Concordância

Nesta etapa, excluíram-se os termos cujas definições já haviam sido consideradas validadas e incorporaram-se, nos termos que não atingiram o IC desejado, as sugestões enviadas pelos participantes.

Foram re-elaboradas as definições de quatro termos classificados no eixo “foco” que não alcançaram o IC desejado na terceira etapa.

É importante ressaltar que as sugestões dos participantes consideradas pertinentes em relação às definições elaboradas para alguns termos foram acatadas, a despeito de as mesmas terem atingido o IC desejado.

Para o cálculo do IC, os ítens da escala Likert “muitíssimo pertinente, muito pertinente e pertinente” foram considerados como “concordância”, e os itens “pouco pertinente e nada pertinente” foram considerados como “discordância”.

Entende-se que, para a validação das definições dos termos, a resposta “pouco pertinente” não representa a definição desejada do termo.

O IC foi calculado através da formula IC = NC/ NC + ND, em que NC = número de concordâncias e ND = número de discordâncias (BATISTA, 1977; BATISTA; MATOS, 1984). O valor de um IC desejável é maior ou igual a 0,80. Este é apontado na literatura como sendo o ideal (WALTZ *et al*., 1991).

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO- DEMOGRÁFICAS DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A amostra foi constituída por 57 (32,6%) enfermeiros que responderam ao questionário e preenchiam os critérios de inclusão já mencionados.

Dentre os enfermeiros participantes da pesquisa, a maioria (93%) é do sexo feminino e residente em Minas Gerais (39 enfermeiros participantes- 68,4%). Dois profissionais não informaram o estado de residência.

Em relação à idade, os profissionais tinham mais de 25 anos, com destaque para a faixa etária entre 25 e 34 anos (52,63%), seguida da faixa etária entre 35 e 44 anos (22,8%). A média obtida foi de 37 anos. Dois enfermeiros não responderam a essa pergunta.

Dentre os 57 enfermeiros participantes, 17 (29,83%) concluíram a graduação entre 06 e 10 anos, seguida dos graduados há até 5 anos (28,06%) e daqueles graduados há 21 anos ou mais (15- 26,31%). Um participante não respondeu a essa pergunta. O tempo médio de formação foi de 13 anos e o mínimo e o máximo foram 02 e 41 anos de formação, respectivamente.

A titulação dos participantes está apresentada na tabela abaixo.

TABELA 1
Distribuição dos participantes segundo a titulação. Belo Horizonte, 2008.

	Especialização		**Mestrado**		**Doutorado**		**Pós-doutorado**		**Livre docência**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Não	12	21,05	34	59,65	45	78,95	55	96,50	51	89,50
Sim	45	78,95	23	40,35	12	21,05	2	3,50	6	10,50
Total	57	100	57	100	57	100	57	100	57	100

Em relação à titulação dos enfermeiros, a maioria (78,95%) é especialista. Um número considerável de participantes possui o título de mestre (23- 40,35%).

Na tabela 2, apresenta-se a distribuição dos participantes segundo a área de atuação.

TABELA 2
Distribuição dos participantes segundo a área de atuação. Belo Horizonte, 2008.

	Ensino		Pesquisa		Assistência		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	17	29,80	36	63,15	18	31,58	46	80,70
Sim	40	70,20	21	36,85	39	68,42	11	19,30
Total	57	100	57	100	57	100	57	100

A maior parte dos participantes, 70,2%, desenvolve atividades na área do ensino. Os enfermeiros que responderam "outros", desenvolvem atividades como administração de instituições de ensino, consultoria e auditoria.

TABELA 3
Distribuição dos participantes segundo trabalhos realizados em cada linha de pesquisa. Belo Horizonte, 2008.

	Cuidados em terapia intensiva		**Terminologia**		**Processo ou classificações de enfermagem**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Não	30	52,63	44	77,20	39	68,42
Sim	27	47,37	13	22,80	18	31,58
Total	57	100	57	100	57	100

De acordo com a tabela 3, a maioria dos enfermeiros (68,42%) não realizou trabalho em nenhuma linha de pesquisa citada.

TABELA 4
Conhecimento dos participantes sobre a CIPE® Belo Horizonte, 2008

Conhecimento sobre a CIPE®	n	%
Não	07	12,3
Sim	50	87,7
Total	57	100

A maior parte dos respondentes afirmou ter algum grau de conhecimento sobre a CIPE® (87,7%).

Dentre os participantes que responderam “sim”, a maioria (24- 48%), assinalou ter pouco conhecimento sobre a classificação; 19 assinalaram ter um nível médio de conhecimento e 08 relatam ter um nível alto de conhecimento.

5.2 PRIMEIRA ETAPA DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO DAS DEFINIÇÕES ELABORADAS PARA OS TERMOS CLASSIFICADOS NO EIXO FOCO DA CIPE®- VERSÃO 1.0

Participaram desta etapa 57 enfermeiros que preenchiam os critérios de inclusão no estudo e aceitaram contribuir com o mesmo. Quatro enfermeiros acessaram o questionário, porém não assinalaram resposta em nenhum item.

Na CIPE®- Versão 1.0., o eixo “foco” contempla termos referentes à área de atenção para a enfermagem, e o eixo “julgamento” contém dados de opinião clínica ou determinação relacionadas ao foco da prática profissional de enfermagem (CIE, 2005).

A seguir, será apresentada a distribuição de freqüência das definições dos termos segundo o IC alcançado na primeira etapa do processo de validação das definições.

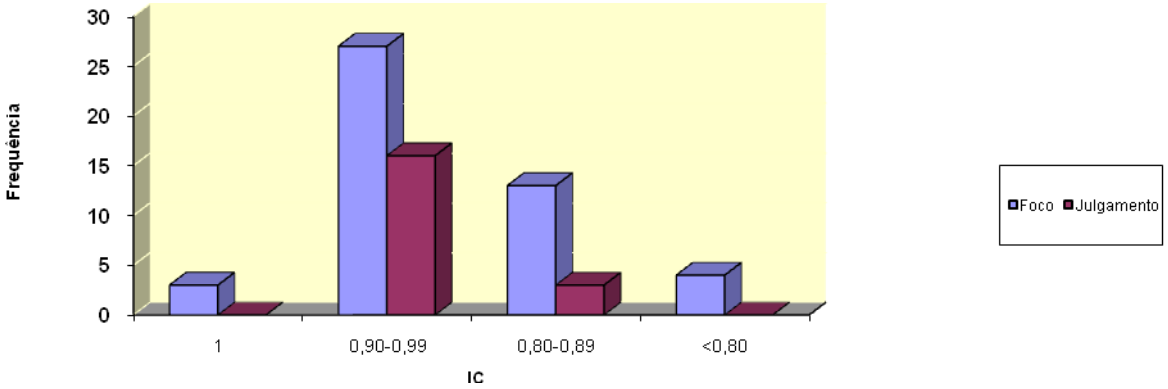

GRÁFICO 1- Distribuição de freqüência das definições dos termos identificados e classificados no eixo foco da prática de enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- CIPE®- Versão 1.0, segundo índice de Concordância (IC) alcançado no processo de validação.

No quadro 1, serão apresentados os termos do eixo "foco", encontrados nos registros de pacientes de um hospital filantrópico de Belo Horizonte e não constantes na CIPE®- Versão 1.0, assim como o IC alcançado.

QUADRO 1- Listagem dos 47 termos classificados no eixo "foco" da CIPE®- Versão 1.0, as definições elaboradas e o IC alcançado na primeira etapa de validação. Belo Horizonte, 2008.

TERMOS E DEFINIÇÕES	I.C.
Abstinência Alcoólica: Conjunto de sinais e sintomas observados em indivíduos que interrompem o consumo de álcool após longo e intenso uso, caracterizada por tremores, sudorese, taquicardia, ansiedade e irritabilidade. Nas formas mais graves, o indivíduo pode apresentar confusão mental, alucinações e convulsões.	0,98
Agitação Psicomotora: Aumento da atividade motora que se torna desordenada em conseqüência de excitação ou distúrbio mental (REY, 2003).	0,94
Alimentação: Ação de alimentar ou alimentar-se. Ingestão de substâncias que nutrirão o organismo (REY, 2003).	0,87
Alta Hospitalar: Saída do paciente da unidade hospitalar, curado ou melhorado.	0,90
Atividade Física: Exercício cuja finalidade é condicionar o corpo, melhorar a saúde e manter a boa forma, podendo também ser usado como medida terapêutica (POTTER; PERRY, 2006).	0,89
Atividade Psicomotora: Ação relativa aos efeitos motores da atividade cerebral ou psíquica (DORLAND, 1999).	0,89
Auto Extermínio: Ato ou efeito de exterminar, aniquilar, assolar (AURÉLIO, 1999).	0,81
Auto Proteção: Ato ou efeito de proteger-se.	0,92
Auto Realização: Aumento da atividade motora que se torna desordenada em conseqüência de excitação ou distúrbio mental (REY, 2003).	0,73
Barreira Ambiental: Qualquer forma de obstáculo que impede ou dificulta a livre circulação de pessoas dentro de um ambiente.	0,70
Barreira Econômica: Obstáculo financeiro e/ou econômico que impede	0,76

ou dificulta o acesso do indivíduo aos serviços de saúde para a manutenção do seu bem-estar físico, emocional e espiritual.	
Constipação: Estado em que o indivíduo experimenta uma mudança no hábito intestinal normal, caracterizado por uma diminuição na freqüência e/ou na eliminação de fezes endurecidas e secas (BUB; BENEDET, 2001).	0,94
Cuidado: Aspecto inerente à prática de enfermagem, por meio do qual os enfermeiros ajudam na recuperação dos enfermos ou daqueles que necessitam de algum tipo de apoio, seja ele físico, emocional ou social (POTTER; PERRY, 2006).	0,88
Deglutição: Passagem voluntária de líquidos ou sólidos da boca para o estômago (BUB; BENEDET, 2001).	0,92
Desconforto: Ausência de bem-estar físico, emocional ou espiritual.	0,92
Desmame Ventilatório: Processo de readaptação do indivíduo, em que ele reassume a ventilação espontânea sem necessitar de ventilação artificial.	0,96
Desobstrução: "Abertura de um canal anormalmente fechado" (STEDMAN, 2003).	0,84
Disfunção Neurovascular: Comprometimento ou anormalidade relacionada aos nervos que controlam o calibre dos vasos sanguíneos (DORLAND, 1999).	0,88
Disfunção Vascular: Comprometimento ou anormalidade do sistema vascular (DORLAND, 1999).	0,92
Estado Emocional: Relativo a sentimentos e emoções.	0,94
Fístula: Comunicação entre dois órgãos ou vasos que normalmente não se comunicam, ou entre uma cavidade e a superfície corporal, podendo ser congênita ou adquirida (DOBSON; CAPE, 1977; CRAVEN; HIRNLE, 2006; RUESCAS, 1998).	1,00
Fluxo Sanguíneo: Quantidade de sangue circulante em determinada área corporal por unidade de tempo.	0,94
Hidratação: Manutenção de um nível ótimo de líquidos corporais (BUB; BENEDET, 2001).	0,96
Higiene: "Conjunto de regras e medidas destinadas a promover a saúde, impedir ou limitar a disseminação de doenças transmissíveis e prevenir outras doenças evitáveis, contribuindo assim para assegurar a melhor qualidade de vida" (REY, 2003).	0,92

Hipertensão Intracraniana: Conjunto de sinais e sintomas decorrentes do aumento da pressão no interior da caixa craniana devido a diferentes causas, manifestando-se clinicamente por irritabilidade, letargia e vômitos (REY, 2003; RUESCAS, 1998).	0,85
Integridade Cutânea: Manutenção no organismo de características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial e subcutâneo (BEYERS; DUDAS, 1989).	0,90
Integridade Física: Estado em que o indivíduo encontra-se em perfeitas condições, sem presença de lesões ou deformidades.	0,96
Intoxicação Exógena: Resultado da exposição do organismo a um risco tóxico determinado, que se manifesta por sinais e sintomas clínicos dependentes da substância à qual foi exposto (REY, 2003).	0,98
Lazer: "Atividade das pessoas que não estão trabalhando ou desenvolvendo alguma forma de produção para o mercado. Ócio, tempo livre" (REY, 2003).	0,83
Meio Ambiente: Termo geral que significa, para cada organismo vivo, tudo que fica fora de seus limites corporais, mas exerce influência sobre ele, incluindo a comunidade e sociedade que o cercam, com suas relações sociais, econômicas, culturais e psicológicas (REY, 2003).	0,92
Mobilidade Física: "Capacidade de mover-se, ser mobilizado ou deslocar-se livremente" (REY, 2003).	0,94
Mucosa: Membrana que reveste internamente todas as cavidades do corpo, secretando uma substância (muco) que as umedece e lubrifica (RUESCAS, 1998).	0,91
Gregária: gregário: Necessidade de viver em grupo (BUB; BENEDET, 2001).	0,80
Oxigenação: Obtenção de O2, gás essencial na produção de ATP, que constitui-se na fonte energética para manutenção da vida celular (BUB; BENEDET, 2001).	0,94
Percepção Sensorial: Padrão de estímulos recebidos pelo indivíduo que podem ser acompanhados por respostas diversas a tais estímulos (NANDA, 2008).	0,98
Perfil Imunológico: Estado imunológico apresentado pelo indivíduo a partir dos resultados de avaliação emitidos por testes imunológicos laboratoriais.	1,00
Perfil Sanguíneo: Estado do tecido sanguíneo apresentado pelo indivíduo a partir dos resultados de avaliação emitidos por testes	0,96

sanguíneos laboratoriais.	
Prática Religiosa: Confiança em crenças religiosas e/ou participação de ritos de uma fé religiosa em particular (NANDA, 2008). Refere-se a uma religiosidade.	0,89
Pressão Venosa Central: Pressão exercida pelo sangue no interior do átrio direito e medida através de um cateter nele introduzido (REY, 2003).	0,96
Proteção: Auxílio, amparo (AURÉLIO, 1999).	0,79
Recreação: "Divertimento, prazer" (AURÉLIO, 1999).	0,86
Resistência Vascular Sistêmica: Representa a resistência oferecida pela vasculatura da grande circulação à passagem do fluxo sanguíneo (KNOBEL, 2006).	1,00
Saúde Dental: Desenvolvimento e manutenção da integridade dental do indivíduo.	0,91
Segurança: "Sentimento de confiança em si mesmo e nos outros, que permite ao indivíduo a percepção da capacidade de realizar sua personalidade, suas tarefas e objetivos, sem temor, integrado e aceito no grupo social" (REY, 2003).	0,93
Segurança Física: Manutenção de meio ambiente livre de agentes agressores à vida, para a preservação da integridade física do indivíduo.	0,95
Sexualidade: Componente fundamental da vida, com dimensão pessoal e humana, que ultrapassa o fenômeno fisiológico da genitalidade e a satisfação de instintos sexuais (MELO *et al*., 2007).	0,93
Trauma Cirúrgico: Estado mórbido resultante de evento estressante, complexo e invasivo, utilizado para o tratamento diagnóstico, paliativo e corretivo de diversas doenças orgânicas, lesões ou deformidades (PENNA, 1999).	0,89

Nota: IC esperado: maior ou igual a 0,8

No processo de validação das 47 definições elaboradas para os termos classificados no eixo “foco” da prática de enfermagem, 03 (6,25%) alcançaram IC igual a 1,0; 27 (58,3%) alcançaram IC entre 0,90 e 0,99; 13 (27%) alcançaram IC entre 0,80 e 0,89 e 04 (8,3%) alcançaram IC menor do que 0,80.

Foi encontrado um número considerável de perdas nas respostas. Essas perdas correspondem às questões que foram acessadas (o participante "abriu" o questionário), porém não assinalou nenhuma afirmativa.

Na próxima tabela, serão apresentadas as perdas para cada termo e definição elaborada para o mesmo- eixo "foco".

TABELA 5
Total de perdas para cada termo e definição elaborada, classificado no eixo "foco" da CIPE®- Versão 1.0. Belo Horizonte, 2008.

TERMO	**PERDA**	
	N	**%**
Abstinência Alcoólica	5	8,2%
Agitação Psicomotora	6	9,8%
Alimentação	6	9,8%
Alta Hospitalar	7	11,5%
Atividade Física	7	11,5%
Atividade Psicomotora	6	9,8%
Auto Extermínio	9	14,7%
Auto Proteção	8	13,1%
Auto Realização	12	19,7%
Barreira Ambiental	9	14,7%
Barreira Econômica	10	16,4%
Constipação	11	18,0%
Cuidado	10	16,4%
Deglutição	10	16,4%
Desconforto	10	16,4%
Desmame Ventilatório	11	18,0%
Desobstrução	10	16,4%
Disfunção Neurovascular	12	19,7%
Disfunção Vascular	11	18,0%
Estado Emocional	12	19,7%

Fístula	12	19,7%
Fluxo Sanguíneo	13	21,3%
Hidratação	14	23,0%
Higiene	12	19,7%
Hipertensão Intracraniana	13	21,3%
Integridade Cutânea	13	21,3%
Integridade Física	14	23,0%
Intoxicação Exógena	13	21,3%
Lazer	13	21,3%
Meio Ambiente	13	21,3%
Mobilidade Física	14	23,0%
Mucosa	14	23,0%
Gregária: gregário	16	26,2%
Oxigenação	14	23,0%
Percepção Sensorial	15	24,5%
Perfil Imunológico	16	26,2%
Perfil Sanguíneo	15	24,5%
Prática Religiosa	15	24,5%
Pressão Venosa Central	16	26,2%
Proteção	17	27.9%
Recreação	17	27,9%
Resistência Vascular Sistêmica	17	27,9%
Saúde Dental	18	29,5%
Segurança	17	27,9%
Segurança Física	19	31,1%
Sexualidade	18	29,5%
Trauma Cirúrgico	17	27,9%

A seguir, serão apresentados os termos do eixo “julgamento” encontrados nos registros de pacientes de um hospital filantrópico de Belo Horizonte e não constantes na CIPE®-Versão 1.0, assim como o IC alcançado.

QUADRO 2- Listagem dos termos classificados no eixo “julgamento” da CIPE® - Versão1.0, as definições elaboradas e o IC alcançado na primeira etapa de validação. Belo Horizonte, 2008.

TERMOS E DEFINIÇÕES	I.C.
Alterado: "Modificado, mudado" (AURÉLIO, 1999).	0,97
Ausente: "Não presente" (AURÉLIO, 1999).	0,87
Avançado: "Que representa ou envolve progresso, avanço, em relação ao tempo ou ao meio em que se vive, às concepções nele vigentes" (AURÉLIO, 1999).	0,95
Difícil: "Que apresenta dificuldade, árduo, custoso, trabalhoso" (AURÉLIO, 1999).	0,97
Discreto: "Que não se faz sentir com intensidade, brando" (AURÉLIO, 1999).	0,95
Eficaz: "Que produz o efeito desejado; que dá bom resultado" (AURÉLIO, 1999).	0,95
Limitado: "Que apresenta limites ou limitações. Fixado, estipulado, delimitado. Restrito, reduzido" (AURÉLIO, 1999).	0,95
Ideal: "Objeto da nossa mais alta aspiração intelectual, estética, espiritual, afetiva ou de ordem prática" (AURÉLIO, 1999).	0,82
Piora: "Ato ou efeito de piorar: pôr em pior estado; agravar" (AURÉLIO, 1999).	0,95
Importante: "Que tem valor, mérito, interesse. Necessário, interessante" (AURÉLIO, 1999).	0,95
Ineficaz: Não eficaz; inútil; que não produz o resultado desejado (AURÉLIO, 1999).	0,95
Instável: "Não estável, inconstante, mudável, mutável" (AURÉLIO, 1999).	0,97
Insuficiente: "Não suficiente ou bastante (incompetente, incapaz)" (AURÉLIO, 1999).	0,95
Íntegro: "Inteiro, completo" (AURÉLIO, 1999).	0,97
Perturbado: "Desnorteado, alucinado, desvairado. Que sofreu perturbação" (AURÉLIO, 1999).	0,85
Prejudicado: "Que sofreu prejuízo, dano; lesado; danificado,	0,92

inutilizado" (AURÉLIO, 1999).	
Preservado: "Livre de prejuízo ou dano" (AURÉLIO, 1999).	0,95
Residual: "Referente a resíduo: aquilo que resta de qualquer substância; resto" (AURÉLIO, 1999).	0,97
Retido: "Detido; contido" (AURÉLIO, 1999).	0,92

Nota: IC esperado: maior ou igual a 0,8

No processo de validação das 19 definições elaboradas para os termos classificados no eixo "julgamento" da prática de enfermagem, 16 (84,2%) alcançaram IC entre 0,90 e 0,99 e 03 (15,8%) alcançaram IC entre 0,80 e 0,89.

Novamente, foi encontrado um número considerável de perdas nas respostas. Essas perdas correspondem às questões que foram acessadas (o participante "abriu" o questionário), porém não assinalou nenhuma afirmativa.

Na próxima tabela, serão apresentadas as perdas para cada termo e definição elaborada para o mesmo- eixo "julgamento".

TABELA 6

Total de perdas para cada termo, e definição elaborada, classificado no eixo "julgamento". Belo Horizonte, 2008.

TERMO	**PERDA**	
	N	**%**
Alterado	21	34,4%
Ausente	21	34,4%
Avançado	21	34,4%
Difícil	22	36,0%
Discreto	21	34,4%
Eficaz	23	37,7%
Limitado	21	34,4%
Ideal	21	34,4%
Piora	21	34,4%
Importante	22	36,0%

Ineficaz	21	34,4%
Instável	22	36,0%
Insuficiente	23	37,7%
Íntegro	22	36,0%
Perturbado	22	36,0%
Prejudicado	23	37,7%
Preservado	23	37,7%
Residual	22	36,0%
Retido	22	36,0%

Como pode ser observado, apenas 04 definições pertencentes ao eixo "foco", não alcançaram o IC igual ou maior do que 0,8. Observa-se, também, que o número de enfermeiros que acessaram o questionário e não o responderam foi expressivo.

5.3 SEGUNDA ETAPA DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO DAS DEFINIÇÕES ELABORADAS PARA OS TERMOS CLASSIFICADOS NO EIXO FOCO DA CIPE®- VERSÃO 1.0- RE-ELABORAÇÃO DAS DEFINIÇÕES DOS TERMOS

Para alguns termos não foi obtido um índice de concordância maior ou igual a 0,8. Portanto, uma segunda etapa foi realizada a fim de validar as definições re-elaboradas dos termos que não alcançaram o índice esperado.

Participaram desta etapa apenas 21 (36,8%) enfermeiros que preenchiam os critérios de inclusão no estudo e aceitaram contribuir com o mesmo.

Apenas quatro termos classificados no eixo "foco" não alcançaram o Índice de Concordância esperado. Entretanto, todos os termos classificados no eixo "julgamento" alcançaram o IC esperado (maior ou igual a 0,80).

A seguir, serão apresentados os termos, as definições re-elaboradas para os mesmos e o IC alcançado segundo o eixo "foco" da prática de enfermagem da CIPE®- Versão 1.0.

QUADRO 3- Listagem dos termos classificados no eixo "foco" da CIPE®- Versão1.0, definições re- elaboradas e IC alcançado na segunda etapa de validação. Belo Horizonte, 2008.

TERMOS E DEFINIÇÕES	I.C.
Auto realização: Necessidade do indivíduo em realizar o máximo de habilidades físicas, mentais, emocionais e sociais, de modo a sentir que é a pessoa que desejaria ser. Desenvolvimento máximo dos potenciais de cada indivíduo.	1,00
Barreira ambiental: Obstáculo que impede ou dificulta a livre circulação de pessoas dentro de um ambiente, podendo ser representada por mobiliário e/ou aparelhos hospitalares, paredes e portas.	1,00
Barreira econômica: Obstáculo econômico e/ou financeiro que impede ou dificulta o acesso do indivíduo aos serviços de saúde, educação, moradia, atividades de lazer e culturais para a manutenção do seu bem-estar físico, emocional e espiritual.	0,94
Proteção: Ato ou efeito de proteger (-se). Barreira contra algo ou alguém que possa representar uma ameaça.	0,89

Nota: I.C.esperado: maior ou igual a 0,8

No processo de validação das definições re-elaboradas para os termos classificados no eixo "julgamento" da prática de enfermagem, todos alcançaram o IC igual a 1,00.

Entretanto, na busca das opiniões dos especialistas que acessaram o questionário nesta fase, também houve perdas.

Na próxima tabela, serão apresentadas as perdas para cada termo e definição re-elaborada para o mesmo- Eixo "foco".

TABELA 7

Total de perdas para cada termo, e definição re-elaborada, classificado no eixo "foco". Belo Horizonte, 2008.

TERMO	PERDA	
	N	%
Auto realização	03	13,6%

Barreira ambiental	03	13,6%
Barreira econômica	04	18,2%
Proteção	03	13,6%

5.4 RE-ELABORAÇÃO DAS DEFINIÇÕES DOS TERMOS, SEGUNDO OS EIXOS "FOCO" E "JULGAMENTO", DE ACORDO COM SUGESTÕES FORNECIDAS

Nos quadros, estão apresentadas somente as definições re-elaboradas para os termos com base em sugestões feitas pelos participantes.

Algumas definições foram elaboradas pelos pesquisadores com a contribuição dos enfermeiros especialistas, a partir da compreensão dos mesmos sobre o significado dos termos encontrados nos registros dos pacientes internados em uma UTI de um hospital filantrópico de Belo Horizonte e que não constam na CIPE®- Versão 1.0. Sendo assim, esses termos não apresentam uma referência primária ou secundária que os apóie.

QUADRO 4- Definições re-elaboradas com base em sugestões dadas pelos participantes para os termos classificados no eixo "foco". Belo Horizonte, 2008.

TERMOS	**DEFINIÇÕES**
Abstinência Alcoólica	Conjunto de sinais e sintomas observados em indivíduos que interrompem o consumo de álcool após longo e intenso uso, caracterizado por tremores, sudorese, taquicardia, ansiedade, irritabilidade, agressividade física, confusão mental, alucinações e convulsões. Embora raro, o indivíduo poderá sofrer parada cárdio-respiratória.
Agitação Psicomotora	Aumento da atividade motora decorrente de excitação, distúrbio mental, hipoxemia, ansiedade e medo, caracterizada por agitação, verborréia e agressividade.
Alta Hospitalar	Saída do paciente da unidade hospitalar, podendo o mesmo apresentar-se curado, melhorado, em cuidados paliativos ou óbito.

Atividade Física	Exercício cuja finalidade é condicionar o corpo, melhorar a saúde e manter a boa forma, podendo ser usado como medida terapêutica (POTTER; PERRY, 2006) e de lazer.
Auto Extermínio	Ato ou efeito de exterminar, aniquilar, assolar a si próprio
Autoproteção	Ato ou efeito de proteger-se física, mental ou emocionalmente.
Auto- realização	Necessidade do indivíduo em realizar o máximo de habilidades físicas, mentais, emocionais e sociais, de modo a sentir que é a pessoa que desejaria ser. Desenvolvimento máximo dos potenciais de cada indivíduo.
Barreira Ambiental	Obstáculo que impede ou dificulta a livre circulação de pessoas dentro de um ambiente, podendo ser representada por mobiliário e/ou aparelhos hospitalares, paredes e portas.
Barreira Econômica	Obstáculo econômico e/ou financeiro que impede ou dificulta o acesso do indivíduo aos serviços de saúde, educação, moradia, atividades de lazer e culturais para a manutenção do seu bem-estar físico, emocional e espiritual.
Cuidado de enfermagem	Aspecto inerente à prática de enfermagem, por meio do qual os enfermeiros atuam na recuperação dos enfermos ou daqueles que necessitam de algum tipo de apoio, seja ele físico, emocional ou psicoespiritual (POTTER; PERRY, 2006), envolvendo medidas de prevenção e promoção à saúde
Desconforto	Ausência de conforto físico, emocional, espiritual e social.
Desmame Ventilatório	Processo de readaptação progressiva do indivíduo à ventilação espontânea, no qual há a retirada gradual e programada da ventilação artificial.
Desobstrução	Abertura de uma via anormalmente fechada ou semi-ocluída, impedindo a passagem de líquidos, alimentos ou ar.
Disfunção Neurovascular	Comprometimento ou anormalidade relacionada aos nervos que controlam o calibre dos vasos sanguíneos e a capacidade de contração e relaxamento dos mesmos.
Estado Emocional	Conjunto de manifestações em que o indivíduo apresenta sentimentos, conscientes ou inconscientes, expressos ou não, e disposição para manter ou abandonar ações tendo em conta sentimentos de consciência de prazer ou dor (CIE, 2005).
Fístula	Comunicação entre dois órgãos ou vasos que normalmente não se comunicam, ou entre uma cavidade e a superfície corporal, podendo ser congênita ou adquirida (DOBSON; CAPE, 1977;

	CRAVEN; HIRNLE, 2006; RUESCAS, 1998).
Hidratação	Manutenção de um nível adequado de líquidos corporais capaz de manter a homeostase.
Higiene	Conjunto de regras e medidas destinadas a manter e promover a saúde e bem-estar, impedir e prevenir doenças evitáveis.
Hipertensão Intracraniana	Aumento da pressão no interior da caixa craniana, a níveis superiores a 20mm/Hg, devido a diferentes causas, manifestando-se clinicamente por irritabilidade, letargia, vômitos, cefaléia, crise convulsiva, dilatação pupilar, alterações em exames de imagem.
Integridade Cutânea	Manutenção, no organismo, de características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial e subcutâneo (BEYERS; DUDAS, 1989), mantendo solução de continuidade da pele e epiderme.
Integridade Física	Estado em que o indivíduo encontra-se em perfeitas condições físicas, sem presença de lesões ou deformidades.
Intoxicação Exógena	Resultado da exposição do organismo a um risco tóxico determinado, que se manifesta por sinais e sintomas clínicos dependentes da substância à qual foi exposto (REY, 2003) e/ou se expôs.
Lazer	Conjunto de atividades às quais os indivíduos podem entregar-se de livre vontade, sem obrigações sociais ou profissionais, e que podem gerar prazer e satisfação pessoal.
Mucosa	Membrana que reveste internamente todas as cavidades do corpo, secretando uma substância (muco) que as umedece e lubrifica (RUESCAS, 1998).
Necessidade gregária	"Necessidade de viver em grupo com o objetivo de integrar com os outros e realizar trocas sociais" (BENEDET; BUB, 2001).
Proteção	Ato ou efeito de proteger (-se). Barreira contra algo ou alguém que possa representar uma ameaça.
Oxigenação	Ato ou efeito de oxigenar (-se), ou seja, de proceder a trocas gasosas, de modo a obter oxigênio, gás essencial na produção de ATP, que constitui-se na fonte energética para manutenção da vida celular (BENEDET; BUB, 2001).

Percepção Sensorial	Padrão de estímulos recebidos pelo indivíduo que podem ser acompanhados por respostas diversas (NANDA, 2008).
Perfil Imunológico	Estado imunológico apresentado pelo indivíduo a partir dos resultados de avaliação emitidos por testes imunológicos laboratoriais.
Perfil Sanguíneo	Condição do tecido sanguíneo apresentado pelo indivíduo a partir dos resultados de avaliação emitidos por testes sanguíneos laboratoriais.
Prática Religiosa	Participação em ritos religiosos com o propósito de encontrar um significado, um valor religioso ou espiritual e estabelecer conexão com um poder superior.
Pressão Venosa Central	Pressão exercida pelo sangue no interior do átrio direito e medida através de um cateter nele introduzido (REY, 2003).
Recreação	Ato ou efeito de participar de qualquer forma de atividade recreativa ou de lazer, incluindo jogos, esportes, arte e cultura, artesanato e hobbies (ICF, 2001).
Resistência Vascular Sistêmica	Resistência oferecida pela vasculatura da grande circulação à passagem do fluxo sanguíneo (KNOBEL, 2006).
Saúde Bucal	Preservação da integridade da cavidade oral do indivíduo, caracterizada pela ausência de cáries, tártaro e problemas relacionados.
Segurança	Condição em que um indivíduo está protegido contra perigo e/ou perda, estando livre de riscos à sua saúde física, emocional e mental.
Sexualidade	Componente integrante da vida, com dimensão pessoal e humana, que ultrapassa o fenômeno fisiológico da genitalidade e a satisfação de instintos sexuais (MELO *et al*., 2007).
Trauma Cirúrgico	Estado resultante de evento estressante, complexo e invasivo, utilizado para o tratamento diagnóstico, paliativo e corretivo de diversas doenças orgânicas, lesões ou deformidades (PENNA, 1999).

QUADRO 5- Definições re-elaboradas com base em sugestões dadas pelos participantes para os termos classificados no eixo "julgamento". Belo Horizonte, 2008.

TERMOS	DEFINIÇÕES
Avançado	Que representa ou envolve progresso, avanço, em relação ao tempo, ao meio em que se vive ou a níveis ou estágios anteriores (AURÉLIO, 1999).
Piorado	Que se tornou pior; em pior estado ou agravado.
Alterado	Modificado, mudado, transformado em relação ao estado normal.
Discreto	Que não se faz sentir com intensidade, brando, pouco perceptível (AURÉLIO, 1999).
Importante	Que tem importância, que merece consideração, que tem interesse.
Instável	"Não estável, inconstante, mudável, mutável" (AURÉLIO, 1999).
Insuficiente	Não suficiente ou bastante (AURÉLIO, 1999).
Íntegro	Inteiro, completo, sem ruptura (AURÉLIO, 1999).
Perturbado	Que sofreu perturbação, mudança, transtorno ou desordem.
Preservado	Livre de prejuízo, dano ou alterações de qualquer natureza (AURÉLIO, 1999).

6 DISCUSSÃO

Este estudo foi especialmente delineado para validar as definições de termos utilizados por enfermeiros intensivistas, não constantes na CIPE®- Versão 1.0 e classificados nos eixos "foco" e "julgamento" desta classificação.

Os termos cujas definições passaram pelo processo de validação foram extraídos de um projeto maior (TANNURE, 2008), com o objetivo de construção de um banco de termos da linguagem especial da enfermagem em UTI adulto. Tannure (2008) realizou um estudo descritivo onde 164.016 termos foram coletados. No tratamento dos dados, os termos foram submetidos a exclusão de repetições, correções ortográficas, mapeamento cruzado com os termos da CIPE®, análise de sinonímia, adequação de tempos verbais, uniformização de gêneros e exclusão de expressões pseudo-terminológicas e de termos médicos, agrupamento de medicamentos. Assim, obteve-se um total de 1.016 termos não constantes na CIPE® e 212 termos em comum.

No Brasil, diversos estudos para a identificação e validação de termos utilizados nas diferentes especialidades de enfermagem, assim como para a construção da CIPE® vêm sendo desenvolvidos: o projeto de implantação da linguagem CIPE®/CIPESC no prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde- SMS- de Curitiba; o projeto de sistematização da assistência de enfermagem em UTI, em desenvolvimento em Florianópolis; o desenvolvimento de um instrumental tecnológico, que tem por base os termos utilizados pelos componentes da equipe de enfermagem de diferentes especialidades de um hospital escola em João Pessoa, para inserção em sistemas de informação (NÓBREGA; GARCIA, 2005); o projeto de implementação do processo de enfermagem utilizando um software e que busca contribuir para a sistematização da assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva com o uso da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) para

a designação de diagnósticos, ações e resultados de enfermagem, que vem sendo desenvolvido em Belo Horizonte e do qual este presente estudo faz parte.

A literatura especializada aponta estudos em desenvolvimento para a identificação de termos e a construção de definições conceituais encontrados na prática clínica de enfermeiros no Brasil: "Validação das definições de termos identificados no projeto CIPESC para o eixo foco da prática de enfermagem da CIPE®" (GARCIA *et al*, 2002); "Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem" (NÓBREGA *et al.,* 2003); "Termos da linguagem de enfermagem identificados em registros de uma UTI Neonatal" (ALBUQUERQUE *et a,*, 2007); " Definições teóricas de termos atribuídos a fenômenos de enfermagem identificados em prontuários clínicos de um hospital escola" (TRIGUEIRO *et al.*, 2007); " Construção de banco de termos identificados em registros de enfermagem utilizando a CIPE®" (FURTADO; NÓBREGA, 2007); " Validação da nomenclatura diagnóstica de enfermagem direcionada ao pré-natal- Base CIPESC em Curitiba-PR" (CUBAS *et al.*, 2007); " Significado e utilização para a prática profissional de termos atribuídos a ações de enfermagem" (BITTENCOURT, 2006); " Termos da linguagem especial de enfermagem identificados em registros de uma unidade de terapia intensiva neonatal" (ALBUQUERQUE, 2007), "Banco de Termos da Linguagem especial de Enfermagem para Unidade de Terapia Intensiva de Adultos" (TANNURE, 2008).

No presente estudo um questionário foi encaminhado, via Web, a 175 enfermeiros brasileiros que preenchiam os critérios de inclusão, havendo um retorno por parte de 57 (32,6%) que concordaram em participar.

Este tipo de questionário utilizado em procedimento por meio de técnica Delphi, desenvolvido para ter um comportamento dinâmico, facilita o aproveitamento de respostas já fornecidas pelos participantes para definir as próximas perguntas a serem encaminhadas.

Sendo assim, este tipo de questionário é dependente da interação do participante com a ferramenta (GRAEML; CSILLA, 2008).

Taylor (2000) acredita que o uso da internet na aplicação de pesquisas pode reduzir os custos das mesmas e permitir o trabalho com amostras populacionais grandes, proporcionando respostas mais rápidas. Para Cerqueira (2008), o principal benefício da pesquisa conduzida desta maneira é o ganho de tempo do pesquisador, pela possibilidade de distribuição em massa do questionário, e acompanhamento dos resultados em tempo real.

O instrumento foi encaminhado via e-mail aos enfermeiros porque também acreditava-se que, desta maneira, haveria um número considerável de respondentes face à comodidade e facilidade de acesso e resposta ao mesmo (GRAEML; CSILLA, 2008; NAKASH *et al*, 2006).

Em estudo desenvolvido sobre a utilização de questionário estruturado Rocha *et al.* (1999) confirmaram sobre a dificuldade de retorno de questionários enviados por correio. Souza *et al*., (2007), em estudo sobre o reconhecimento de diagnósticos de enfermagem da NANDA no Brasil, observaram que dos 277 questionários distribuídos, houve um retorno de 193 (69,7%). A literatura aponta que um índice de retorno maior do que 60% é suficiente para a maioria dos objetivos traçados para os estudos, apesar de ser comum uma taxa de devolução menor do que esta (NAKASH *et al.*, 2006). Porém, no presente estudo, utilizando a estratégia da web, não foi atingida a porcentagem ideal, apesar dos lembretes encaminhados via e-mail e dos telefonemas solicitando o preenchimento de todo o questionário.

Talvez, um dos fatores para que isso tenha ocorrido, possa ser explicado devido ao fato de grande número de enfermeiros não atuarem na área da pesquisa (63,15%), outros por não conhecerem a CIPE® (12,3%) ou, outros ainda, por terem pouco conhecimento sobre a referida classificação (48%).

6.1 DA ELABORAÇÃO DOS TERMOS

Foi observado que o número de respostas não preenchidas no eixo “julgamento” foi maior do que o número de respostas não preenchidas no eixo “foco”. Isto pode ter ocorrido devido ao fato das definições dos termos classificados no eixo “julgamento” serem apresentadas no final do questionário, após as definições dos termos do eixo “foco” e, apesar de haver um lembrete avisando sobre as definições deste eixo, o participante pode não tê-lo visto.

Para a elaboração das definições de alguns termos classificados no eixo “foco”, houve dificuldade em se obter literatura pertinente na área de saúde e enfermagem, bem como conferir ao texto clareza e objetividade. Os dicionários específicos de enfermagem pesquisados não continham muitos dos termos classificados nesse eixo e, quando estes estavam presentes, suas definições eram, muitas vezes, consideradas simples, pouco objetivas e que não retratavam o observado no tipo de usuários aos quais se destinavam, conforme é recomendado na bibliografia referente a construção de terminologia (PAVEL; NOLET, 2001).

Por sua vez, algumas definições encontradas em dicionários médicos ou de outras especialidades da área de saúde, muitas vezes, retratavam a realidade específica da área em questão.

No eixo julgamento, a dificuldade foi ainda maior, visto que, isoladamente, fora do contexto, eles não apresentavam os significados correspondentes na literatura.

As dificuldades relatadas também surgiram em outras pesquisas para construção de um banco de termos utilizando a CIPE®, nas quais as autoras encontraram dificuldades em definir termos com base na literatura de enfermagem, tendo-se que fazer o uso de dicionários da área e da língua portuguesa (FURTADO; NÓBREGA, 2007; TRIGUEIRO *et al.*, 2007).

6.2 RE-ELABORAÇÃO DAS DEFINIÇÕES DOS TERMOS CLASSIFICADOS NO EIXO "FOCO" DA CIPE®- VERSÃO 1.0

A partir de sugestões dos especialistas, algumas definições foram complementadas; índices de concordância inferiores a 0,79 determinaram a re-elaboração das definições e re-envio do questionário aos participantes, totalizando um total de quatro definições re-elaboradas.

Alguns termos, porém, sofreram apenas pequenas mudanças em suas definições, ou as mesmas não foram modificadas. São eles: alimentação, atividade psicomotora, auto proteção, barreira ambiental, constipação, deglutição, desconforto, desobstrução, disfunção neurovascular, disfunção vascular, fístula, fluxo sanguíneo, hidratação, higiene, integridade cutânea, integridade física, intoxicação exógena, meio ambiente, mobilidade física, mucosa, oxigenação, percepção sensorial, perfil imunológico, perfil sanguíneo, prática religiosa, pressão venosa central, recreação, resistência vascular sistêmica, segurança física, sexualidade, trauma cirúrgico.

Para a definição do termo *abstinência alcoólica*, apesar de ter alcançado um IC de 0,98, foi acrescentada a característica "agressividade física", a partir de sugestões de alguns participantes, sendo reformulada. Foi acrescentado o fato de, nas formas mais graves, o indivíduo poder sofrer parada cárdio-respiratória. Houve um consenso dos especialistas de que todos os pacientes em abstinência alcoólica apresentam confusão mental e alucinação, não apenas nas formas mais graves.

Na CIPE®-Versão 1.0, há o termo *agitação*, definido como "excitação psicomotora despropositada, atividade agitada, deambular, libertar tensão nervosa associada a ansiedade, medo ou estresse mental" (CIE, 2005). Apesar do IC alcançado (0,94), alguns enfermeiros

sugeriram acrescentar características definidoras e causas para o fenômeno, passando a definição para: “aumento da atividade motora decorrente de excitação, distúrbio mental, hipoxemia, ansiedade e medo, caracterizada por agitação, verborréia e agressividade”.

O termo *alta hospitalar* está classificado no eixo “tempo” na CIPE®- Versão 1.0, em situação, como “evento ou episódio” (CIE, 2005, p. 146). O termo é considerado neste estudo como pertencente ao eixo “foco” (área de atenção relevante para a enfermagem) e, conseqüentemente, com alteração da definição. Os especialistas sugeriram acrescentar a palavra óbito na definição, alegando que este é caracterizado como alta, assim como a inclusão das palavras *cuidado paliativo*.

Para o termo *atividade física*, alguns participantes demonstraram dificuldade em entender o contexto no qual foi retirado e o seu uso em uma UTI, questionando se o mesmo aplicaria melhor à profissão “fisioterapia” ou que, nessa unidade, a atividade física teria a finalidade de proporcionar melhor circulação corporal. O termo foi retirado do instrumento de coleta de dados junto a pacientes atendidos pelos enfermeiros da UTI, no qual se tem a intenção de saber se o paciente, antes de se internar na UTI, realizava exercícios físicos regulares, o que permitiria um melhor condicionamento do corpo e saúde. Sendo assim, a aplicação do termo é condizente com o contexto no qual foi retirado, sendo aplicável para a etapa de coleta de dados implementada pelos enfermeiros em uma UTI.

Para o termo *auto extermínio,* muitos participantes sugeriram acrescentar o fato de ser um fenômeno que envolve a prática de extermínio realizado contra si mesmo. Alguns enfermeiros questionaram a aplicação do termo em terapia intensiva: visto que nessa unidade há pacientes criticamente enfermos, que correm risco iminente de morte, e atende a pacientes acometidos por diversas injúrias, há aqueles que atentam contra a própria vida, definido como *tentativa de auto extermínio.*

A definição do termo *auto realização* foi re-elaborada, conforme as sugestões dos enfermeiros especialistas, passando a ser: *necessidade do indivíduo em realizar o máximo de habilidades físicas, mentais, emocionais e sociais, de modo a sentir que é a pessoa que desejaria ser. Desenvolvimento máximo dos potenciais de cada indivíduo.*

Para o termo *Barreira econômica*, foram acrescentados à definição, por sugestões de participantes, o "*...acesso do indivíduo aos serviços de saúde, educação, moradia, atividades de lazer e culturais...",* pois a dificuldade encontrada não é só em relação aos serviços de saúde, haja visto que o conceito ampliado de saúde envolve o meio no qual o indivíduo está inserido.

O termo *cuidado*, classificado no eixo "foco" em pesquisa anteriormente concluída (TANNURE, 2008), foi modificado para *cuidado de enfermagem*, seguindo sugestão de um participante: "*o cuidado, propriamente dito, pode ser realizado por qualquer pessoa, ao contrário de "cuidado de enfermagem", uma prática de enfermagem baseada em um conhecimento teórico-científico*". Considerou-se pertinente a sugestão, visto que, quando se fala em cuidado, refere-se ao cuidado de enfermagem. Interessante notar que, apesar de ser um aspecto inerente à prática de enfermagem, esse termo não está incluído na CIPE®- Versão 1.0. A classificação contém os termos *cuidado familiar ("cuidado com características específicas: responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família"), cuidador ("indivíduo com características específicas: Assiste com identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, atende às necessidades de um dependente")* e *cuidar -tomar conta.* Este último termo é definido como *"atividade de auto-desempenho com características específicas: Ações de prestação de cuidados quando é necessário, apoio a todas as idades e tipos de necessidades básicas, frequentemente associadas com nutrição, estímulo e manutenção"* (CIE, 2005).

Em *desmame ventilatório,* muitos enfermeiros sugeriram acrescentar os qualificadores *progressiva, gradual e programada,* visto que o desmame corresponde à retirada gradual do suporte ventilatório, por meio de treinamento muscular, até que a ventilação espontânea seja retomada (KNOBEL, 2006).

Na CIPE®- Versão 1.0, há o termo *emoção,* classificado no eixo "foco" e pertencente ao conceito "*processo*" da árvore hierárquica, definido como "*Processo Psicológico com características específicas: Disposição para reter e abandonar ações levando em conta sentimentos de prazer ou consciência da dor; os sentimentos são conscientes ou inconscientes, expressos ou não; sentimentos básicos normalmente aumentam durante períodos de intenso estresse por perturbações mentais e doença e durante vários estágios de transição da vida"* (CIE, 2005). Para re-elaborar a definição de *estado emocional*, foi levada em consideração a definição contida na CIPE®- Versão 1.0 e sugestões de enfermeiros especialistas, apesar de alguns membros do NEPESC acreditarem não haver sentimentos inconscientes, visto que, sendo "o conjunto de manifestações em que o indivíduo apresenta ...", as manifestações são, necessariamente, conscientes.

Para o termo *Hipertensão Intracraniana,* alguns participantes sugeriram incluir o valor da Pressão Intra-Craniana acima de 20mm/Hg, de forma a melhor caracterizá-lo, assim como acrescentar outros sinais e sintomas, tais como *cefaléia, crise convulsiva, dilatação pupilar e alterações em exames de imagem.*

Alguns especialistas sugeriram que a palavra *lazer* tivesse ligação com atividades que trazem prazer, satisfação. Sendo assim, considerou-se oportuno modificar a definição para *"conjunto de atividades às quais os indivíduos podem entregar-se de livre vontade, sem obrigações sociais ou profissionais, e que podem gerar prazer e satisfação pessoal".*

Em relação ao termo "*gregária*", identificado no estudo de TANNURE (2008), julgou-se pertinente adequá-lo quanto ao gênero para "gregário", pois não se encontrou na

literatura uma definição mais aplicável para o termo. Assim, seria necessária uma adequação de forma que o termo pudesse retratar a sua aplicação na enfermagem, sendo compreensível à comunidade de enfermeiros. Apesar da definição elaborada ter alcançado o IC esperado (definição: necessidade de viver em grupo), acatou-se a sugestão de um dos enfermeiros especialistas, para que o termo fosse modificado para "necessidade gregária", por ser gregária/gregário um adjetivo, e não um substantivo. O especialista afirmou que referimo-nos a "necessidade gregária" e, sendo assim, a definição passa a ser considerada correta. Quando o termo é utilizado como adjetivo, a definição que se encontra na maioria dos dicionários para o mesmo é: "Que faz parte de grei ou rebanho; que vive em bando"... Esta não se adéqua ao contexto em que foi utilizado na UTI pelos enfermeiros que pretendiam descrever sobre a necessidade do paciente de viver em grupo, em comunidade, com outras pessoas.

Na CIPE®- Versão 1.0, há o verbo *Proteger*, classificado no eixo "ação", conceito "atender", definido como *"Ato de Prevenir com características específicas: Manter alguém ou alguma coisa segura de algo ou tomar precauções contra alguma coisa"* (CIE, 2005). Baseados nesta definição, o termo *proteção* teve sua definição re-elaborada para "*Ato ou efeito de proteger (-se). Barreira contra algo ou alguém que possa representar uma ameaça",* aceita pelos especialistas.

O termo *saúde dental* foi modificado para *saúde bucal* porque os especialistas acreditam que o termo saúde bucal refere a toda a cavidade oral, sendo mais abrangente; foram, também, acrescentadas características específicas, tais como "ausência de cáries, tártaro e problemas relacionados".

A primeira definição para o termo *segurança* referia-se mais ao conceito de *autoconfiança* do que ao de *segurança*, conforme opinião dos enfermeiros. Por este motivo, apesar do IC desejado ter sido alcançado (0,93), reformulou-se a definição para "*condição em*

que um indivíduo está protegido contra perigo e/ou perda, estando livre de riscos à sua saúde física, emocional e mental".

6.3 RE-ELABORAÇÃO DAS DEFINIÇÕES DOS TERMOS CLASSIFICADOS NO EIXO "JULGAMENTO" DA CIPE®- VERSÃO 1.0

Seguindo as sugestões dos especialistas que participaram da pesquisa, algumas definições para os termos classificados no eixo "julgamento" da CIPE®- Versão 1.0 foram modificadas, determinando a re-elaboração das mesmas.

O termo *piora* foi modificado para *piorado,* após a observação de um participante especialista, que afirmou que *piora* não é adjetivo e, por isso, não pertence (ou não deveria pertencer) ao eixo "julgamento", ficando o termo definido como *"que se tornou pior; em pior estado ou agravado".*

O termo *ideal* foi retirado da listagem dos termos após a análise de um participante. Suas considerações foram acatadas por serem consideradas coerentes. Por definição, o termo *ideal* é aceito como sendo o "objeto da nossa mais alta aspiração intelectual, estética, espiritual, afetiva ou de ordem prática" (AURÉLIO, 1999). Tal afirmativa considera corretamente ser *ideal* um substantivo, não se aplicando, enquanto um qualificador, no processo de julgamento clínico.

6.4 DISTRIBUIÇÃO DOS TERMOS SEGUNDO A ÁRVORE TAXONÔMICA DA CIPE®- VERSÃO 1.0

Foi elaborada a árvore conceitual, a partir da árvore taxonômica da CIPE®- Versão 1.0. A construção desta árvore é importante visto que os conhecimentos de uma área se

estruturam em uma terminologia, conforme as relações hierárquicas e lógicas entre os conceitos que a constituem (PAVEL; NOLET, 2001).

Na árvore taxonômica da CIPE®- Versão 1.0, os termos classificados no eixo "foco" foram organizados em três grandes blocos conceituais, com suas respectivas subdivisões: ENTIDADE, PROCESSO E ESTADO. *Entidade* é definida como "Foco com características específicas: algo que existe como uma unidade particular e discreta; existência de algo além de suas propriedades"; *processo* é definido como "Foco com características específicas: uma série de funções ou ações para atingir um resultado" e *estado* é definido como "Foco com características específicas: condição de uma pessoa em relação aos outros, relativo à posição de uma pessoa" (CIE, 2005).

Na árvore taxonômica da CIPE®- Versão 1.0, os termos classificados no eixo "julgamento" foram organizados em dois blocos conceituais, com suas respectivas subdivisões: JULGAMENTO POSITIVO OU NEGATIVO, definido como "Julgamento com específicas características: julgado positivamente ou negativamente"; e ESTADO, definido como "julgamento" (CIE, 2005).

Ressalta-se que, para proceder à classificação dos termos em cada conceito, levou-se em consideração, primeiramente, a definição dos conceitos *entidade, processo e estado* para o eixo "foco", e *julgamento positivo ou negativo e estado* para o eixo julgamento.

Após a análise da definição de cada conceito, procedeu-se à etapa de alocação dos termos dentro de cada sub- conceito da CIPE®- Versão 1.0. Para a realização dessa etapa, após a leitura e análise da definição de cada sub-conceito, quando esta estava presente, comparou-se o termo o qual pretendia-se alocar com os presentes no sub-conceito em questão.

A partir daí, foi construído o mapa conceitual dos termos nos eixos "foco" e "julgamento" da CIPE®- Versão 1.0 (Figuras 3 a 7).

Foi encontrada grande dificuldade em organizar os termos identificados na UTI dentro dos principais conceitos da árvore taxonômica, podendo ser citados alguns motivos: o ICN não fornece uma explicação sobre como os termos foram classificados dentro de cada conceito e sub-conceito da árvore taxonômica. Pode-se citar como exemplo o termo *atividade de Auto-desempenho*, definido como "comportamento" e classificado no sub-conceito *comportamento* (CIE, 2005). O que levou o Comitê Organizador da CIPE® a essa definição e à classificação do termo nesse sub-conceito? A nosso ver como o termo não está bem definido, questiona-se: como classificá-lo naquele local?

Outro fator dificultador para a organização dos termos na árvore diz respeito a alguns conceitos que não têm uma definição coerente e clara. A definição para *integridade*, por exemplo, presente na CIPE®-Versão 1.0 é "status com características específicas: composição de traços e atitudes que são honestas, retidão moral, completa, sólida, responsável e não posterga gratidão, auto-indulgência e recompensa" (CIE, 2005). Quando se procura pela definição de *integridade da pele*, encontra-se: "integridade". Além de não trazer uma explicação sobre o termo, a definição de *integridade* não tem relação com a pele e não explica o termo *integridade da pele*. Além disso, ela vai contra um dos princípios utilizados pelo CIE (2005) em relação à elaboração de definições: as definições não podem ser circulares.

Da mesma maneira, torna-se difícil distinguir os termos *sistema corporal, substância corporal e organismo*, dentre outros, definidos como entidades. Pode-se questionar: qual a diferença entre eles?

No eixo "julgamento", o conceito *estado* encontra-se definido como "julgamento", assim como os termos *nível absoluto, extensão e potencialidade*, dentre outros, encontram-se definidos como "estado": novamente, a classificação fere o princípio que diz que as definições não podem ser circulares (CIE, 2005).

6.5 MAPA CONCEITUAL DOS TERMOS DA UTI

A seguir, será apresentado o mapa conceitual dos termos nos eixos "foco" e "julgamento". Optou-se por apresentar cada eixo e cada conceito, com os respectivos sub-conceitos, separadamente, a fim de facilitar o entendimento do caminho percorrido para a alocação dos termos.

Ressalta-se que a classificação dos termos nos conceitos foi discutida amplamente com os integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Sistematizar o Cuidar em Enfermagem, que tiveram as mesmas dificuldades relatadas anteriormente em sua colocação dentro da Árvore Conceitual. Essa discussão em grupo foi importante, dentre outros aspectos, para o entendimento de alguns conceitos, definições de termos e a elaboração de um raciocínio lógico utilizado para a construção da árvore.

Primeiramente, será apresentada e discutida a Árvore Conceitual do eixo "foco" (Figura 3), conceito *entidade*.

Entende-se por *entidade* como "algo que existe como uma unidade particular e discreta; existência de algo além de suas propriedades" (CIE, 2005).

Dentro desse conceito, foram classificados os termos: *meio ambiente, fístula, mucosa, percepção sensorial, barreira ambiental e barreira econômica*.

No sub-conceito S*istema Corporal*, definido como "entidade", foram classificados os termos *fístula, mucosa e percepção sensorial*. A decisão de colocação dos termos nesse sub-conceito levou em consideração, além da definição validada de cada um e da definição do sub-conceito, os termos presentes na CIPE®- Versão 1.0 alocados no mesmo. Nele encontra-se o sistema tegumentar, onde foram classificados os termos *fístula e mucosa,* e o sistema sensorial, no qual foi classificado o termo *percepção sensorial*.

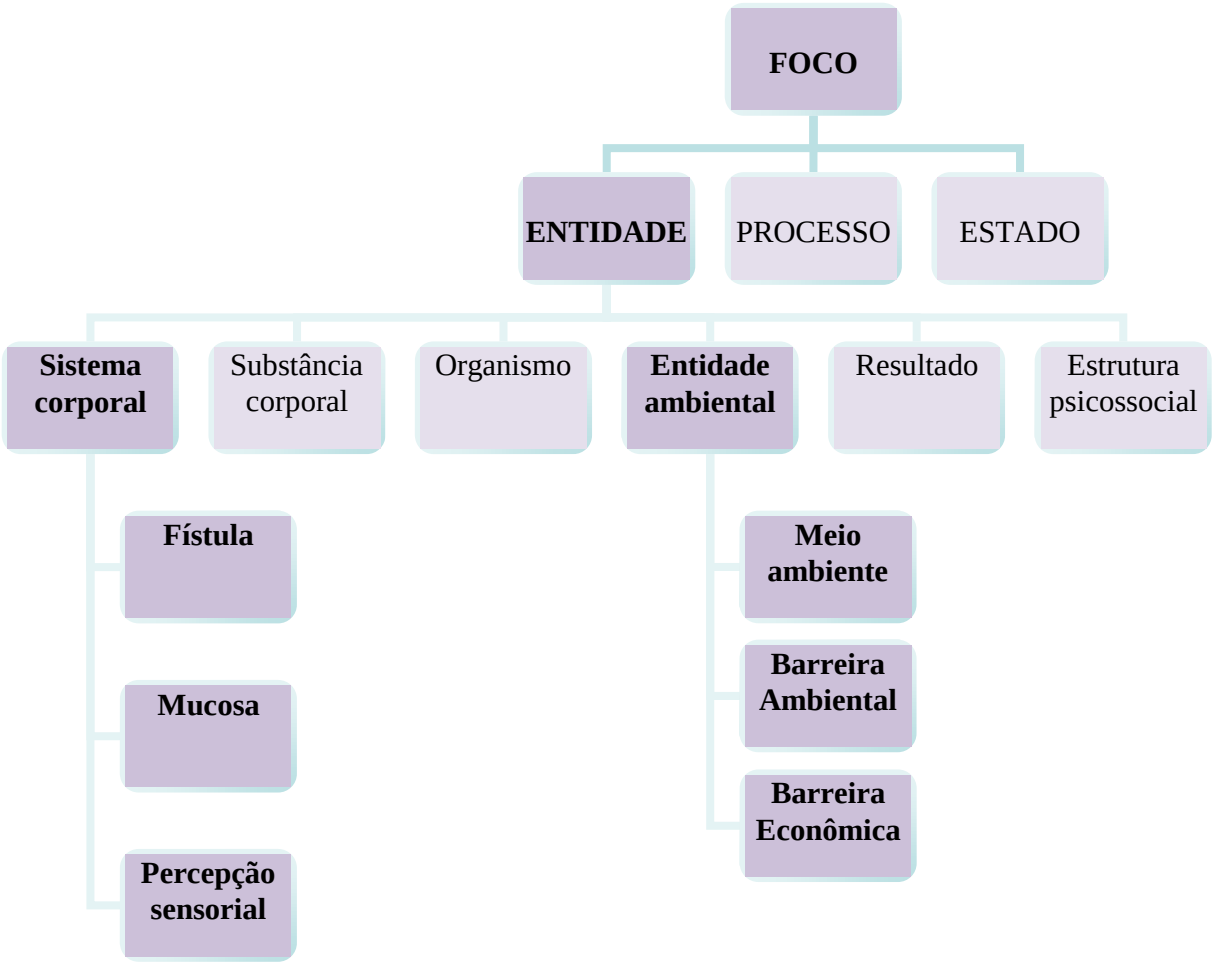

FIGURA 3- Árvore Conceitual do eixo "foco"- conceito *entidade*

No sub-conceito *Entidade Ambiental,* definido como "entidade com características específicas*:* o complexo de entidades físicas, químicas, bióticas, sociais e culturais que influenciam a vida de um indivíduo ou comunidade" (CIE, 2005), foi classificado o termo *meio ambiente,* cuja definição foi validada como sendo "Termo geral que significa, para cada organismo vivo, tudo que fica fora de seus limites corporais, mas exerce influência sobre ele, incluindo a comunidade e sociedade que o cercam, com suas relações sociais, econômicas, culturais e psicológicas" (REY, 2003).

Ainda tomando como base o conceito de *entidade ambiental*, além do conceito dos termos, classificou-se *barreira ambiental* e *barreira econômica* nesse sub-conceito.

Na figura 4, será apresentada a Árvore Conceitual do eixo "foco", conceito *Processo.*

Entende-se por *processo* como "uma série de funções ou ações para atingir um resultado" (CIE, 2005).

Dentro desse conceito, foram classificados os termos: *alimentação, cuidado de enfermagem, desmame ventilatório, deglutição, hidratação, proteção, atividade psicomotora, atividade física, auto-extermínio, auto-proteção, auto-realização, desobstrução, higiene, lazer, recreação, fluxo sangüíneo, mobilidade física, oxigenação, estado emocional, trauma cirúrgico, segurança física e prática religiosa.*

No sub-conceito *Comportamento*, definido como "processo com características específicas: Ação intencional" (CIE, 2005), foram classificados, com base em suas definições, os termos *alimentação, deglutição, hidratação, proteção, segurança física, atividade física, auto-extermínio, auto-proteção, auto-realização, desobstrução, higiene, lazer, recreação.*

Os termos *alimentação* e *deglutição* foram alocados dentro de *Padrão Alimentar*, definido como "padrão alimentar ou de ingestão de líquidos" (CIE, 2005), e o termo *hidratação* foi classificado dentro de *Padrão de Ingestão de Líquidos*, definido como "padrão alimentar ou de ingestão de líquidos" (CIE, 2005). Percebe-se que as definições de *padrão alimentar* e *padrão de ingestão de líquidos* não estão claras. Sendo assim, levou-se em consideração, além das definições dos termos, o bom senso dos componentes do Grupo de Pesquisa durante o processo classificatório.

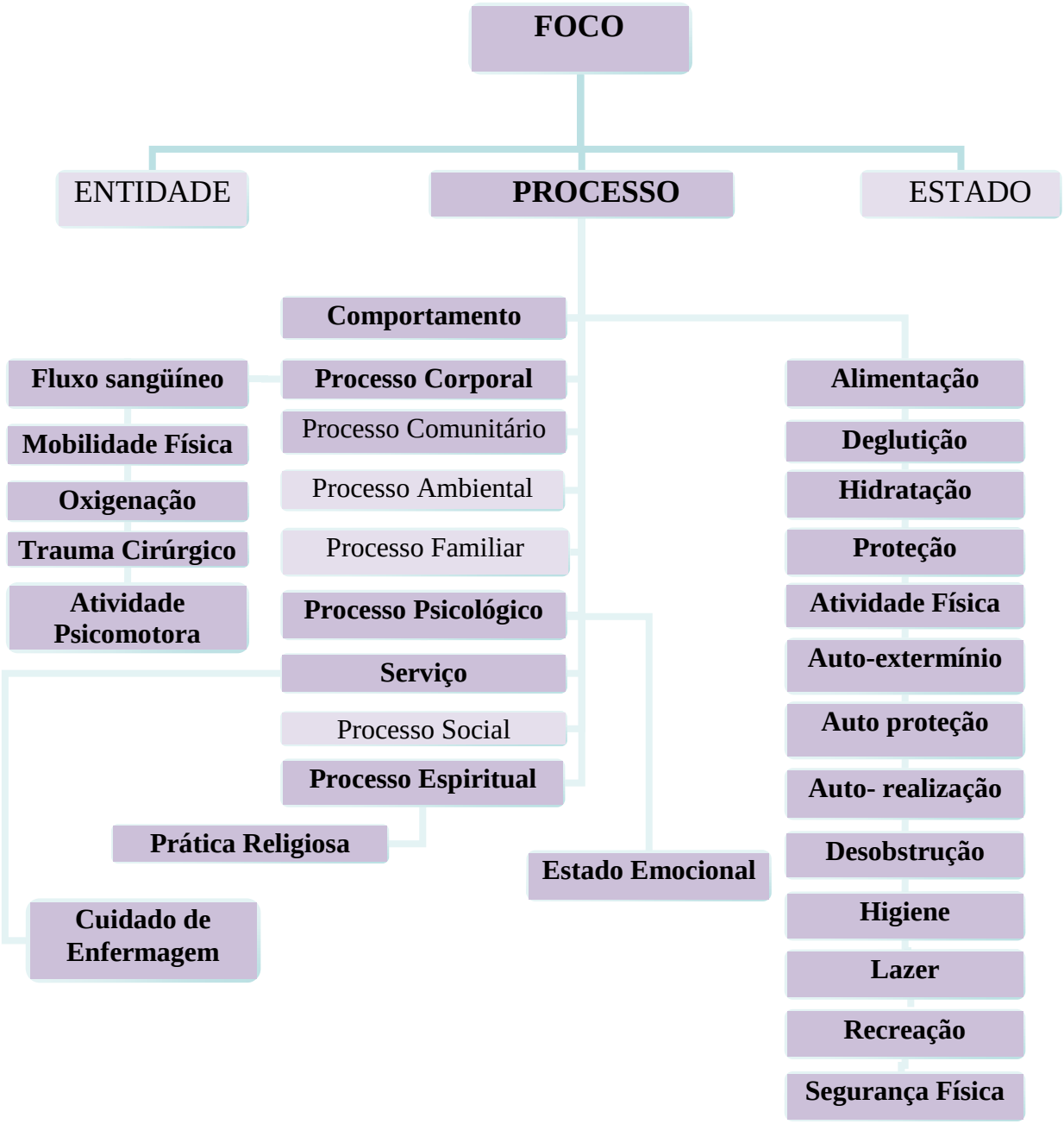

FIGURA 4- Árvore Conceitual do eixo “foco”- conceito *processo*

A definição de *proteção* foi validada como: “Ato ou efeito de proteger (-se). Barreira contra algo ou alguém que possa representar uma ameaça”; a definição de segurança física foi validada como “Manutenção de meio ambiente livre de agentes agressores à vida, para a

preservação da integridade física do indivíduo". Acredita-se que o indivíduo, ou profissional de saúde, procurará meios, intencionalmente, para que sua saúde ou integridade física (ou do cliente) seja preservada.

Na CIPE®- Versão 1.0, o termo *atividade de auto -desempenho* é definido como "comportamento" (CIE, 2005), estando dentro do sub conceito *Comportamento.* O termo *atividade física* foi classificado em *Comportamento de Busca de Saúde*, definido como "Atividade de auto-desempenho com características específicas: Maneira previsível para identificar, utilizar, gerenciar e assegurar recursos de cuidado à saúde, expectativas relacionadas com modos aceitáveis para solicitar e obter assistência dos outros" (CIE, 2005). Como a atividade física tem como finalidades, dentre outras, o condicionamento do corpo e a melhoria do estado de saúde do indivíduo, acredita-se que essa classificação seja a mais correta.

O termo *auto-extermínio* foi classificado, dentro do sub-conceito *Comportamento*, em *Comportamento Auto-Destrutivo,* definido como "Atividade de Auto Desempenho com características específicas: Realizar atividades por iniciativa própria com o propósito de se ferir ou causar dano, violência direcionada contra si mesmo" (CIE, 2005).

Os termos *autoproteção, auto-realização, desobstrução e higiene* foram alocados em *atividade de auto-desempenho*, definida como "comportamento" (CIE, 2005).

No sub-conceito *Processo Corporal*, definido como "processo" (CIE, 2005), foram alocados os seguintes termos: *fluxo sanguíneo* (classificado em *Processo do Sistema Circulatório), mobilidade física, oxigenação, trauma cirúrgico* e *atividade psicomotora* (classificado em *Processo de Sistema Nervoso*).

O termo *mobilidade física*, validado como sendo a "capacidade de mover-se, ser mobilizado ou deslocar-se livremente" (REY, 2003) foi classificado em *Processo de Sistema Musculoesquelético*, definido como sendo "Processo Corporal" (CIE, 2005). Para a

classificação deste termo, levou-se em consideração a definição de *movimento corporal*: "Processo de Sistema Musculoesquelético com características específicas: Movimento espontâneo, inconsciente e involuntário dos músculos, articulações e ossos, bem como funções de motilidade" (CIE, 2005).

O termo *oxigenação* foi classificado em *Processo do Sistema Respiratório,* definido como "Processo Corporal com características específicas: Processo contínuo de troca molecular de oxigênio e dióxido de carbono dos pulmões para oxidação celular regulado pelo cérebro no centro da respiração, receptores brônquicos e na aorta, bem como por mecanismos de difusão" (CIE, 2005).

Classificou-se o termo *trauma cirúrgico* em *Resposta Física.*

A classificação do termo *estado emocional* gerou muita dúvida entre os membros do grupo de pesquisa. Ele foi validado como o "conjunto de manifestações em que o indivíduo apresenta sentimentos, conscientes ou inconscientes, expressos ou não, e disposição para manter ou abandonar ações tendo em conta sentimentos de consciência de prazer ou dor". A decisão de classificá-lo no conceito *processo*, sub-conceito *Processo Psicológico,* definido como *"processo"* (CIE, 2005), levou em consideração, também, a definição do termo *emoção,* presente nesse sub-conceito: "Processo Psicológico com características específicas: Disposição para reter e abandonar ações levando em conta sentimentos de prazer ou consciência da dor; os sentimentos são conscientes ou inconscientes, expressos ou não; sentimentos básicos normalmente aumentam durante períodos de intenso estresse por perturbações mentais e doença e durante vários estágios de transição da vida" (CIE, 2005).

No sub-conceito *Serviço*, definido como "Processo com características específicas: disponibilidade, alocação e distribuição de sistemas que sustentam as necessidades públicas com benefícios comuns entre as pessoas" (CIE, 2005) foi classificado o termo *cuidado de enfermagem*.

Por fim, o termo *prática religiosa* foi alocado no sub-conceito *Processo Espiritual*, definido como "processo" (CIE, 2005).

Na Figura 5, será apresentada a Árvore Conceitual do eixo "foco", conceito *estado:* " Foco com características específicas: condição de uma pessoa em relação aos outros, relativo à posição de uma pessoa" (CIE, 2005).

Dentro deste conceito, foram classificados os termos: *segurança, necessidade gregária,sexualidade, constipação, disfunção neurovascular, disfunção vascular, hipertensão intracraniana, perfil imunológico, perfil sangüíneo, pressão venosa central, resistência vascular sistêmica, abstinência alcoólica, agitação psicomotora, integridade cutânea, integridade física, saúde bucal, desconforto, intoxicação exógena, segurança, alta hospitalar.*

Os termos *necessidade gregária* e *sexualidade* foram classificados no sub-conceito *Necessidade.* Apesar de não haver uma definição clara do sub-conceito *Necessidade*, que está definida como "status", acredita-se que os termos se encaixam melhor nesse local dentro da árvore, levando-se em conta os critérios que o grupo utilizou para a classificação dos termos: primeiro a definição dos conceitos e depois a definição dos sub conceitos, além do entendimento lógico do grupo a respeito do termo. Acredita-se que a sexualidade seja intrínseca ao ser humano e é uma necessidade básica.

No sub-conceito *Estado Fisiológico*, cuja definição não está presente na CIPE®-Versão 1.0, foram classificados os termos: *constipação, disfunção neurovascular, disfunção vascular, hipertensão intracraniana, perfil imunológico, perfil sanguíneo, pressão venosa central* e *resistência vascular sistêmica.*

FIGURA 5- Árvore Conceitual do eixo “foco”- conceito *estado*

O termo *constipação* foi alocado no sub-conceito *Estado Fisiológico*. Na CIPE®-Versão 1.0 não há definição para *Estado Fisiológico* logo, a decisão da classificação do termo no sub-conceito mencionado deu-se levando em consideração o conceito do termo e a compreensão dele pelos integrantes do grupo de pesquisa.

A classificação dos termos *disfunção neurovascular* e *disfunção vascular* gerou dúvida: estariam eles dentro do sub conceito *estado fisiológico*, já que os dois representam a posição da pessoa, que se encontra com uma disfunção? Ou estariam eles classificados no conceito *Processo*, sub-conceito *Processo Corporal* e, dentro deste, em *Processo Neurovascular*, definido como "Processo Vascular com características específicas: processo relacionado com o sistema nervoso e o sistema vascular (CIE, 2005)? Optou-se por deixá-lo incluído no conceito *Estado*, pelo fato de refletirem condição relativa a uma pessoa.

O termo *Hipertensão Intracraniana* foi classificado no sub-conceito *Estado Fisiológico*, que contém outros termos relacionados, tais como pressão intracraniana e capacidade adaptativa intracraniana.

Os termos *perfil imunológico* e *perfil sanguíneo* foram classificados, também, no sub-conceito *Estado Fisiológico* devido ao fato destes termos apenas refletirem o estado imunológico e condição do tecido sanguíneo de um indivíduo. Surgiu dúvida se poderiam ser classificados no conceito *Processo*, sub-conceito *Processo Corporal*. A decisão de classificá-los no conceito *Estado* deu-se após a análise da definição de *Processo do Sistema Imunológico*, presente em *Processo Corporal:* "Processo Corporal com características específicas: Complexo bioquímico que protege o corpo contra os organismos patogênicos e outros corpos estranhos criando barreiras locais e inflamação; a resposta imunológica é efetiva, sobretudo contra invasões bacterianas e virais" (CIE, 2005).

Os termos *pressão venosa central* e *resistência vascular sistêmica* foram classificados no sub-conceito *Estado Fisiológico*. Levou-se em consideração, também, para essa classificação, a presença dos termos *pressão* e *pressão sanguínea* no referido sub-conceito.

Os termos *abstinência alcoólica* e *agitação psicomotora*, sendo estados nos quais o paciente se encontra, foram classificados no sub-conceito *Estado Neurológico*.

No sub conceito *Integridade*, definido como "Status com características específicas: Composição de traços e atitudes que são honestas, retidão moral, completa, sólida, responsável e não posterga gratidão, auto indulgência e recompensa" (CIE, 2005) foram classificados os termos *integridade física* e *integridade cutânea*. Ao se analisar o conceito de integridade, percebe-se que ele não se aplica a esses termos. Ver-se-á, pois, que os termos *integridade da pele* e *integridade tissular* estão presentes nesse sub conceito. Sendo assim, optou-se por deixar os termos em questão nesse local.

O termo *saúde bucal* foi classificado no sub-conceito *Saúde*, definido pelo CIE (2005) como: "Status com características específicas: Processo dinâmico para adaptar e lidar com o ambiente, satisfazendo as necessidades e alcançando o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social; não meramente a ausência de doença ou enfermidade".

No sub-conceito *Recuperação*, definido como sendo "status com características específicas: remover, ganhar força, retornar ao estado de saúde, condição normal ou de vivência" (CIE, 2005), foi classificado o termo *alta hospitalar*.

Na CIPE®- Versão 1.0, está presente o sub-conceito *Conforto.* Sugere-se acrescentar o sub-conceito *desconforto* no referido conceito.

No processo de construção da Árvore Conceitual dos termos classificados no eixo "julgamento", também surgiram algumas dúvidas, porém em menor quantidade do que as encontradas para o eixo "foco". O caminho lógico percorrido na alocação dos termos nos conceitos e sub-conceitos específicos foi o mesmo seguido para o eixo "foco": primeiro

levou-se em consideração a definição do termo e, após a análise desta, levou-se em consideração a definição dos conceitos e sub conceitos do eixo "julgamento". Para a classificação também levou-se em consideração, muitas vezes, os termos presentes em cada sub-conceito.

A seguir, será apresentada a Árvore Conceitual do eixo "julgamento", conceito *Julgamento Positivo ou Negativo*.

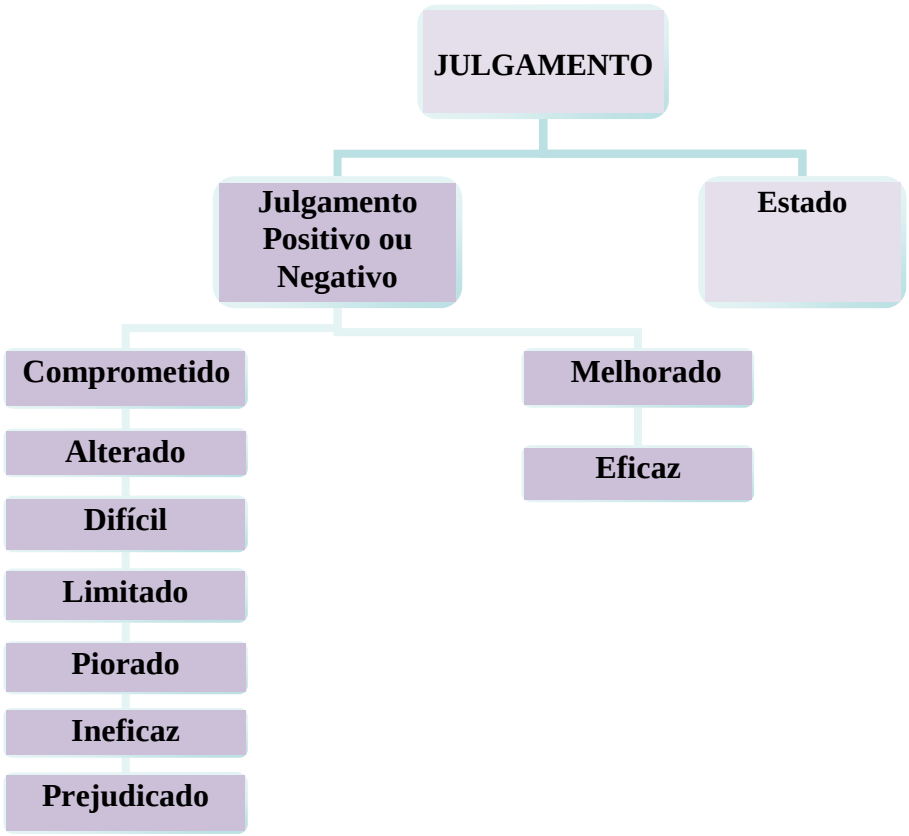

FIGURA 6- Árvore Conceitual do eixo "julgamento"- conceito *julgamento positivo ou negativo*

A definição de Julgamento Positivo ou Negativo presente na CIPE®- Versão 1.0 é: "Julgamento com específicas características: Julgado Positivamente ou Negativamente" (CIE,

2005). Essa definição não está clara, gerando dúvidas durante o processo de alocação dos termos.

Neste conceito, foram classificados os seguintes termos: *alterado, difícil, limitado, piorado, ineficaz, prejudicado, eficaz e instável.*

No sub-conceito *Comprometido*, definido como "Julgamento Positivo ou Negativo com específicas características: Estado julgado negativamente, alterado, inadequado, inefetivo" (CIE, 2005), foram classificados os termos: *alterado, difícil, limitado, piorado, ineficaz, prejudicado.*

No sub-conceito *Melhorado,* definido como "Julgamento Positivo ou Negativo com específicas características: Estado julgado positivamente, efetivo" (CIE, 2005), foi classificado o termo *eficaz*.

Na figura 7, será apresentada a Árvore Conceitual do eixo "julgamento", conceito *Estado*.

Estado é definido como "julgamento" pelo CIE (2005). Novamente, a definição encontrada não esclarece o significado do termo.

Neste conceito, foram classificados os termos: *ausente, importante, íntegro, perturbado, preservado, retido, avançado, insuficiente e discreto.*

No sub-conceito *Extensão*, definido como "estado" (CIE, 2005), foram classificados os termos: *ausente* e *importante*.

No sub-conceito *Estado de Normalidade*, definido como "estado com específicas características: anormal; atípico, visual ou regular" (CIE, 2005), foram classificados os termos: *íntegro, perturbado, preservado e retido.* A definição de Estado de Normalidade é contraditória: pode representar tanto uma anormalidade como uma normalidade.

No sub-conceito *Nível Absoluto*, definido como "Estado" (CIE, 2005), foram classificados os termos: *avançado* e *insuficiente.*

Em *Progresso*, definido como "estado" (CIE, 2005), foi classificado o termo *discreto.*

No sub-conceito *Potencialidade*, definido pelo CIE (2005) como "estado", foi alocado o termo *instável.*

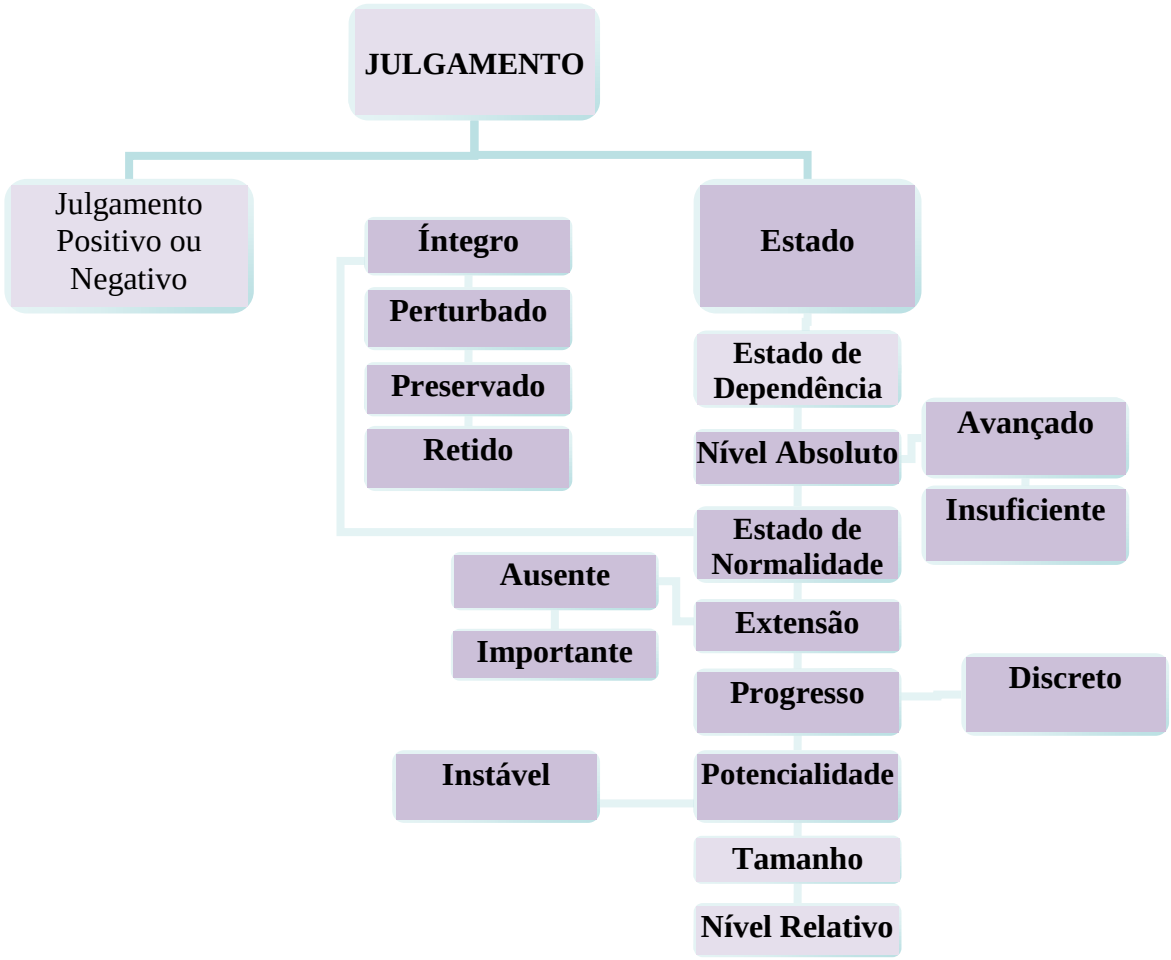

FIGURA 7- Árvore Conceitual do eixo "julgamento"- conceito *julgamento positivo ou negativo*

7 CONCLUSÃO

Considera-se que os objetivos propostos para a realização deste estudo foram alcançados uma vez que as definições de todos os termos classificados nos eixos "foco" e "julgamento" da CIPE®- Versão 1.0 foram validadas pelos enfermeiros especialistas.

Na primeira etapa do processo de validação das definições dos termos, no eixo "foco", 44 atingiram o IC esperado (igual ou maior a 0,80), sendo que 03 atingiram IC igual a 1,0 (*fístula, perfil imunológico, resistência vascular sistêmica*); 28 atingiram IC entre 0,90 e 0,99 (*abstinência alcoólica, agitação psicomotora, alta hospitalar, auto proteção, constipação, deglutição, desconforto, desmame ventilatório, disfunção vascular, estado emocional, fluxo sanguíneo, hidratação, higiene, integridade cutânea, integridade física, intoxicação exógena, meio ambiente, mobilidade física, mucosa, oxigenação, percepção sensorial, perfil sanguíneo, perfusão tissular, pressão venosa central, saúde dental, segurança, segurança física, sexualidade*) e 13 atingiram o IC entre 0,80 e 0,88 (*alimentação, atividade física, atividade psicomotora, auto extermínio, cuidado, desobstrução, disfunção neurovascular, hipertensão intracraniana, lazer, gregária, prática religiosa, recreação, trauma cirúrgico*). Para o eixo "julgamento", todos os 19 termos tiveram suas definições validadas: 16 alcançaram IC entre 0,90 e 0,99 (*alterado, avançado, difícil, discreto, eficaz, limitado, piora, importante, ineficaz, instável, insuficiente, íntegro, prejudicado, preservado, residual, retido*) e 03, entre 0,80 e 0,89 (*ausente, ideal, perturbado*).

Na segunda etapa do processo de validação, os 04 termos que atingiram IC inferior a 0,80 na primeira etapa e cujas definições foram re-elaboradas, alcançaram o IC esperado: 02 atingiram IC igual a 1,0 (*auto realização, barreira ambiental);* 01 atingiu o IC igual a 0,94 (*barreira econômica*) e 01 obteve o IC de 0,89 (*proteção*).

Bem como em outros estudos desta natureza, durante a realização do presente estudo também foram encontradas algumas dificuldades. A primeira delas diz respeito à definição

dos termos, na medida em que vários dicionários técnicos e da língua portuguesa foram consultados, assim como livros-texto específicos de enfermagem e de outras áreas da saúde. Em algumas obras consultadas, não constavam os termos em que se procurava pela definição; em outras, a definição existente não se aplicava à realidade dos profissionais de uma UTI, sendo necessário adequar a definição à prática clínica, obedecendo aos critérios exigidos pela definição terminológica. Dificuldade maior foi encontrada ao se definirem os termos pertencentes ao eixo "julgamento". Como eles devem exprimir uma qualidade ou grau de funcionalidade de fenômenos, ao serem descritos isoladamente, não apresentavam os significados encontrados na literatura.

Outra dificuldade encontrada diz respeito à adesão de enfermeiros especialistas em aceitarem participar do estudo. Precisávamos de, no mínimo, 50 especialistas que preenchessem os critérios de inclusão estabelecidos. Houve uma demora acentuada no retorno do questionário, além de um número pequeno, no nosso entender, de participantes respondentes. Além de tudo, alguns enfermeiros que acessaram o questionário não o responderam totalmente, deixando de assinalar o grau de concordância em relação a algumas definições elaboradas. Foi necessário encaminhar alguns lembretes para que estes respondessem a todo o questionário e para aqueles que não haviam acessado o instrumento, fazê-lo. Além de e-mails, foram realizadas ligações para alguns participantes e solicitado a alguns enfermeiros que tentassem sensibilizar os colegas sobre a importância do estudo. Esse fato representou atrasos, pois não havia como passar para a segunda etapa sem um número de participantes esperado.

Na segunda etapa de validação, na qual as definições dos termos que não atingiram o IC desejado foram re-elaboradas, a dificuldade foi, também, grande no preenchimento e devolução do questionário por parte de muitos enfermeiros especialistas e a demora em acessar o questionário via web.

Percebe-se, diante do exposto, a necessidade de sensibilizar os enfermeiros, principalmente aqueles envolvidos na assistência direta ao paciente, com pouca experiência com projetos de pesquisa, sobre a importância na participação de cada profissional na construção de uma classificação abrangente e que represente o vocabulário de enfermagem de várias regiões.

Por sua vez, encontraram-se, também, dificuldades durante a construção da Árvore Conceitual dos termos por verificar-se uma ausência de definições coerentes e claras para os termos; a presença de definições circulares; a ausência de uma explicação, por parte do ICN, sobre como se deu o processo de construção da árvore, dentre outras.

Estudos sobre a validação de termos utilizados por enfermeiros intensivistas e sua distribuição em cada conceito e sub-conceito da árvore terminológica dos sete eixos da CIPE® são recomendados.

Sugere-se, por parte do Comitê Revisor da CIPE®, revisão dos conceitos presentes na árvore taxonômica da CIPE®, pois, muitas vezes, os mesmos encontram-se confusos, não há coerência lógica entre os termos ESTADO, ENTIDADE e PROCESSO do eixo "foco" e entre os termos ESTADO e JULGAMENTO POSITIVO E NEGATIVO do eixo "julgamento".

Espera-se, com os resultados deste estudo, contribuir para a construção de catálogos da CIPE® em Terapia Intensiva. Acredita-se que, com o uso da CIPE® na prática profissional, os enfermeiros estarão mais motivados para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, pois o uso de termos próprios na elaboração de diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados possibilitarão uma maior visibilidade dos elementos da prática de enfermagem.

Ao finalizar este estudo, fica um sentimento de grande satisfação pessoal e profissional em colaborar para a construção de uma classificação que possa representar a

enfermagem em nível mundial e a admiração pelos profissionais que se dedicam a esse difícil trabalho de construção de classificações.

8 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.C. ***Termos da linguagem especial de enfermagem identificados em registros de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal***. 2007. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, 2007.

ALBUQUERQUE , C. C. *at al*. Termos da Linguagem de enfermagem identificados em registros de uma UTI neonatal. ***Revista Eletrônica de Enfermagem***, v.6, n.0, p.1-8, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/630/148.htm.>. Acesso em: 15 jan. 2008.

ALFARO-LEFEVRE, R. ***Aplicação do processo de Enfermagem***: promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre: Artmed, 2005. 283 p.

ANDERSON, K. N.; ANDERSON, L. E. ***Mosby dicionário de Enfermagem***. São Paulo: Roca, 2001.

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.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. ***Fundamentos de Enfermagem*:** introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 618 p.

ÁVILA, H. A.; SANTOS, M. P. S. A utilização de cenários na formulação e análise de políticas para o setor público. ***Revista de Administração Pública,*** Rio de Janeiro, v.22, n.4, p. 1733, 1988.

BAERNHOLDT, M.; LANG, N. M. Why an ICNP? Links among quality, information and policy. ***International Nursing Review***, Geneve, v.50, n. 2, p.73-78, 2003.

BATISTA, C. G. Concordância e fidedignidade na observação. ***Psicologia***, v.3, n.2, p.39-49, 1977.

BATISTA, C. G.; MATOS, M. A. O acordo entre observadores em situação de registro cursivo: definições e medidas. ***Psicologia***, v.10, n.3, p.57-69, 1984.

BENEDET, S. A.; BUB, B. C. ***Manual de diagnóstico de Enfermagem***: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação de diagnóstico da NANDA. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001.

BEVILACQUA, C. R.; FINATTO, M. J. B. Lexicografia e terminologia: alguns contrapontos fundamentais. ***Alfa***, São Paulo, v.50, n.2, p.43-54, 2006.

BEYERS, M.; DUDA, S. ***Enfermagem médico-cirúrgica***: *tratado de prática clínica*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BITTENCOURT, G. K. G. D. *et al*. T. R. Fenômenos identificados nos registros de enfermagem da clínica médica de um hospital de ensino. ***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. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2006.

BLEGEN, M. A.; REIMER, T. T. Implications of Nursing Taxonomies for Middle-Range Theory Development. ***Advances in Nursing Science***., Germantown, v.19, n. 3, p.37-49, 1997.

BOWLING, A. ***Research methods in health***: investigating health and health services. Philadephia: Open University Press, 1997.

BULECHECK, G. M.; McCLOSKEY, J. C. ***Nursing interventions***: essential nursing treatments. 2. ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1992.

BURNS, N.; GROVE, S. K. ***The practice of nursing research***: conduct, critique e utilization. 4. ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 2001.

CABRÉ, M. T. Theories of terminology: their description, prescription and explanation. . ***Terminology***, v. 9, n. 2, p.163-199, 2003.

CABRÉ, M. T. La terminologia, uma disciplina em evolución: pasado, presente y algunos elementos de futuro. ***Revista Debate Terminológico***, n.1. março de 2005. Disponível em:<http://www.riterm.net/revista/n_1/index.htm>. Acesso em: 25 mar. 2008.

CABRÉ, M. T. La terminología hoy: concepciones, tendencias y aplicaciones. ***Ciência da Informação,*** Brasília, v. 24, n. 3, p.289-98, 1995.

CAMIÁ, *et al*. Nursing phenomena identified in family planning visits with ICNP- Beta version 2. ***Revista Latino Americana de Enfermagem***, Ribeirão Preto, v.14, n.5, p. 674-681, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/rlae>. Acesso em: 25 mar. 2008.

CERQUEIRA, G. ***Pesquisa por e-mail*:** como garantir o mínimo de risco e o máximo de sucesso? Disponível em: <http://www.baguete.com.br/artigosDetalhes .php?id= 646>. Acesso em: 09 fev. 2009.

CHARTERS, K. G. Nursing Informatics, Outcomes, and Quality Improvement. ***AACN Clinical Issues***, [S.1.], v. 14, n. 3, p.282-294, 2003. Disponível em: <www.aacn.org/pdfLibra.NSF/Files/CI1431Final/$file/ci140307.pdf> Acesso em: 13 mar.2007.

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. Os sistemas de classificação dos elementos da prática na pesquisa em enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 7., 2004, Belo Horizonte. ***Anais...*** Belo Horizonte, 2004. p. 98-105.

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. 168p.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. ***Classificação internacional para a prática de Enfermagem versão Beta 2 –*** CIPE. São Paulo, 2003. 302p.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. ***Classificação internacional para a prática de Enfermagem*:** CIPE® – versão 1. Trad. Hermínia Maria C. Castro. Genebra, 2005. 210p.

CRAVEN, R. F.; HIRNLE, C. J. ***Fundamentals of nursing:*** human health and function. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, , 2006.

CROSSETTI, M. G. O. *et al.* ***Introduzindo o processo diagnóstico como registro no cuidado da Enfermagem em um hospital universitário.*** Porto Alegre, 1999. 17f. (Projeto de pesquisa)

- Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

CUBAS, M. R. *et al.*; Validação da nomenclatura disgnóstica de enfermagem direcionada ao pré-natal- Base CIPESC® em Curitiba- PR. ***Revista da Escola de Enfermagem da USP***, São Paulo, v.41, n.3, p.363-370, 2007.

DOBSON, P.; CAPE, B. F. Guía- ***Diccionario del auxiliar sanitario y de la enfermera.*** Barcelona: Elicien, 1977. 531p.

DORLAND, A. M. ***Dicionário médico ilustrado Dorland*****.** 28.ed. São Paulo: Manole, 1999. 2217 p.

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.

FERREIRA, A. B. H. ***Novo Aurélio Século XXI*****:** o dicionário da língua portuguesa. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnose. ***Heart Lung***, Saint Louis, v. 16, n. 6, p.625-629, 1987.

FINATTO, M. J. C. O papel da definição de termos técnico-científicos. ***Revista da ABRALIN***, João Pessoa, v.1, n. 1, p.73-97, 2002.

FINATTO, M.J.C. Corpora para reconhecimento de terminologias e de linguagens técnico-científicas: o desafio da integração de base de dados. Estudos Lingüísticos. v.35, n.1, p.146-155, 2006.

FURTADO, L. G.; NÓBREGA, M. M. L. Construção de banco de termos identificados em registros de enfermagem utilizando a CIPE. ***Revista Eletrônica de Enfermagem***, Goiânia, v.9, n.3, p.630-655, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/ v9/n3/v9n3a06.htm>. Acesso em: 20 dez. 2008

FURUKAWA, C. Y.; HOVE, J. K. Virginia Henderson. In: George, J.G. ***Teorias de enfermagem***: dos fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 375p.

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: SANTOS, L. ***Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar***: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu, 2004. p.37-63.

GARCIA, T. R. *et al*. Ações de enfermagem identificadas na linguagem dos componentes da equipe de enfermagem da clínica médica de um hospital-escola. ***Revista Rene***, Fortaleza, v.5, n.2, p.41-48, jul./dez. 2004.

GARCIA, T. R. *et al*. 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. *et al*. Definições teóricas dos termos atribuídos a fenômenos de enfermagem identificados em prontuários clínicos de um hospital escola. ***Online Brazilian Journal of Nursing***, Rio de Janeiro, v.6, 2007. Disponível em: <www.uff.br/objnursing/viewarticle.php¿id=858&layout=htm>. Acesso em: 28/ 02/ 2007.

GARCIA, T. R. *et al*. Nursing process: application to the professional practice**.** ***Online Brazilian Journal of Nursing,*** Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm>. Acesso em: 25 abr. 2007.

GEYER, N. *et al.* Contributing to the ICNP: validating the term 'informal settlement'. ***International Nursing Review***, Geneve, v.52, n. 4, p.286-293, 2005.

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

GOODMAN, C. M. The Delphi technique: a critique. ***Journal of Advanced Nursing***, Oxford, v. 12, n. 5, p.729-734, 1987.

GORDON, M. ***Nursing diagnosis***: process and application. 3. ed. St Louis: Mosby, 1994.

GRAEML, A. R.; CSILLAG, J. M. E-Mail Survey com Formulário Anexado: Uma Alternativa para Coleta de Dados Off-Line pela Internet. ***Organizações em Contexto***, São Paulo, v. 4, n.7., p.35-58, jun. 2008.

GROVE, S. K. ***The practice of nursing research*****:** conduct, critique e utilization. 4. ed. Philadelphia: Saunders, 2001.

GUTIÉRREZ, M. G. R.; SOUZA, M. F. Intervenções de enfermagem: desatando nós conceituais. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. (Org.). ***Sistemas de classificação da***

prática de enfermagem: um trabalho coletivo. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem, Idéia, 2000.

HENRY, S. B. A comparison of Nursing Intervention Classification in HIV disease. In: GRESNES, R. A.; PETERSON, H.; PROTTI, D., editors. ***Proceedings of MedInfo95***. Amsterdã: North-Holland, 1995.

HENRY, S. B. *et al.* Comparison of nursing interventions classification and current procedural terminology codes for categorizing nursing activities. ***Image: Journal of Nursing Scholarship,*** Indianapolis**,** v. 29, n. 2, p.133-138, 1997.

HERDMAN, T. H. NANDA News. ***International Journal of Nursing Terminologies and Classifications***, Philadelphia, v.18, n.1, p.30-32, 2007.

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. 375p.

HORTA, W. A. ***Processo de Enfermagem*****.** São Paulo: EPU- Editora da Universidade de São Paulo, 1979. 99p.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONIG – ICF. ***Disability and health***. Geneve: World Health Organization, 2001.299p.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSE - ICN. ***Boletín de la ICNP***, n. 2, dez. 2004. Disponível em: <http://www.icn.ch/icnpbulletin.htm> Acesso em: 20 dez. 2008.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSE - ICN. ***Nursing`s next advance:*** an International Classification System for Nursin Practice **(ICNP).** Geneva: ICN, Headquarters, 1993. 100p.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - ICN. ICN Accredited Centres for ICNP® Research & Development. ***Guidelines for application and re-accreditation***. Disponível em: < www.icn.ch/icnp_centres.htm.> Acesso em: 10 jan. 2009.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION - ISO. ***British standard guide to establishment and development of monolingual thesauri***: 2788. London: BSI, 1986.

JOHNSON, M. *et al.* ***Classificação dos resultados de Enfermagem (NOC)***. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 639p.

JOHNSON, M. *et al*. ***Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem***: ligações entre NANDA, NOC E NIC. Porto Alegre: Artmed, 2005. 506p.

KNOBEL, E. ***Condutas no paciente grave*.** 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 2v. 751p.

KRIEGER, M. G.; FINATTO, M. J. B. ***Introdução à terminologia*** – teoria e prática. São Paulo: Contexto, 2004.

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

LARA, M.L.G. Diferenças conceituais sobre termos e definições e implicações na organização da linguagem documentária. ***Ciência da Informação***, Brasília, v.33, n.2, p.91-96, maio/ago, 2004.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. ***Pesquisa em Enfermagem:*** métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

McCLOSKEY, J. *et al*. Classificação de intervenções de enfermagem (NIC): avaliação e atualização. ***Nursing***, São Paulo, v. 67, p. 34-40, dez. 2003.

McCLOSKEY, J. C.; BULECHEK, G. M. ***Classificação das intervenções de Enfermagem* (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MARIN, H. F. Vocabulário: recurso para construção de base de dados de Enfermagem. ***Acta Paulista de Enfermagem,*** São Paulo, v.13, n.1, p.86-89, 2000.

MARIN, H. F. ***Terminologias em enfermagem***. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/NIEn/AULAS/AULA04_04.pdf> Acesso em: 22 jan 2008.

MOORHEAD, S. *et al*. ***Nursing Outcomes Classification* (NOC).** 4. ed. St. Louis: Mosby, 2007. 832p.

NAKASH, R. A. *et al.* Maximising response to postal questionnaires- A systematic review of randomized trials in health research. ***BMC Medical Research Methodology***, v.6, n.5, 2006. Disponivel em: < http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender. fcgi?artid=1421421>.Acesso em: 25 mar. 2008.

NANDA INTERNATIONAL. ***Nursing diagnoses***: definitions and classification . 2009-2011 edition. Indianópolis: Wiley; 2008. 464p.

NAPOLEÃO, A. A. *et al*. Análise da produção científica sobre a classificação das intervenções de enfermagem (NIC) de 1980 a 2004. ***Revista Latino-Americana de Enfermagem***, Ribeirão Preto, v. 14, n.4, p. 608-613, jul.-ago. 2006.

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

NIGHTINGALE, F. ***Notas sobre enfermagem***: o que é e o que não é. Trad.: Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; Ribeirão Preto: ABEn-CEPEn, 1989.

NOBREGA, M.M.L. ***Equivalência Semântica e análise da utilização na prática dos fenômenos de Enfermagem da CIPE- Versão Alfa.*** 2000. 263f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

NÓBREGA, M. M. L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e Projeto do CIE (entrevista). ***Nursing***, São Paulo, n 51, p.12-14, 2002.

NÓBREGA, M. M. L. *et al*. 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: 10 nov. 2007

NOBREGA, M. M. L. *et al.* Terminologias de Enfermagem: da taxonomia da NANDA à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. ***Revista de Enfermagem da UFPE***, *Recife*, v.2, n.4, p.390-96, 2008.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Sistemas de Classificação das Práticas de Enfermagem e as perspectivas da incorporação da CIPE® no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56., 2004, Gramado – RS. ***Anais eletrônicos...*** Mesa redonda. Porto Alegre: Associação Brasileira de Enfermagem, 2004. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br>. Acesso em: 18 set. 2008.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Terminologias em enfermagem: desenvolvimento e perspectivas de incorporação na prática profissional. In: ALBUQUERQUE, L. M.; CUBAS,

M. R. ***Cipescando em Curitiba***: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba (PR): ABEn, 2005.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. ***Equivalência semântica na classificação de fenômenos de Enfermagem da CIPE.*** João Pessoa: Idéia, 2000.136p.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Classificação Internacional da Prática de Enfermagem- CIPE-CIE: Uma visão geral da Versão Alfa e considerações sobre a construção da versão beta. In: AUTOR. ***A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva- CIPESC.*** Brasília: ABEN,1999. p.08-33. (Série didática: Enfermagem no SUS).

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,*** São Paulo, v.14, n.3, p.44-51, 2001.

OLIVEIRA, N. M. S. ***Diagnóstico de Enfermagem de ansiedade:*** *validação das características definidoras*. 2001. 92 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

OLIVEIRA, Neusa ; CHIANCA, T. C. M. ; RASSOOL, G. Hussein . A Validation Study of the Nursing Diagnosis Anxiety in Brazil. ***International Journal of Nursing Terminologies and Classifications***, v. 19, p. 102-110, 2008.

ORDEN DOS ENFERMEIROS. ***ICN disponibiliza versão 1.1 da CIPE®.*** Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=29&news=751#article751>. Acesso em: 15 jan. 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ***Desarrollo de sistemas normalizados de información de Enfermería***. Washington: OPS, 2001. 160p.

PAVEL, S.; NOLET, D. ***Manual de terminologia***. Canada: Public Works and Government Services, 2001.

PENNA, R. B. ***Representações Sociais dos Pacientes Cirúrgicos*****:** uma reflexão sobre o medo da cirurgia. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999.

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

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. ***Fundamentos de Enfermagem***. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. ***Fundamentos de Enfermagem***. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

REY, A. ***La terminologie***. Noms et notions. Paris: Presses Universitaires de France, 1979. (Que sais-je?)

REY, L. ***Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde***. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

REDES, S; LUNNEY, M. Validation by school nurses of the nursing intervention classification for computer software. ***Computers in Nursing***, Philadelphia, v. 15, n. 6, p. 333-338, Nov./Dec. 1997.

ROCHA et al. A utilização de questionário estruturado para coleta de dados- considerações operacionais. ***Nursing,*** São Paulo, v. 15, p.30-34, ago.1999.

RUESCAS, J. ***Grande Compêndio de Enfermagem***. São Paulo: Sivadi Editorial, 1998.

SOKAL, R. R. Classification: purposes, principles, progress, prospects. ***Science***, Washington, v.185, n.4157, p.1115-1123, 1974.

SOUZA et al. Reconhecimento dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: uma contribuição. ***REME. Revista Mineira de Enfermagem***, Belo Horizonte, v. 11, p. 51-61, 2007

STANTON, M. *et al*. 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. p.24-37.

STEDMAN dicionário médico. 27. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

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

TANURE, M. C. *et al*. Validação dos instrumentos de coleta de dados de enfermagem em unidade de tratamento intensivo de adultos. ***REME. Revista Mineira de Enfermagem***, Belo Horizonte, 2008. (No Prelo)

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. ***Sistematização da assistência de Enfermagem***: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.168p.

TAYLOR, H. Does internet research work? ***Journal of the Marketing Research Society***, London, v.42, n. 1, p. 51-63, 1999.

TRIGUEIRO, E. V. *et al*. Definições teóricas de termos atribuídos a fenômenos de enfermagem identificados em prontuários clínicos de um hospital escola. ***Online Brazilian Journal of Nursing***, Rio de Janeiro, v.6, n.0, p.1-12, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/ viewarticle.php?id=858&layout=html>. Acesso em: 25 mar. 2007.

VIRGINIO, N. A.; NOBREGA,M. M. L. Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados. ***Revista Brasileira de Enfermagem***, Brasília, v.57, n.1, p.53-56, jan./fev. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***International classification of functioning, disability and health***. Geneva, 2001.

WALTZ, C.F. *et al*. ***Measurent in Nursing Research***. 2. ed. Philadelphia: F.A. Davis, 1991. p.27-59

WOSTER, E. ***Introducción a La teoria general de la terminologia y a la lexicografia terminológica***. Trad.Anne-Céceli Nokerman. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 1998.

APÊNDICE A - Carta convite aos enfermeiros

Prezado (a) enfermeiro (a),

Estamos desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado "Definição e Validação dos Termos Atribuídos aos Fenômenos e Ações de Enfermagem em Terapia Intensiva", para obtenção do título de mestre junto à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (U.F.M.G.), cujo objetivo é validar as definições elaboradas para os termos utilizados por enfermeiros intensivistas, não constantes na CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) -VERSÃO 1.0 e identificados nos prontuários de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital filantrópico de Belo Horizonte.

Vimos, assim, por meio desta, convidá-lo (a) a participar da pesquisa.

Primeiramente será encaminhado a cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual conterá informações adicionais sobre o projeto e a concordância de cada participante em colaborar com o mesmo.

Posteriormente, um instrumento específico será enviado e conterá, além de informações sobre o seu preenchimento, os termos pertencentes a dois (dos sete) eixos da referida classificação, "Foco" e "Julgamento", não constantes na CIPE-Versão1 e suas respectivas definições. Uma escala tipo Likert será utilizada, na qual deverá ser marcado seu grau de concordância em relação à definição elaborada para cada termo.

Este instrumento será encaminhado em dois momentos distintos: no primeiro serão encaminhados para validação os termos pertencentes ao eixo "Foco" e, no segundo momento, os termos pertencentes ao eixo "Julgamento".

Todo o material necessário para a realização do estudo será encaminhado aos participantes via Web.

Gostaríamos de contar com a sua participação, a qual será de suma importância.

Desde já agradecemos,

Pesquisadora Responsável	Pesquisadora
Tânia Couto Machado Chianca-	Tatiana Bedran
COREN 16784-MG	COREN 101055 – MG
Telefone de contato: 31 34099887/87638783	Telefone de contato: 31 32277451/99185566
tchianca@enf.ufmg.br	tbedran@uai.com.br

APÊNDICE B - Tela inicial do questionário

Ano 2008

Questionário de Definição e Validação dos Termos Atribuídos aos Fenômenos de Enfermagem em Terapia Intensiva

O objetivo deste trabalho é validar definições elaboradas para os termos utilizados por enfermeiros intensivistas, não constantes na CIPE® -VERSÃO 1.0 (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) e identificados nos prontuários de pacientes internados em uma U.T.I. de um hospital filantrópico de Belo Horizonte. A identificação dos termos foi realizada em projeto de pesquisa anterior já concluído.

COEP UFMG- Av.Antônio Carlos, 6627- Campus UFMG. Unidade Administrativa II
2º andar sala 2005. CEP: 31270-901. Belo Horizonte, M.G. Tel: 3499-4592

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com a Resolução 0196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,

Enfermeiro (a), COREN (Estado)

COREN (Número)

tendo sido convidado(a) a participar voluntariamente do estudo intitulado " Definição e validação dos termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem em terapia intensiva ", recebi informações que me fizeram entender sem dificuldades os seguintes aspectos:
- Que o objetivo geral do estudo é "Validar as definições para os termos utilizados pelos enfermeiros intensivistas, não constantes na CIPE-VERSÃO1". Estes termos foram identificados nos registros nos prontuários dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva de um hospital filantrópico de Belo Horizonte;
- Que a justificativa deste estudo é a necessidade de padronizar o vocabulário utilizado na prática pelos enfermeiros intensivistas, colaborando na construção de um catálogo de termos para a especialidade. O estudo também fornecerá subsídios para a produção de pesquisas e ajudará no monitoramento da qualidade do cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem;
- Que eu participarei da pesquisa e os desconfortos que poderei sentir com a minha participação podem estar relacionados ao tempo e energia que dispensarei para preencher o formulário que me for apresentado;
- Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são inexistentes;
- Que deverei contar com a seguinte assistência: o pesquisador deverá oferecer liberdade em relação à data, horário e local a ser realizada a atividade que cabe a mim, de acordo com minhas possibilidades em relação à disponibilidade de tempo e disposição física e mental. Deverá, também, prestar os esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que vierem a surgir;
- Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente, são a possibilidade de conhecer termos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a possibilidade de introdução destes termos e conceitos em minha realidade visando o incremento do cuidado aos pacientes em terapia intensiva, o retorno sobre os resultados da pesquisa, favorecendo minha prática e a visão de novas possibilidades de pesquisa na área;
- Que a qualquer momento do estudo poderei recusar a continuar participando e poderei retirar meu nome, e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à

minha privacidade, além de que se faça valer a legislação em caso de dano;

- Que as pesquisadoras têm o compromisso de proporcionar informações atualizadas durante o estudo;

- Que não existem custos para participação do estudo e que se deve fazer valer a legislação em relação a indenizações e outras penalidades por quaisquer despesas que venha a ter com a minha participação no mesmo e, também, por todos os danos que venha a sofrer, sendo que me foi assegurada total isenção de custos para a participação;

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação neste estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que podem decorrer de minha participação, concordo em dele participar, além de autorizar o registro das informações fornecidas por mim, para ser utilizada integralmente ou em partes, neste ou em outros estudos sobre esta temática, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data.

As pesquisadoras têm meu consentimento, sem que para isso eu tenha sido forçado(a) ou obrigado(a).

Concordo com os termos descritos.

(Marque apenas uma opção.)

Sim

Não

Pesquisadora Responsável
Tânia Couto Machado Chianca
COREN 16784-MG
Telefone de contato: 31 32489887 / 87638783
tchianca@enf.ufmg.br
Pesquisadora
Tatiana Bedran
COREN 101055 - MG
Telefone de contato: 31 32277451 / 99185566
tbedran@uai.com.br

APÊNDICE D - Tela de acesso ao questionário

Definição e Validação dos Termos Atribuídos aos Fenômenos de Enfermagem em Terapia Intensiva

Ano 2008

Prezado(a) enfermeiro (a),

Para responder ao instrumento, você deverá assinalar sua opinião quanto à pertinência da definição elaborada para cada termo.

Caso tenha alguma sugestão de acréscimo ou modificação, por favor, escreva-a no ítem "Sugestões" correspondente àquele termo em questão.

As definições que não alcançarem a concordância esperada serão re-elaboradas e re-apresentadas para você em um segundo momento, pois estaremos utilizando uma técnica de pesquisa denominada "Delphi" para a validação das definições elaboradas.

Agradecemos sua valiosa contribuição e atenção e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Clique no botão abaixo para responder o questionário.

Iniciar

desenvolvido no LCC - CENAPAD

Definição e Validação dos Termos Atribuídos aos Fenômenos de Enfermagem em Terapia Intensiva

APÊNDICE E - Dados de identificação dos participantes

Identificação

Data de nascimento:

Endereço residencial:

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

CEP

Cidade

Graduação em Enfermagem

Ano de conclusão:

Instituição:

Curso pós-graduação

(Marque todas as que se aplicam.)

1. ☐ Especialização
2. ☐ Mestrado
3. ☐ Doutorado
4. ☐ Livre docência
5. ☐ Pós-doutorado

Especificar Tema (monografia/dissertação/outros):	

Área de atuação profissional:

(Marque todas as que se aplicam.)

1. ☐ Ensino
2. ☐ Pesquisa
3. ☐ Assistência
4. ☐ Outros

Especifique.	

Possui conhecimento sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)?

(Marque apenas uma opção.)

1. ○ Sim
2. ○ Não

Se sim, qual o nível?

(Marque apenas uma opção.)

1. ○ Muito
2. ○ Médio
3. ○ Pouco

Já realizou trabalho de pesquisa abordando algum dos seguintes temas abaixo?

(Marque todas as que se aplicam.)

1. ☐ Cuidados em terapia intensiva
2. ☐ Terminologia
3. ☐ Processo ou classificações de enfermagem

Se sim,qual o título do trabalho?	

APÊNDICE F - Exemplo da tela do questionário contendo o termo, sua definição e opções para assinalar o grau de concordância para a definição apresentada.

EIXO FOCO
Questões 1 a 10

	1- Abstinência Alcoólica Conjunto de sinais e sintomas observados em indivíduos que interrompem o consumo de álcool após longo e intenso uso, caracterizada por tremores, sudorese, taquicardia, ansiedade e irritabilidade. Nas formas mais graves, o indivíduo pode apresentar confusão mental, alucinações e convulsões.	Muitíssimo pertinente	Muito pertinente	Pertinente	Pouco pertinente	Nada pertinente

	Sugestões	

Anterior | Salvar | Continuar

Finalizar

ANEXO A - Parecer do COEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 693/07

Interessado(a): Profa. Tânia Couto Machado Chianca
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 24 de março de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Definição e validação dos termos atribuídos aos fenômenos e ações de enfermagem em terapia intensiva"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Av. Pres. Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005 – Cep31270-901 – BH-MG
Telefax: (031) 3409-4592 - e-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B – Solicitação de Autorização Institucional

HOSPITAL EVANGÉLICO
DE BELO HORIZONTE

Associação Evangélica Beneficente de MG

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Belo Horizonte, 07 de março de 2008.

Ilmº Sr. Presidente da Associação Evangélica Beneficente de Minas Gerais

Venho, por meio desta, solicitar a V.S. autorização para utilizar os dados gerados na pesquisa intitulada "SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO" (título provisório), autorizado por V.S. e que utilizou os instrumentos de Investigação Evolução de Enfermagem dos pacientes internados no CTI desta instituição, de Janeiro a Julho de 2006.

Estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado "DEFINIÇÃO E VALIDAÇÃO DOS TERMOS ATRIBUÍDOS AOS FENÔMENOS E AÇÕES DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA" que faz parte de meu CURSO DE MESTRADO NA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (EEUFMG) e cujo objetivo é a validação, junto a especialistas, dos termos de enfermagem identificados nos prontuários dos pacientes internados na UTI deste hospital.

Sendo assim, o objetivo da utilização dos dados gerados na primeira pesquisa é a construção da definição dos termos encontrados e sua validação.

Esse estudo visa subsidiar a construção de um software que auxilie na sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na área da Tratamento Intensivo e contribuir na construção da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A SAE torna-se necessária para que possam ser geradas informações que

ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE DE MINAS GERAIS
Rua Dr. Alípio Goulart, 25 Bairro Serra – Belo Horizonte/MG – CEP 30220-330
Tels: (31) 2138-8300 – FAX : (31) 3227-2689 -- e-mail: secretaria@aebmg.org.br

HOSPITAL EVANGÉLICO
DE BELO HORIZONTE

Associação Evangélica Beneficente de MG

ajudem a estabelecer padrões de cuidados, favorecer a melhoria na qualidade da assistência de enfermagem através do registro das ações realizadas e na obtenção de indicadores de saúde.

Ressalto que realizarei o levantamento dos dados diretamente do estudo realizado no CTI deste hospital.

Os resultados serão divulgados na forma de dissertação de mestrado, artigos e publicação em simpósios, congressos e periódicos.

Atenciosamente,

Tatiana Bedran (Mestranda)

Dra. Tânia Couto Machado Chianca (Orientadora)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Euler Borja, presidente da Associação Evangélica Beneficente de Minas Gerais, autorizo a utilização dos dados gerados na pesquisa "SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO" (título provisório) nesta instituição no projeto de pesquisa intitulado "DEFINIÇÃO E VALIDAÇÃO DOS TERMOS ATRIBUÍDOS AOS FENÔMENOS E AÇÕES DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA". Afirmo que fui devidamente orientado sobre as finalidades e objetivos do estudo, bem como da utilização dos dados para fins científicos e sua divulgação posterior.

ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE DE MINAS GERAIS
Rua Dr. Alípio Goulart, 25 Bairro Serra – Belo Horizonte/MG – CEP 30220-330
Tels: (31) 2138-8300 – FAX : (31) 3227-2689 – e-mail: secretaria@aebmg.org.br