

Danyelle Rodrigues Pelegrino de Souza

**IDENTIFICAÇÃO E VALIDAÇÃO DE TERMOS DE LINGUAGEM
ESPECIAL DE ENFERMAGEM EM REABILITAÇÃO FÍSICA
MOTORA DE PACIENTES ADULTOS**

**Belo Horizonte – MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2012**

Danyelle Rodrigues Pelegrino de Souza

**IDENTIFICAÇÃO E VALIDAÇÃO DE TERMOS DE LINGUAGEM
ESPECIAL DE ENFERMAGEM EM REABILITAÇÃO FÍSICA
MOTORA DE PACIENTES ADULTOS**

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: Prof^a. Dr^a. Tânia Couto Machado Chianca

**Belo Horizonte – MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2012**

Ficha catalográfica

S729i

Souza, Danyelle Rodrigues Pelegrino de.

Identificação e validação de termos de linguagem especial de enfermagem em reabilitação física motora de pacientes adultos / Danyelle Rodrigues Pelegrino de Souza – 2012.

181 f. : il.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Tânia Couto Machado 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. Classificação. 2. Terminologia. 3. Enfermagem.
4. Reabilitação. 5. Dissertações acadêmicas.

I. Chianca, Tânia Couto Machado (Orient.). II. Título.

NLM: WY15



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

Dissertação intitulada: “**IDENTIFICAÇÃO E VALIDAÇÃO DE TERMOS DE LINGUAGEM ESPECIAL DE ENFERMAGEM EM REABILITAÇÃO FÍSICA MOTORA DE PACIENTES ADULTOS**”, de autoria da mestranda Danyelle Rodrigues Pelegrino de Souza, aprovada pela Banca examinadora, constituída pelos seguintes professores:

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

Dra. Telma Ribeiro Garcia - UFPB

Dra. Anamaria Alves Napoleão – UFSCar

Belo Horizonte, 19 de abril de 2012

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

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à minha mãe, pela oportunidade da vida e por ser fonte de inspiração e de tanta força diante dos momentos difíceis! Obrigada pelo constante incentivo aos estudos desde muito cedo!

Ao Alex, meu amor e companheiro ideal. Obrigada por compreender as minhas ausências durante a caminhada, por tanto auxílio e pelo estímulo constante ao meu crescimento pessoal e profissional.

Ao Victor, meu amado filho, maior surpresa durante a trajetória! Obrigada por dar sentido maior à minha vida e por, já em meu ventre, participar dessa conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu melhor Amigo e Conselheiro, fonte de inspiração, sabedoria e fortaleza nos maiores desafios. Obrigada pela vida, pela oportunidade de evolução espiritual e por todos os dons!

À Prof. Dra. Tânia Couto Machado Chianca, querida mestra, que esteve presente em todos os momentos desta trajetória, compartilhando comigo seus conhecimentos e amizade. Obrigada por me acolher e me compreender sempre!

Ao Enf. Leonardo Tadeu de Andrade, pelo incentivo, disponibilidade e auxílio em todas as etapas deste trabalho. Obrigada pela amizade e confiança!

Às professoras Dra. Telma Ribeiro Garcia e Meire Chucre Tannure. Obrigada pela constante disponibilidade e atenção!

Ao Hospital Sarah de Belo Horizonte, Dr. Paulo, Dr. Antonio Pedro, Enf. Clotilde e Enf. Synara, pelo investimento e autorização em realizar este estudo naquela instituição.

Aos colegas enfermeiros do Hospital Sarah de Belo Horizonte, principalmente aos colegas enfermeiros do Programa de Reabilitação Neurológica Adulto, pelo acolhimento, incentivo e participação neste projeto.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, por me acolher como aluna e a todos os colegas do Mestrado, que direta ou indiretamente participaram dessa trajetória, compartilhando tantos momentos de amizade, alegrias e incertezas!

Ao Prof. Dr. Márcio Luiz Bunte de Carvalho e a Rodrigo Couto Zeferino, do Laboratório de Computação Científica - Centro Nacional de Processamento de Alto Desempenho (LCC CENAPAD), da Universidade Federal de Minas Gerais. Obrigada por tanta paciência, eficiência e competência!

A todos os enfermeiros especialistas que participaram deste trabalho durante a fase de validação dos termos.

*“De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser
interrompidos antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!”*

Fernando Sabino

RESUMO

SOUZA, D.R.P. *Identificação e validação de termos de linguagem especial de enfermagem em reabilitação física motora de pacientes adultos*. 181 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

Utilizar uma linguagem específica contribui para proporcionar uma comunicação eficiente em todas as áreas do conhecimento. A enfermagem utiliza-se de uma linguagem técnica particular denominada linguagem de especialidade. A universalização da linguagem pode ser alcançada através do uso de sistemas de classificação. Porém, desconhece-se a existência de um sistema de classificação específico para a enfermagem em reabilitação física motora, embora o Conselho Internacional de Enfermagem estimule a criação de catálogos CIPE® para as diferentes áreas da enfermagem. O objetivo desse estudo foi contribuir com a construção uma linguagem específica em reabilitação física motora que possa se constituir em um catálogo de referência na CIPE®. Foram pesquisados 1.425 prontuários eletrônicos e identificados termos empregados nos registros de enfermeiros. Os termos foram submetidos a nove fases para o desenvolvimento de uma terminologia específica para a Enfermagem em Reabilitação, sendo elas: extração de termos; exclusão das repetições; normalização dos termos; exclusão de termos relacionados a procedimentos e a diagnósticos médicos; mapeamento cruzado; classificação dos termos não constantes na CIPE® 2.0 segundo os sete eixos; elaboração das definições conceituais dos termos; validação dos termos em relação às definições conceituais e em relação aos eixos e validação das definições reelaboradas pelo cálculo do Índice de Concordância entre especialistas, para os termos não constantes na CIPE® 2.0, tanto em relação a um dos sete eixos da CIPE® quanto em relação às definições. Foram extraídos 827.047 termos que após a exclusão das repetições, normalização de termos, exclusão dos termos relacionados a procedimentos e a diagnósticos médicos e mapeamento cruzado resultaram em 825 termos, sendo 226 termos não inseridos e 599 termos inseridos na CIPE® 2.0. Utilizou-se a técnica Delphi no processo de validação das definições elaboradas para os termos não constantes na CIPE® 2.0 e na alocação dos termos nos eixos da CIPE®. Utilizou-se uma escala tipo Likert, na qual o participante assinalou o grau de pertinência da definição. Validou-se o termo que alcançou o Índice de Concordância (I.C.) igual ou superior a 0,80, tanto em relação à definição quanto em relação ao eixo. A etapa de validação foi realizada em duas fases, pois o termo que não alcançou o I.C. de 0,80 teve sua definição reelaborada de acordo com as sugestões enviadas pelos especialistas e o questionário novamente enviado para validação. Ao final, todos os termos não constantes na CIPE® 2.0 foram validados tanto em relação à definição quanto em relação ao eixo, sendo 47 termos do eixo foco, 15 termos do eixo julgamento, 102 termos do eixo meios, 31 termos do eixo ação, 3 termos do eixo tempo, 25 termos do eixo localização e 3 termos do eixo cliente. Assim, esses termos compuseram um banco de termos de linguagem específica utilizado por enfermeiros na área de reabilitação física motora no Brasil. Sugere-se que o Comitê Revisor da CIPE® forneça orientações específicas sobre a inclusão de novos termos a fim de contribuir com novos estudos na área. Ressalta-se a necessidade de constantes estudos para o desenvolvimento da linguagem de enfermagem por serem fundamentais no ensino, pesquisa e assistência, contribuindo para o desenvolvimento de uma linguagem universalizada para a enfermagem e para a autonomia dos enfermeiros, o que reflete em uma assistência de melhor qualidade ao paciente.

Palavras-chave: Classificação. Terminologia. Enfermagem. Reabilitação.

ABSTRACT

SOUZA, D.R.P. Identification and validation of special nursing language terms in physical motor rehabilitation of adult patients. 181 f. Dissertation (Master's in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

Using a specific language contributes to the provision of efficient communication in all areas of knowledge. Nursing uses a particular language technique called language of the specialty. The standardization of language can be achieved through the use of classification systems. However, it is unknown if a specific classification system exists for physical motor rehabilitation nursing, although the International Council of Nurses encourages the creation of ICNP® catalogs to different areas of nursing. The objective of this study was to contribute to the construction of a specific language in physical motor rehabilitation that would constitute a catalog of reference within ICNP®. We searched electronic medical records and identified 1,425 terms used in the nursing records. The terms were submitted to nine stages for the development of a specific terminology for rehabilitation nursing, as follows: term extraction; eliminating duplications; standardization of terms; exclusion of terms related to medical diagnoses and proceedings; cross-mapping; classification of terms not contained in ICNP® 2.0 according to the seven axes; development of conceptual definitions of terms; validation of the terms in relation to the conceptual definitions; and, validation of the terms in relation to the axes and validation of the definitions rewritten by calculating the index of agreement among experts for terms not contained in the ICNP® 2.0, both in relation to one of the seven axes of the ICNP® and in relation to the definitions. There were 827,047 terms that were extracted after the exclusion of duplicates, the standardization of terms, exclusion of terms related to medical diagnoses and proceedings and the cross-mapping, resulting in 825 terms: 226 terms that were not included in and 599 terms already existing within the ICNP® 2.0. We used the Delphi technique in the validation process of the developed definitions for the terms not contained in the ICNP® 2.0 and allocation of the terms in the ICNP® axes. We used a Likert-type scale, in which the participant indicated the degree of relevance of the definition. We validated that the term had reached the confidence interval (CI) greater than or equal to 0.80, both in relation to the definition as well as in relation to the axis. The validation step was performed in two phases, when the term did not reach the CI of 0.80, its definition was reworked in accordance with the suggestions submitted by experts and a questionnaire was resent for validation. At the end, all terms not contained in the ICNP® 2.0 were validated in relation to the definition and in relation to the axis, with 47 terms of the focus axis, 15 terms of the judgment axis, 102 terms of the means axis, 31 terms of the action axis, 3 terms of the time axis, 25 terms of the location axis, and 3 terms of the client axis. Thus, these terms formed a database terms of specific language used by nurses in the area of physical motor rehabilitation in Brazil. It is suggested that the Review Committee of the ICNP® provide specific guidelines on the inclusion of new terms in order to contribute to further studies in the area. It emphasized the need for constant studies for the development of nursing language to be fundamental in teaching, research and care, contributing to the development of a language universal to nursing care and nurses' autonomy, which is reflected by the best quality patient care.

Keywords: Classification. Terminology. Nursing. Rehabilitation.

RESUMEN

SOUZA, D.R.P. *Identificación y validación de los términos especiales de lenguaje de enfermería en la rehabilitación motora de pacientes adultos*. 181 f. Tesis (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil, 2012.

El uso de un lenguaje específico contribuye a que ocurra una comunicación efectiva en todas las áreas del conocimiento. La enfermería utiliza un lenguaje técnico particular denominado lenguaje de especialidad. Puede lograrse un lenguaje universal mediante el uso de sistemas de clasificación. Sin embargo, se desconoce si la existencia de un sistema de clasificación específico para enfermería en rehabilitación física motora, aunque el Consejo Internacional de Enfermería fomenta la creación de catálogos de la ICNP® para las diferentes áreas de la enfermería. El objetivo de este estudio es contribuir con la construcción de un lenguaje específico en rehabilitación física motora que pudiera constituir un catálogo de referencia en la ICNP®. Se realizaron búsquedas en 1.425 registros médicos electrónicos y se identificaron términos utilizados en los registros de los enfermeros. Los términos fueron sometidos a nueve etapas para el desarrollo de una terminología específica para la Enfermería en Rehabilitación, como sigue: extracción de términos, exclusión de las repeticiones, estandarización de los términos, exclusión de términos relacionados con los diagnósticos y los procedimientos médicos, mapeo cruzado, clasificación de los términos que no figuran en la ICNP® 2.0 de acuerdo con los de siete ejes, el desarrollo de definiciones conceptuales para los términos, validación de los términos en relación a las definiciones de conceptos y en relación a los ejes, y la validación de las definiciones reelaboradas mediante el cálculo del Índice de Concordancia entre los expertos, para los términos que no figuran en la ICNP® 2.0, tanto en relación con uno de los siete ejes de la ICNP® y como en relación con las definiciones. Se extrajeron 827.047 términos que, después de la exclusión de las repeticiones, estandarización de los términos, exclusión de términos relacionados con los diagnósticos y los procedimientos médicos y mapeo cruzado, resultó en 825 términos, siendo 226 términos no incluidos y 599 términos en la ICNP®. Se utilizó la técnica Delphi en el proceso de validación de las definiciones elaboradas para los términos que no figuran en la ICNP® 2.0 y en la asignación de los términos en los ejes de la ICNP®. Se utilizó una escala tipo Likert, en la que el participante señaló el grado de pertinencia de la definición. Se validó el término que alcanzó el Índice de Concordancia (IC) mayor o igual a 0,80, tanto en relación con la definición como en relación con el eje. La etapa de validación se llevó a cabo en dos etapas, ya se volvió a trabajar en la definición de términos que no alcanzaron el IC de 0,80, de acuerdo a las sugerencias presentadas por los expertos y el cuestionario fue otra vez enviado para su validación. Al final, se han validado todos los términos que no figuran en la ICNP® 2.0 tanto en relación a su definición, como en relación al eje, siendo 47 términos del eje de foco, 15 términos del eje de juicio, 102 términos del eje de medio, 31 términos del eje de acción, 3 términos del eje de tiempo, 25 términos del eje de localización y 3 términos del eje de cliente. Por lo tanto, estos términos han compuesto una base de datos de términos de un lenguaje específico utilizado por los enfermeros en el área de la rehabilitación física motora en Brasil. Se sugiere que el Comité de Revisión de la ICNP® ofrezca orientación específica sobre la inclusión de nuevos términos con el fin de contribuir con nuevos estudios en el área. Destacamos la necesidad de estudios constantes para el desarrollo del lenguaje de enfermería ya que estos son fundamentales en la enseñanza, investigación y cuidados, contribuyendo al desarrollo de un lenguaje universal para la enfermería y para la autonomía de los enfermeros, lo que se refleja en mejor calidad de cuidados al paciente.

Palabras-clave: Clasificación. Terminología. Enfermería. Rehabilitación.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo de sete eixos da CIPE® Versão 1.....	35
Figura 2	Fluxograma das etapas percorridas para a coleta e tratamento dos termos utilizados em reabilitação física motora e identificados nos prontuários de pacientes.....	44
Gráfico 1	Distribuição dos termos constantes na CIPE® 2.0 nos sete eixos da Terminologia.....	66
Gráfico 2	Distribuição dos termos não constantes na CIPE® 2.0 nos sete eixos da Terminologia.....	72
Quadro 1	Exemplo do processo de extração de termos.....	46
Quadro 2	Exemplo do processo de exclusão das repetições.....	47
Quadro 3	Termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo foco da CIPE® 2.0.....	58
Quadro 4	Termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo julgamento da CIPE® 2.0.....	61
Quadro 5	Termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo meios da CIPE® 2.0.....	61
Quadro 6	Termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo ação da CIPE® 2.0.....	62
Quadro 7	Termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo tempo da CIPE® 2.0.....	64
Quadro 8	Termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo localização da CIPE® 2.0.....	64
Quadro 9	Termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo cliente da CIPE® 2.0.....	65
Quadro 10	Termos categorizados no eixo foco.....	67
Quadro 11	Termos categorizados no eixo julgamento.....	68
Quadro 12	Termos categorizados no eixo meios.....	68
Quadro 13	Termos categorizados no eixo ação.....	70
Quadro 14	Termos categorizados no eixo tempo.....	70
Quadro 15	Termos categorizados no eixo localização.....	71
Quadro 16	Termos categorizados no eixo cliente.....	71

Quadro 17	Relação dos termos, classificados no eixo foco da CIPE® 2.0, definições elaboradas e IC alcançado, em relação tanto à definição quanto ao eixo.....	73
Quadro 18	Relação dos termos, classificados no eixo julgamento da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado, em relação tanto à definição quanto ao eixo.....	78
Quadro 19	Relação dos termos, classificados no eixo meios da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado, em relação tanto à definição quanto ao eixo.....	80
Quadro 20	Relação dos termos, classificados no eixo ação da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado, em relação tanto à definição quanto ao eixo.....	87
Quadro 21	Relação dos termos, classificados no eixo tempo da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado, em relação tanto à definição quanto ao eixo.....	90
Quadro 22	Relação dos termos, classificados no eixo localização da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado, em relação tanto à definição quanto ao eixo.....	91
Quadro 23	Relação dos termos, classificados no eixo cliente da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado, em relação tanto à definição quanto ao eixo.....	93
Quadro 24	Relação dos termos classificados no eixo foco da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado para cada termo em relação à definição.....	94
Quadro 25	Relação dos termos, classificados no eixo julgamento da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado para cada termo em relação à definição.....	95
Quadro 26	Relação dos termos classificados no eixo meios da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado para cada termo em relação tanto à definição quanto ao eixo, quando necessário.....	96
Quadro 27	Termo classificado no eixo tempo da CIPE® 2.0, a definição elaborada e o IC alcançado para o termo em relação à definição.....	108
Quadro 28	Relação dos termos, classificados no eixo localização da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado para cada termo em relação à definição.....	109
Quadro 29	Relação dos termos, classificados no eixo cliente da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado para cada termo em relação à definição.....	110
Tabela 1	Número de prontuários eletrônicos utilizados na pesquisa terminológica, distribuídos por setor.....	45
Tabela 2	Distribuição dos pacientes internados no ano de 2009, de acordo com a faixa etária.....	55
Tabela 3	Distribuição dos participantes segundo a titulação, área de atuação, trabalhos realizados por linha de pesquisa e conhecimento sobre a CIPE®.....	57

Tabela 4	Total de perdas para cada termo (definições e eixo) classificado no eixo foco da CIPE® 2.0.....	77
Tabela 5	Total de perdas para cada termo (definições e eixo) classificado no eixo julgamento da CIPE® 2.0.....	79
Tabela 6	Total de perdas para cada termo (definições e eixo) classificado no eixo meios da CIPE® 2.0.....	84
Tabela 7	Total de perdas para cada termo (definições e eixo) classificado no eixo ação da CIPE® 2.0	89
Tabela 8	Total de perdas para cada termo (definições e eixo), classificado no eixo tempo da CIPE® 2.0.....	90
Tabela 9	Total de perdas para cada termo (definições e eixo) classificado no eixo localização da CIPE® 2.0.....	92
Tabela 10	Total de perdas para cada termo (definições e eixo) classificado no eixo cliente da CIPE® 2.0.....	93
Tabela 11	Total de perdas para cada termo classificado no eixo foco da CIPE® 2.0.....	95
Tabela 12	Total de perdas para cada termo classificado no eixo julgamento da CIPE® 2.0.....	96
Tabela 13	Total de perdas para cada termo classificado no eixo meios da CIPE® 2.0.....	106
Tabela 14	Total de perdas para o termo classificado no eixo tempo da CIPE® 2.0.....	108
Tabela 15	Total de perdas para cada termo classificado no eixo localização da CIPE® 2.0.....	110
Tabela 16	Total de perdas para cada termo classificado no eixo cliente da CIPE® 2.0.....	111

LISTA DE SIGLAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem

AORN - *Association of PeriOperative Registered Nurses*

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CCC - *Clinical Care Classification*

CENAPAD - Centro Nacional de Processamento de Alto Desempenho

CID – Classificação Internacional das Doenças

CIE - Conselho Internacional de Enfermagem

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIPESC - Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva

CNC - *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness*

COEP - Comitê de Ética em Pesquisa

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COFF - Conselho Federal de Fonoaudiologia

CFN - Conselho Federal de Nutricionistas

CFP - Conselho Federal de Psicologia

DECC - *Data Elements Coordinating Committee*

FCI - Família das Classificações Internacionais

HHCC - *Home Health Care Classification*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Índice de Concordância

ICN – *International Council of Nurses*

LCC - Laboratório de Computação Científica

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

NIC - *Nursing Interventions Classification*

NNN – *NANDA, NIC, NOC*

NOC - *Nursing Interventions Classification*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE – Processo de Enfermagem

PNDS - *Perioperative Nursing Data Set*

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

TCE – Traumatismo Crânio – Encefálico

TGT – Teoria Geral da Terminologia

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRM – Traumatismo Raquimedular

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. OBJETIVOS.....	24
2.1 Objetivos gerais.....	24
2.2 Objetivos específicos.....	24
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	25
3.1 Conceituação do termo <i>terminologia</i>	25
3.2 Taxonomias e sistemas de classificação em enfermagem.....	26
3.3 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.....	31
4. METODOLOGIA.....	39
4.1 Tipo de estudo.....	39
4.2 População e amostra.....	40
4.3 Aspectos éticos envolvidos no estudo.....	42
4.4 Local do estudo.....	42
4.5 Coleta e tratamento dos dados coletados nos prontuários dos pacientes.....	43
4.5.1 Primeira fase: extração de termos.....	45
4.5.2 Segunda fase: exclusão das repetições.....	47
4.5.3 Terceira fase: normalização dos termos.....	48
4.5.4 Quarta fase: exclusão de termos relacionados a procedimentos e a diagnósticos médicos.....	48
4.5.5 Quinta fase: mapeamento cruzado.....	48
4.5.6 Sexta fase: classificação dos termos não constantes na CIPE® 2.0, segundo os sete eixos.....	49
4.5.7 Sétima fase: elaboração das definições conceituais dos termos.....	49
4.5.8 Oitava fase: validação dos termos em relação à definição conceitual e em relação aos eixos.....	50
4.5.9 Nona fase: validação das definições reelaboradas pelo cálculo do índice de concordância.....	53

5. RESULTADOS.....	54
5.1 Características dos pacientes/prontuários pesquisados.....	54
5.2 Características sociodemográficas dos profissionais participantes da pesquisa.....	55
5.3 Resultado do mapeamento cruzado entre os termos identificados e os constantes na CIPE® versão 2.0.....	57
5.4 Classificação dos termos identificados como não constantes na CIPE® versão 2.0 segundo os sete eixos.....	66
5.4.1 Termos categorizados no eixo foco.....	66
5.4.2 Termos categorizados no eixo julgamento.....	67
5.4.3 Termos categorizados no eixo meios.....	68
5.4.4 Termos categorizados no eixo ação.....	69
5.4.5 Termos categorizados no eixo tempo.....	70
5.4.6 Termos categorizados no eixo localização.....	70
5.4.7 Termos categorizados no eixo cliente.....	71
5.5 Primeira etapa do processo de validação das definições elaboradas e da alocação dos termos classificados nos diversos eixos da CIPE® 2.0.....	72
5.6 Segunda etapa do processo de validação das definições elaboradas e da alocação dos termos classificados nos diversos eixos da CIPE® 2.0.....	94
6. DISCUSSÃO.....	112
6.1 Da construção do banco de termos.....	115
6.2 Da reelaboração dos termos.....	117
6.2.1 Definições de termos do eixo foco reelaboradas a partir das sugestões dos especialistas na primeira etapa do processo de validação.....	117
6.2.2 Definição do termo do eixo foco reelaborada a partir das sugestões de especialistas na segunda etapa do processo de validação.....	124
6.2.3 Termos validados e considerados diagnósticos de enfermagem por especialistas.....	125
6.2.4 Definições de termos do eixo julgamento reelaboradas a partir das sugestões dos especialistas na primeira etapa do processo de validação.....	126
6.2.5 Definições de termos do eixo julgamento validadas na segunda etapa do processo de validação.....	127
6.2.6 Definições de termos do eixo meios reelaboradas a partir das sugestões dos especialistas na primeira etapa do processo de validação.....	127

6.2.7 Definições de termos do eixo meios reelaboradas, na segunda etapa do processo de validação, a partir das sugestões dos especialistas.....	130
6.2.8 Termos alocados no eixo meios relacionados a profissionais	137
6.2.9 Definições de termos do eixo ação reelaboradas a partir das sugestões dos especialistas na primeira etapa do processo de validação.....	139
6.2.10 Definições de termos do eixo tempo reelaboradas a partir das sugestões dos especialistas na primeira etapa do processo de validação.....	140
6.2.11 Definição do termo do eixo tempo validada na segunda etapa do processo de validação.....	141
6.2.12 Termos do eixo localização validados pelos especialistas na primeira etapa do processo de validação.....	141
6.2.13 Termos do eixo localização validados pelos especialistas na segunda etapa do processo de validação.....	141
6.2.14 Definições dos termos do eixo cliente validadas pelos especialistas.....	142
7. CONCLUSÕES.....	143
8. REFERÊNCIAS.....	149
9. APÊNDICES	
APÊNDICE A Carta convite.....	162
APÊNDICE B Termo de consentimento livre e esclarecido.....	163
APÊNDICE C Tela de acesso ao questionário.....	164
APÊNDICE D Tela inicial do questionário.....	165
APÊNDICE E Dados de identificação dos participantes.....	166
APÊNDICE F Exemplo da tela do questionário contendo o termo, sua definição e opções para assinalar o grau de concordância para a definição apresentada e eixo alocado.....	169
APÊNDICE G Diagnósticos médicos presentes nos prontuários pesquisados.....	170
APÊNDICE H Termos extraídos dos prontuários e existentes na CIPE® 2.0.....	174
10. ANEXO	
ANEXO A Parecer do COEP.....	181

1. INTRODUÇÃO

No atual contexto econômico, dados e informações são considerados imprescindíveis para a elaboração e avaliação de políticas de saúde, diante da urgência de evidenciar as reais necessidades da população. Indicadores de saúde confiáveis podem ser obtidos desses dados e informações, servindo para maximizar recursos, reduzir custos e favorecer maior controle de qualidade dos serviços prestados à população.

A evolução tecnológica e o crescente aumento das trocas de informações do mundo globalizado em alta velocidade levaram a enfermagem a buscar seu aprimoramento nessa área e a desenvolver estudos de padronização da linguagem, criando maneiras de registrar e documentar o seu fazer, organizando bancos de dados capazes de gerar conhecimento e informação (LUCENA; BARROS, 2005).

Terminologia é a área temática que se ocupa do estudo científico dos conceitos e dos termos utilizados na linguagem em diversas áreas de conhecimento (PAVEL; NOLET, 2002; BITTENCOURT *et al.*, 2005).

A linguagem específica de uma área é aquela utilizada para proporcionar uma comunicação sem ambiguidades em determinada área do conhecimento ou da prática, com base em um vocabulário específico desse campo (PAVEL; NOLET, 2002). Em seu cotidiano, a enfermagem também se utiliza de uma linguagem técnica particular, que tem sido denominada “linguagem de especialidade”.

O prontuário do paciente é considerado o principal veículo de comunicação formal entre os membros da equipe de saúde. É por meio dele que enfermeiros e os demais profissionais podem compartilhar informações e assegurar a continuidade do cuidado. Quando o registro de dados clínicos é realizado de maneira objetiva, clara e completa, garante-se a comunicação formal e eficiente entre os membros da equipe. Isso colabora para a acessibilidade de todos os profissionais envolvidos na assistência às informações dos pacientes, bem como para a continuidade e a qualidade da assistência prestada ao paciente pelos diferentes profissionais de saúde (MARIN, 2000, 2009).

É possível ter uma linguagem acessível e compreensível a todos os profissionais – em especial à equipe de enfermagem – a partir da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (COSTA; OLIVEIRA, 2005).

No Brasil, a Resolução COFEN 358/2009 dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes de saúde públicos ou privados em que ocorra

o cuidado profissional de enfermagem, destacando que a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos, devendo incluir a operacionalização do PE.

O PE, para ser implantado, deve incluir a aplicação de uma teoria de enfermagem (HERMIDA, 2004; HERMIDA; ARAÚJO, 2006), que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como o indivíduo, a família ou a comunidade, respondem aos problemas de saúde ou aos processos vitais, determinando quais aspectos dessas respostas exigem intervenção do enfermeiro (GARCIA; NOBREGA, 2000).

A literatura aponta que o PE é uma forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem, contribuindo para um cuidado mais humanizado, de maior qualidade, além de colaborar para que o profissional de enfermagem alcance maior autonomia profissional (ALFARO-LEFEVRE, 2005; TANNURE *et al.*, 2010).

No Brasil, o PE foi introduzido por Wanda de Aguiar Horta, na segunda metade da década de 1960. Com base em sua teoria, a autora apresentou um modelo de PE que compreendia uma dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência do ser humano (HORTA, 1979).

Atualmente, o PE tem sido aceito pela maioria dos autores como sendo operacionalizado em cinco etapas específicas e inter-relacionadas: investigação; diagnóstico de enfermagem; planejamento; implementação da assistência de enfermagem; e avaliação (ALFARO-LEFEVRE, 2005; TANNURE *et al.*, 2010; NÓBREGA; SILVA, 2008, 2009; Resolução COFEN 358/2009).

Registrar adequadamente os dados obtidos em cada uma das etapas do PE é de fundamental importância pelo fato de esses registros permitirem a geração de dados que podem ser utilizados em pesquisas e na mensuração da qualidade de assistência prestada (TANNURE, 2008) e de respaldar ética e legalmente, o profissional responsável pelo cuidado, evitando o comprometimento da assistência prestada ao paciente, da instituição e da equipe de enfermagem (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

Os elementos inerentes ao PE – diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem – são “input” para o desenvolvimento dos sistemas de classificação, proporcionando a utilização de uma linguagem padronizada pela enfermagem.

Consideram-se os sistemas de classificação como instrumentos de trabalho que podem contribuir para a avaliação crítica da pertinência e relevância da assistência prestada pela enfermagem perante as necessidades de clientela (ANTUNES; CHIANCA, 2002). Além disso, a utilização de sistemas de classificação proporciona uma linguagem comum para

descrever a prática da enfermagem, favorecendo a comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais de saúde (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2003).

É imprescindível a utilização de um sistema de classificação para que ocorra a informatização das etapas da SAE, de modo a viabilizar o PE, a fim de que se possa realizar a captura de dados, para agrupá-los, classificá-los, analisá-los e transformá-los em informações (LIMA; KURCGANT, 2006).

A literatura aponta que existem diversos sistemas de classificação disponíveis e consolidados. Alguns estão relacionados a alguma fase do processo de enfermagem ou a duas ou três. Dentre eles, apontam-se: Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional, Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), Classificação de Cuidados Domiciliares de Saúde (HHCC), Grupo de Dados de Enfermagem Perioperatória (PNDS) e Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®) (CHIANCA, 2004, 2010; NOBREGA; GARCIA, 2005; MARIN, 2009).

Nos últimos cinquenta anos, a enfermagem vem demonstrando maior preocupação com a prática assistencial, impulsionada pelo aumento da produção teórica e das pesquisas na área e pelas mudanças nos paradigmas de saúde, antes baseadas em um modelo curativo e agora priorizando a prevenção e a reabilitação das pessoas.

Apesar da atual mobilização dos profissionais de enfermagem em utilizar os diversos Sistemas de Classificação com o objetivo de padronizar o vocabulário, a universalização da linguagem em enfermagem ainda não foi alcançada, tendo em vista que os vários sistemas de classificação existentes possuem estruturas diferentes e recebem influências culturais diversas (NOBREGA; GARCIA, 2005).

A partir de 1986, com o intuito de suprir a demanda por uma linguagem universal na enfermagem, o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) deu início ao desenvolvimento da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, como tentativa de uniformizar a linguagem para representar a prática de enfermagem em âmbito global, mediante a utilização de termos capazes de reproduzir um universo único de conhecimento (SILVA *et al.*, 2008, 2009).

Desde a concepção da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), em 1989, muitos indivíduos e grupos têm contribuído para seu desenvolvimento. Além disso, a partir da publicação da CIPE® Versão 1.0, o CIE reconheceu a necessidade da

existência de catálogos, que consistem em subconjuntos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para uma área específica da prática, a fim de que esta terminologia seja facilmente utilizada na prática do cuidado, contribuindo para a documentação e sua utilização no cuidado de enfermagem (CIE, 2005).

Apesar de o atual modelo de saúde priorizar a prevenção e a reabilitação das pessoas, ainda não existe um catálogo CIPE® direcionado à assistência de enfermagem em reabilitação, embora seja crescente o número de indivíduos a demandar este cuidado.

É evidente que os avanços científicos e tecnológicos na área da atenção à saúde permitem maior sobrevida aos indivíduos que possuem algum tipo de distúrbio crônico-degenerativo ou que sofreram algum tipo de trauma ou acidente potencialmente letal, como AVE (acidente vascular encefálico), TCE (traumatismo crânio-encefálico) ou TRM (traumatismo raquimedular). Tão importante quanto garantir a sobrevida desses indivíduos, que, na maioria das vezes, adquirem sequelas físicas e cognitivas, é garantir a eles melhor qualidade de vida, sendo este o principal papel da reabilitação.

Leite e Faro (2005) explicam que, na Enfermagem, a reabilitação se insere tanto como um modelo assistencial como uma especialidade. Seu principal objetivo é promover a adaptação do indivíduo com deficiência física a suas novas condições de vida, enfatizando seu caráter preventivo e educativo na abordagem do binômio paciente/cuidador familiar.

Neste contexto, a assistência do enfermeiro reabilitador deve ser direta e estar compromissada com a qualidade, garantindo a assistência nos vários níveis de complexidade, utilizando métodos e terapêuticas específicos (FARO, 2006).

Meu primeiro contato com a Reabilitação Física Motora foi há três anos, quando ingressei como enfermeira em um hospital especializado em Reabilitação Física Motora na cidade de Belo Horizonte. Naquela ocasião, este hospital se encontrava em fase de implantação da SAE e iniciava a utilização da CIPE® como uma terminologia de referência de enfermagem.

Após um curto espaço de tempo utilizando a CIPE®, percebi que, tanto eu quanto a maioria dos enfermeiros da equipe de enfermagem, apresentávamos dificuldades diante da utilização de uma terminologia de referência de enfermagem que não incluía termos específicos utilizados em reabilitação física motora.

Nesta Instituição, já vinha sendo desenvolvido pela equipe de enfermagem o projeto “Construção de uma terminologia específica da CIPE® para a assistência ao paciente em reabilitação física motora”. O convite para participar deste projeto constituiu-se em minha primeira aproximação mais aprofundada com o tema. Assim, envolvi-me com a pesquisa e o

estudo dos termos e conceitos utilizados pelos enfermeiros em reabilitação. Constatei que muitos dos termos que retratam a nossa prática assistencial não estão inseridos na CIPE®, além de não existir uma classificação de enfermagem específica para a enfermagem em reabilitação.

Valorizando o fato de o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) reconhecer a necessidade da existência de catálogos para áreas específicas da prática (CIE, 2005), esta dissertação foi proposta com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de uma terminologia específica para a enfermagem em reabilitação, servindo, conseqüentemente para a criação de um Catálogo CIPE® específico para a área.

Este estudo foi delineado com o propósito de identificar os termos utilizados nos registros de enfermagem de um hospital de reabilitação física motora de Belo Horizonte; identificando quais estão inseridos na CIPE® 2.0 e quais não estão. Além disso, pretendeu-se verificar se os termos não inclusos poderiam ser classificados na CIPE® 2.0, em que eixos e, a partir desta Classificação, propor definições para os termos não inseridos, validar e sugerir ao ICN suas inclusões na CIPE®.

De acordo com Bittencourt *et al.* (2005), o que caracteriza uma ciência é a universalização de sua linguagem. Levando em consideração a necessidade de desenvolver uma linguagem universal e padronizada para comunicar o que é identificado pela enfermagem, suas ações e os resultados esperados, enfermeiras do mundo todo vêm documentando e contribuindo para a elaboração de uma taxonomia única a partir das já existentes (ANTUNES; CHIANCA, 2002).

Pretende-se com este, contribuir para o desenvolvimento de uma linguagem específica para a assistência de enfermagem em reabilitação, colaborando, assim, para evidenciar o trabalho realizado pelas enfermeiras (os) brasileiras (os) nesta área específica e para desenvolver uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), além de participar do desenvolvimento da enfermagem como ciência.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

- Construir, com base nos sete eixos da CIPE® Versão 2.0, um banco de termos da linguagem especial de enfermagem utilizada em reabilitação física motora.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os termos empregados nos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes em reabilitação física motora;
- Mapear os termos identificados nos prontuários com os constantes na CIPE® 2.0;
- Classificar os termos identificados como não constantes na CIPE® 2.0, nos sete eixos de classificação;
- Elaborar definições para os termos identificados como não constantes na CIPE® 2.0;
- Determinar a concordância entre especialistas para os termos não constantes na CIPE® Versão 2.0, em relação tanto a um dos sete eixos da CIPE® quanto às definições.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Conceituação do termo *terminologia*

Entende-se por terminologia a disciplina linguística que tem por objetivo principal estudar cientificamente os conceitos e termos utilizados nas línguas de especialidades (PAVEL; NOLET, 2002; CABRÉ, 1995; KRIEGER; FINATTO, 2004).

A terminologia, compreendida como léxico de saberes técnicos e científicos, é uma prática antiga, já que o conhecimento especializado não é fenômeno atual, embora seu desenvolvimento mais expressivo tenha se dado na segunda metade do século XX. Neste período, devido aos grandes avanços tecnológicos e científicos e à globalização, a terminologia se consolida como instrumental linguístico especializado a serviço de diferentes finalidades científicas, sociais e políticas e como campo de conhecimento. Assim, para que ocorresse uma adequada transferência de tecnologia e um correto estabelecimento de contratos comerciais, passou-se a exigir que os intercâmbios comerciais, científico, tecnológico e cultural se desenvolvessem de forma eficiente, priorizando a linguagem de especialidade das diversas áreas do conhecimento e, portanto, a utilização de terminologias específicas (KRIEGER; FINATTO, 2004).

Preocupados com esse aspecto pragmático da terminologia, alguns estudiosos passaram a desenvolver reflexões sobre os termos, dando origem às Escolas de Terminologia, consideradas clássicas. As três primeiras Escolas de Terminologia foram as de Viena, Praga e Rússia, reconhecidas pelo pioneirismo e pelas relevantes contribuições às bases da disciplina. Nessas Escolas, a valorização da dimensão cognitiva dos termos e o delineamento de diretrizes para a sistematização de métodos de trabalho terminológico, com vistas à padronização dos termos técnicos, são pontos comuns (KRIEGER; FINATTO, 2004).

Neste contexto, destaca-se Eugen Wüster (1898-1977), engenheiro austríaco interessado em ciências da informação, que, a partir de 1930, estabeleceu as bases da terminologia a partir do desenvolvimento da Teoria Geral da Terminologia (TGT), que está registrada em obra póstuma intitulada *Introdução à Teoria Geral da Terminologia e à Lexicografia Terminológica*, publicada originalmente na Alemanha, em 1979, pelo seu discípulo Helmut Felber. Wüster se fundamentou em uma série de estudos sobre termos, contribuindo para o reconhecimento político e disciplinar da terminologia nos âmbitos sociopolítico, acadêmico e científico (CABRÉ, 2005; KRIEGER; FINATTO, 2004).

Atualmente, Cabré (1995) defende que a terminologia possui uma constituição polissêmica e apresenta três noções distintas: como disciplina, em que se ocupa dos termos especializados; como prática, compreendendo um conjunto de diretrizes ou princípios que regem a definição de termos; e como produto gerado pela prática, consistindo em um conjunto de termos de uma determinada especialidade.

Finatto (2002) afirma que a terminologia se ocupa da definição terminológica que “se particulariza por ser o enunciado-texto que dá conta de significados de termos ou de expressões de uma técnica, tecnologia ou ciência”.

Para Lara (2004, p.92):

O trabalho terminológico de definição tem no conceito seu ponto de partida. Segundo as normas terminológicas, o conceito é uma unidade abstrata criada a partir de uma combinação única de características. Os conceitos são representados pelos termos, que são designações verbais. O termo é considerado a unidade mínima da terminologia (ISSO 704; ISSO 1087-1). Mais especificamente, o termo é uma designação que corresponde a um conceito em uma linguagem de especialidade. É um signo lingüístico que difere da palavra, unidade da língua geral, por ser qualificado no interior de um discurso de especialidade. Uma palavra tem propriedades (como em um dicionário de língua), mas tem muitos significados, porquanto são elementos do léxico da língua. Um termo, ao contrário, é uma palavra contextualizada no discurso, tendo conseqüentemente, um referente de interpretação.

Na enfermagem, a maioria das terminologias empregadas na área foi desenvolvida por enfermeiros norte-americanos, sendo posteriormente traduzidas e até modificadas por enfermeiros especialistas de outros países. Historicamente, as principais motivações para o desenvolvimento de terminologias de enfermagem se devem às possibilidades de identificar, nomear e classificar conceitos fundamentais empregados pela enfermagem (COENEN *et al.*, 2001).

Atualmente, a enfermagem dispõe de diversas classificações relacionadas a algumas das fases do processo de enfermagem (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2003; CHIANCA, 2004, 2010; NOBREGA; GARCIA, 2005; MARIN, 2009; NOBREGA *et al.*, 2010), o que é extremamente importante para o reconhecimento da profissão, colaborando para a existência de uma linguagem universal, precisa e objetiva, capaz de garantir continuidade dos cuidados prestados pela enfermagem (NOBREGA *et al.*, 2010).

3.2 Taxonomias e sistemas de classificação em enfermagem

Na área da saúde, ainda é um desafio a construção de um vocabulário que padronize os termos clínicos para uso na prática diária e que atenda aos critérios de validade,

especificidade, recuperação dos dados e facilidade de comunicação e que seja compreensível, fácil de codificar e intuitivo aos profissionais de saúde (MARIN, 2000).

A enfermagem vem demonstrando ao longo dos anos a necessidade de construir um vocabulário próprio, preciso e consensual, estabelecendo a definição e descrição de sua prática profissional e a composição de uma terminologia própria, garantindo seu desenvolvimento como ciência (NÓBREGA *et al.*, 2003; BITTENCOURT, 2006)

A partir da década de 1950, enfermeiros e pesquisadores, principalmente dos Estados Unidos e Canadá, começaram a desenvolver modelos conceituais de enfermagem, identificando conceitos específicos da profissão e gerando o aumento natural da preocupação de classificar a prática de enfermagem (NÓBREGA *et al.*, 2003; CHIANCA, 2010).

Classificar em enfermagem significa desenvolver uma linguagem que descreva os julgamentos clínicos que são de responsabilidade dos enfermeiros (CHIANCA, 2010). Atualmente, observa-se o reconhecimento dos profissionais de enfermagem quanto à necessidade de utilizar sistemas de classificação para coletar, arquivar, investigar, analisar e comunicar informações sobre suas práticas (CHIANCA, 2010).

Taxonomias, ou sistemas de classificação, são conhecimentos estruturados, nos quais os elementos substantivos de uma disciplina ou subdisciplina são organizados em grupos ou classes, de acordo com suas similaridades (BLEGEN; REIMER, 1997). Têm por objetivo organizar termos que tenham os mesmos significados em qualquer parte do mundo, padronizando o vocabulário de enfermagem, facilitando a descrição da prática, determinando comportamentos e colaborando para a compreensão e comunicação das ações profissionais (SANTANA *et al.*, 2008, 2009).

A utilização de classificações de enfermagem favorece a coleta e a síntese de dados de enfermagem, o planejamento, implementação e avaliação do cuidado, mediante a utilização de linguagens uniformizadas, e o agrupamento e a comparação desses dados, para que se possa incluí-los em sistemas de dados de informação em saúde, favorecendo a tomada de decisões (CHIANCA, 2010).

A elaboração de sistemas de classificação da linguagem da enfermagem pressupõe que os profissionais de enfermagem constituem um grupo socioprofissional que utiliza vocabulário técnico particular, denominado “linguagem de especialidade”. A linguagem de especialidade constitui uma modalidade de expressão do agrupamento que inclui conceitos abstratos ou concretos. Espera-se que os termos utilizados no cotidiano, incorporados durante o processo de socialização profissional, adquiram sentido para quem trabalha na área de enfermagem (NOBREGA *et al.*, 2003; GARCIA; NOBREGA, 2009).

As classificações de enfermagem são instrumentos utilizados para melhorar a descrição da prática de enfermagem. A partir da padronização do uso dos termos, os enfermeiros se comunicam de forma mais eficiente no contexto do trabalho que desenvolvem, favorecendo o raciocínio clínico, auxiliando no distanciamento da experiência imediata e proporcionando que o profissional elabore teoricamente a sua prática. Os argumentos favoráveis à utilização das classificações de enfermagem na prática da enfermagem estão relacionados à padronização da linguagem, já que esta é fundamental para a troca de informações entre profissionais, a demonstração do campo de atuação da profissão e, também, segundo Cruz (2008), a utilização de prontuários eletrônicos, indispensável para facilitar a avaliação de processos e resultados de cuidados de enfermagem. Segundo Marin (2009), embora nas instituições brasileiras ainda predomine o registro de dados dos pacientes em prontuários manuais, a utilização de prontuários eletrônicos é de fundamental importância para a recuperação e análise da informação.

A utilização de sistemas de classificação facilita a análise dos padrões da assistência de enfermagem e a utilização dos recursos, gerando informações sobre as tendências das reais necessidades de saúde dos pacientes. Em decorrência facilita a comparação e o intercâmbio de informações sobre as melhores práticas de enfermagem, gerando conhecimentos e evidências e fornecendo dados para possibilitar a realização de pesquisas de qualidade da prática de enfermagem (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2003).

Existem diversos sistemas de classificação de problemas/intervenções/resultados e de termos, em diferentes níveis de utilização e consolidação. Adicionalmente, alguns estão relacionados a alguma fase do processo de enfermagem em particular. Os mais conhecidos são: Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional; Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC); Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC); Classificação de Cuidados Domiciliares de Saúde (HHCC); Grupo de Dados de Enfermagem Perioperatória (PNDS) e Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®) (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2003; CHIANCA, 2004, 2010; NOBREGA; GARCIA, 2005; MARIN, 2009). Os mais conhecidos e utilizados serão descritos a seguir.

O início do desenvolvimento da Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional deu-se a partir de 1973, quando um grupo de enfermeiros norte-americanos, reunidos em Missouri, organizou a primeira Conferência Nacional do Grupo de Classificação de Diagnóstico de Enfermagem (JOHNSON *et al.*, 2009). Atualmente, a NANDA Internacional é uma das Taxonomias mais divulgadas e consolidadas mundialmente.

Até o ano 2000, classificava os diagnósticos de enfermagem ou as condições que necessitavam de cuidados de enfermagem em uma estrutura denominada “Taxonomia I”, monoaxial, constituída por nove categorias, chamadas de “Padrões de Respostas Humanas” (BRAGA; CRUZ, 2003; NOBREGA *et al.*, 2008). Em 2000, foi aprovada a Taxonomia II da NANDA, apresentando, desde então, 13 domínios, 106 classes e 155 diagnósticos (NANDA, 2001). Por ser multiaxial e agora constituída de sete eixos, é mais flexível e facilita a inclusão de novos diagnósticos (BRAGA; CRUZ, 2003). A NANDA foi traduzida para vários idiomas e é utilizada em mais de vinte países. Em 2002, teve o nome alterado para NANDA International, a fim de melhor refletir a participação dos diversos países. A cada dois anos é publicado um livro com a classificação e suas atualizações (JOHNSON *et al.*, 2009).

Segundo Dochterman e Bulechek (2004), as pesquisas para o desenvolvimento de um vocabulário e de uma classificação das intervenções de enfermagem iniciaram-se em 1987, na Universidade de Iowa, sendo a equipe de pesquisadores liderada pelas referidas autoras, culminando na publicação da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). A NIC define intervenção de enfermagem como “qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/ciente” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2004). De acordo com Johnson *et al.* (2009), “diferentemente de um diagnóstico de enfermagem ou resultado do paciente, nos quais este é o foco da preocupação, o foco das intervenções de enfermagem é o comportamento do enfermeiro, as atitudes que os enfermeiros tomam para ajudar o paciente a caminhar na direção de um resultado desejado”.

NIC é útil por si só e pode ser utilizada associada a outras classificações, pois intervenções documentadas foram elaboradas e também ligadas aos diagnósticos de enfermagem da NANDA, aos problemas do Sistema Omaha e aos resultados da Nursing Outcomes Classification (NOC), além de ser reconhecida pela American Nurses Association (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2004).

A fim de completar uma documentação clínica de enfermagem, Dochterman e Bulechek (2004) relatam que os pesquisadores da área perceberam que, além dos diagnósticos e das intervenções, era necessária uma terceira classificação, a dos resultados esperados. Em 1991, Meridean Maas, que já era membro da equipe de pesquisa da NIC, associou-se a sua colega Marion Johnson para compor outra equipe de pesquisas que elaborasse uma classificação dos resultados dos pacientes. Surgiu a Nursing Outcomes Classification (NOC), publicada em 1997 ou a Classificação dos Resultados de Enfermagem. A NOC é uma classificação completa e padronizada de resultados do paciente, correlacionada aos cuidados

de enfermagem (JOHNSON *et al.*, 2004; JOHNSON *et al.*, 2009). Em suas últimas versões, contém listagens de resultados de enfermagem para cada diagnóstico da NANDA (TANNURE *et al.*, 2010). Pode ser utilizada na prática da enfermagem, nas pesquisas e na educação, proporcionando um vocabulário padronizado e medidas associadas para a avaliação do estado do paciente. É útil também para evidenciar mudanças nas condições deste após as intervenções de enfermagem (JOHNSON *et al.*, 2004)

A NANDA, a NIC e a NOC podem ser utilizadas em conjunto ou separadamente. Formada em 2001, a Aliança NNN representa uma relação virtual e de colaboração entre a NANDA e o *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* (CNC), da Universidade de Iowa, tendo por objetivo avançar a elaboração, os testes e o aprimoramento da linguagem de enfermagem (JOHNSON *et al.*, 2004; JOHNSON *et al.*, 2009). Lucena e Barros (2005) afirmam que as três classificações de enfermagem (NANDA/NIC/NOC), estão em constante desenvolvimento e se encontram articuladas. Além disso, possibilitam o registro padronizado e informatizado do PE em suas fases de diagnóstico, intervenção e avaliação de resultado.

A Classificação dos Cuidados Clínicos (CCC) – *Clinical Care Classification*, anteriormente denominada “Classificação do Cuidado em Saúde Domiciliar de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem” (*Home Health Care Classification*) – HHCC (NOBREGA *et al.*, 2008) foi conduzida por Saba e colaboradores, na Escola de Enfermagem da Georgetown University. Seu objetivo era desenvolver um método para acessar e classificar pacientes, a fim de determinar os recursos necessários para fornecer serviço de atendimento domiciliar à população com seguro saúde *Medicare* (USA), incluindo os resultados do cuidado prestado. Tinha por objetivo específico desenvolver um método capaz de avaliar e classificar os pacientes sob cuidados domiciliares de saúde Medicare, a fim de prever os recursos necessários de cuidados e de outros serviços de home care. Assim, foram coletados os dados sobre a utilização de recursos reais, o que pode ser medido objetivamente, e utilizados para prever os recursos necessários (SABA, 1997, 2002). No Sistema HHCC, os diagnósticos de enfermagem em saúde domiciliar foram desenvolvidos com base na taxonomia I da NANDA, sendo adaptados, revisados e expandidos para incluir adicionais condições diagnósticas de enfermagem em cuidado domiciliar, que passaram a ser consideradas novas categorias diagnósticas. O esquema diagnóstico final consistiu-se em 145 diagnósticos de enfermagem em cuidado domiciliar. Nesta Classificação, as descrições dos diagnósticos de enfermagem também incluíram a coleta de dados sobre o resultado atual de cada diagnóstico e foi determinada uma mensuração de resultado para ser usada com o objetivo de contemplar o

cuidado domiciliar. Para a elaboração dos resultados de enfermagem, foram utilizados modificadores para codificar o objetivo/resultado esperado em relação ao cuidado domiciliar prestado, sendo eles: melhorado, estabilizado e deteriorado (SABA, 1997, 2002)

O Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória (*Perioperative Nursing Data Set*) – PNDS é uma linguagem específica e padronizada para os problemas identificados e os cuidados prestados por enfermeiros em unidades de centro cirúrgico. Começou a ser discutido em 1988 por membros da *Association of PeriOperative Registered Nurses* (AORN), a partir da conscientização da necessidade de estabelecer uma base de dados que descrevesse a prática de enfermagem perioperatória. Culminou em 1993, com a formação de um grupo de quatorze enfermeiros peritos, gerentes de enfermagem, especialistas em informática e pesquisadores da área da enfermagem. Em 1995, a AORN criou um Comitê, o *Data Elements Coordinating Committee* (DECC), encarregado de promover o desenvolvimento de dados que incluíssem diagnósticos, intervenções e resultados dos pacientes específicos em enfermagem perioperatória. Em 1999, foi publicada a primeira edição do PNDS (BEYEA, 2000).

A utilização desses e de outros sistemas de classificação pelas enfermeiras do mundo demonstra que a enfermagem está mobilizada na busca de uma linguagem unificada, evidenciando, assim, os elementos de sua prática (NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000). Além disso, pode contribuir para a avaliação crítica da pertinência e da relevância do trabalho prestado pela enfermagem diante das necessidades de saúde da sociedade (ANTUNES; CHIANCA, 2002).

Nóbrega e Gutierrez (2000) relatam que, apesar do grande avanço da enfermagem no desenvolvimento de sistemas de classificação, a universalização da linguagem ainda não foi alcançada. Como consequência, em 1989, foi votada e aprovada a proposta para a criação de uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) durante a realização do Congresso Quadrienal do CIE, em Seul.

3.3 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Em 1986, a criação da Família de Classificações motivou um grupo de enfermeiras membros da ANA (*American Nursing Diagnosis Association*) e da NANDA a enviar à Organização Mundial de Saúde (OMS) um esquema de classificação dos diagnósticos de enfermagem, a fim de que fosse considerada a possibilidade da inclusão das Condições Necessárias para o Cuidado de Enfermagem na CID – 10 (NOBREGA;

GUTIERREZ, 2000). As mesmas autoras relatam que o conceito Família de Classificações surgiu na década de 1980, a partir do desejo de muitos usuários da CID (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) de que essa classificação incluísse outros tipos de dados, além da informação diagnóstica. De acordo com essa proposta, a CID continuaria sendo o núcleo central da Família de Classificações, enquanto várias outras classificações seriam utilizadas como complementos, tratando com enfoques diferentes a mesma informação ou informações diferentes. Estas classificações seriam publicadas separadamente do corpo da CID.

Existem dois tipos principais de classificação: o que cobre informações relacionadas aos diagnósticos e ao estado de saúde e são derivados diretamente da CID; e o que cobre aspectos relacionados com problemas de saúde, geralmente fora dos diagnósticos formais de doença (WHO, 1994). Assim, havia a expectativa de que a Taxonomia da NANDA fosse incluída na Família de Classificações da OMS como “Outras Classificações Relacionadas com a Saúde” (NOBREGA; GUTIERREZ, 2000). A resposta dada pela OMS aos enfermeiros ressaltava que o documento proposto não representava a enfermagem no seu contexto mundial, sugerindo que um órgão internacional da enfermagem desenvolvesse um sistema de classificação que abrangesse os mais diferenciados contextos da prática da enfermagem. A partir deste fato e do desejo manifesto dos enfermeiros de construir uma linguagem universal, durante a realização do Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) em Seul, em 1989, foi votada e aprovada pelo CIE a proposta para o desenvolvimento do Sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® (NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000; CIE, 2005).

As motivações iniciais para a elaboração da CIPE® estavam vinculadas à ausência de um sistema e de uma linguagem específica para a enfermagem, necessário para que a profissão possa contar com dados confiáveis na formulação de políticas públicas de saúde, na contenção de custos, na informatização dos serviços de saúde e na necessidade de controlar seu próprio trabalho, evidenciando o domínio de sua prática (ICN, 1992). Portanto, foi desenvolvida para aumentar a visibilidade da enfermagem nos sistemas de informação em saúde. Deve ser usada para descrever e integrar a enfermagem na pesquisa, ensino, administração, gerenciamento e desenvolvimento de políticas de saúde (CIE, 2005). Inicialmente, possuía como propósitos: fornecer um instrumento para descrever e documentar a prática clínica de enfermagem e utilizar o documento durante as tomadas de decisão clínica, fornecendo à enfermagem um vocabulário e um sistema de classificação que pudesse ser utilizado na inclusão de dados de enfermagem em sistemas de informação computadorizados

(CIE, 2005). Além disso, deveria ser ampla, para servir a múltiplos propósitos requeridos por diferentes países; simples o bastante para ser vista pelo enfermeiro como um meio importante para descrever a prática e um meio útil para estruturá-la; consistente com uma estrutura conceitual claramente definida, mas não dependente de uma teoria ou modelo de enfermagem específicos e estruturada em um núcleo central que permitisse inclusões com base em um processo contínuo de desenvolvimento e refinamento, sensível à variabilidade cultural, capaz de refletir um sistema comum de valores de enfermagem em âmbito global e utilizável de forma complementar ou integral com a família de classificações desenvolvida pela OMS, que tem a CID como principal produto (CIE, 2005).

A terminologia CIPE® se destaca entre os demais sistemas de classificação por abranger contextos diferenciados da prática de enfermagem, uniformizando a linguagem mundialmente, o que possibilita evitar influências culturais e locais de difícil adaptação para as demais comunidades de enfermagem. Além disso, permite aos enfermeiros combinar termos de vocabulários existentes de sua prática com os termos da CIPE®, possibilitando construir uma linguagem especializada nas diversas áreas da enfermagem (NORAT, 2008).

As primeiras etapas do processo de construção da CIPE® incluíram a realização de um levantamento bibliográfico na literatura de enfermagem e uma pesquisa com as associações membros do CIE, a fim de identificar, em âmbito internacional, os sistemas de classificação usados pelos enfermeiros. Os resultados obtidos nesse projeto piloto identificaram classificações desenvolvidas na Austrália, Bélgica, Dinamarca, Suécia e Estados Unidos (ICN, 1996; MORTENSEN, 1997 *apud* NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000).

Posteriormente, foram analisadas a Classificação Internacional de Doenças (CID – 10), as classificações aceitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e os quatorze sistemas de classificação de enfermagem encontrados na pesquisa, com o objetivo de identificar denominações pertencentes à enfermagem. A partir desta análise, o CIE apresentou, em 1993, uma compilação, em ordem alfabética, dos elementos da prática de enfermagem e os resultados esperados, identificados nesses sistemas (ICN, 1993 *apud* NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000).

Após esta etapa, os sistemas de classificação identificados foram agrupados e hierarquizados em estruturas coerentes de conceitos, resultando na construção de duas pirâmides de conceito da CIPE®, uma pirâmide de fenômenos da enfermagem e uma pirâmide de intervenções da enfermagem (NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000).

Em 1996, o CIE publicou a CIPE® Versão Alfa: Um Marco Unificador, constituída pelas classificações de fenômenos e de ações de enfermagem que representava os

conceitos de enfermagem que já existiam, mas que agora se encontravam agrupados e hierarquizados em uma nova combinação (NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000; CIE, 2005).

Considerando que o cuidado em saúde é extremamente dinâmico e sujeito a constantes mudanças políticas e econômicas e a movimentos sociais que determinam a vida dos indivíduos e comunidades mundiais, a CIPE® vem, desde 1996, passando por constantes reformulações (CIE, 2005).

A partir da publicação da CIPE® Versão Alfa, o CIE passou a receber comentários e críticas de suas organizações membros, de enfermeiros e de consultores *experts* e recomendações de vários projetos de avaliação e comprovação da versão Alfa, o que contribuiu para sua reformulação e conseqüentemente para o desenvolvimento dos trabalhos das futuras versões da CIPE® (ICN, 1998 *apud* NÓBREGA; GUTIERREZ, 2000).

Em 1999, foi publicada a CIPE® Versão Beta definida como uma classificação de fenômenos, ações e resultados de enfermagem que descreve a prática de enfermagem. Compõe-se de um modelo multiaxial de oito eixos para a configuração dos diagnósticos – foco da prática de enfermagem, julgamento, sequência, duração, topologia, local do corpo, probabilidade, portador e intervenções – e de um modelo multiaxial de oito eixos para a composição das ações: tipo de ação, alvo, meios, tempo, topologia, localização, via e beneficiário (GARCIA; NOBREGA, 2009).

A CIPE® Versão Beta 2 foi publicada em 2001. Mantém a terminologia combinatorial em uma estrutura multiaxial, após várias sugestões e revisões relacionadas à códigos e definições (CIE, 2005).

A partir da publicação da CIPE® Versão Beta, o CIE passou a definir diagnóstico de enfermagem como um título dado pelo enfermeiro para denominar a decisão sobre o fenômeno com foco da intervenção de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem é formado pela composição de conceitos contidos na estrutura de classificação de enfermagem. Os resultados de enfermagem são definidos como a medida ou o estado de determinado diagnóstico de enfermagem em um ponto do tempo, após a realização da intervenção de enfermagem, sendo a estrutura de classificação dos fenômenos de enfermagem usada na sua composição, enquanto as intervenções de enfermagem são definidas como ações realizadas em resposta aos diagnósticos de enfermagem a fim de gerar um resultado (CIE, 2005).

A partir da publicação da Versão 1.0, em 2005, a CIPE® passou a ser constituída de sete eixos, que se destinam à composição das afirmativas diagnósticas, dos resultados e das intervenções (Fig. 1):

- Foco: área de atenção relevante para a Enfermagem;

- Julgamento: opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem.
- Cliente: sujeito ao qual o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção;
- Ação: um processo intencional aplicado a um cliente;
- Meios: uma maneira ou um método de desempenhar uma intervenção;
- Localização: orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenções; e
- Tempo: o momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência.

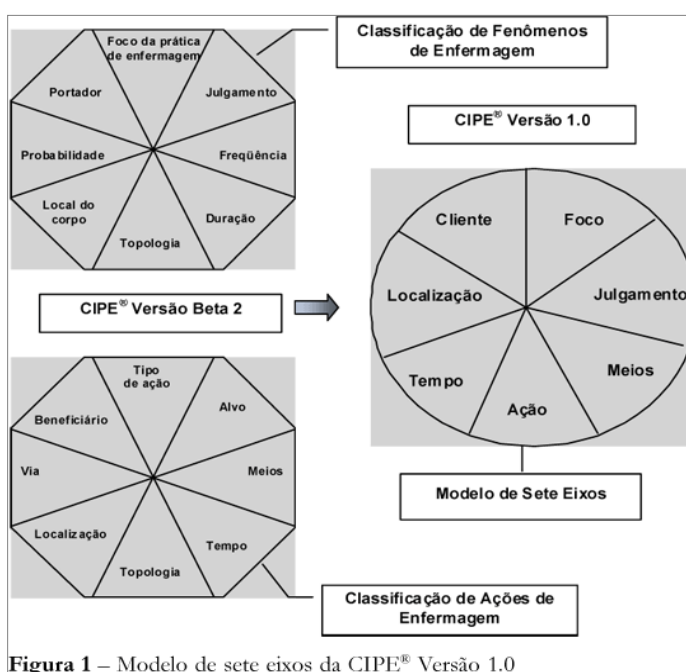


Figura 1 – Modelo de sete eixos da CIPE® Versão 1.0

FIGURA 1: Modelo de sete eixos da CIPE® Versão 1.0

Fonte: CIE, 2005

Em 2008, foi publicada a CIPE® 1.1 e, em 2009, a versão 2.0. Estas versões são definidas como um sistema de linguagem unificado de enfermagem, consideradas uma terminologia combinatorial para a prática de enfermagem que facilitaria o desenvolvimento das novas terminologias e o mapeamento entre termos locais e terminologias já existentes, tendo o modelo multiaxial de sete eixos para a composição de diagnósticos, resultados e intervenções (CUBAS *et al.*, 2010).

A partir da publicação da CIPE® 1.0, o Programa CIPE® reconhece a necessidade de que esta terminologia seja facilmente utilizada durante a assistência de enfermagem mediante a utilização de catálogos, que consistem em subconjuntos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para determinada área da prática. A existência de catálogos permite aos enfermeiros que trabalham em determinada área de especialidade integrar mais facilmente a CIPE® à sua prática (CIE, 2005, 2008).

Dessa forma, pode-se afirmar que com a publicação da versão 1.0, a CIPE® deixou de ser meramente combinatória, embora ainda mantenha o Modelo de Sete Eixos para organizar os conceitos primitivos, sendo agora também considerada enumerativa por trazer uma relação de conceitos preordenados relativos a diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, construídos conforme recomendações da ISO 18104.

Os catálogos não substituem o juízo de enfermagem. Assim, o parecer clínico e a tomada de decisão do enfermeiro são essenciais no cuidado de enfermagem e não podem ser substituídos por qualquer instrumento (CIE, 2009).

Em 2008, foi aprovada a inclusão da CIPE® na Família das Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde (FCI-OMS). Desde então, é considerada uma classificação relacionada, trazendo para a FCI o domínio da enfermagem como parte essencial e complementar dos serviços profissionais de saúde (WHO, 2011; GARCIA; NOBREGA, 2009).

O Programa CIPE® continua evoluindo. Nesse contexto, o Grupo de Consultoria Estratégica do CIE começou a discutir, em 2003, o conceito de Centros Acreditados pelo CIE para pesquisa e desenvolvimento da CIPE®, definindo e descrevendo estes Centros em termos de vantagens, obrigações, métodos de aplicação e gerenciamento e avaliação. Um Centro Acreditado pelo CIE para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® é uma instituição, faculdade, departamento, associação nacional ou outro grupo que atende aos critérios do CIE, sendo designado pelo CIE como um Centro de Pesquisa e Desenvolvimento (CIE, 2005). Dentre as vantagens de ser um Centro CIPE®, podem-se citar: reconhecimento internacional, oportunidade de colaboração como membro do Consórcio de Centros CIPE® e possibilidade de participação na tomada de decisão sobre assuntos relacionados ao desenvolvimento e disseminação da CIPE® (GARCIA; NÓBREGA, 2011).

Até julho de 2007, havia cinco Centros de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® acreditados pelo CIE: Grupo de Usuários da CIPE® de Língua Alemã, formado pelas

associações nacionais de enfermagem da Áustria, Alemanha e Suíça e pelos três Grupos de Usuários da CIPE® desses países; Centro de Pesquisa para a Prática de Enfermagem do Hospital Camberra e Universidade de Camberra, na Austrália; Centro Chileno, vinculado à Universidade de Concepción, no Chile; Centro da Escola de Enfermagem da Universidade de Wisconsin e o Centro da Escola de Enfermagem da Universidade de Minnesota, nos Estados Unidos. No Brasil, em julho de 2007, foi aprovada a criação de um Centro CIPE® vinculado à Universidade Federal da Paraíba, considerando-se o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, um Centro Acreditado pelo CIE (GARCIA; NÓBREGA, 2011).

Antunes e Chianca (2002) relatam que algumas enfermeiras brasileiras estão extremamente interessadas na proposta de desenvolvimento de uma taxonomia única a partir das já existentes e demonstram estar bastante envolvidas na construção e expansão da CIPE®.

A participação da enfermagem brasileira no processo de desenvolvimento da CIPE® teve início quando a Associação Brasileira de Enfermagem constituiu o Projeto de Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil (CIPESC), implementado entre 1996 e 2000, tendo o apoio financeiro da Fundação W. K. Kellogg. (ANTUNES *et al.*, 1997; EGRY *et al.*, 2010). Tinha por objetivo descrever a prática de enfermagem em saúde coletiva, contribuir para uma classificação internacional da prática de enfermagem e desenvolver um sistema de informação de dados de enfermagem aplicável à realidade brasileira (ANTUNES; CHIANCA, 2002). Permitiu a construção de um inventário vocabular da prática em saúde coletiva mediante a coleta de dados em quinze diferentes cenários de pesquisa. Foram realizadas noventa reuniões utilizando-se a técnica de grupos focais, envolvendo a participação de setecentos e vinte componentes da equipe de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2010).

No Brasil, muitos estudos relacionados à CIPE® estão em desenvolvimento, contribuindo para a consolidação e a construção desta terminologia no país. De acordo com Garcia e Nóbrega (2009), merecem destaque: o projeto de implantação do inventário vocabular resultante do Projeto CIPESC-CIE-ABEn no prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba - PR e o Projeto de Sistematização de Enfermagem em UTI, que vem sendo desenvolvido em Florianópolis - SC.

Dentre os estudos já desenvolvidos, merecem destaque: Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem (NÓBREGA *et al.*, 2003); Fenômenos identificados nos registros de

enfermagem da clínica médica de um hospital de ensino (BITTENCOURT *et al.*, 2005); Termos da linguagem de enfermagem identificados em registros de uma UTI Neonatal (ALBUQUERQUE *et al.*, 2006); Construção de banco de termos identificados em registros de enfermagem utilizando a CIPE® (FURTADO; NÓBREGA, 2007); Banco de termos da linguagem especial de enfermagem para Unidade de Terapia Intensiva de adultos (TANNURE, 2008); Construção de um banco de termos da linguagem especial de enfermagem (TANNURE *et al.*, 2009); e Definição e validação dos termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem em terapia intensiva (BEDRAN, 2009) e Banco de termos da linguagem especial de enfermagem de um hospital escola (NÓBREGA *et al.*, 2010).

Constata-se que o esforço despendido pela enfermagem na elaboração e no desenvolvimento de sistemas de classificação dos termos da linguagem profissional de enfermagem tem contribuído para promover a autonomia da enfermeira no julgamento das necessidades humanas da clientela, facilitando a utilização de conhecimentos específicos e a realização de estudos sobre a qualidade do cuidado de enfermagem (NÓBREGA; GARCIA, 2009).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, em que foram realizadas a identificação e a validação de termos não constantes na CIPE® 2.0, em relação tanto ao eixo quanto as definições elaboradas para os termos utilizados pelos enfermeiros na assistência de enfermagem a pacientes adultos em um hospital de reabilitação física motora, termos estes identificados nos prontuários de pacientes internados durante o ano de 2009 neste hospital.

O método utilizado para a coleta de dados foi a análise documental, entendida por Alves-Mazzotti e Gwandsnajder (1998) e Gil (1991) como a pesquisa em materiais de natureza diversa que ainda não receberam tratamento analítico ou que podem ser reexaminados e reelaborados, em busca de novas interpretações. A análise documental pode ser utilizada tanto como uma técnica exploratória como para a complementação de dados obtidos por outras técnicas. Considera-se como documento qualquer registro escrito que possa ser utilizado como fonte de informação.

Vários estudos que utilizam o método de análise documental foram desenvolvidos com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da CIPE®, mediante a identificação de termos em prontuários. Merecem destaque: Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem (NÓBREGA *et al.*, 2003); Fenômenos identificados nos registros de enfermagem da clínica médica de um hospital de ensino (BITTENCOURT *et al.*, 2005); Termos da linguagem de enfermagem identificados em registros de uma UTI Neonatal (ALBUQUERQUE *et al.*, 2006); Construção de banco de termos identificados em registros de enfermagem utilizando a CIPE® (FURTADO; NÓBREGA, 2007); Banco de termos da linguagem especial de enfermagem para Unidade de Terapia Intensiva de adultos (TANNURE, 2008); Construção de um banco de termos da linguagem especial de enfermagem (TANNURE *et al.*, 2009) e Banco de termos da linguagem especial de enfermagem de um hospital escola (NÓBREGA *et al.*, 2010).

Os dados obtidos foram mapeados com base no método *cross-mapping*, ou mapeamento cruzado, o qual consiste em mapear os termos em questão e compará-los com os termos de um modelo de referência – nesse caso, a CIPE® 2.0 – a fim de identificar os termos que constam e os que ainda não constam no modelo de referência.

De acordo com Lucena e Barros (2005), o mapeamento cruzado é de extrema importância quando existe o interesse na implantação de Sistemas de Classificações de Enfermagem em locais que ainda não os utilizam, mas que dispõem de algum tipo de sistema de organização de informações de enfermagem.

Posteriormente, buscou-se a validação dos termos não constantes na CIPE® 2.0 através da determinação da concordância entre especialistas em relação tanto a um dos sete eixos quanto em relação às definições.

Em relação aos critérios de seleção de *experts* para a validação de conteúdo diagnóstico, a literatura aponta que não existe consenso, embora predomine a seleção de *experts* com base no método Fehring adaptado. Neste caso, investiga-se se esses profissionais possuem experiência, conhecimentos, habilidades e prática profissional em relação ao assunto que se deseja validar (CARVALHO *et al.*, 2010).

4.2 População e amostra

Para atingir o objetivo de identificar os termos empregados nos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes em reabilitação física motora, foram pesquisados 1.425 prontuários eletrônicos de pacientes internados no ano de 2009 na instituição de reabilitação.

Para atender ao objetivo de determinar o índice de concordância entre especialistas para os termos não constantes na CIPE® 2.0, em relação tanto a um dos sete eixos da CIPE® quanto à definição, o grupo de especialistas foi composto por 166 enfermeiros que preenchiam os critérios de inclusão: ser brasileiro, ter experiência mínima de dois anos em reabilitação física motora ou ser pesquisador ou docente do ensino superior com experiência em um dos seguintes temas: reabilitação física motora, terminologia, processo de enfermagem e classificações de enfermagem.

Como enfermeiros com experiência clínica em reabilitação física motora foram considerados todos aqueles funcionários do local de estudo que atuam em uma das enfermarias que prestam assistência a pacientes adultos em reabilitação física motora ou que já atuaram em uma dessas enfermarias e que atualmente trabalham na pediatria. Ressalta-se que atualmente todos os enfermeiros que atuam neste hospital possuem mais de dois anos de experiência em reabilitação física motora.

Para a busca de enfermeiros estudiosos do assunto, realizou-se pesquisa acessando-se a *Plataforma Lattes* e pesquisaram-se autores que possuem estudos publicados versando sobre essa temática, a partir da busca em artigos específicos nas seguintes áreas: reabilitação física motora, terminologia, processo de enfermagem e classificações de enfermagem. Também foram incluídos na população de enfermeiros avaliadores, membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Sistematizar o Cuidar em Saúde e Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Após a composição do grupo de especialistas (166), foi encaminhado a todos os participantes via *WEB*, carta convite (APÊNDICE A) em que constavam *login* e senha (APÊNDICE D) para acesso ao Termo de consentimento livre esclarecido (APÊNDICE B) e ao questionário da pesquisa (APÊNDICES C, E e F).

Optou-se por desenvolver este estudo com a participação de no mínimo cinquenta enfermeiros, como recomendado por Fehring (1987). Estes deveriam atender a pelo menos dois dos critérios baseados no preconizado (FEHRING, 1987): a) titulação de mestre em Enfermagem; b) titulação de mestre em enfermagem com dissertação apresentando conteúdo relacionado a reabilitação física motora, terminologia, processo de enfermagem ou classificações de enfermagem; c) publicação de pesquisa relacionada à reabilitação física motora, terminologia, processo de enfermagem ou classificações de enfermagem, com conteúdo relevante para a área; d) publicação de artigo sobre reabilitação física motora, terminologia, processo de enfermagem ou classificações de enfermagem em revista de referência; e) tese de doutorado versando sobre reabilitação física motora, terminologia, processo de enfermagem ou classificações de enfermagem; f) prática clínica de ao menos dois anos em reabilitação física motora; e g) certificado de prática clínica relevante sobre reabilitação física motora (grau de especialista em enfermagem em reabilitação). Para cada um destes critérios, Fehring (1987) estipula uma pontuação, sendo necessário ao menos cinco pontos para que um profissional seja considerado *expert* em determinado assunto.

Apesar de o sistema de pontuação proposto por Fehring (1987) para a seleção de *experts* ser um dos mais utilizados para a validação de conteúdo diagnóstico de enfermagem da NANDA I, ele impõe limitações para sua aplicação na prática, devido à dificuldade em se atingir os cinco pontos necessários para que um profissional seja considerado *expert*. Assim, nem todos os participantes deste estudo atingiram o escore 5 para serem considerados *experts* na temática.

Este trabalho baseou-se em estudo realizado por Oliveira *et al.*, (2008) que teve por objetivo validar o diagnóstico de enfermagem de ansiedade com enfermeiros especialistas

e assistenciais brasileiros utilizando características definidoras da NANDA, constatando que não existem diferenças entre os julgamentos clínicos de enfermeiros especialistas e enfermeiros assistenciais.

Setenta e sete enfermeiros preencheram os critérios de inclusão no estudo e deram o consentimento em participar. Deste total, 32 deixaram de responder ao questionário antes de completar o preenchimento do primeiro eixo ou apenas deram o consentimento em participar, não respondendo às questões. Dessa forma, consideraram-se como total de participantes 45 enfermeiros que responderam às questões.

4.3 Aspectos éticos envolvidos no estudo

Para a realização desta pesquisa, foram observadas as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Associação das Pioneiras Sociais (Rede Sarah) e do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, segundo o Parecer ETIC 0376.0.203.000-10 (ANEXO A).

Foi garantido o anonimato dos pacientes dos prontuários pesquisados durante a coleta de dados, bem como dos enfermeiros e pesquisadores que participaram do estudo durante a fase de validação de termos, independente da aceitação em participar.

4.4 Local do estudo

O estudo foi realizado no hospital da Rede Sarah de Belo Horizonte, nas enfermarias de adultos dos Programas de Reabilitação Neurológica, da Ortopedia e do Lesado Medular. Esta unidade, inaugurada em 1997, possui capacidade instalada de 125 leitos.

Durante o ano de 2009, foram realizadas 925 internações na enfermaria da Pediatria, 557 na Ortopedia, 376 na Reabilitação Neurológica Adulta e 492 no Programa de Reabilitação do Lesado Medular, totalizando 2.350 internações.

A preferência por este local deve-se ao uso do processo de enfermagem como metodologia assistencial e à utilização da CIPE® como sistema de classificação de enfermagem.

4.5 Coleta e tratamento dos dados coletados nos prontuários dos pacientes

Essa pesquisa ocorreu da forma como está apresentado no fluxograma, apresentando as etapas percorridas na extração dos termos (FIG 2). Esta ocorreu em nove fases distintas: extração de termos; exclusão das repetições; normalização dos termos; exclusão dos termos relacionados a procedimentos e a diagnósticos médicos; mapeamento cruzado; classificação dos termos não constantes na CIPE® 2.0 segundo os sete eixos; elaboração das definições conceituais dos termos; validação dos termos em relação às definições conceituais e em relação aos eixos; e validação das definições reelaboradas pelo cálculo do índice de concordância.

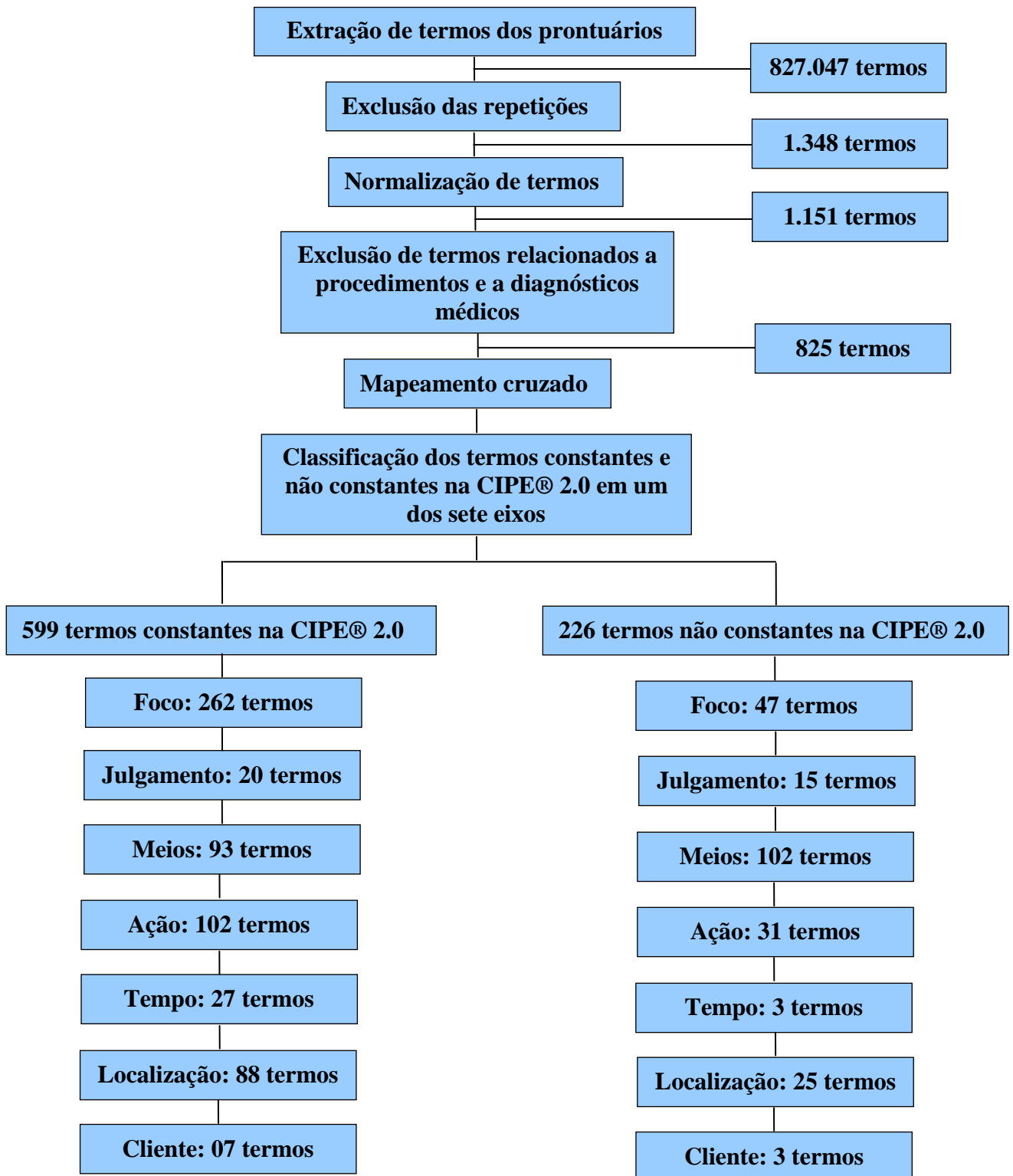


FIGURA 2 - Fluxograma das etapas percorridas para a coleta e tratamento dos termos utilizados em reabilitação física motora e identificados nos prontuários de pacientes

Fonte: Elaboração da autora

4.5.1 Primeira fase: extração de termos

Nesta fase, foram selecionados todos os registros de enfermagem dos prontuários eletrônicos de pacientes internados no período de 1 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2009 nas enfermarias de pacientes adultos dos Programas de Reabilitação do Lesado Medular, da Reabilitação Neurológica e da Ortopedia, distribuídos conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Número de prontuários eletrônicos utilizados na pesquisa terminológica, distribuídos por setor. Belo Horizonte, 2011

SETOR	Nº DE PRONTUÁRIOS	%
Ortopedia	557	39,09
Reabilitação Neurológica	376	26,38
Reabilitação do Lesado Medular	492	34,53
TOTAL	1.425	100,00

Fonte: Dados da pesquisa

Este período foi determinado pela implementação das etapas do PE e pela consolidação da utilização da CIPE® como sistema de classificação no local.

Para a coleta dos dados, elaborou-se um instrumento do *Excel for Windows* para cada prontuário pesquisado, que Pavel e Nolet (2002) denominam “ficha terminológica”, na qual constam duas colunas: uma para a transcrição do parágrafo selecionado da evolução de enfermagem no prontuário eletrônico; e outra para a transcrição dos termos extraídos desse parágrafo. Tal procedimento seguiu as orientações dos citados autores no sentido que os textos em parágrafos devem ser fragmentados em termos simples e compostos, ressaltando a importância do contexto em que aparecem e de que, na análise documental, deve ser observada a relevância do conteúdo do *corpus* de análise, para só então extrair os termos.

No momento da extração, considerou-se a importância do contexto em que os termos se apresentavam, ampliando, assim, as possibilidades de inclusão de termos compostos, sintagmas e fraseologias. O parágrafo selecionado da evolução de enfermagem – ou seja, aquele capaz de levar à identificação dos termos da linguagem especial de enfermagem – foi “copiado” integralmente da evolução de enfermagem no prontuário eletrônico e “colado” na primeira coluna da ficha terminológica, conforme exemplo no Quadro 1.

QUADRO 1 - Exemplo do processo de extração de termos

Transcrição do registro	Termos e expressões extraídas
Paciente portador de paraplegia traumática, ocorrido em 2009. Ele apresenta úlcera por pressão sacral grau II e duas cicatrizes de UP nas regiões trocântéricas, com presença de pele friável. Ele não possui incontinência vesical, faz cateterismo intermitente limpo, quatro vezes ao dia e devido às perdas, usa de coletor urinário.	Paciente Paraplegia traumática Paraplegia Trauma Ano de 2009 Paciente Úlcera por pressão sacral Úlcera por pressão Região Sacral Cicatriz Trocânter Direito Esquerdo Cicatriz Presente Pele Pele Friável Incontinência vesical Cateterismo vesical intermitente Técnica limpa Cateterismo vesical intermitente Técnica limpa 4 vezes ao dia 4 vezes Dia Perdas urinárias Coletor urinário

Fonte: Dados da pesquisa

A utilização de prontuários eletrônicos contribuiu para facilitar a coleta de dados, já que quando se acessava o prontuário do paciente era possível a rápida visualização da categoria profissional que realizou a evolução e da data em que isso ocorreu, facilitando a seleção das evoluções de enfermagem referentes ao ano de 2009. Além disso, as evoluções informatizadas facilitaram o “copiar” do prontuário eletrônico e o “colar” na ficha terminológica, utilizando respectivamente as teclas *Ctrl+C* e *Ctrl+V* do *Word for Windows*.

Considera-se que este trabalho foi bastante dinâmico, pois cada vez que um termo era extraído do parágrafo selecionado era possível visualizar rapidamente se ele havia sido extraído nos parágrafos anteriores, evitando a repetição de termos extraídos do mesmo prontuário que, posteriormente, seriam excluídos.

Durante a extração de termos, não foram considerados os termos relacionados a diagnósticos médicos, já que na instituição pesquisada é comum que os enfermeiros iniciem a

evolução de enfermagem referindo o diagnóstico médico do paciente segundo a evolução médica.

Após a extração dos termos dos 1.425 prontuários analisados, os termos de cada ficha terminológica foram transcritos para outro instrumento do *Excel for Windows*, totalizando, agora, 827.047 termos.

4.5.2 Segunda fase: exclusão das repetições

De acordo com Pavel e Nolet (2002), “o resultado da extração de termos é uma lista alfabética dos termos coletados”. Os termos extraídos dos prontuários analisados foram transcritos para outro instrumento do *Excel for Windows* e classificados em ordem alfabética, facilitando a visualização de termos repetidos e a posterior exclusão deles (Quadro 2).

QUADRO 2 - Exemplo do processo de exclusão das repetições

Termos repetidos	Termos e expressões sem repetição
Paciente	4 vezes ao dia
Paraplegia	Ano de 2009
Trauma	Cateterismo vesical
Ano de 2009	Intermitente
Paciente	Cicatriz
Úlcera por pressão sacral	Úlcera por pressão
Úlcera por pressão	Coletor urinário
Região sacral	Dia
Cicatriz de UP região trocantérica	Incontinência vesical
Cicatriz	Paciente
UP	Paraplegia
Presente	Pele
Pele	Pele friável
Pele friável	Perdas urinárias
Região trocantérica	Região sacral
Incontinência vesical	Região trocantérica
Cateterismo vesical intermitente técnica limpa	Técnica limpa
Cateterismo vesical intermitente	Trauma
Técnica limpa	
4 vezes ao dia	
Dia	
Perdas urinárias	
Coletor urinário	

Fonte: Dados da pesquisa

Ao final dessa etapa foram obtidos 1.348 termos.

4.5.3 Terceira fase: normalização dos termos

Após a exclusão das repetições, realizou-se a normalização dos termos encontrados. Para tanto, procedeu-se à correção ortográfica; à análise da sinonímia, excluindo-se os termos que possuíam o mesmo significado; à adequação dos tempos verbais; e à uniformização dos gêneros gramaticais, de números e de siglas que identificam determinado termo, excluindo-se as expressões pseudoterminológicas, definidas por Pavel e Nolet (2002) como “elementos que ocorrem de forma casual no discurso, mas que não designam conceitos particulares”, sendo então considerados “lixo” terminológico.

Ao final dessa etapa, obtiveram-se 1.151 termos.

4.5.4 Quarta fase: exclusão de termos relacionados a procedimentos e a diagnósticos médicos

Nesta fase, foram excluídos os termos relacionados a procedimentos e a diagnósticos médicos, que comumente aparecem no meio da evolução de enfermagem.

Ao final desta fase, obteve-se uma relação de 825 termos, que compuseram o banco de dados da pesquisa.

4.5.5 Quinta fase: mapeamento cruzado

Considerando que o mapeamento cruzado possibilita a análise de linguagens de enfermagem não padronizadas quando comparadas aos Sistemas de Classificação de Enfermagem, que se caracterizam por apresentar uma linguagem uniforme (LUCENA; BARROS, 2005), nesta fase realizou-se o processo de mapeamento cruzado, mediante a comparação dos termos normalizados com os termos presentes na CIPE® 2.0.

A versão 2.0 da CIPE® foi publicada no Brasil em 2011, mas já estava disponível em 2010 - ano em esta fase da pesquisa foi realizada - no site da Ordem dos Enfermeiros de Portugal no endereço eletrônico <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>. Nessa página existe um local para a inserção do termo estudado, sendo então possível compará-lo com os já constantes na CIPE® 2.0.

Portanto, o mapeamento cruzado foi realizado manualmente, inserindo o termo identificado nos prontuários como não constantes na CIPE® 2.0 neste campo da página da internet, possibilitando identificar os termos constantes e os não constantes na CIPE® 2.0. Os termos identificados como constantes na CIPE® 2.0 foram delimitados por eixo.

4.5.6 Sexta fase: classificação dos termos não constantes na CIPE® 2.0, segundo os sete eixos

Nesta fase, procedeu-se à classificação dos termos não constantes na CIPE®, visando à categorização em um dos sete eixos, com base nas definições apresentadas pelo Comitê Internacional de Enfermagem (CIE).

Os resultados foram apresentados e classificados como termos constantes ou não na CIPE®.

4.5.7 Sétima fase: elaboração das definições conceituais dos termos

Os termos classificados em um dos sete eixos e não constantes na CIPE® 2.0 passaram pelo processo de definição teórica. Para tanto, foram utilizados artigos científicos, dicionários técnicos, dicionários da língua portuguesa e dicionários da literatura da área da saúde e da enfermagem. Alguns termos específicos utilizados em reabilitação e não encontrados na literatura científica foram definidos de acordo com o entendimento das pesquisadoras.

A fase de elaboração das definições conceituais dos termos foi organizada seguindo as orientações para a realização do trabalho terminológico, segundo as quais o terminólogo deve selecionar as características distintivas que permitem a identificação do conceito e o tipo de definição que melhor se adapte ao perfil dos usuários aos quais se destina o produto elaborado. Além disso, considerando que a natureza das definições varia em função da área temática, nas áreas técnicas e científicas, as terminologias devem ser validadas mediante as definições citadas em obras de fontes fidedignas, enquanto as novas terminologias requerem a elaboração de definições fundamentadas em elementos textuais aleatórios encontrados durante a pesquisa (PAVEL; NOLET, 2002).

Considera-se como conceito a representação simbólica de uma ideia abstrata (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2002) e como definição conceitual o significado teórico ou abstrato de um conceito (POLIT; BECK, 2006).

Polit e Hungler (1995) afirmam que “a conceitualização refere-se ao processo de desenvolvimento e aperfeiçoamento de idéias abstratas”, ressaltando a relevância que os fenômenos abstratos apresentam para a pesquisa científica em detrimento dos fenômenos concretos.

Para a conceitualização dos termos, consideraram-se as regras estabelecidas para a elaboração de definições da CIPE®, segundo as quais a definição deve: não ser circular; ter sentido; expor os atributos essenciais dos conceitos subjacentes à palavra; evitar a utilização de uma linguagem ambígua ou obscura; ser literal; e expressar-se em uma frase positiva, sendo neutra e não valorativa. Além disso, uma definição não pode ser muito ampla a ponto de permitir que as palavras que as defina se apliquem a mais objetivos do que os necessários e nem deve ser tão restrita que exclua as explicações legítimas da palavra (NIELSEN; MORTENSEN, 1997)

4.5.8 Oitava fase: validação dos termos em relação à definição conceitual e em relação aos eixos

Nesta fase, buscou-se a validação da definição conceitual atribuída aos termos e das respectivas alocações nos eixos da CIPE®, bem como a confirmação da adequação das definições na prática profissional mediante a concordância dos enfermeiros. Para tanto, era solicitada a opinião dos enfermeiros participantes da pesquisa com base na utilização de uma escala de valores do tipo Likert, na qual era possível expressar o grau de concordância ou discordância em relação ao enunciado do termo e ao eixo da CIPE® em que o termo havia sido alocado, permitindo a obtenção de médias das respostas.

A escala do tipo Likert consiste de vários enunciados declarativos que possibilitam aos participantes expressar uma opinião sobre um assunto (BURNS; GROVE, 2007).

Assim, elaborou-se um instrumento específico para a coleta de dados, no qual foram inseridos os termos e suas respectivas definições elaboradas. Para tanto, contou-se com a colaboração do Laboratório de Computação Científica – Centro Nacional de Processamento de Alto Desempenho (LCC-CENAPAD), da Universidade Federal de Minas Gerais. Este

instrumento foi encaminhado via *WEB* aos enfermeiros que preenchiam os critérios de participação na pesquisa. No *e-mail*, o enfermeiro recebia esclarecimentos sobre a pesquisa e era convidado a participar dela. Nele constavam *login* e senha individuais, gerados pelo sistema, para acessar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário, por meio de um link fornecido. Ao clicá-lo, o participante era redirecionado para uma nova página, que solicitava o preenchimento de *login* e senha fornecidos anteriormente. Após o preenchimento de *login* e senha e para ter acesso ao questionário, era necessária a leitura do TCLE, bem como a aceitação em participar do estudo, mediante o preenchimento de um campo específico no instrumento para tal. Aceitando participar do estudo, era solicitado o preenchimento dos dados de identificação do enfermeiro, em outra tela elaborada para tal. Nas telas subsequentes, estavam inseridos os termos referentes aos sete eixos da CIPE® e as respectivas definições elaboradas, da seguinte maneira: 47 termos referentes ao eixo foco, 15 ao eixo julgamento, 102 ao eixo meios, 31 ao eixo ação, 3 ao eixo tempo, 25 ao eixo localização e 3 ao eixo cliente, totalizando 226 termos.

Assim, solicitou-se aos respondentes que indicassem em que grau concordavam ou discordavam da opinião expressa pelo enunciado de cada termo. A pontuação utilizada foi: 1 = Nada pertinente, 2 = Pouco pertinente, 3 = Pertinente, 4 = Muito pertinente e 5 = MUITÍSSIMO pertinente. Os enunciados utilizados para cada termo seguiam o seguinte modelo (APENDICE F):

- A definição proposta para esse termo é;
- Termo pertencente ao eixo: foco, ou julgamento, ou ação, ou meios, ou localização, ou cliente, ou tempo.

Caso o enfermeiro julgasse necessário, concordando ou não com o enunciado, havia a possibilidade em expressar sua sugestão em um campo do instrumento disponível para tal.

Após a finalização do questionário, os dados eram salvos e enviados à central, para serem processados. O participante da pesquisa poderia preencher o questionário em momentos distintos, já que o instrumento possibilitava clicar sobre “salvar” e “enviar” os dados que haviam sido preenchidos até aquele momento. Quando acessasse novamente o sistema, o participante era redirecionado para a página em que havia interrompido o preenchimento anteriormente, para que pudesse dar continuidade.

Um *e-mail* foi criado para a comunicação das pesquisadoras com os participantes do estudo. Por meio dele é que as mensagens com o convite, o *login* e a senha eram enviados aos participantes.

Para obter a concordância dos especialistas, utilizou-se a técnica Delphi, que consiste na distribuição de um questionário inicial aos respondentes, na análise das respostas e no envio de um segundo questionário, baseado nas sugestões recebidas no primeiro, e assim por diante, até permitir a obtenção de informações suficientes ou se tenha atingido um consenso em determinado assunto (CASSIANI; RODRIGUES, 1996).

Além de permitir a obtenção de consenso de um grupo de especialistas sobre determinado assunto (GOODMAN, 1987; CASSIANI; RODRIGUES, 1996), essa técnica possui quatro características básicas que a distinguem de outros processos grupais: o anonimato, a interação com *feedback* controlado, as respostas com informações estatísticas e o elevado nível de conhecimento que os peritos trazem para o grupo (GOODMAN, 1987).

Acredita-se que o anonimato e a falta de encontros pessoais predispõem à participação. No entanto, exige que os participantes tenham habilidades de escrita e elevada motivação em participar (CASSIANI; RODRIGUES, 1996).

Considerou-se validado em relação à definição proposta e ao eixo o termo que atingiu um índice de concordância (IC) igual ou maior que 0,80 entre os enfermeiros. Para o cálculo do IC com base nos enunciados da escala Likert, foram considerados como concordância os enunciados “Muitíssimo pertinente”, “Muito pertinente” e “Pertinente” e como discordância os enunciados “Pouco pertinente” e “Nada pertinente”. Para a validação das definições e dos eixos de cada termo, a resposta “Pouco pertinente” não representa as definições desejadas. O conceito de validade está relacionado ao grau em que um instrumento mede adequadamente o que pretende medir (POLIT; BECK, 2006). Assim, a validade do conceito de um termo de enfermagem está relacionada ao quanto esse termo reflete a prática da enfermagem.

Após serem obtidos os números de concordâncias e discordâncias, o cálculo do IC dos termos foi realizado a partir da fórmula $IC = NC / (NC + ND) \times 100$, em que NC é o número de concordâncias e ND é o número de discordâncias (BATISTA, 1977; BATISTA; MATOS, 1984). Os termos que atingiram um IC maior ou igual a 0,80 foram validados. Este é o valor de índice de concordância considerado como ideal na literatura (WALTZ *et al.*, 1991).

O período da validação dos termos, em relação tanto às definições quanto aos eixos, foi de outubro/2011 a janeiro/2012.

No momento do envio do questionário, não foi estipulado prazo para que o enfermeiro respondesse ao instrumento, visto que era considerado extenso e isso poderia reduzir as chances de participação caso o participante não conseguisse responder ao questionário no prazo estipulado. No entanto, foi enviado mais um *e-mail*, para reforçar o

convite de participação na pesquisa após 15 dias de envio do primeiro e-mail. Além do contato via *e-mail*, alguns enfermeiros foram contatados pessoalmente, sendo que destes a maioria preferiu responder ao instrumento impresso.

4.5.9 Nona fase: validação das definições reelaboradas pelo cálculo do índice de concordância

Nesta fase, foram excluídos os termos cujas definições alcançaram o IC desejado no estudo, em relação tanto ao eixo quanto à definição. As sugestões dos participantes consideradas pertinentes em relação às definições elaboradas para os termos que alcançaram o IC desejado na primeira etapa de validação foram analisadas e acatadas, quando possível. As definições dos termos que não alcançaram o IC desejado foram reelaboradas com base nas sugestões enviadas pelos participantes e enviadas para nova validação, via *WEB*, em instrumento do formato utilizado na fase anterior.

Como na etapa anterior, foi enviado mais um *e-mail*, a fim de reforçar o convite de participação na pesquisa após 15 dias de envio do primeiro e-mail. Além do contato via *e-mail*, novamente, alguns enfermeiros foram contatados pessoalmente. Destes, a maioria, novamente, preferiu responder ao instrumento impresso.

No total, foram enviados para a segunda etapa do processo de validação, 89 termos com definições reelaboradas a partir das sugestões enviadas pelos especialistas, sendo: 2 do eixo foco, 2 do eixo julgamento, 76 do eixo meios, 7 do eixo localização, 1 do eixo tempo e 1 do eixo cliente. Destes, somente 1 termo do eixo meios não havia atingido na primeira etapa do processo de validação o IC necessário para a validação em relação ao eixo.

Como na fase anterior, nesta fase, o termo foi considerado validado quando atingiu um IC de 0,80, em relação tanto ao eixo quanto à definição.

5. RESULTADOS

Com o objetivo de construir uma linguagem específica de termos utilizados por enfermeiros especialistas em reabilitação motora capaz de constituir-se em um catálogo de referência na CIPE®, foram pesquisados 1.425 prontuários eletrônicos, nos quais foram identificados os termos empregados nos registros de enfermagem em prontuários dos pacientes em reabilitação física motora. Esses termos foram submetidos a nove fases distintas para o desenvolvimento de uma terminologia específica para a enfermagem em reabilitação: extração de termos; exclusão das repetições; normalização dos termos; exclusão de termos relacionados a procedimentos e a diagnósticos médicos; mapeamento cruzado; classificação dos termos não constantes na CIPE® 2.0 segundo os sete eixos; elaboração das definições conceituais dos termos; validação dos termos em relação às definições conceituais e aos eixos; e validação das definições reelaboradas pelo cálculo do índice de concordância entre especialistas para os termos não constantes na CIPE® 2.0, em relação tanto a um dos sete eixos da CIPE® quanto à definição.

A população de especialistas constituiu-se de 166 enfermeiros especialistas em reabilitação física motora ou de pesquisadores ou docentes do ensino superior com experiência em reabilitação física motora, terminologia, processo de enfermagem e classificações de enfermagem. Houve a participação efetiva de 45 especialistas.

5.1 Características dos pacientes/prontuários pesquisados

Na instituição pesquisada, durante o ano de 2009 foram realizadas 1.620 internações de pacientes adultos nas enfermarias do Programa de Ortopedia Adulto, Programa de Reabilitação Neurológica Adulta e Programa de Reabilitação do Lesado Medular. Esse estudo foi realizado em 1.425 prontuários, o que equivale a 87,96% do total de pacientes admitidos no referido ano.

A maioria dos pacientes adultos atendidos neste hospital no ano de 2009 era procedente da região Sudeste, sendo 1.433 (88,46%) de Minas Gerais, 62 (3,83%) de São Paulo, 54 (3,33%) do Espírito Santo e 22 (1,36%) do Rio de Janeiro. Seguiram-se os pacientes da região Sul, sendo 16 (0,99%) do Paraná, 14 (0,86%) de Santa Catarina e 12 (0,74%) do Rio Grande do Sul. A minoria dos pacientes, aproximadamente 0,44%, era

procedente das demais regiões: 4 do Nordeste (3 da Bahia e 1 de Pernambuco), 1 da região Centro-Oeste (Goiás) e 2 do Norte (1 do Pará e 1 de Rondônia).

Em relação ao sexo, 820 (50,62%) pacientes atendidos em 2009 eram do sexo masculino e 800 (49,38%) do sexo feminino. Em referência à faixa etária, a idade variou entre 16 anos a 98 anos, conforme descrito na Tabela 2:

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes internados no ano de 2009, de acordo com a faixa etária - Belo Horizonte, 2011

Faixa etária	Número de pacientes	%
16 a 20 anos	84	5,18
21 a 30 anos	307	18,95
31 a 40 anos	259	15,99
41 a 50 anos	313	19,32
51 a 60 anos	331	20,43
61 a 70 anos	209	12,90
71 a 80 anos	97	5,99
81 a 90 anos	18	1,11
91 a 100 anos	02	0,12
Total	1.620	100,00

Fonte: Dados da pesquisa

As patologias mais frequentes dos pacientes internados nessa instituição de saúde se relacionam a: atraso do neuro-desenvolvimento, problemas ortopédicos, dor crônica, paralisia cerebral, sequelas de acidente vascular encefálico, doenças metabólicas que afetam o cérebro, atrofia muscular espinhal, sequelas de traumatismo crânio encefálico, sequelas de ressecção de tumores cerebrais, sequelas de lesão medular e distrofias musculares, além de muitos casos de internação para diagnóstico clínico laboratorial de doenças genéticas.

No APÊNDICE G, estão listados os diagnósticos médicos dos pacientes internados nas enfermarias de pacientes adultos durante o ano de 2009 e seus respectivos códigos CID.

5.2 Características sociodemográficas dos profissionais participantes da pesquisa

A amostra foi composta por 45 enfermeiros que satisfaziam aos critérios de inclusão mencionados. Participaram da pesquisa respondendo ao questionário durante a fase de validação dos termos, em relação tanto às definições quanto aos eixos.

Dentre os participantes, 40 (88,88%) eram mulheres. A idade dos enfermeiros participantes variou de 27 a 61 anos, com destaque para as faixas etárias entre 27 e 37 anos (44,44% - 20 enfermeiros) e entre 38 e 48 anos (44,44% - 20 enfermeiros). Um enfermeiro não respondeu a esta pergunta.

Em relação ao estado de domicílio, 39 enfermeiros (88,66%) residem em Minas Gerais e 2 enfermeiros (4,44%) residem na Paraíba. Um enfermeiro não respondeu a esta pergunta.

A respeito do tempo de formação, 22 enfermeiros (48,88%) concluíram a graduação entre 11 e 20 anos; 14 (31,11%) entre 6 e 10 anos; e 3 (6,66%) há até 5 anos. O tempo médio de formação foi de 14 anos, o máximo foi de 40 anos e o mínimo, de 3 anos. Um participante não respondeu a esta pergunta.

Em relação à titulação dos enfermeiros participantes, 26 (57,77%) são especialistas, 9 (20,00%) são mestres e 4 (8,88%) são doutores. Nenhum dos participantes referiu possuir pós-doutorado e um participante é livre docente.

Dos participantes, 39 (86,67%) atuam na área da assistência e 8 (17,78%) atuam nas áreas de ensino e pesquisa. Os participantes que desenvolvem atividades em outras áreas, como gestão, consultoria e controle de infecção hospitalar, equivalem a 4 (8,89%) participantes.

Três participantes da pesquisa referiram ter publicações em mais de uma temática, sendo dois com trabalhos publicados sobre Terminologia e Processo/Classificações de Enfermagem e um sobre Reabilitação física motora e Processo/Classificações de Enfermagem.

Com relação ao conhecimento sobre a CIPE®, 41 enfermeiros (97,62%) afirmaram ter algum nível de conhecimento; e 1 enfermeiro (2,38%) relatou não ter conhecimento sobre a referida Terminologia. Não responderam a esta questão 3 enfermeiros. Sobre o nível de conhecimento da classificação em referência, 6 (14,63%) enfermeiros responderam ter um conhecimento elevado; 27 (65,85%), conhecimento médio; e 8 (19,51%), pouco conhecimento sobre a CIPE®. Quatro enfermeiros não responderam a esta questão.

A distribuição segundo a titulação dos enfermeiros participantes, a área de atuação, as linhas de pesquisa, além do conhecimento referido sobre a CIPE® está apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes segundo a titulação, área de atuação, trabalhos realizados por linha de pesquisa e conhecimento sobre a CIPE® – Belo Horizonte, 2011

		Sim		Não		Total	
		n	%	n	%	n	%
Titulação	Especialização	26	57,77	19	42,23	45	100
	Mestrado	09	20,00	36	80,00	45	100
	Doutorado	04	8,88	41	91,12	45	100
	Pós-doutorado	00	00	45	100,00	45	100
	Livre docência	01	2,22	44	97,78	45	100
Área de atuação	Ensino	08	17,78	37	82,22	45	100
	Pesquisa	08	17,78	37	82,22	45	100
	Assistência	39	86,67	06	13,33	45	100
	Outros	04	8,89	41	91,11	45	100
Linhas de pesquisa	Reabilitação física motora	01	2,22	44	97,78	45	100
	Terminologia	03	6,67	42	93,33	45	100
	Processo ou classificações de enfermagem	13	28,89	32	71,11	45	100
Conhecimento sobre a CIPE®		41	91,11	01	2,22	42	93,33

Fonte: Dados da pesquisa

5.3 Resultado do mapeamento cruzado entre os termos identificados e os constantes na CIPE® versão 2.0

Após a realização dos procedimentos de mapeamento cruzado entre os termos identificados e os constantes na CIPE® 2.0 obteve-se um total de 599 termos (APÊNDICE H) constantes na CIPE® 2.0, e 226 termos não constantes, totalizando 825 termos identificados nos prontuários.

Os termos identificados nos prontuários, constantes na CIPE® Versão 2.0, relacionados por eixo estão descritos a seguir.

No Quadro 3, apresentam-se os 262 termos encontrados no prontuários e existentes no eixo foco da CIPE® 2.0, o que equivale a 31,75% do total de termos encontrados.

QUADRO 3 - Termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo foco da CIPE® 2.0

Termo	Termo
Aceitação	Candidíase
Aceitação do estado de saúde	Capacidade de desempenho
Acesso	Capacidade para realizar o autocuidado
Acesso intravenoso	Corte
Adaptação	Caquexia
Aderência	Cerúmen
Afasia	Cognição
Afasia expressiva	Cólica menstrual
Afasia impressiva	Comer
Agnosia	Complicação
Alergia	Comportamento
Alergia a alimento	Comportamento agressivo
Alergia à medicação	Comportamento alimentar compulsivo
Alergia ao látex	Comportamento de busca da saúde
Alerta	Comprimento
Alimentar-se	Comunicação
Altura	Concentração
Amamentação	Conforto
Ansiedade	Conhecimento
Apetite	Conhecimento da cura de feridas
Aprendizagem	Conhecimento do cuidado de feridas
Arritmia	Conhecimento em saúde
Arrumar-se	Consciência
Aspiração	Continuidade
Assimilação	Continuidade do cuidado
Atenção	Controle
Atitude sobre a dor	Controle da dor
Atitude sobre o cuidado	Convulsão
Atitude sobre o cuidado domiciliar	Crença religiosa
Atividade psicomotora	Crescimento
Audição	Crise familiar
Autocuidado	Cuidar
Auto-higiene	Cura de ferida
Autoimagem	Defecação
Baixo peso	Dependência
Banhar-se	Deglutir
Barreira de comunicação	Depressão
Bem estar físico	Dermatite seborreica
Bem-estar	Desidratação
Bem estar psicológico	Desuso
Bradycardia	Diarreia
Cair	Dimensão física
Calafrio	Disartria
Caminhar	Disfasia

Disgrafia	Hiperglicemia
Dispneia	Hipertensão
Disreflexia autônoma	Hipertermia
Disúria	Hipoatividade
Divertir-se	Hipoglicemia
Dor	Hipotensão
Dor de artrite	Imagem corporal
Dor muscular	Impactação
Dor neurogênica	Impotência sexual
Dor óssea	Incontinência de esforço
Edema	Incontinência de urgência
Efeito colateral	Incontinência funcional
Eliminação	Incontinência intestinal
Eliminação urinária	Incontinência reflexa
Emoção	Incontinência urinária
Entorse	Incontinência urinária total
Enurese	Infecção
Enxaqueca	Infecção cruzada
Equilíbrio	Infraestrutura
Eritema	Ingestão de líquidos
Eritema de calor	Insônia
Eritema de fralda	Integridade da pele
Escoriação	Laceração
Espasticidade	Lavar-se
Espécime	Lesão
Fazer a própria toaleta	Lesão mecânica
Febre	Lesão por transferência
Ferida	Maceração
Ferida cirúrgica	Mastigar
Ferida da pele	Medo
Ferida traumática	Memória
Fertilidade	Memória de curto prazo
Fezes	Memória de longo prazo
Ficar em pé	Menstruação
Fissura	Micro-organismo
Flatulência	Mobilidade
Fratura	Mobilidade na cadeira de rodas
Frequência cardíaca	Mobilidade no leito
Frequência de pulso	Movimento
Frequência de pulso distal	Movimento corporal
Frequência respiratória	Não aderência
Habilidade	Náusea
Habilidade para se transferir	Necrose
Habilidade para socializar	Negligência
Habilidade para caminhar	Negligência unilateral
Habilidade para deglutir	Obesidade
Habilidade para fazer atividades de lazer	Obstipação
Hematoma	Odor fétido

Orientação	Secreção
Padrão alimentar	Sentar
Padrão de eliminação intestinal	Sinal
Padrão de eliminação urinária	Sinal de infecção
Padrão de higiene	Sinal de pressão arterial
Padrão de ingestão de líquidos	Sinal vital
Padrão de sono	Sintoma
Paralisia	Sistema cardiovascular
Pé equino	Sistema gastrointestinal
Pele seca	Sistema respiratório
Perfusão tissular	Sistema tegumentar
Personalidade lábil	Sistema urinário
Peso	Sobrepeso
Preocupação	Socialização
Pressão	Sono
Pressão sanguínea	Sonolência
Processo de sistema urinário	Stress
Processo de transpiração	Taquicardia
Processo do sistema gastrointestinal	Tecido de cicatrização
Processo patológico	Temperatura
Processo sexual	Temperatura corporal
Prurido	Termorregulação
Queda	Tontura
Queimadura	Tosse
Realização	Transferir-se
Recuperação	Trauma
Recuperação cirúrgica	Tremor
Recuperação sexual	Úlcera
Relação sexual	Úlcera de pressão
Relacionamento	Úlcera venosa
Repouso	Urina
Resposta	Usar cadeira de rodas
Resultado	Uso de álcool
Resultado laboratorial	Uso de drogas
Retenção urinária	Uso de tabaco
Rotina	Vestir-se ou despir-se
Salivação	Virar-se
Sangramento	Visão
Saúde	Vômito

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 4, apresentam-se os 20 termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo julgamento da CIPE® versão 2.0, o que equivale a 2,42% do total de termos encontrados.

QUADRO 4 - Termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo julgamento da CIPE® 2.0

Termo	Termo
Alto	Independente
Anormal	Julgamento negativo
Atual	Melhorado
Baixo	Nenhum
Completado	Normal
Comprometido	Parcial
Diminuído	Pequeno
Elevado	Risco
Extensão	Tamanho
Grande	Total

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 5, representam-se os 93 termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo meios da CIPE®, versão 2.0, o que equivale a 11,27% do total de termos encontrados.

QUADRO 5 - Termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo meios da CIPE® 2.0

Termo	Termo
Alimento	Cirurgião
Almofada para compressa fria	Cobertor
Analgésico	Cobertor elétrico
Antibiótico	Coletor de urina
Aparato de levantamento	Colher
Aparelho auditivo	Comadre
Aparelho de aquecimento/esfriamento	Compressa ocular
Aparelho de avaliação	Computador
Aparelho de mobilização	Curativo de ferida
Aparelho gessado	Dentadura
Bandagem	Dispositivo urinário
Bolsa de colostomia	Dreno
Brinquedo	Droga
Cadeira de roda	Ducha
Cadeira higiênica	Enema
Cama	Enfermeiro
Campo cirúrgico	Escova de dentes
Cânula	Fralda
Cateter central	Grade da cama
Cateter urinário	Hemoterapia
Cateter venoso	Instrumento de avaliação
Cirurgia	Insulina

Livros	Serviço de promoção à saúde
Lúdico	Serviço de saúde
Mamadeira	Serviço médico
Máscara de oxigênio	Serviço social
Material de aprendizagem	Solução
Material de instrução	Sonda gastrointestinal
Medicação	Técnica
Médico	Técnica de assepsia
Meias elásticas	Técnica de autocateterização
Monitor cardíaco	Técnica de deglutição
Movimento ativo das articulações	Técnica de distração
Movimento passivo das articulações	Técnica de injeção
Nebulizador	Técnica de posicionamento em Trendelenburg
Óculos	Técnica de respiração ou tosse
Óleo	Técnica de transferência
Oxigenoterapia	Técnica de treinamento de incontinência
Plano de cuidados	Técnica de treinamento intestinal
Prótese	Técnica de treinamento vesical
Protocolo	Terapia intravenosa
Refeição	Terapia por música
Regime medicamentoso	Travesseiro
Sabão	Vestuário
Serviço de cuidado domiciliar	Vitamina B12
Serviço de enfermagem	
Serviço de fisioterapia	
Serviço de nutrição	

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 6, estão apresentados os 102 termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo ação da CIPE®, versão 2.0, o que equivale a 12,36% do total de termos encontrados.

**QUADRO 6 - Termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo ação da CIPE®
2.0**

Termo	Termo
Abaixar	Assistir
Aconselhar	Atender
Administrar	Aumentar
Agendar	Auscultar
Ajustar	Avaliar
Aliviar	Cobrir
Aplicar	Coletar
Apoiar	Colocar sobre/em
Arranjar	Completar
Aspirar	Conferir

Confortar	Medidas de segurança
Consultar	Medir
Contatar	Mobilizar
Conversar	Monitorar
Demonstrar	Motivar
Desempenhar	Observar comportamento
Desenvolver	Obter
Determinar	Oferecer
Diminuir	Organizar
Distribuir	Ouvir
Drenar	Palpar
Educar	Participação
Elevar	Pesar
Elogiar	Planejar
Encaminhar	Posicionar
Encorajar	Posicionar durante a cirurgia
Ensaboar	Preparar
Ensinar	Prevenir
Envolver	Promover
Escovar	Proteger
Estabelecer limite	Puncionar
Estimular	Reabilitar
Evitar	Reforçar
Examinar	Regular
Explicar	Relatar
Facilitar	Remover
Fornecer	Reportar
Guiar	Requisitar
Higienizar	Restaurar
Identificar	Restringir
Implementar	Retirar
Informar	Supervisionar
Iniciar	Tocar
Inserir	Tranquilizar
Inspecionar	Transferir
Instalar	Transportar
Instruir	Tratar
Interromper	Treinar
Lavar	Trocar
Limpar	Verificar
Manter	Virar

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 7, descrevem-se os 27 termos encontrados na CIPE® Versão 2.0 referentes ao eixo tempo, o que equivale a 3,27% do total de termos encontrados.

QUADRO 7 - Termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo tempo da CIPE® 2.0

Termo	Termo
Admissão	Infância pré-escolar
Agudo	Início
Alta hospitalar	Intermitente
Ano	Intervalo de tempo ou momento
Contínua	Manhã
Crônico	Mês
Dia	Noite
Duração	Nunca
Encontro/consulta	Raramente
Evento ou episódio	Semana
Exame	Sequência no tempo
Frequente	Tarde
Hoje	Visita domiciliar
Hospitalização	

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 8, descrevem-se os 88 termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo localização da CIPE® Versão 2.0, o que equivale a 10,66% do total de termos encontrados.

QUADRO 8 - Termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo localização da CIPE® 2.0

Termo	Termo
Abdome	Coto de amputação
Ambulatório	Couro cabeludo
Antebraço	Coxa
Anterior	Dedo
Ânus	Dedo do pé
Articulação	Dente
Articulação do cotovelo	Direita
Articulação do joelho	Distal
Articulação do quadril	Enfermaria
Articulação do tornozelo	Escroto
Bexiga	Esfíncter anal
Braço	Esfíncter urinário
Cabeça	Esquerda
Calcanhar	Face
Cavidade oral	Hospital
Clínica	Hospital-dia
Colostomia	Inferior
Corpo	Instituição de saúde
Costas	Intestino
Costela	Lábio

Lar	Pronação
Lateralidade	Próstata
Lateralidade de cirurgia	Proximal
Local da cirurgia	Punho
Local da ferida	Região axilar
Mão	Região púbica
Mucosa oral	Região vulvar
Músculo	Sacro
Nádega	Sala de cirurgia
Nariz	Sala de recuperação
Ouvido	Superior
Pé	Supina
Peito	Testículo
Pele	Tórax
Pênis	Traqueostomia
Periférico	Tronco
Períneo	Uretra
Perna	Via intramuscular
Pescoço	Via intravenosa
Posição corporal	Via intravesical
Posição de litotomia	Via ocular
Posição de trendelenburg	Via oral
Posterior	Via retal
Prepúcio	Via subcutânea

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 9, apresentam-se os 7 termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo cliente da CIPE® Versão 2.0, o que equivale a 0,84% do total de termos encontrados.

QUADRO 9 - Termos encontrados nos prontuários e existentes no eixo cliente da CIPE® 2.0

Termo	Termo
Cuidador	Irmãos
Idoso	Paciente
Indivíduo	Pais
Irmã	

Fonte: Dados da pesquisa

O gráfico 1 demonstra a distribuição por eixos da CIPE®, dos termos extraídos dos prontuários e identificados como constantes nesta Terminologia, após a realização do mapeamento cruzado.

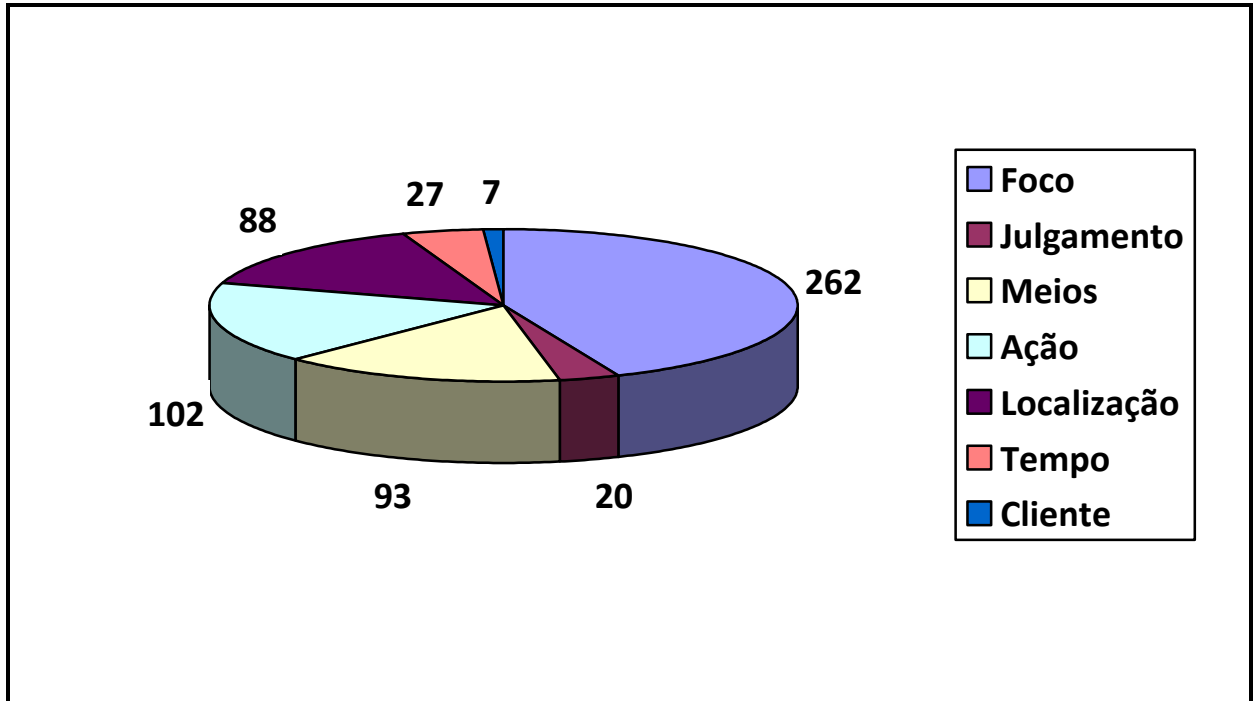


GRÁFICO 1 - Distribuição dos termos constantes na CIPE® 2.0 nos sete eixos da Terminologia

Constata-se que 72,60% (599) dos termos empregados nas evoluções de enfermagem nessa instituição estão inseridos na CIPE® Versão 2.0, considerando-se o número total de termos (825) extraídos dos prontuários.

5.4 Classificação dos termos identificados como não constantes na CIPE® versão 2.0 segundo os sete eixos

Os 226 termos não constantes na CIPE® Versão 2.0 foram classificados de acordo com o modelo de sete eixos da CIPE®, levando-se em consideração a definição de cada eixo apresentado pelo CIE.

5.4.1 Termos categorizados no eixo foco

Na CIPE®, o eixo foco contempla termos que são relevantes para a área de atenção da enfermagem (CIE, 2005). Considerando a definição da CIPE® para o eixo foco,

nele foram categorizados 47 termos (20,79%) dentre os 226 não constantes na versão 2.0 desta terminologia (Quadro 10):

QUADRO 10 - Termos categorizados no eixo foco

Termo	Termo
Alergia a iodo	Ingestão de fibras
Ambiente	Intolerância alimentar
Amplitude de movimento das articulações	Lazer
Analfabeto (analfabetismo)	Locomoção
Atividade (ocupação)	Mal estar
Barreira arquitetônica	Micro-organismo multirresistente
Capacidade vesical	Mobilidade física
Cefaleia	Odor
Compreensão	Orgasmo
Contratura	Pé cavo
Deformidade	Pé varo
Ereção	Pele friável
Estado emocional	Pele hidratada
Estado geral	Pele íntegra
Estímulo	Pressão arterial
Estímulo nocivo	Processo de reabilitação
Eupneia	Qualidade de vida
Expressão (expressão facial)	Reeducação
Exsudato	Reeducação intestinal
Fala (comunicação verbal)	Reeducação vesical
Hematúria	Saturação de oxigênio
Hipofonia	Sinais de inflamação
Hipotensão ortostática	Tecido de granulação
Humor	

Fonte: Dados da pesquisa

5.4.2 Termos categorizados no eixo julgamento

Na CIPE®, o eixo julgamento contempla termos que expressam opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem (CIE, 2005). Considerando a definição da CIPE® para o eixo julgamento, nele foram categorizados 15 termos (6,63%) dentre os 226 não constantes na versão 2.0 desta terminologia (Quadro 11).

QUADRO 11- Termos categorizados no eixo julgamento

Termo	Termo
Calmo	Interessado
Característico	Máximo
Difícil	Mesmo nível
Discreto	Precário
Estável	Receptivo
Hidratado	Ressecado
Insatisfatório	Satisfatório
Íntegro	

Fonte: Dados da pesquisa

5.4.3 Termos categorizados no eixo meios

Na CIPE®, o eixo meios contempla termos relacionados a uma maneira ou a um método de desempenhar uma intervenção (CIE, 2005). Considerando a definição da CIPE® para este eixo, nele foram categorizados 102 termos (45,13%) dentre os 226 não constantes na versão 2.0 desta terminologia (Quadro 12).

QUADRO 12 - Termos categorizados no eixo meios

Termo	Termo
Algodão hidrófilo	Cinta abdominal
Algodão ortopédico	Cinto de transferência
Algodão sintético	Colagenase
Andador	Colar cervical
Antiemético	Colchão de ar
Antiinflamatório	Colete torácico
Aparelho de adaptação	Controle de líquidos
Aparelho de movimentação passiva contínua	Creme hidratante
Auxiliar de enfermagem	Crioterapia
Bengala canadense	Curativo de gaze
Bengala em T	Curativo de micropore (curativo estéril de fita adesiva hipoalergênica)
Cadeira	Degermante
Cama cirúrgica	Diário miccional
Cânula de traqueostomia	Discussão de caso
Cateter	Equipe interdisciplinar
Cateter de analgesia	Escova de banho de cabo longo
Cateter nasal	Espessante
Cateter nasoentérico	Estímulo dígito-anal
Cateter nasogástrico	Faixa de crepom
Cateter vesical de demora	

Faixa elástica	Pesquisa de micro-organismo multirresistente
Fibras alimentares	Pomada
Filme de poliuretano	Preparo intestinal
Fonoaudióloga	Psicólogo
Gaze algodoadada	Relatório
Gaze vaselinada (cobertura com petrolatum)	Reunião
Glicemia capilar	Serviço de controle de infecção hospitalar
Grupo de orientações	Serviço de psicologia
Hidrocolóide	Serviço farmacêutico
Hidroterapia	Serviço odontológico
Manobra de Crede	Swab (haste de algodão)
Manobra de Piparote	Técnica de administração de dieta enteral
Manobra de Valsalva	Técnica de autocateterismo vesical
Manobras de esvaziamento vesical	Técnica de cateterismo vesical
Material cirúrgico	Técnica de cateterização assistida
Massagem	Técnica de esvaziamento de bexiga
Medidas de prevenção de convulsão	Técnica de posição de Fowler
Medidas de prevenção de deformidade	Técnica de posição de semi-fowler
Medidas de prevenção de disreflexia	Técnica de treinamento do autocuidado
Medidas de prevenção de infecção	Técnica de treino de vaso
Medidas de prevenção de úlcera de pressão	Técnica limpa
Medidas não farmacológicas	Técnico de gesso
Monitor de oximetria	Tipoia
Monitor vesical	Toque retal
Muletas axilares	Torniquete pneumático
Nutricionista	Tração cutânea
Órtese de membro inferior	Tração transesquelética
Órtese de membro superior	Treino de continência
Oxigênio	Treino familiar
Palmilha	Vaso sanitário
Papaína	Xilocaína gel
Pesquisa	

Fonte: Dados da pesquisa

5.4.4 Termos categorizados no eixo ação

Na CIPE®, o eixo ação contempla termos relacionados a um processo intencional aplicado a um cliente (CIE, 2005). Considerando a definição da CIPE® para o eixo ação, nele foram categorizados 31 termos (13,71%) dentre os 226 não constantes na versão 2.0 desta terminologia (Quadro 13).

QUADRO 13 - Termos categorizados no eixo ação

Termo	Termo
Abordar	Locomover
Admitir	Modificar
Aprazar	Optar
Aquecer	Otimizar
Continuar	Preferir
Deambular	Recepcionar
Degermar	Reconhecer
Desbridar	Repetir
Diferenciar	Respeitar
Enfatizar	Retornar
Evidenciar	Submeter
Favorecer	Suspender
Hidratar	Terminar
Indicar	Utilizar
Infundir	Visitar
Liberar	

Fonte: Dados da pesquisa

5.4.5 Termos categorizados no eixo tempo

Na CIPE®, o eixo tempo contempla termos relacionados a um momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência (CIE, 2005). Considerando a definição da CIPE® para o eixo tempo, nele foram categorizados 3 termos (1,32%) dentre os 226 não constantes na versão 2.0 desta terminologia (Quadro 14).

QUADRO 14 - Termos categorizados no eixo tempo

Termo	Termo
Fim de Semana	Período
Hora	

Fonte: Dados da pesquisa

5.4.6 Termos categorizados no eixo localização

Na CIPE®, o eixo localização contempla termos relacionados à orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenções (CIE, 2005). Considerando a definição da CIPE® para o eixo localização, nele foram categorizados 25 termos (11,06%) dentre os 226 não constantes na versão 2.0 desta terminologia (Quadro 15).

QUADRO 15 - Termos categorizados no eixo localização

Termo	Termo
Articulação do ombro	Panturrilha
Cistostomia	Patela
Coluna vertebral	Posição de Fowler
Cotovelo	Posição de semi-fowler
Crista ilíaca	Quadril
Gastrostomia	Região escapular
Jejunostomia	Região inguinal
Joelho	Região interglútea
Maléolo lateral	Região isquiática
Maléolo medial	Região trocantérica
Membro inferior	Sala de indução anestésica
Membro superior	Vesicostomia
Ombro	

Fonte: Dados da pesquisa

5.4.7 Termos categorizados no eixo cliente

Na CIPE®, o eixo cliente contempla termos relacionados ao sujeito ao qual o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção de enfermagem (CIE, 2005). Considerando a definição da CIPE® para o eixo cliente, nele foram categorizados 3 termos (1,32%) dentre os 226 não constantes na Versão 2.0 desta terminologia (Quadro 16).

QUADRO 16 - Termos categorizados no eixo cliente

Termo	Termo
Amigo	Filho
Esposa	

Fonte: Dados da pesquisa

O gráfico 2 demonstra a distribuição por eixos da CIPE®, dos termos extraídos dos prontuários e identificados como não constantes nesta Terminologia, após a realização do mapeamento cruzado.

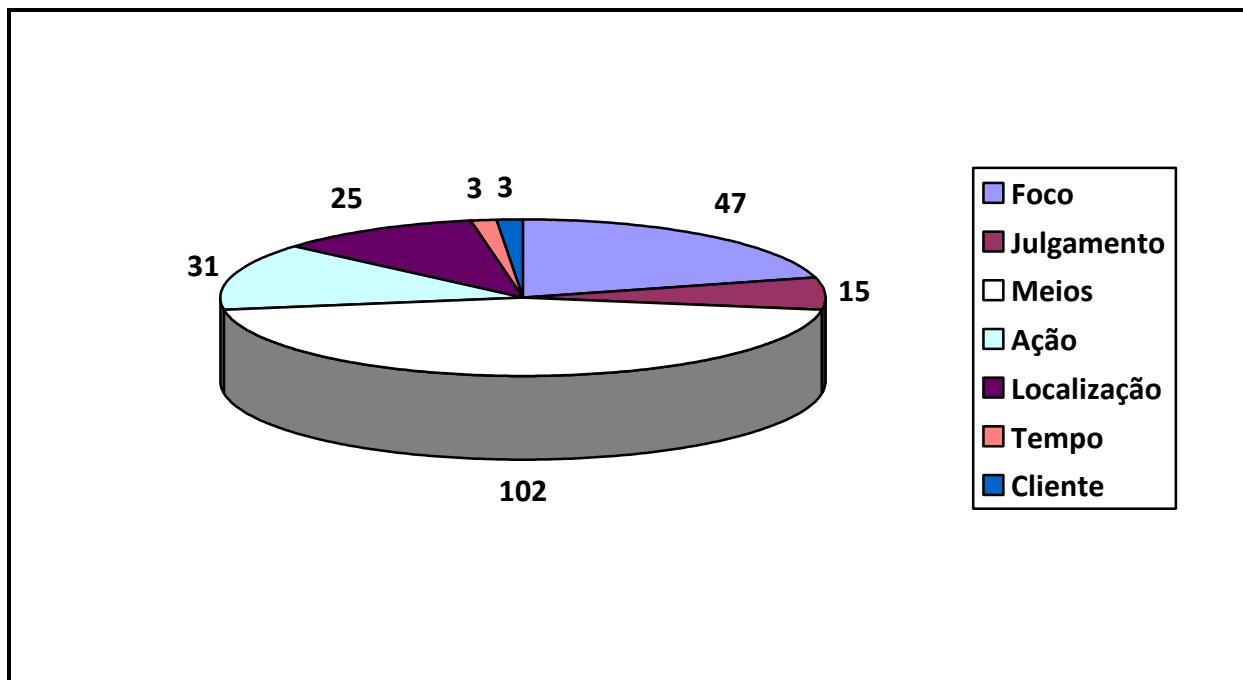


GRÁFICO 2 - Distribuição dos termos não constantes na CIPE® 2.0 nos sete eixos da Terminologia

Considerando o total de 825 termos extraídos dos prontuários, constata-se que 27,39% (226) daqueles empregados nas evoluções de enfermagem no hospital pesquisado não estão inseridos na CIPE® 2.0.

5.5 Primeira etapa do processo de validação das definições elaboradas e da alocação dos termos classificados nos diversos eixos da CIPE® 2.0

No Quadro 17, apresentam-se os termos do eixo foco encontrados nos registros de pacientes de um hospital de reabilitação física motora de Belo Horizonte e que não estão inseridos na CIPE® 2.0, assim como os ICs alcançados, em relação tanto à definição quanto ao eixo.

QUADRO 17 - Relação dos termos, classificados no eixo foco da CIPE® 2.0, definições elaboradas e IC alcançado, em relação tanto à definição quanto ao eixo

TERMOS E DEFINIÇÕES	I.C. Referente à definição	I.C. Referente ao eixo
Alergia a iodo – alergia com características específicas: resposta imunológica resultante do contato com produtos, alimentos e medicamentos que possuem iodo.	0,96	0,94
Ambiente – tudo o que fica fora dos limites corporais do indivíduo, mas exerce influência sobre ele, incluindo a comunidade e a sociedade que o cercam, com suas relações sociais, econômicas, culturais e psicológicas (REY, 1999).	0,96	0,92
Amplitude de movimento das articulações – deslocamento angular de uma articulação (ENOKA, 1999).	0,92	0,94
Analfabeto – indivíduo que apresenta ausência ou insuficiência de instrução, compreendendo tanto o desconhecimento do alfabeto como a incapacidade de ler ou entender frases escritas (REY, 1999).	0,90	0,88
Atividade – trabalho específico, ocupação (BORBA, 2004).	0,86	0,90
Barreira arquitetônica – obstáculo arquitetônico que impede ou dificulta a livre circulação de pessoas dentro de um ambiente, podendo ser representado por escadas, degraus, paredes e portas.	0,94	0,92
Capacidade vesical – capacidade de volume da bexiga.	0,92	0,94
Cefaléia – dor referida à superfície da cabeça proveniente da distensão dos seios venosos ou de lesões das estruturas membranosas que recobrem o encéfalo (REY, 1999).	0,90	0,98
Compreensão – “faculdade de compreender; percepção” (WEISZFLOG, 2007).	0,94	0,96
Contratura – “condição em que um músculo, ou um grupo de músculos, exibe resistência acentuada à extensão passiva” (FERREIRA, 1999).	0,92	0,94
Deformidade – desvio da forma ou tamanho normal de uma região corporal, que pode ser tanto congênita quanto adquirida	0,96	0,94

(STEDMAN, 1990).		
Ereção – transformação de um órgão ou de um tecido mole em uma conformação tensa e rija devido ao afluxo de sangue às suas estruturas cavernosas, fenômeno que ocorre tipicamente no pênis e no clitóris, em função da estimulação sensorial da genitália (REY, 1999).	0,95	0,95
Estado emocional – condição relativa a sentimentos e emoções.	0,89	0,93
Estado geral – condição emocional e física.	0,87	0,87
Estímulo – aquilo que estimula ou incita à atividade (WEISZFLOG, 2007)	0,93	0,85
Estímulo nocivo – estímulo prejudicial.	0,89	0,89
Eupneia – respiração fácil e livre, observada em um indivíduo normal sob condições de repouso (STEDMAN, 1990)	0,97	0,89
Expressão – manifestação de pensamento, emoção e sentimento; aspecto facial, determinado pelo estado físico ou emocional (WEISZFLOG, 2007; REY, 1999).	0,95	0,91
Exsudato – líquido orgânico formado por soro, fibrina e leucócitos que atravessaram as paredes dos pequenos vasos para infiltrarem em tecidos inflamatórios ou em cavidades vizinhas (REY, 1999).	0,91	0,95
Fala – “produção de sons vocais” (REY, 1999).	0,91	0,95
Hematúria – presença de sangue ou hemácias na urina (STEDMAN, 1990).	0,91	0,93
Hipofonia – redução do volume de voz.	0,93	0,91
Hipotensão ortostática – queda na pressão sanguínea que ocorre quando uma pessoa se levanta, depois de ter estado em posição supina ou quando permanece em pé por um longo período (SANTOS, 2006).	0,97	0,97
Humor – “disposição de ânimo que se pode apresentar como irritabilidade, tristeza ou alegria” (SANTOS, 2006).	0,93	0,97
Ingestão de fibras – ingestão de alimentos ricos em fibras.	0,91	0,89
Intolerância alimentar – qualquer reação adversa aos	0,97	1,00

alimentos de caráter não imunológico, que não apresenta base psicológica, podendo ser o resultado de diversos mecanismos etiológicos e fisiopatológicos (POLANCO <i>apud</i> BRIKS, 1994).		
Lazer – descanso (FERREIRA, 1999).	0,63	0,87
Locomoção – ato ou efeito de andar ou de transportar-se de um lugar para outro (FERREIRA, 1999).	0,93	0,97
Mal estar – indisposição física ou moral (WEISZFLOG, 2007).	0,91	0,93
Micro-organismo multirresistente – microrganismos resistentes a quase a totalidade das classes de antimicrobianos testados em exames microbiológicos. (SÃO PAULO, 2010)	0,89	0,91
Mobilidade física – capacidade de movimentação físico corporal, independente e voluntária, de uma ou mais extremidades (NANDA, 2009-2011).	1,00	1,00
Odor – cheiro (STEDMAN, 1990).	0,93	0,93
Orgasmo – “sensação de prazer com que termina normalmente o clímax da excitação sexual, durante o coito” (REY, 1999).	0,84	0,84
Pé cavo – “atitude viciosa e geralmente adquirida do pé, caracterizada pela excessiva curvatura do arco longitudinal do pé e posição em garra dos artelhos” (REY, 1999).	0,95	0,93
Pé varo – “pé voltado para dentro” (SANTOS, 2006).	0,95	0,90
Pele friável – pele quebradiça (CAPE; DOBSON, 1977), suscetível de se esfarelar.	0,75	0,86
Pele hidratada – pele que se apresenta com umidade natural, não ressecada.	0,90	0,86
Pele íntegra – pele sem lesão ou ferimento.	0,95	0,88
Pressão arterial – pressão exercida pelo sangue na parede das artérias (REY, 1999).	0,95	1,00
Processo de reabilitação – processo que tem o objetivo de proporcionar ao indivíduo uma reaprendizagem de habilidades e capacidades ou adequação às funções existentes, tornando o indivíduo novamente capaz (SMELTZER; BARE, 2009).	0,93	0,93
Qualidade de vida – “conjunto das características genéticas, dos hábitos e costumes adquiridos e dos tipos de	0,97	0,97

comportamento do indivíduo, que lhe asseguram alto grau de saúde física e mental, com mínimo de riscos presentes ou futuros, proporcionando bem-estar, auto-satisfação e excelente relacionamento familiar e social, em qualquer fase da existência” (REY, 1999).		
Reeducação – treinamento de pessoas com deficiências físicas ou cognitivas com o objetivo de recuperar, total ou parcialmente, o uso das faculdades prejudicadas (REY, 1999).	0,93	0,86
Reeducação intestinal – treinamento de pessoas com deficiências físicas ou cognitivas com o objetivo de recuperar, total ou parcialmente, o uso das funções (REY, 1999) intestinais prejudicadas.	0,95	0,93
Reeducação vesical – treinamento de pessoas com deficiências físicas ou cognitivas que tem o objetivo de recuperar, total ou parcialmente, o uso das funções (REY, 1999) vesicais prejudicadas.	0,85	0,93
Saturação de oxigênio – medida da quantidade de oxigênio ligada à hemoglobina (ANDERSON <i>et al.</i> , 2001)	0,95	0,95
Sinais de inflamação – cinco sinais cardeais que caracterizam o processo inflamatório: rubor, calor, edema, dor e perda da função (SMELTZER; BARE, 2009).	1,00	0,95
Tecido de granulação – “tecido conjuntivo vascular que forma projeções granulares sobre a superfície de uma ferida, úlcera ou tecido inflamado em cicatrização” (STEDMAN, 1990).	1,00	0,95

Fonte: Dados da pesquisa

Analisando os termos não constantes na CIPE® referentes ao eixo foco, observa-se que 3 atingiram o IC de 1; 32 ICs de 0,91 a 0,99; 10 ICs de 0,8 a 0,9; e 2 não alcançaram o IC desejado de 0,8 sendo, portanto, necessária a reelaboração das definições para eles, de acordo com as sugestões enviadas pelos participantes, a fim de passarem por nova etapa de validação.

Em relação aos ICs referentes ao eixo de alocação, observa-se que 3 termos atingiram o IC de 1; 30 ICs de 0,91 a 0,99 e 14 ICs de 0,8 a 0,9.

Constata-se um número significativo de perdas nas respostas em todos os eixos. Essas perdas correspondem às questões que foram acessadas pelos participantes, mas não foram respondidas. Na Tabela 4, são descritas as perdas referentes ao eixo foco.

Tabela 4 - Total de perdas para cada termo (definições e eixo) classificado no eixo foco da CIPE® 2.0 – Belo Horizonte, 2011

TERMO	PERDAS			
	Definição		Eixo	
	N	%	N	%
Alergia a iodo	12	26,66	12	26,66
Ambiente	13	28,88	13	28,88
Amplitude de movimento das articulações	13	28,88	13	28,88
Analfabeto	14	31,11	14	31,11
Atividade (ocupação)	15	33,33	16	35,55
Barreira arquitetônica	15	33,33	16	35,55
Capacidade vesical	15	33,33	15	33,33
Cefaleia	15	33,33	15	33,33
Compreensão	15	33,33	15	33,33
Contratura	15	33,33	16	35,55
Deformidade	16	35,55	16	35,55
Ereção	18	40,00	18	40,00
Estado emocional	18	40,00	18	40,00
Estado geral	18	40,00	18	40,00
Estímulo	19	42,22	18	40,00
Estímulo nocivo	18	40,00	18	40,00
Eupneia	20	44,44	20	44,44
Expressão	20	44,44	20	44,44
Exsudato	20	44,44	20	44,44
Fala	20	44,44	20	44,44
Hematúria	20	44,44	20	44,44
Hipofonia	20	44,44	20	44,44
Hipotensão ortostática	20	44,44	20	44,44
Humor	20	44,44	23	51,11
Ingestão de fibras	19	42,22	20	44,44
Intolerância alimentar	20	44,44	20	44,44
Lazer	20	44,44	20	44,44
Locomoção	19	42,22	19	42,22
Mal estar	19	42,22	19	42,22
Micro-organismo multirresistente	19	42,22	20	44,44
Mobilidade Física	20	44,44	21	46,66
Odor	20	44,44	20	44,44
Orgasmo	21	46,66	21	46,66
Pé cavo	20	44,44	20	44,44
Pé varo	23	51,11	23	51,11

(continua)

				(conclusão)
Pele friável	22	48,88	22	48,88
Pele hidratada	23	51,11	23	51,11
Pele íntegra	22	48,88	22	48,88
Pressão arterial	22	48,88	22	48,88
Processo de reabilitação	22	48,88	23	51,11
Qualidade de vida	22	48,88	22	48,88
Reeducação	22	48,88	22	48,88
Reeducação intestinal	22	48,88	22	48,88
Reeducação vesical	22	48,88	22	48,88
Saturação de oxigênio	22	48,88	23	51,11
Sinais de inflamação	22	48,88	22	48,88
Tecido de granulação	22	48,88	22	48,88

Fonte: Dados da pesquisa.

No Quadro 18, são apresentadas os termos do eixo julgamento encontrados nos registros de pacientes de um hospital de reabilitação física motora de Belo Horizonte e não constantes na CIPE® 2.0, assim como os ICs alcançados, tanto em relação à definição quanto em relação ao eixo.

QUADRO 18 - Relação dos termos, classificados no eixo julgamento da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado, em relação tanto à definição quanto ao eixo

TERMOS E DEFINIÇÕES	I.C.	I.C.
	Referente à definição	Referente ao eixo
Calmo – referente a sossegado e tranquilo (WEISZFLOG, 2007).	0,93	0,90
Característico – referente a traço, qualidade, propriedade ou combinação deles, que distinguem um indivíduo, grupo ou tipo (WEISZFLOG, 2007).	0,88	0,95
Difícil – referente àquilo que não é fácil, árduo e laborioso, pouco possível e improvável. (WEISZFLOG, 2007).	0,95	0,97
Discreto – moderado (WEISZFLOG, 2007).	0,62	0,93
Estável – inalterável, seguro (WEISZFLOG, 2007) e constante.	0,88	0,97
Hidratado – “tratado por água” (FERREIRA, 1999).	0,72	0,85
Insatisfatório – referente àquilo que não é aceitável. (WEISZFLOG, 2007).	0,88	0,95
Interessado – refere-se ao indivíduo que demonstra interesse (WEISZFLOG, 2007).	0,95	0,93

Íntegro – inteiro, completo (WEISZFLOG, 2007), sem lesão.	0,90	0,97
Máximo – absoluto. Refere-se ao que está acima de todos, é o mais alto, mais intenso (WEISZFLOG, 2007).	0,95	0,97
Mesmo nível – nenhuma mudança, igual na quantia ou valor.	0,90	0,95
Precário – refere-se ao que não é estável ou seguro; frágil, débil (WEISZFLOG, 2007).	0,88	0,93
Receptivo – referente ao que recebe ou é capaz de receber. Sujeito à influência externa (WEISZFLOG, 2007).	0,95	0,93
Ressecado – referente àquilo que está muito seco (WEISZFLOG, 2007).	0,93	0,97
Satisfatório – referente àquilo que é aceitável. (WEISZFLOG, 2007).	0,88	0,95

Fonte: Dados da pesquisa

Analisando os dados referentes ao eixo julgamento no Quadro 18, 6 termos obtiveram ICs de 0,91 a 0,99; 7 ICs de 0,80 a 0,90; e, 2 não alcançaram o IC desejado de 0,80, sendo, portanto, necessária a reelaboração da definição desses termos, de acordo com as sugestões enviadas pelos participantes, a fim de passarem por nova etapa de validação.

Em relação aos ICs referentes ao eixo de alocação, todos os termos foram validados na primeira etapa do processo de validação, sendo que 13 atingiram ICs de 0,91 a 0,99; e 2, ICs de 0,8 a 0,9.

No eixo julgamento, também se observa um elevado número de perdas (Tab 5).

Tabela 5 - Total de perdas para cada termo (definições e eixo) classificado no eixo julgamento da CIPE® 2.0 – Belo Horizonte, 2011

(continua)

TERMO	PERDAS			
	Definição		Eixo	
	N	%	N	%
Calmo	24	53,33	24	53,33
Característico	24	53,33	24	53,33
Difícil	24	53,33	24	53,33
Discreto	24	53,33	24	53,33
Estável	24	53,33	25	55,55
Hidratado	24	53,33	25	55,55
Insatisfatório	23	51,11	23	51,11

(continua)

				(conclusão)
Íntegro	24	53,33	24	53,33
Teressado	23	51,11	23	51,11
Máximo	23	51,11	23	51,11
Mesmo nível	23	51,11	23	51,11
Precário	25	55,55	24	53,33
Receptivo	24	53,33	24	53,33
Ressecado	23	51,11	23	51,11
Satisfatório	23	51,11	23	51,11

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 19, apresentam-se os termos do eixo meios encontrados nos registros de pacientes de um hospital de reabilitação física motora de Belo Horizonte e não constantes na CIPE® 2.0, assim como os ICs alcançados em relação tanto à definição quanto ao eixo.

QUADRO 19 - Relação dos termos, classificados no eixo meios da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado, em relação tanto à definição quanto ao eixo

TERMOS E DEFINIÇÕES	I.C. Referente à definição	I.C. Referente ao eixo
Algodão hidrófilo – material	0,65	0,88
Algodão ortopédico – material	0,65	0,93
Algodão sintético – material	0,65	0,93
Andador – dispositivo de mobilização	0,84	0,97
Antiemético – medicamento	0,70	0,95
Antiinflamatório – medicamento	0,72	0,97
Aparelho de adaptação – dispositivo ortótico	0,84	0,97
Aparelho de movimentação passiva contínua – aparelho utilizado para a movimentação passiva de um membro	0,95	0,95
Auxiliar de enfermagem – prestador do cuidado	0,79	0,83
Bengala canadense – bengala	0,72	0,95
Bengala em T – bengala	0,72	0,97
Cadeira – dispositivo de suporte	0,77	0,93
Cama-cirúrgica – cama	0,72	0,95
Cânula de traqueostomia – tubo	0,66	0,97
Catéter – tubo	0,67	0,93

Cateter de analgesia – tubo	0,53	0,93
Cateter nasal – tubo	0,56	0,90
Cateter nasoentérico – tubo	0,65	0,93
Cateter nasogástrico – tubo	0,65	0,93
Cateter vesical de demora – tubo	0,68	0,92
Cinta abdominal – dispositivo de imobilização	0,76	0,97
Cinto de transferência – dispositivo de mobilização	0,77	1,00
Colagenase – material	0,57	0,90
Colar cervical – dispositivo de imobilização	0,79	0,97
Colchão de ar – colchão	0,74	0,97
Colete torácico – dispositivo de imobilização	0,79	0,97
Controle de líquidos – instrumento de avaliação	0,76	0,95
Creme hidratante – creme	0,80	0,97
Crioterapia – terapia	0,71	0,97
Curativo de gaze – curativo de ferida	0,69	0,93
Curativo de micropore (curativo estéril de fita adesiva hipoalergênica) – curativo de ferida	0,58	0,95
Degermante – material	0,65	0,97
Diário miccional – instrumento de avaliação	0,76	0,95
Discussão de caso – debate que tem o objetivo de chegar à verdade ou elucidar dificuldades (WEISZFLOG, 2007)	0,88	0,95
Equipe interdisciplinar – grupo de profissionais que trabalham de maneira interdisciplinar em busca de um objetivo em comum	0,90	0,90
Escova de banho de cabo longo – dispositivo de adaptação	0,83	0,95
Estímulo dígito-anal – técnica de treino intestinal	0,76	0,65
Espessante – material	0,62	0,93
Faixa elástica – material	0,69	0,95
Faixa de crepom – material	0,76	0,97
Fibras alimentares – alimento	0,72	0,97
Filme de poliuretano – material	0,69	0,95
Fonoaudióloga – prestador do cuidado	0,79	0,90
Gaze algodoadada – material	0,74	0,97

Gaze vaselinada (cobertura com petrolatum) – material	0,71	0,95
Glicemia capilar – técnica	0,73	0,97
Grupo de orientações – terapia	0,73	0,95
Hidrocolóide – material	0,69	0,97
Hidroterapia – terapia	0,75	0,97
Manobras de esvaziamento vesical – técnica de treino vesical	0,85	0,97
Manobra de Credê – manobra de esvaziamento vesical	0,78	0,97
Manobra de Piparote – manobra de esvaziamento vesical	0,78	0,97
Manobra de Valsalva – manobra de esvaziamento vesical	0,75	0,95
Massagem – terapia	0,65	0,95
Material cirúrgico – material	0,81	1,00
Medidas de prevenção de convulsão – técnica	0,68	0,92
Medidas de prevenção de deformidade – técnica	0,72	0,97
Medidas de prevenção de disreflexia – técnica	0,70	0,92
Medidas de prevenção de infecção – técnica	0,73	0,95
Medidas de prevenção de úlcera de pressão – técnica	0,75	0,97
Medidas não farmacológicas – técnica	0,70	0,95
Monitor de oximetria – dispositivo de monitorização	0,88	0,95
Monitor vesical – dispositivo de monitorização	0,76	0,90
Muletas axilares – dispositivo de mobilização	0,80	0,95
Nutricionista – prestador do cuidado	0,83	0,92
Órtese de membro inferior – dispositivo ortótico	0,86	0,97
Órtese de membro superior – dispositivo ortótico	0,88	0,97
Oxigênio – material	0,69	0,92
Palmilha – aparelho ortótico	0,83	0,95
Papaína – material	0,65	0,93
Pesquisa – investigação (WEISZFLOG, 2007)	0,92	0,93
Pesquisa de micro-organismo multirresistente – investigação de micro-organismos multirresistentes	0,93	0,97
Pomada – material.	0,64	0,90
Preparo intestinal – técnica	0,71	0,95
Psicólogo – prestador do cuidado	0,83	0,92

Relatório – descrição escrita daquilo que se viu, ouviu ou observou (FERREIRA, 1999)	0,90	0,93
Reunião – “conjunto de pessoas que se agrupam para algum fim” (WEISZFLOG, 2007)	0,90	0,93
Serviço de controle de infecção hospitalar – serviço de saúde	0,76	0,90
Serviço de psicologia – serviço de saúde	0,85	0,93
Serviço farmacêutico – serviço de saúde	0,80	0,93
Serviço odontológico – serviço de saúde	0,78	0,90
Swab (haste de algodão) – material	0,72	0,90
Técnica de administração de dieta enteral – técnica	0,76	0,97
Técnica de cateterismo vesical – técnica	0,79	1,00
Técnica de autocateterismo vesical – técnica	0,74	0,97
Técnica de cateterização assistido – técnica	0,75	0,97
Técnica de esvaziamento de bexiga – técnica	0,79	1,00
Técnica de posição de Fowler – técnica	0,76	1,00
Técnica de posição de semifowler – técnica	0,76	1,00
Técnica de treinamento do autocuidado – técnica	0,76	1,00
Técnica de treino de vaso - técnica de treinamento intestinal	0,81	0,97
Técnica limpa – técnica	0,72	0,95
Técnico de gesso – prestador do cuidado	0,79	0,88
Tipóia – dispositivo de imobilização	0,93	1,00
Toque retal – técnica de treinamento intestinal	0,79	0,95
Torniquete pneumático – material	0,74	0,93
Tração cutânea – dispositivo de tração	0,85	0,97
Tração transesquelética – dispositivo de tração	0,79	0,97
Treino de continência – técnica	0,78	0,97
Treino familiar – técnica	0,75	0,97
Vaso sanitário – aparelho para absorver ou coletar	0,87	0,97
Xilocaína gel – material	0,64	0,90

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados referentes ao eixo meios no Quadro 19 mostram que 4 termos obtiveram ICs de 0,91 a 0,99; 22, de 0,8 a 0,9; e 76 não alcançaram o IC desejado de 0,8, o que equivale

a 74,50% dos termos propostos neste eixo. Foi, portanto, necessária a reelaboração da definição desses termos de acordo com as sugestões enviadas pelos participantes, a fim de passarem por nova etapa de validação.

Por sua vez, em relação aos ICs referentes ao eixo de alocação, observa-se que 8 termos atingiram o IC igual a 1; 80, de 0,91 a 0,99; e, 13 de 0,8 a 0,9. Não foi validado neste eixo 1 termo, por não ter alcançado IC de 0,8.

No eixo meios apurou-se um elevado número de perdas (Tab. 6).

Tabela 6 - Total de perdas para cada termo (definições e eixo) classificado no eixo meios da CIPE® 2.0 – Belo Horizonte, 2011

(continua)

TERMO	PERDAS			
	Definição		Eixo	
	N	%	N	%
Algodão hidrófilo	23	51,11	23	51,11
Algodão ortopédico	23	51,11	23	51,11
Algodão sintético	23	51,11	23	51,11
Andador	23	51,11	23	51,11
Antiemético	23	51,11	23	51,11
Antiinflamatório	23	51,11	25	55,55
Aparelho de adaptação	23	51,11	23	51,11
Aparelho de movimentação passiva contínua	23	51,11	23	51,11
Auxiliar de Enfermagem	24	53,33	24	53,33
Bengala canadense	23	51,11	23	51,11
Bengala em T	23	51,11	24	53,33
Cadeira	23	51,11	23	51,11
Cama cirúrgica	23	51,11	23	51,11
Cânula de traqueostomia	25	55,55	24	53,33
Catéter	24	53,33	24	53,33
Cateter de analgesia	24	53,33	24	53,33
Cateter nasal	23	51,11	23	51,11
Catéter nasoentérico	24	53,33	24	53,33
Catéter nasogástrico	24	53,33	24	53,33
Catéter vesical de demora	26	57,77	26	57,77
Cinta abdominal	24	53,33	25	55,55
Cinto de transferência	23	51,11	24	53,33
Colagenase	25	55,55	24	53,33
Colar cervical	24	53,33	24	53,33
Colchão de ar	24	53,33	24	53,33
Colete torácico	24	53,33	25	55,55
Controle de líquidos	24	53,33	24	53,33
Creme hidratante	25	55,55	25	55,55

(continua)

				(continua)
Crioterapia	25	55,55	26	57,77
Curativo de gaze	24	53,33	24	53,33
Curativo de micropore (curativo estéril de fita adesiva hipoalergênica)	24	53,33	24	53,33
Degermante	24	53,33	24	53,33
Diário miccional	24	53,33	24	53,33
Discussão de caso	25	55,55	24	53,33
Equipe interdisciplinar	24	53,33	24	53,33
Escova de banho de cabo longo	25	55,55	25	55,55
Estímulo digito-anal	24	53,33	24	53,33
Espessante	24	53,33	24	53,33
Faixa elástica	24	53,33	24	53,33
Faixa de crepom	25	55,55	26	57,77
Fibras alimentares	24	53,33	24	53,33
Filme de poliuretano	24	53,33	26	57,77
Fonoaudióloga	24	53,33	24	53,33
Gaze algodoada	24	53,33	25	55,55
Gaze vaselinada (cobertura com petrolatum)	25	55,55	25	55,55
Glicemia capilar	25	55,55	25	55,55
Grupo de orientações	26	57,77	27	60,00
Hidrocoloide	24	53,33	25	55,55
Hidroterapia	26	57,77	26	57,77
Manobras de esvaziamento vesical	26	57,77	26	57,77
Manobra de Crede	25	55,55	25	55,55
Manobra de Piparote	25	55,55	27	60,00
Manobra de Valsalva	26	57,77	26	57,77
Massagem	26	57,77	26	57,77
Material cirúrgico	29	64,44	29	64,44
Medidas de prevenção de convulsão	26	57,77	26	57,77
Medidas de prevenção de deformidade	27	60,00	27	60,00
Medidas de prevenção de disreflexia	26	57,77	26	57,77
Medidas de prevenção de infecção	26	57,77	26	57,77
Medidas de prevenção de úlcera de pressão	27	60,00	27	60,00
Medidas não farmacológicas	26	57,77	26	57,77
Monitor de oximetria	24	53,33	24	53,33
Monitor vesical	25	55,55	26	57,77
Muletas axilares	25	55,55	25	55,55
Nutricionista	24	53,33	25	55,55
Órtese de membro inferior	24	53,33	24	53,33
Órtese de membro superior	25	55,55	26	57,77
Oxigênio	24	53,33	25	55,55
Palmilha	24	53,33	25	55,55
Papaína	24	53,33	24	53,33
Pesquisa	25	55,55	24	53,33
Pesquisa de micro-organismo multirresistente	24	53,33	24	53,33

(continua)

				(conclusão)
Pomada	25	55,55	26	57,77
Preparo intestinal	25	55,55	26	57,77
Psicólogo	25	55,55	26	57,77
Relatório	24	53,33	24	53,33
Reunião	24	53,33	24	53,33
Serviço de controle de infecção hospitalar	24	53,33	24	53,33
Serviço de psicologia	24	53,33	24	53,33
Serviço farmacêutico	25	55,55	24	53,33
Serviço odontológico	25	55,55	26	57,77
Swab (haste de algodão)	24	53,33	25	55,55
Técnica de administração de dieta enteral	24	53,33	24	53,33
Técnica de cateterismo vesical	24	53,33	24	53,33
Técnica de autocateterismo vesical	24	53,33	25	55,55
Técnica de cateterização assistido	26	57,77	26	57,77
Técnica de esvaziamento de bexiga	24	53,33	24	53,33
Técnica de posição de Fowler	24	53,33	24	53,33
Técnica de posição de semifowler	25	55,55	25	55,55
Técnica de treinamento do autocuidado	24	53,33	24	53,33
Técnica de treino de vaso	24	53,33	24	53,33
Técnica limpa	24	53,33	24	53,33
Técnico de gesso	24	53,33	25	55,55
Tipóia	24	53,33	24	53,33
Toque retal	24	53,33	24	53,33
Torniquete pneumático	24	53,33	24	53,33
Tração cutânea	25	55,55	25	55,55
Tração transesquelética	24	53,33	25	55,55
Treino de continência	26	57,77	26	57,77
Treino familiar	26	57,77	26	57,77
Vaso sanitário	26	57,77	26	57,77
Xilocaína gel	25	55,55	25	55,55

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 20, apresentam-se os termos do eixo ação encontrados nos registros de pacientes de um hospital de reabilitação física motora de Belo Horizonte e não constantes na CIPE® 2.0, assim como os ICs alcançados, em relação tanto à definição quanto ao eixo.

QUADRO 20 - Relação dos termos, classificados no eixo ação da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado, em relação tanto à definição quanto ao eixo

TERMOS E DEFINIÇÕES	I.C. Referente à definição	I.C. Referent e ao eixo
Abordar – aproximar-se de uma pessoa com o propósito de lhe sondar a opinião ou tratar de qualquer assunto (WEISZFLOG, 2007).	0,97	0,97
Admitir – “receber, acolher” (WEISZFLOG, 2007).	0,97	0,97
Aprazar – “determinar, marcar (prazo ou tempo) para fazer alguma coisa” (WEISZFLOG, 2007).	1,00	0,97
Aquecer – tornar quente; esquentar, oferecer calor (WEISZFLOG, 2007).	0,97	0,97
Continuar – levar adiante, não interromper, prosseguir, prorrogar (WEISZFLOG, 2007).	0,97	0,95
Deambular – mudar ou mover o próprio corpo de um lugar para o outro.	0,93	0,97
Degermar – remover detritos e impurezas depositados sobre a pele através de sabões e detergentes sintéticos (MORIYA; MÓDENA, 2008).	1,00	1,00
Desbridar – remover tecidos necrosados e infectados (SANTOS; NASCIMENTO, 2003).	1,00	1,00
Diferenciar – discernir: “Fazer diferença ou distinção entre” (WEISZFLOG, 2007).	0,97	0,95
Enfatizar – dar ênfase (WEISZFLOG, 2007).	0,97	0,97
Evidenciar – “tornar evidente; provar, demonstrar” (WEISZFLOG, 2007).	0,97	0,97
Favorecer – fazer favor, dar auxílio, proteger (WEISZFLOG, 2007).	0,93	0,97
Hidratar – tratar com substância que devolva a umidade natural ou evite ressecamento. Administrar água ou líquido constituído por água e diversas substâncias (glicose, cloreto de sódio, cloreto de potássio, etc) a fim de se compensar perdas e, eventualmente como parte da alimentação parenteral (FERREIRA, 1999).	0,97	1,00

Indicar – apontar, designar, sugerir (WEISZFLOG, 2007).	0,97	0,97
Infundir – introduzir (WEISZFLOG, 2007).	0,93	0,95
Liberar – “livrar de restrições” (WEISZFLOG, 2007).	0,95	0,95
Locomover – “deslocar-se, sair de um ponto para outro” (WEISZFLOG, 2007).	1,00	1,00
Modificar – alterar (WEISZFLOG, 2007).	0,93	0,97
Optar – “escolher, decidir-se por” (WEISZFLOG, 2007).	0,95	0,95
Otimizar – tornar o melhor possível (WEISZFLOG, 2007).	0,97	0,95
Preferir – “ter preferência por; querer ou gostar mais” (WEISZFLOG, 2007).	0,95	0,95
Recepcionar – receber (FERREIRA, 1999), admitir.	0,93	0,95
Reconhecer – “ficar convencido, estar certo ou consciente de” (WEISZFLOG, 2007).	0,93	0,95
Repetir – “dizer ou fazer de novo”; recomeçar (WEISZFLOG, 2007).	0,93	0,97
Respeitar – tratar com respeito; ter em consideração (WEISZFLOG, 2007).	0,97	0,97
Retornar – voltar ao ponto de partida, regressar (WEISZFLOG, 2007).	0,97	0,97
Submeter – “tornar dependente, subordinar” (WEISZFLOG, 2007).	0,93	0,95
Suspender – deixar pendente; interromper temporariamente (WEISZFLOG, 2007).	0,97	0,97
Terminar – acabar, concluir, findar (WEISZFLOG, 2007).	0,97	0,97
Utilizar – tornar útil, empregar utilmente; servir-se (WEISZFLOG, 2007).	0,95	0,97
Visitar – inspecionar; procurar alguém em sua casa, para saber de sua saúde, para conversar (WEISZFLOG, 2007).	0,86	0,97

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados referentes ao eixo ação no Quadro 20, mostram que 4 termos obtiveram IC igual a 1; 26, de 0,91 a 0,99; um termo atingiu IC de 0,8 a 0,9, demonstrando que todos os termos propostos tiveram suas definições validadas.

Em relação aos ICs referentes ao eixo de alocação, 4 termos atingiram o IC igual a 1; 27 termos alcançaram ICs de 0,91 a 0,99, comprovando a validação de todos os termos alocados neste eixo na primeira etapa do processo de validação.

O eixo ação também apresentou elevado número de perdas (Tab. 7).

Tabela 7 - Total de perdas para cada termo (definições e eixo) classificado no eixo ação da CIPE® 2.0 - Belo Horizonte, 2011

TERMO	PERDAS			
	Definição		Eixo	
	N	%	N	%
Abordar	23	51,11	24	53,33
Admitir	23	51,11	23	51,11
Aprazar	23	51,11	23	51,11
Aquecer	23	51,11	23	51,11
Continuar	23	51,11	23	51,11
Deambular	23	51,11	24	53,33
Degermar	24	53,33	23	51,11
Desbridar	24	53,33	24	53,33
Diferenciar	23	51,11	23	51,11
Enfatizar	23	51,11	23	51,11
Evidenciar	23	51,11	25	55,55
Favorecer	24	53,33	23	51,11
Hidratar	23	51,11	24	53,33
Indicar	23	51,11	23	51,11
Infundir	24	53,33	24	53,33
Liberar	24	53,33	23	51,11
Locomover	23	51,11	23	51,11
Modificar	23	51,11	23	51,11
Optar	24	53,33	24	53,33
Otimizar	24	53,33	24	53,33
Preferir	27	60,00	27	60,00
Recepcionar	24	53,33	24	53,33
Reconhecer	23	51,11	23	51,11
Repetir	24	53,33	25	55,55
Respeitar	24	53,33	24	53,33
Retornar	23	51,11	23	51,11
Submeter	23	51,11	23	51,11
Suspender	23	51,11	24	53,33
Terminar	25	55,55	25	55,55
Utilizar	24	53,33	24	53,33
Visitar	23	51,11	23	51,11

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 21, apresentam-se os termos do eixo tempo encontrados nos registros de pacientes de um hospital de reabilitação física motora de Belo Horizonte e não constantes na CIPE® 2.0, assim como os ICs alcançados em relação tanto à definição quanto ao eixo.

QUADRO 21 - Relação dos termos, classificados no eixo tempo da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado, em relação tanto à definição quanto ao eixo

TERMOS E DEFINIÇÕES	I.C.	I.C.
	Referente à definição	Referente ao eixo
Fim de semana – intervalo de tempo	0,86	0,93
Hora – intervalo de tempo equivalente a sessenta minutos	0,97	0,95
Período – evento ou episódio	0,79	0,90

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados referentes ao eixo tempo no Quadro 21 mostram que um termo obteve IC de 0,91 a 0,99; 1, de 0,8 a 0,9; e 1, IC menor de 0,8, sendo então necessário que sua definição fosse reelaborada, a fim de passar por novo processo de validação.

Em relação aos ICs referentes ao eixo de alocação, dois termos atingiram IC de 0,91 a 0,99; e 1, de 0,8 a 0,9, confirmando a validação de todos os termos categorizados no eixo tempo.

A Tabela 8 acusa um elevado número de perdas durante a primeira etapa do processo de validação dos termos referentes ao eixo tempo.

Tabela 8 - Total de perdas para cada termo (definições e eixo), classificado no eixo tempo da CIPE® 2.0 - Belo Horizonte, 2011

TERMO	PERDAS			
	Definição		Eixo	
	N	%	N	%
Fim de Semana	23	51,11	23	51,11
Hora	24	53,33	24	53,33
Período	24	53,33	24	53,33

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 22, apresentam-se os termos do eixo localização encontrados nos registros de pacientes de um hospital de reabilitação física motora de Belo Horizonte e não constantes na CIPE® 2.0, assim como os ICs alcançados em relação tanto à definição quanto ao eixo.

QUADRO 22 - Relação dos termos, classificados no eixo localização da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado, em relação tanto à definição quanto ao eixo

TERMOS E DEFINIÇÕES	I.C. Referente à definição	I.C. Referente ao eixo
Articulação do ombro – articulação	0,81	1,00
Cistostomia – estoma	0,79	1,00
Cotovelo – região corporal	0,86	0,97
Crista ilíaca – região corporal	0,88	0,97
Gastrostomia – estoma	0,79	0,97
Jejunostomia – estoma	0,79	0,97
Joelho – região corporal	0,86	0,97
Maléolo lateral – região corporal	0,86	0,97
Maléolo medial – região corporal	0,86	0,97
Membro inferior – região corporal	0,86	0,97
Membro superior – região corporal	0,86	0,97
Ombro – região corporal	0,86	0,97
Panturrilha – região corporal	0,86	0,97
Patela – região corporal	0,86	0,97
Posição de Fowler – posição corporal	0,79	0,86
Posição de semi-fowler – posição corporal	0,79	0,86
Quadril – região corporal	0,86	1,00
Região escapular – região corporal	0,86	0,97
Região inguinal – região corporal	0,84	0,95
Região interglútea – região corporal	0,84	0,95
Região isquiática – região corporal	0,84	0,95
Região trocântérica – região corporal	0,86	0,97
Sala de indução anestésica – departamento de cuidado à saúde	0,79	0,95
Coluna vertebral – osso	0,72	0,97
Vesicostomia – estoma	0,81	0,93

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados referentes ao eixo localização no Quadro 22 mostram que 18 termos atingiram IC de 0,8 a 0,9; e, 7 não atingiram o IC de 0,8. Assim, foi necessário que suas definições fossem reelaboradas, a fim de passar por novo processo de validação.

Em relação aos ICs referentes ao eixo de alocação, 3 termos atingiram IC de 1; 20, de 0,91 a 0,99; e 2, obtiveram IC de 0,8 a 0,9. Assim, todos os termos categorizados no eixo localização nesta etapa foram validados.

O eixo localização também apresentou elevado número de perdas durante a primeira etapa do processo de validação (Tab. 9).

Tabela 9 - Total de perdas para cada termo (definições e eixo) classificado no eixo localização da CIPE® 2.0 - Belo Horizonte, 2011.

TERMO	PERDAS			
	Definição		Eixo	
	N	%	N	%
Articulação do ombro	23	51,11	23	51,11
Cistostomia	23	51,11	24	53,33
Coluna vertebral	23	51,11	24	53,33
Cotovelo	23	51,11	25	55,55
Crista ilíaca	24	53,33	25	55,55
Gastrostomia	23	51,11	23	51,11
Jejunostomia	23	51,11	23	51,11
Joelho	23	51,11	23	51,11
Maléolo lateral	24	53,33	23	51,11
Maléolo medial	23	51,11	23	51,11
Membro inferior	23	51,11	23	51,11
Membro superior	22	48,88	23	51,11
Ombro	23	51,11	23	51,11
Panturrilha	23	51,11	23	51,11
Patela	23	51,11	23	51,11
Posição de Fowler	23	51,11	23	51,11
Posição de semi-fowler	23	51,11	23	51,11
Quadril	23	51,11	23	51,11
Região escapular	23	51,11	24	53,33
Região inguinal	23	51,11	24	53,33
Região interglútea	23	51,11	23	51,11
Região isquiática	23	51,11	23	51,11
Região trocântérica	23	51,11	23	51,11
Sala de indução anestésica	23	51,11	23	51,11
Vesicostomia	24	53,33	24	53,33

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 23, apresentam-se os termos do eixo cliente encontrados nos registros de pacientes de um hospital de reabilitação física motora de Belo Horizonte e não constantes na CIPE® 2.0, assim como os ICs alcançados, em relação tanto à definição quanto ao eixo.

QUADRO 23 - Relação dos termos, classificados no eixo cliente da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado, em relação tanto à definição quanto ao eixo

TERMOS E DEFINIÇÕES	I.C.	I.C.
	Referente à definição	Referente ao eixo
Amigo – “indivíduo unido a outro por amizade; pessoa que quer bem a outra” (WEISZFLOG, 2007).	0,98	0,95
Esposa – em relação ao marido, mulher casada (WEISZFLOG, 2007).	0,98	1,00
Filho – filhos	0,79	0,98

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados referentes ao eixo cliente no Quadro 23 mostram que 2 termos atingiram IC de 0,91 a 0,99 e 1 termo não atingiu o IC de 0,8. Então, foi necessária reelaboração de suas definições.

Em relação aos ICs referentes ao eixo de alocação, observa-se que um termo atingiu IC de 1 e 2, de 0,91 a 0,99. Assim, em relação ao eixo todos os termos alocados no eixo cliente na primeira etapa de validação foram validados.

Como já observado nos outros eixos, a Tabela 10 mostra o elevado número de perdas ocorridas no eixo cliente.

Tabela 10 - Total de perdas para cada termo (definições e eixo) classificado no eixo cliente da CIPE® 2.0 - Belo Horizonte, 2011

TERMOS	PERDAS			
	Definição		Eixo	
	N	%	N	%
Amigo	22	48,88	24	53,33
Esposa	24	53,33	24	53,33
Filho	25	55,55	25	55,55

Fonte: Dados da pesquisa

5.6 Segunda etapa do processo de validação das definições elaboradas e da alocação dos termos classificados nos diversos eixos da CIPE® 2.0

Participaram desta etapa 32 dos 45 enfermeiros que responderam à primeira etapa do processo de validação, o que equivale a 71,11% dos participantes.

No Quadro 24, estão apresentados os termos do eixo foco encontrados nos registros de pacientes de um hospital de reabilitação física motora de Belo Horizonte e não constantes na CIPE® 2.0, assim como os ICs alcançados em relação tanto à definição quanto ao eixo, quando necessário, após passarem pela segunda etapa do processo de validação:

QUADRO 24 - Relação dos termos classificados no eixo foco da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado para cada termo em relação à definição

TERMOS E DEFINIÇÕES	I.C. Referente à definição
Lazer – “qualquer atitude e/ou atividade que proporcione bem-estar, vivenciada no tempo disponibilizado para tal” (OLIVEIRA, 2004).	0,97
Pele friável – pele passível de sofrer fragmentação e esfacelamento ou condição da pele fina consequente a um processo cicatricial ou de epitelização ainda não totalmente concluído, mas sem solução de continuidade e/ou exsudação.	0,90

Fonte: Dados da pesquisa

Analisando os termos não constantes na CIPE® referentes ao eixo foco que passaram pela segunda fase do processo de validação em relação à definição, observa-se que os dois termos foram validados, sendo que um obteve IC de 0,97 e o outro, IC de 0,90.

Na Tabela 11, estão relacionados os números de perdas observadas para cada termo do eixo foco que passaram pela segunda etapa de validação. Observa-se a ocorrência de um número de perdas menor que na primeira fase do processo de validação.

Tabela 11 - Total de perdas para cada termo classificado no eixo foco da CIPE® 2.0 - Belo Horizonte, 2012

TERMOS	PERDAS	
	Definição	
	N	%
Lazer	2	6,25
Pele friável	2	6,25

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 25, apresentam-se os termos do eixo julgamento encontrados nos registros de pacientes de um hospital de reabilitação física motora de Belo Horizonte e não constantes na CIPE® 2.0, e os ICs alcançados em relação à definição após passarem pela segunda etapa do processo de validação.

QUADRO 25 - Relação dos termos, classificados no eixo julgamento da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado para cada termo em relação à definição

TERMOS E DEFINIÇÕES	I.C. Referente à definição
Discreto – referente àquilo que é de pouca intensidade, pequena quantidade ou volume.	0,97
Hidratado – condição de hidratação ou equilíbrio hídrico corporal adequado para o desempenho das funções orgânicas.	1,00

Fonte: Dados da pesquisa

Na primeira fase do processo de validação, todos os termos referentes ao eixo julgamento foram validados em relação ao eixo. Porém, houve a necessidade de que dois termos passassem por uma nova etapa do processo de validação em relação à definição. Analisando os termos não constantes na CIPE® referentes a este eixo que passaram pela nova fase do processo de validação, constata-se que os dois termos foram validados, sendo que um atingiu o IC de 1 e outro, 0,97.

Na Tabela 12, relacionam-se os números de perdas observadas para cada termo do eixo julgamento que passaram pela segunda etapa de validação. Observa-se a ocorrência de

um número reduzido de perdas, comparando-se ao número de perdas ocorridas na primeira fase do processo de validação:

Tabela 12 - Total de perdas para cada termo classificado no eixo julgamento da CIPE®

2.0 - Belo Horizonte, 2012

TERMOS	PERDAS	
	Definição	
	N	%
Discreto	2	6,25
Hidratado	2	6,25

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 26, descrevem-se os termos do eixo meios encontrados nos registros de pacientes de um hospital de reabilitação física motora de Belo Horizonte e não constantes na CIPE® 2.0, assim como os ICs alcançados, em relação tanto à definição quanto ao eixo, quando necessário, após a realização da segunda etapa do processo de validação:

QUADRO 26 - Relação dos termos classificados no eixo meios da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado para cada termo em relação tanto à definição quanto ao eixo, quando necessário

TERMOS E DEFINIÇÕES	I.C. Referente à definição	I.C. Referente ao eixo
Algodão hidrófilo – algodão absorvente utilizado na higiene e na antissepsia da pele.	1,00	
Algodão ortopédico – algodão confeccionado de algodão cru utilizado em imobilizações ortopédicas no acolchoamento e proteção de proeminências ósseas, bem como na confecção de aparelhos gessados.	1,00	
Algodão sintético – material composto de fibras de poliéster poroso que permite a passagem de ar e auxilia na eliminação da umidade da pele, evitando problemas de maceração. É utilizado em imobilizações ortopédicas no acolchoamento e proteção de proeminências ósseas.	1,00	
Antiemético – medicamento utilizado na prevenção e no tratamento de náuseas e vômitos.	1,00	
Antiinflamatório – medicamento utilizado no tratamento dos	1,00	

sinais e sintomas de inflamação.		
Auxiliar de Enfermagem – membro da equipe de enfermagem que executa atividades de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares sob supervisão. No processo de tratamento, tem a função de observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar ações de tratamento simples; prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente; e participar da equipe de saúde (COFEN, 1986).	0,94	
Bengala de apoio em antebraço – dispositivo de mobilização ou auxílio locomoção que possui apoio manual e em antebraço, oferecendo maior sustentação ao indivíduo.	1,00	
Bengala em T – dispositivo de mobilização ou auxílio locomoção que possui apoio manual, oferecendo menor apoio ou menor retirada de peso ao indivíduo.	1,00	
Cadeira – dispositivo de suporte constituído de assento com quatro pernas e espaldar, com ou sem braços (WEISFLOG, 2007). A cadeira pode ser utilizada durante a realização das atividades de vida diária de indivíduos que apresentam algum tipo de dependência física, por exemplo, durante o banho e o vestuário.	1,00	
Cama cirúrgica – cama ou maca específica para procedimentos cirúrgicos.	1,00	
Cânula de traqueostomia – dispositivo de respiração/ventilação. Tubo de ligação entre o meio dito interno (traquéia) e o meio dito externo, onde podem ser acoplados equipamentos de ventilação artificial.	0,97	
Cateter – tubo utilizado para a coleta de material, exames, drenagem de secreções ou líquidos corporais, bem como na administração de dietas, líquidos e medicamentos.	0,97	
Cateter de analgesia – tubo inserido em um ducto, vaso sanguíneo ou espaço raquimedular para administração parenteral de anestesia e/ou analgesia.	0,90	
Cateter nasal – tubo curto e superficial inserido nas narinas que	0,97	

tem o objetivo de fornecer oxigênio ao paciente, auxiliando na respiração.		
Cateter nasoentérico – tubo inserido do orifício nasal até o intestino delgado ou cavidade gástrica, neste caso, com o objetivo de migrar até o intestino delgado, a fim de coletar material para exame e administrar alimentos e medicamentos.	0,97	
Cateter nasogástrico – tubo inserido do orifício nasal até a cavidade gástrica para a remoção do conteúdo gástrico, coleta de material para exame, alívio das distensões abdominais e introdução de alimentos e drogas no estômago (PINTO <i>et al</i> , 2006).	0,97	
Cateter vesical de demora – tubo ou cateter estéril que introduzido do meato urinário até a bexiga, tem a função de drenar a urina. O cateter vesical de demora permanece por um maior tempo com o paciente, ao contrário do cateter de alívio, que é retirado logo após o procedimento.	0,93	
Cinta abdominal – dispositivo de imobilização, proteção, compressão e contenção da circunferência abdominal.	1,00	
Cinto de transferência – dispositivo utilizado na mobilização e transferência de pacientes com dependência física e que é posicionado na região abdominal.	1,00	
Colagenase – preparação enzimática proteolítica tópica indicada para feridas com tecido desvitalizado. Age seletivamente, degradando o colágeno da ferida e realizando um desbridamento enzimático suave e não invasivo de lesões (UNICAMP, 2002).	0,97	
Colar cervical – dispositivo ortopédico de imobilização utilizado para estabilização da coluna cervical.	1,00	
Colchão de ar – colchão pneumático utilizado para a prevenção de úlcera por pressão de pacientes acamados.	0,94	
Colete torácico - dispositivo ortopédico de imobilização utilizado para estabilização vertebral.	1,00	
Controle de líquidos – instrumento que tem a finalidade de estimular, monitorar e avaliar a quantidade de líquidos ingeridos	0,97	

por um indivíduo durante um determinado período (manhã, tarde e noite) do dia com base na anotação do volume e do horário em que o líquido está sendo ingerido.		
Crioterapia – terapia que consiste na aplicação do frio ou do gelo, promovendo analgesia, vasoconstricção e efeito antiinflamatório (ALMEIDA <i>et al.</i> , 2008), utilizada principalmente em lesões musculoesqueléticas.	0,97	
Curativo de gaze – curativo que utiliza gaze como cobertura.	0,93	
Curativo estéril de micropore (curativo estéril de fita adesiva hipoalergênica) – curativo de fita adesiva hipoalergênica utilizado para fechamento de incisões cirúrgicas, aproximação de bordas de feridas não infectadas e como suporte para suturas convencionais a fim de se diminuir o risco de deiscências.	0,93	
Degermante – solução antisséptica com detergente que age através da remoção de detritos e impurezas sobre a pele (MORYIA; MODÉNA, 2008).	0,97	
Diário miccional – teste utilizado para fornecer informação imparcial sobre o ritmo miccional do paciente. Pode fornecer as seguintes variáveis: débito urinário diurno e noturno, capacidade vesical funcional, número de micções durante o dia e à noite e número de episódios de incontinência urinária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA; 2006).	0,97	
Estímulo digito-anal – técnica de treino intestinal em que se utiliza o dedo indicador ou médio para estimular o reflexo da defecação ou realizar a extração fecal.	0,94	0,96
Espessante – “substância que tem a função de aumentar a viscosidade de e/ou dar consistência gelatinosa a um líquido ou emulsão (FERREIRA, 1999)”.	0,96	
Faixa elástica – bandagem elástica utilizada para fixação de curativos, enfaixamentos em geral, imobilização com o auxílio de tala, curativos compressivos e proteção para a realização de atividades físicas.	1,00	
Faixa de crepom – atadura confeccionada em algodão utilizada	0,96	

em curativos compressivos e em aplicações ortopédicas.		
Fibra alimentar – componente vegetal não digerido pelo sistema digestivo. Atualmente, é considerada alimento funcional e que desempenha funções importantes no organismo, como: intervir no metabolismo dos lipídios e carboidratos e na fisiologia do trato gastrointestinal, além de assegurar uma absorção mais lenta dos nutrientes e promover a sensação de saciedade (DUTRA; MARCHINI, 1998).	0,96	
Filme de poliuretano – filme transparente, elástico, semipermeável, aderente a superfícies secas utilizado em: fixação de cateteres vasculares, proteção de pele íntegra e escoriações, prevenção de úlceras de pressão, coberturas de incisões cirúrgicas limpas com pouco ou nenhum exsudato, cobertura de queimaduras de primeiro e segundo grau e de áreas doadoras de enxerto. Age proporcionando ambiente úmido, favorável a cicatrização (UNICAMP, 2002).	0,93	
Fonoaudiólogo – profissional de nível superior responsável pela promoção da saúde, prevenção, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) e aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiológicos da função auditiva periférica e central, da função vestibular, da linguagem oral e escrita, da voz, da fluência, da articulação da fala e dos sistemas miofuncional, orofacial, cervical e de deglutição (CFF, 2002).	0,97	
Gaze algodoadada – compressa para curativo utilizada em curativos muito exsudativos, que necessitam de alta absorção de líquidos, secreções e em cirurgias em geral.	0,93	
Gaze vaselinada (cobertura com petrolatum) – cobertura de curativo composta de tela de acetato de celulose, impregnada de emulsão de petrolatum, solúvel em água, não aderente e transparente utilizada em lesões superficiais de queimaduras, úlceras, áreas doadoras e receptoras de enxerto, abrasões, lacerações e demais lesões com necessidade da não aderência do curativo à lesão (UNICAMP, 2002).	0,93	

Glicemia capilar – técnica utilizada na determinação da glicemia através da punção de sangue da polpa digital e utilização de um aparelho chamado glicosímetro.	0,90	
Grupo de orientações – grupo realizado por profissionais de saúde que tem como objetivo transmitir informações, esclarecer dúvidas e prestar orientações aos usuários destes serviços, relacionadas à prevenção e tratamento de doenças, bem como sobre a reabilitação em saúde.	1,00	
Hidrocolóide – cobertura de curativo composta externamente de espuma de poliuretano e internamente de gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica utilizada no tratamento de feridas abertas não infectadas (UNICAMP, 2002).	0,96	
Hidroterapia – estratégia terapêutica que consiste em utilizar a água para o tratamento de doenças (WEISZFLOG, 2007) ou na reabilitação.	0,90	
Manobra de Credê – manobra de esvaziamento vesical que consiste em colocar as mãos, uma acima da outra, imediatamente abaixo da área umbilical; pressionar firmemente, para baixo e em direção ao arco pélvico (MAGALHÃES; CHIOCHETA, 2002).	0,97	
Manobra de Piparote – manobra ou técnica de exame físico que consiste em realizar percussão com o dedo médio flexionado sobre o polegar da mão contralateral apoiada sobre a superfície abdominal. Também pode ser utilizada como técnica de esvaziamento vesical devido à transmissão de ondas líquidas na superfície abdominal, contribuindo para aumentar o estímulo miccional.	0,90	
Manobra de Valsalva – manobra que consiste em realizar inspiração profunda com os lábios ocluídos, seguida de expiração forçada contra o fechamento da glote, aumentando a pressão intratorácica e intra-abdominal, que pode auxiliar no esvaziamento intestinal ou vesical, bem como durante o parto.	0,93	
Massagem – estratégia terapêutica que consiste na “fricção ou compressão do corpo ou parte dele, para obter fins terapêuticos	0,97	

ou modificar a circulação” (WEISZFLOG, 2007).		
Medidas de prevenção de convulsão – conjunto de medidas utilizadas para prevenir crises convulsivas, como: controle de luminosidade, controle da temperatura corporal, administração de medicamentos anticonvulsivantes conforme a prescrição médica e manutenção da hidratação corporal adequada.	0,97	
Medidas de prevenção de deformidade – conjunto de medidas utilizadas para prevenir deformidades em pacientes acamados, como: posicionamento corporal adequado, utilização de coxins e travesseiros para posicionar os membros em posição neutra e realização de exercícios passivos.	1,00	
Medidas de prevenção de disreflexia – conjunto de medidas utilizadas para prevenir situações que levem a disreflexia, como: promover o esvaziamento adequado da bexiga e intestino, promover o posicionamento corporal adequado e realizar mudanças de decúbito a cada duas horas a fim de evitar lesões de pele.	0,97	
Medidas de prevenção de infecção – conjunto de medidas utilizadas para prevenir infecções em pacientes previamente suscetíveis: lavagem adequada das mãos, manuseio adequado de lesões e cateteres e realização de procedimentos estéreis.	0,97	
Medidas de prevenção de úlcera de pressão – conjunto de medidas utilizadas na prevenção de úlceras de pressão, como: mudança de decúbito corporal a cada duas horas, hidratação da pele e proteção de regiões de proeminências ósseas com coxins e travesseiros.	1,00	
Medidas não farmacológicas – conjunto de medidas não medicamentosas utilizadas para se atingir um determinado resultado, por exemplo: regularização do hábito intestinal através da reeducação alimentar, aumento da ingestão de líquidos e massagem abdominal.	0,97	
Monitor vesical – aparelho de ultrassom utilizado para avaliação de resíduo pós miccional.	0,93	

Oxigênio – gás inalante imprescindível para a respiração e ciclo energético dos seres vivos, disponível no ar ambiente na concentração de 21%.	0,97	
Papaína – cobertura de curativo composta de complexo de enzimas proteolíticas, retirado do látex do mamão papaia, que age através da dissociação das moléculas de proteína, resultando em desbridamento químico. Indicada para tratamento de feridas abertas e desbridamento de tecidos desvitalizados (UNICAMP, 2002).	0,97	
Pomada – medicamento de uso tópico.	0,93	
Preparo intestinal – esvaziamento intestinal realizado através da administração de laxantes/lavagem intestinal e ingestão de dieta pobre em resíduos alimentares para a realização de exames ou procedimentos cirúrgicos.	0,93	
Serviço de controle de infecção hospitalar – órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução de um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares (BRASIL, 1998).	0,97	
Serviço odontológico – local, departamento ou setor que presta assistência odontológica.	0,97	
Swab – haste de plástico com ponta de algodão hidrófilo, estéril, utilizado em coleta de material biológico.	0,93	
Técnica de administração de dieta enteral – técnica utilizada para administração de dieta através de um cateter diretamente no estômago ou no intestino delgado.	0,97	
Técnica de cateterismo vesical – técnica utilizada para introduzir um cateter vesical estéril pelo meato urinário até a bexiga para promover a drenagem da urina.	0,97	
Técnica de autocateterismo vesical – técnica executada pelo paciente em si mesmo para introduzir um cateter vesical estéril pelo meato urinário até a bexiga para promover a drenagem da	0,87	

urina.		
Técnica de cateterização assistida – técnica executada com o auxílio de outra pessoa ou por um terceiro para introduzir um cateter vesical estéril pelo meato urinário até a bexiga para promover a drenagem da urina.	0,87	
Técnica de esvaziamento da bexiga – técnica ou conjunto de medidas utilizadas para promover o esvaziamento adequado da bexiga.	0,97	
Técnica de Posição de Fowler – técnica para posicionar o paciente em decúbito dorsal, com elevação do tronco em 45° (PINTO <i>et al</i> , 2006).	0,97	
Técnica de posição de semifowler – técnica para posicionar o paciente em decúbito dorsal, com elevação do tronco em 30° (PINTO <i>et al</i> , 2006).	0,97	
Técnica de treinamento do autocuidado – conjunto de medidas e orientações utilizadas para treinar um indivíduo a cuidar de si mesmo, promovendo uma maior independência do auxílio de terceiros.	1,00	
Técnica limpa – técnica não estéril, na qual se valoriza a lavagem adequada das mãos, a higiene adequada da pele e mucosas, a utilização de materiais limpos, de preferência estéreis, com o objetivo de se reduzir as probabilidades de contaminação ou infecção. Geralmente, é utilizada em ambiente domiciliar e apresenta um custo financeiro menor que a técnica estéril.	0,97	
Técnico de gesso – técnico em imobilização ortopédica.	0,97	
Toque retal – técnica de exame retal.	0,90	
Torniquete pneumático – vesícula cilíndrica insuflada por gás comprimido ou ar ambiente, utilizada em procedimentos cirúrgicos que envolvem as extremidades. Age através da aplicação de uma pressão circunferencial sobre a circulação arterial e venosa, que resulta em um campo cirúrgico relativamente mais limpo, facilitando a visualização de estruturas	0,97	

durante o procedimento cirúrgico (ROTHROCK; 2007)		
Tração transesquelética – tração aplicada diretamente sobre o osso através da passagem de um fio metálico no seu segmento distal (MORAES; SILVA, 1991).	0,97	
Treino de continência – conjunto de ações e orientações utilizadas para promover a continência vesical ou intestinal de pacientes previamente incontinentes, mas que apresentam sensação vesical ou intestinal, como: levar o paciente no vaso sanitário ou oferecer coletores urinários ou fecais em períodos mais curtos, predeterminados, bem como aproveitar o reflexo gastrocólico após as refeições para realizar treino de vaso.	0,90	
Treino familiar – conjunto de ações e orientações utilizadas no processo de treinamento de familiares e/ou cuidadores de pacientes totalmente dependentes com o objetivo de facilitar o cuidado e evitar complicações relacionadas à imobilização e ao quadro de dependência física.	0,90	
Xilocaína gel – medicamento anestésico tópico que age impedindo a geração e a propagação do impulso nervoso pela diminuição da permeabilidade da membrana neuronal aos íons sódio (BPR GUIA DE REMÉDIOS; 2005/2006).	0,97	

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação aos termos categorizados no eixo meios, 76 termos precisaram passar pela segunda etapa do processo de validação, sendo que nesta todos foram validados em relação à definição. Destes, 18 termos atingiram IC de 1; 49, de 0,91 a 0,99; e 9, entre 0,8 e 0,9.

Somente o termo *estímulo dígito anal* precisou passar por nova etapa do processo de validação para ser validado em relação ao eixo, obtendo agora IC de 0,96. Portanto, nessa etapa do processo de validação todos os termos foram validados em relação à definição e ao eixo.

Durante a segunda etapa de validação, também foi observado um número de perdas reduzido para os termos do eixo meios, quando comparado à primeira etapa do processo de validação do eixo meios (Tab. 13).

Tabela 13 - Total de perdas para cada termo classificado no eixo meios da CIPE® 2.0 - Belo Horizonte, 2012

(continua)

TERMOS	PERDAS			
	Definição		Eixo	
	N	%	N	%
Algodão hidrófilo	3	9,38		
Algodão ortopédico	2	6,25		
Algodão sintético	2	6,25		
Antiemético	2	6,25		
Antiinflamatório	3	9,38		
Auxiliar de enfermagem	2	6,25		
Bengala de apoio em antebraço	2	6,25		
Bengala em T	2	6,25		
Cadeira	2	6,25		
Cama cirúrgica	2	6,25		
Cânula de traqueostomia	2	6,25		
Cateter	1	3,12		
Cateter de analgesia	2	6,25		
Cateter nasal	3	9,38		
Cateter nasoentérico	1	3,12		
Cateter nasogástrico	1	3,12		
Cateter vesical de demora	1	3,12		
Cinta abdominal	2	6,25		
Cinto de transferência	2	6,25		
Colagenase	2	6,25		
Colar cervical	2	6,25		
Colchão de ar	2	6,25		
Colete torácico	3	9,38		
Controle de líquidos	2	6,25		
Crioterapia	2	6,25		
Curativo de gaze	3	9,38		
Curativo estéril de micropore (curativo estéril de fita adesiva hipoalergênica)	2	6,25		
Degermante	2	6,25		
Diário miccional	2	6,25		
Estímulo dígito-anal	2	6,25	5	15,62
Espessante	3	9,38		
Faixa elástica	2	6,25		
Faixa de crepom	3	9,38		
Fibra alimentar	4	12,50		
Filme de poliuretano	3	9,38		
Fonoaudiólogo	2	6,25		
Gaze algodoada	2	6,25		
Gaze vaselinada (cobertura com petrolatum)	3	9,38		
Glicemia capilar	2	6,25		
Grupo de orientações	3	9,38		
Hidrocolóide	3	9,38		

(continua)

			(conclusão)
Hidroterapia	2	6,25	
Manobra de Crede	1	3,12	
Manobra de Piparote	2	6,25	
Manobra de Valsalva	2	6,25	
Massagem	2	6,25	
Medidas de prevenção de convulsão	1	3,12	
Medidas de prevenção de deformidade	1	3,12	
Medidas de prevenção de disreflexia	1	3,12	
Medidas de prevenção de infecção	1	3,12	
Medidas de prevenção de úlcera de pressão	1	3,12	
Medidas não farmacológicas	1	3,12	
Monitor vesical	2	6,25	
Oxigênio	1	3,12	
Papaína	1	3,12	
Pomada	2	6,25	
Preparo intestinal	1	3,12	
Serviço de controle de infecção hospitalar	1	3,12	
Serviço odontológico	1	3,12	
Swab	1	3,12	
Técnica de administração de dieta enteral	2	6,25	
Técnica de cateterismo vesical	1	3,12	
Técnica de autocateterismo vesical	1	3,12	
Técnica de cateterização assistida	1	3,12	
Técnica de esvaziamento da bexiga	1	3,12	
Técnica de posição de Fowler	1	3,12	
Técnica de posição de semifowler	1	3,12	
Técnica de treinamento do autocuidado	2	6,25	
Técnica limpa	1	3,12	
Técnico de gesso	1	3,12	
Toque retal	1	3,12	
Torniquete pneumático	1	3,12	
Tração transesquelética	1	3,12	
Treino de continência	2	6,25	
Treino familiar	2	6,25	
Xilocaína gel	1	3,12	

Fonte: Dados da pesquisa.

No Quadro 27, descreve-se o termo do eixo tempo encontrado nos registros de pacientes de um hospital de reabilitação físico motora de Belo Horizonte e não constante na CIPE® 2.0, assim como o IC alcançado em relação à definição após a realização da segunda etapa do processo de validação:

QUADRO 27 - Termo classificado no eixo tempo da CIPE® 2.0, a definição elaborada e o IC alcançado para o termo em relação à definição

TERMOS E DEFINIÇÕES	I.C. Referente à definição
Período – tempo decorrido entre dois acontecimentos ou duas datas (WEISZFLOG, 2007).	1,00

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação aos termos categorizados no eixo tempo, somente período precisou passar pela segunda fase do processo de validação em relação à definição, atingindo o IC de 1,00. Todos os demais termos alocados no eixo tempo foram validados em relação ao eixo na primeira etapa do processo de validação.

Na Tabela 14, observa-se reduzido número de perdas para o termo do eixo tempo que passou pela segunda etapa de validação:

Tabela 14 - Total de perdas para o termo classificado no eixo tempo da CIPE® 2.0. Belo Horizonte, 2012

TERMOS	PERDAS	
	Definição	
	N	%
Período	1	3,12

Fonte: Dados da pesquisa

No Quadro 28, descrevem-se os termos do eixo localização encontrados nos registros de pacientes de um hospital de reabilitação física motora de Belo Horizonte e não constantes na CIPE® 2.0, assim como os ICs alcançados em relação à definição após a realização da segunda etapa do processo de validação:

QUADRO 28 - Relação dos termos, classificados no eixo localização da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado para cada termo em relação à definição

TERMOS E DEFINIÇÕES	I.C. Referente à definição
Posição de Fowler – posição corporal em decúbito dorsal, com elevação do tronco em 45° (PINTO et al, 2006).	1,00
Posição de semifowler – posição corporal em decúbito dorsal, com elevação do tronco em 30° (PINTO <i>et al</i> , 2006).	1,00
Cistostomia – abertura feita na bexiga urinária através de uma incisão abdominal baixa para inserção de um tubo de drenagem (ROTHROCK; 2007) de urina.	0,97
Gastrostomia – incisão mediana ou alta realizada no reto esquerdo do abdômen para estabelecer um canal temporário ou permanente com o estômago com o objetivo de prevenir a desnutrição ou inanição de indivíduos que não podem se alimentar por via oral (ROTHROCK; 2007).	0,97
Jejunostomia – procedimento cirúrgico que estabelece acesso à luz do jejuno proximal através da parede abdominal com o objetivo de realizar descompressão digestiva e/ou estabelecer uma via de alimentação (SANTOS <i>et al.</i> ; 2011).	0,97
Sala de indução anestésica – local onde é realizada a indução anestésica no Centro Cirúrgico.	0,97
Coluna vertebral – região corporal formada por 33 vértebras posicionadas umas sobre as outras no sentido longitudinal, formando um conjunto que se estende pela nuca, tórax, abdômen e pelve que tem a principal função de suportar o peso do corpo e transmiti-lo, através das articulações sacroilíacas, para os ossos do quadril (DANGELO; FATTINI, 2007).	1,00

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação aos termos categorizados no eixo localização que precisaram passar pela segunda etapa do processo de validação, constata-se que todos foram validados em relação à definição, sendo que 3 atingiram um IC de 1; e 4, de 0,91 a 0,99. Todos os termos foram validados em relação ao eixo na primeira etapa do processo de validação.

Na Tabela 15, observa-se um reduzido número de perdas para os termos do eixo localização que passaram pela segunda etapa de validação:

Tabela 15 - Total de perdas para cada termo classificado no eixo localização da CIPE® 2.0 - Belo Horizonte, 2012

TERMOS	PERDAS	
	Definição	
	N	%
Cistostomia	1	3,12
Coluna vertebral	1	3,12
Gastrostomia	1	3,12
Jejunostomia	1	3,12
Posição de Fowler	1	3,12
Posição de semi-fowler	1	3,12
Sala de indução anestésica	1	3,12

Fonte: Dados da pesquisa.

No Quadro 29, descreve-se o termo do eixo cliente encontrado nos registros de pacientes de um hospital de reabilitação física motora de Belo Horizonte e não constante na CIPE® 2.0, assim como o IC alcançado em relação à definição após a realização da segunda etapa do processo de validação:

QUADRO 29 - Relação dos termos, classificados no eixo cliente da CIPE® 2.0, as definições elaboradas e o IC alcançado para cada termo em relação à definição

TERMOS E DEFINIÇÕES	I.C. Referente à definição
Filho: membro da família. Descendente masculino, em relação ao pai e à mãe (WEISZFLOG, 2007).	0,97

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao termo filho, categorizado no eixo cliente e que precisou passar pela segunda etapa do processo de validação em relação à definição, constata-se que foi validado com um IC de 0,97. Todos os termos foram validados em relação ao eixo na primeira etapa do processo de validação.

Na Tabela 16, observa-se a ocorrência de um reduzido número de perdas para o termo filho durante a segunda etapa de validação:

Tabela 16 - Total de perdas para cada termo classificado no eixo cliente da CIPE® 2.0 - Belo Horizonte, 2012

TERMOS	PERDAS	
	Definição	
	N	%
Filho	1	3,12

Fonte: Dados da pesquisa.

6. DISCUSSÃO

Ao considerar a relevância de estudos destinados à identificação de termos utilizados pelos componentes da equipe de enfermagem, objetivando colaborar com o desenvolvimento de uma linguagem padronizada de enfermagem, diversos pesquisadores brasileiros têm se dedicado ao desenvolvimento de pesquisas nesta área. Tais pesquisas contribuem para o desenvolvimento da CIPE® como terminologia de referência e, conseqüentemente, para a universalização da linguagem utilizada por estes profissionais.

O mapeamento cruzado contribui para o desenvolvimento de estudos sobre linguagens padronizadas, na medida em que serve de ferramenta capaz de realizar comparações de forma sistemática e passível de validação, incluindo a comparação entre as linguagens padronizadas ou entre as não padronizadas entre si (NONINO *et al.*, 2008).

A literatura aponta várias pesquisas que utilizaram o mapeamento cruzado com a CIPE® para a identificação de termos utilizados pela enfermagem, como os estudos de Nóbrega *et al.* (2003) e de Bittencourt *et al.* (2005,) que utilizaram a versão Beta dessa terminologia.

Nóbrega *et al.* (2003), entre agosto/2001 e janeiro/2002, pesquisaram 167 prontuários de pacientes internados em unidades de clínica obstétrica, pediátrica e médica, extraindo 4.173 termos e expressões, que levaram à identificação de 586 fenômenos de enfermagem, dos quais 340 já estavam incluídos nessa terminologia e 246 não estavam.

No estudo “Fenômenos identificados nos registros de enfermagem da clínica médica de um hospital de ensino”, Bittencourt *et al.* (2005) pesquisaram 60 prontuários de uma clínica médica de um hospital escola, dos quais foram extraídos 3.094 termos e expressões que possibilitaram a identificação de 297 fenômenos de enfermagem. Destes, 129 estavam inseridos e 168 não estavam inseridos nessa versão da CIPE®.

No Brasil, a maioria dos estudos que utilizaram a CIPE® como terminologia de referência para o mapeamento cruzado de termos empregados pela enfermagem utilizaram a versão 1.0.

Albuquerque *et al.* (2006), no estudo “Termos da linguagem de enfermagem identificados em registros de uma UTI Neonatal”, utilizaram-se de 43 prontuários de uma unidade de terapia intensiva neonatal, extraindo 2.047 termos, que possibilitaram a

identificação de 161 termos constantes nos sete eixos da CIPE® 1.0 e 603 termos não constantes.

O estudo conduzido por Tannure (2008) em uma unidade de terapia intensiva utilizou 102 prontuários e extraiu 1.225 termos, dos quais 212 eram comuns com a CIPE® 1.0 e 1.013 não.

Trigueiro *et al.* (2009,) no trabalho “Construção do banco de termos da linguagem especial de Enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva com base no modelo de sete eixos da CIPE® Versão 1.0” pesquisaram 50 prontuários de pacientes admitidos em uma unidade de terapia intensiva, o que possibilitou a extração de 3.114 termos e expressões e a identificação de 291 termos, dos quais 213 foram identificados como constantes e 78 termos, como não constantes na CIPE® 1.0.

O estudo “Banco de termos da linguagem especial de enfermagem de um hospital escola”, desenvolvido por Nóbrega *et al.* (2010) possibilitou a extração de 1.235 termos de prontuários de sete unidades clínicas (clínica obstétrica, clínica pediátrica, clínica cirúrgica, clínica médica, centro de terapia intensiva, clínica de doenças infecto-contagiosas e unidade de terapia intensiva neonatal), o que permitiu a identificação de 483 termos constantes e 752 termos não constantes, na versão 1.0 da CIPE®.

Seguindo o mesmo método, este estudo foi delineado com o objetivo de construir, com base nos sete eixos da CIPE® 2.0, um banco de termos da linguagem especial de enfermagem utilizada em reabilitação física motora pelos enfermeiros de um hospital de reabilitação física motora de Belo Horizonte.

Para a identificação dos termos de linguagem especial de enfermagem utilizada em reabilitação física motora, foram pesquisados 1.425 prontuários eletrônicos de pacientes internados no ano de 2009 no referido hospital. Desses prontuários, foram extraídos 827.047 termos, os quais após a realização das etapas de exclusão das repetições, normalização de termos e exclusão de termos médicos resultaram em 825 termos. Após a realização do mapeamento cruzado, obtiveram-se 226 termos não inseridos na CIPE® 2.0 e 599 termos em comum com esta terminologia.

Ao comparar os resultados com os estudos anteriormente descritos, chama a atenção o fato de aqui se ter utilizado um número elevado de prontuários (1.425 prontuários), o que possibilitou a extração de um número também bastante elevado de termos e expressões (827.047). Além disso, é o primeiro estudo a ser desenvolvido na área de reabilitação física motora, com o diferencial de utilizar a CIPE® 2.0 como terminologia de referência. Convém

destacar outra especificidade deste trabalho: a utilização de prontuários eletrônicos para a extração dos termos e expressões utilizados pela equipe de enfermagem, já que no local da pesquisa os prontuários são totalmente informatizados. Isso facilitou a localização dos prontuários e a identificação das evoluções da equipe de enfermagem com base no ano selecionado para a pesquisa. Acredita-se que este tenha sido um ponto positivo e facilitador para a pesquisa.

No idioma de português de Portugal, a CIPE® 2.0 está disponível no site da Ordem dos Enfermeiros de Portugal, tornando possível a realização do mapeamento cruzado *on line*, contribuindo para que esta fase da pesquisa fosse realizada de forma mais rápida e eficiente. Assim, bastou a inserção do termo a ser pesquisado no campo adequado do site para saber se estava ou não inserido na CIPE®. Após a realização do mapeamento cruzado, foi possível identificar os termos não constantes na CIPE® 2.0. Salienta-se que, ao contrário da maioria dos trabalhos descritos anteriormente, este estudo identificou um número menor de termos não inseridos na CIPE® 2.0 (226 termos) em relação ao número de termos identificados como incluídos nesta Terminologia (599 termos), demonstrando que a equipe de enfermagem do local pesquisado já estava utilizando a maioria dos termos existentes na CIPE® e que esta é aplicável à assistência de enfermagem.

Para se obter a concordância dos especialistas, utilizou-se a técnica Delphi, que, segundo Cassiani e Rodrigues (1996), permite maior interação entre pesquisador e participante, além do aproveitamento das sugestões enviadas, de maneira dinâmica, até que se obtenham informações suficientes ou o consenso em determinado assunto. A técnica Delphi é compatível com a utilização de questionários hospedados em páginas da *WEB*, pois estas dependem da interação entre cada indivíduo com a ferramenta apresentada, permitindo comportamento dinâmico, com o aproveitamento das respostas já fornecidas, a fim de se definir as próximas perguntas a serem elaboradas e apresentadas aos participantes (GRAEML; CSILLAG, 2008).

Taylor (2000) defende que a utilização da internet em pesquisas é extremamente vantajosa por permitir que se trabalhe com amostras numericamente maiores e a custos reduzidos, além de proporcionar respostas muito rápidas. Porém, não se verificou nesta pesquisa uma elevada participação dos enfermeiros convidados, apesar dos lembretes realizados pessoalmente e enviados via *WEB*. Este foi um fator que dificultou a finalização deste estudo, contrariamente ao que ocorreu com a fase de extração de termos, que não

ofereceu dificuldades, já que este trabalho dependia unicamente do pesquisador e do contato com o prontuário.

Estudo realizado por Nakash *et al.* (2006) considera como aceitável para atender à maioria dos objetivos traçados nas pesquisas um índice de retorno por volta de 65%, embora seja bastante comum obter índices inferiores a este, fato observado em vários estudos além este, em que se obteve o retorno de 27,11% dos indivíduos convidados. Citam-se como exemplos: o estudo de Chianca *et al.* (2007) *Reconhecimento dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: uma contribuição*, que obteve um índice de retorno de 29,00% e a pesquisa conduzida por Bedran (2009) *Definição e validação dos termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem em terapia intensiva*, que obteve o retorno de 32,60% dos questionários enviados.

A reduzida participação dos enfermeiros nesta pesquisa pode estar relacionada a fatores como: pequeno número de enfermeiros familiarizados com pesquisas realizadas via *WEB*, que envolvem elevado nível de motivação do participante, já que não existe contato pessoal constante entre pesquisador/participante; e desconhecimento da CIPE®, pois inúmeros *e-mails* recusavam a participação na pesquisa devido ao desconhecimento desta terminologia ou, mesmo, à extensão do questionário, já que se observa o crescente número de perdas à medida que se avança o questionário, fato confirmado por Nakash *et al.* (2006), que afirmam que a utilização de questionários menores contribui para melhorar as taxas de respostas.

6.1 Da construção do banco de termos

A construção do banco de termos de linguagem especial de enfermagem em reabilitação física motora envolveu a identificação de termos, o mapeamento cruzado dos termos identificados com os constantes na CIPE®, a classificação dos termos não constantes na CIPE® nos sete eixos da classificação e a elaboração de definições, com posterior avaliação de concordância de especialistas com as definições elaboradas. Os termos extraídos dos prontuários tiveram suas definições elaboradas a partir de pesquisas realizadas em dicionários de enfermagem, dicionários médicos, dicionários da língua portuguesa, artigos científicos e livros das áreas da enfermagem, medicina e reabilitação e, em último caso, o conhecimento e o entendimento das pesquisadoras.

Houve dificuldades para a elaboração das definições de termos de todos os eixos da CIPE®, visto que as definições de termos existentes em dicionários de enfermagem eram demasiadamente simples ou pouco objetivas, assim como as definições existentes em dicionários médicos eram muito específicas, não retratando a prática da enfermagem. Da mesma maneira, as definições existentes em dicionários da língua portuguesa eram muito amplas, tornando necessário buscar em outras fontes melhores definições para obter maior clareza e objetividade. Em muitos casos, quando os termos eram muito específicos para a área de reabilitação e não sendo possível encontrar na literatura definições satisfatórias, a definição foi elaborada a partir do conhecimento e da experiência das pesquisadoras, sendo então proposta para validação e adequada (complementada ou alterada) conforme as sugestões enviadas pelos enfermeiros especialistas. Essa dificuldade constatada no desenvolvimento das definições dos termos utilizados na área da enfermagem também foi apresentada por outros autores que desenvolveram estudos relacionados à criação de banco de termos utilizando a CIPE® (FURTADO; NÓBREGA, 2007; TRIGUEIRO *et al.*, 2009; BEDRAN, 2009).

Inicialmente, procurou-se manter o mesmo formato das definições utilizadas pela CIPE®, principalmente no que se refere às definições aos eixos meios, localização e tempo. Constatou-se, porém, que esse tipo de definição é considerado conciso demais, não satisfazendo às expectativas da maioria dos especialistas participantes desta pesquisa. Tal fato é evidenciado nos resultados alcançados na primeira etapa do processo de validação do eixo meios, quando 74,50% dos termos inicialmente propostos precisaram ter suas definições melhoradas e reelaboradas para passarem por nova fase de validação.

Alguns termos propostos para validação foram questionados por duas especialistas, que defendem que estes termos deveriam ser considerados como características específicas de outros termos já existentes na CIPE®, e não incluídos como novos termos nessa terminologia. Os termos validados neste estudo e sugeridos como características específicas de outros termos são: *analfabetismo, deformidade, estímulo, eupneia, fala, hematúria, hipofonia, hipotensão ortostática, mal estar, pé cavo, pé varo, pele friável, pele hidratada, pele íntegra, processo de reabilitação, saturação de oxigênio, sinais de inflamação, tecido de granulação, calmo, hidratado e interessado.*

Na CIPE® 2.0, é possível encontrar termos que podem ser considerados características específicas de outros, como ressalta Tannure (2008), em relação aos termos *abuso, adolescência, educar e esperança*. Considerando que os termos sugeridos por essas duas participantes como características específicas de outros já existentes na CIPE® foram validados pelos demais especialistas em relação tanto à definição quanto ao eixo alocado,

optou-se por incluí-los nos resultados para gerar maior discussão por parte dos estudiosos envolvidos em pesquisas de terminologia e a necessidade de uma orientação por parte do Comitê Revisor da CIPE® específica sobre a inclusão de novos termos.

6.2 Da reelaboração dos termos

A partir das sugestões dos especialistas, alguns termos tiveram suas definições reelaboradas e complementadas. Assim, os termos cujos ICs das definições atingiram 0,80 e receberam sugestões de complementação das definições tiveram suas definições complementadas, mas não passaram por nova etapa de validação. De outro lado, os termos que atingiram ICs inferiores a 0,80, determinaram a reelaboração das definições, a partir das sugestões dos especialistas e do reenvio dos questionários aos participantes.

6.2.1 Definições de termos do eixo foco reelaboradas a partir das sugestões dos especialistas na primeira etapa do processo de validação

Em relação ao eixo foco, os termos validados na primeira etapa do processo de validação em relação tanto ao eixo quanto à definição e que não necessitaram sofrer alterações em suas definições ou sofreram pequenas alterações foram: *alergia a iodo, ambiente, amplitude de movimento das articulações, analfabetismo, barreira arquitetônica, capacidade vesical, cefaleia, compreensão, contratura, deformidade, ereção, estado emocional, estado geral, estímulo, estímulo nocivo, eupneia, expressão (expressão facial), exsudato, fala (comunicação verbal), hematúria, hipofonia, hipotensão ortostática, humor; ingestão de fibras, intolerância alimentar, locomoção, mal estar, micro-organismo multirresistente, mobilidade física, ocupação, odor, orgasmo, pé cavo, pé varo, pele hidratada, pele íntegra, pressão arterial, processo de reabilitação, qualidade de vida, reeducação, reeducação intestinal, reeducação vesical, saturação de oxigênio, sinais de inflamação e tecido de granulação.*

Em contrapartida, dois termos (*lazer e pele friável*), alocados no eixo foco, tiveram suas definições reelaboradas e passaram por nova fase de validação em relação à definição. Ressalta-se que os dois termos foram validados na segunda etapa do processo de validação.

É importante ressaltar que esta pesquisa identificou um número elevado de termos do eixo foco não somente devido à especificidade do paciente assistido na instituição em que o estudo foi realizado, mas também ao fato de a maioria dos profissionais desta instituição possuir nível superior e ser submetido a um programa de educação continuada eficiente e a uma avaliação profissional constante, o que fornece subsídios para que possam mais adequadamente identificar termos do eixo foco – ou seja, “a área de atenção relevante para a enfermagem” (CIE, 2005). Além disso, é relevante situar que esses profissionais fazem anotações/evoluções e prescrições de enfermagem de uma maneira que pode ser considerada eficiente.

A seguir, discutem-se os termos validados em relação à definição e ao eixo foco, mas que receberam sugestões de alterações nas definições: o termo analfabeto atingiu um IC de 0,90 na definição proposta, mas gerou inúmeras discussões por parte dos especialistas. Alguns o consideraram inadequado por estar em desuso, devido às implicações pejorativas que pode acarretar ao indivíduo. No entanto, analfabeto e analfabetismo são termos utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na pesquisa de dados relacionados à educação – mais especificamente, na determinação do indicador “taxa de analfabetismo”. Assim, um participante da pesquisa sugeriu que fosse utilizado o conceito de analfabeto utilizado pelo IBGE, que afirma que uma pessoa é considerada analfabeta quando não consegue ler e escrever um bilhete simples no idioma que conhece ou que aprendeu a ler e escrever, mas esqueceu ou que apenas assina o próprio nome. No entanto, o IBGE também analisa as taxas de analfabetismo funcional, nas quais inclui as pessoas que têm escolaridade de até três anos (BRASIL, 2010). Enfim, considerando as sugestões de participantes que defendem uma definição mais ampla para o termo analfabeto, já que esta é uma situação que interfere no autocuidado, na adesão ao tratamento e no uso adequado de medicações, a definição deste termo foi alterada para: “indivíduo que apresenta ausência ou insuficiência de instrução, compreendendo tanto o desconhecimento do alfabeto como a incapacidade de ler, escrever ou entender frases escritas ou de realizar operações matemáticas simples”.

Além disso, após avaliação acurada dos termos, optou-se por alterar o título do termo analfabeto para analfabetismo, já que aquele pode se referir a um julgamento. Assim, a definição do termo analfabetismo elaborada foi “condição de ausência ou insuficiência de instrução, compreendendo tanto o desconhecimento do alfabeto como a incapacidade de ler, escrever ou entender frases escritas ou de realizar operações matemáticas simples”.

O termo atividade foi validado com um IC de 0,86 em relação à definição. No entanto, três especialistas sugeriram que para que fosse mais bem especificado o termo

adequado deveria ser “ocupação”, ao invés de “atividade”, e a definição complementada com a expressão “atividade laboral”. Assim, de acordo com essas sugestões, alterou-se o termo para “ocupação” e a sua definição para “trabalho específico, atividade laboral ou ocupacional”.

O termo barreira arquitetônica foi validado com um IC de 0,94 em relação ao eixo. No entanto, dois especialistas sugeriram a inclusão de características relacionadas ao ambiente externo, como ruas e vias de trânsito. Assim, sua definição foi alterada para “obstáculo arquitetônico que impede ou dificulta a livre circulação de pessoas dentro de um ambiente ou em ruas e outras vias de trânsito, podendo ser representado por escadas, degraus, terrenos irregulares, paredes e portas”.

Capacidade vesical foi um termo validado, atingindo um IC de 0,92 em relação à definição. De acordo com a sugestão de um especialista, a definição do referido termo deveria ser complementada para “capacidade de volume urinário da bexiga”.

O termo cefaleia também foi validado em relação à definição, atingindo um IC de 0,90. Vários participantes questionaram a afirmativa de que a dor é na superfície da cabeça enquanto outros três participantes sugeriram alterações na definição do termo. Assim, acatando essas sugestões, fica definido da seguinte maneira: “dor referida em região da cabeça”. Ressalta-se a existência na CIPE® 2.0 dos termos dor (foco), elevado, diminuído e moderado (julgamento) e, cabeça (localização), os quais poderiam gerar os seguintes diagnósticos de enfermagem: dor elevada na cabeça, dor diminuída na cabeça e dor moderada na cabeça, os quais substituiriam o termo cefaleia. Contudo, cefaleia é um termo amplamente utilizado pela equipe de saúde, por isso defendemos a utilização e valorização do uso de termos técnicos pela equipe de enfermagem.

A definição do termo compreensão foi validada com um IC de 0,94, mas sofreu pequena alteração, a partir de sugestão enviada por dois especialistas. Assim, foi excluída da definição a palavra percepção e complementada com a expressão faculdade de entender. Dessa forma, a definição de “compreensão” deve ser alterada para: “faculdade de compreender e entender”.

Deformidade também foi um termo que teve sua definição validada com um IC de 0,96. Porém, de acordo com as sugestões de alguns especialistas, sua definição deve ser alterada para: “desvio da forma e/ou do tamanho anatômicos de uma região corporal, que pode ser tanto congênita quanto adquirida”. No entanto, este termo gerou algumas discussões com relação ao eixo de pertinência, pois duas especialistas acreditam que este pertence ao eixo julgamento, embora tenha obtido um IC de 0,94 ao ser alocado no eixo foco. Assim,

defendemos sua alocação no eixo foco, por tratar-se de uma “área de atenção que é relevante para a enfermagem” (ICN, 2005), sendo possíveis os diagnósticos de enfermagem “risco para deformidade” ou “deformidade atual” em determinada região corporal, problemas que devem ser detectados, exigindo intervenções da enfermagem, a fim de evitar maiores complicações decorrentes da imobilização, tão comuns em pacientes em reabilitação física motora. De acordo com Leite e Faro (2005), intervenções de enfermagem preventivas, como mudanças de decúbito e posicionamento adequado no leito e na cadeira de rodas, com o objetivo de evitar deformidade e/ou úlceras por pressão, devem ser implementadas no início do processo de reabilitação de pacientes portadores de lesão medular.

O termo estado geral também foi validado, obtendo um IC de 0,87 em relação à definição, mas quatro especialistas sugeriram que a definição fosse complementada com referências às “condições psicológica, espiritual e social do indivíduo”. Assim, sua definição foi alterada para “condição física, emocional, psicológica, espiritual e social do indivíduo”.

Os termos estímulo e estímulo nocivo também foram validados em relação tanto à definição quanto ao eixo, apesar de alguns participantes acreditarem que a definição proposta para eles tenha sido bastante vaga. Segundo a sugestão de uma participante, a definição para estímulo deve ficar da seguinte maneira: “ação que produz uma resposta ou reação”. Com relação ao termo estímulo nocivo, uma participante sugeriu que o “nocivo” fosse considerado um julgamento, embora tenha sido um termo validado.

O termo eupneia também foi validado em relação à definição, obtendo um IC de 0,97. No entanto, uma especialista sugere que, por já existirem os termos frequência respiratória e frequência ventilatória, os termos eupneia, dispneia e taquipneia deveriam ser considerados pertencentes ao eixo julgamento. Segundo esse raciocínio, um possível diagnóstico de enfermagem para se referir a “eupneia”, segundo a CIPE® 2.0, deveria ser “frequência respiratória normal”. Assim, apesar de “frequência respiratória normal” ser o mais adequado na formulação de um diagnóstico, segundo as orientações para a elaboração de diagnósticos de enfermagem pela CIPE®, ressalta-se que, a exemplo do que acontece com o termo cefaleia, não se pode ignorar a existência de um termo técnico utilizado de forma consensual pela maioria dos profissionais de saúde para se referir à condição de padrão de respiratório dentro dos padrões de normalidade.

O termo expressão atingiu o IC de 0,95 em relação à definição. Entretanto, alguns especialistas manifestaram dúvidas sobre o tipo de manifestação a que este termo se referia. Assim, acatando as sugestões enviadas pelos participantes e com o objetivo de evitar possíveis dúvidas quanto à utilização dos termos emoção e sentimentos, dúvidas estas

manifestadas pelos participantes, o título do termo foi complementado e sua definição alterada, de acordo com as sugestões dos especialistas, para “expressão facial: aspecto facial, determinado pelo estado físico ou emocional”.

O termo exsudato atingiu o IC de 0,91 em relação à definição proposta. No entanto, uma das especialistas sugeriu que a definição fosse mais clara, trazendo a informação de que o exsudato apresenta um conteúdo proteico maior em relação ao transudato, pois este último é mais fluido, com menos material celular que o exsudato, por constatar que em sua prática clínica observa que muitos enfermeiros confundem uma drenagem transudativa, como a que ocorre por edema de membros inferiores, com uma drenagem exsudativa. Outra participante questiona o fato de na CIPE® 2.0 já existir o termo “edema por exsudato”. No entanto, não existe o termo exsudato nesta Classificação. Então, de acordo com as sugestões enviadas, a definição foi complementada e alterada para: “líquido orgânico rico em material celular, formado por soro, fibrina e leucócitos que atravessaram as paredes dos pequenos vasos para infiltrarem em tecidos inflamatórios ou em cavidades vizinhas”.

O termo fala atingiu um IC de 0,91 em relação à definição, embora três especialistas tenham discordado da definição proposta, argumentando que o conceito está incompleto e que “nem todo som vocal é fala”. Além disso, outra especialista defendeu que “fala” é uma característica específica do termo comunicação e que, portanto, não deveria ser incluído na CIPE®, por já estar inserido nessa terminologia. No entanto, na CIPE® 2.0 o termo comunicação é definido como “dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”. Assim, considerando que esta definição de comunicação da CIPE® 2.0 é mais ampla, por considerar a comunicação não verbal, e, ainda por não existir na CIPE® 2.0 um termo denominado “comunicação verbal”, apesar de existirem os diagnósticos de enfermagem “comunicação verbal comprometida” e “comunicação verbal efetiva”, optou-se por alterar o título do termo para comunicação verbal e a definição para “capacidade para comunicar-se através da fala” (ICN, 2009).

Hematúria também foi um termo validado atingindo um IC de 0,91 em relação à definição. No entanto, uma especialista sugeriu que a expressão hemácia fosse retirada da definição, por ser um componente sanguíneo. Assim, a definição foi alterada para “presença de sangue na urina”. Outro especialista sugeriu que hematúria é uma característica específica da urina e que não deve ser incluída na CIPE®. No entanto, por existir no eixo foco da CIPE® 2.0 termos como disúria (dor uretral ou na bexiga com sensação de ardência ao urinar), também relacionado à urina, este foi mantido, por ser uma área de atenção relevante

para a enfermagem e por ser um termo técnico utilizado consensualmente por toda a equipe de saúde. Assim, acreditamos que também se deva manter “hematúria” como um termo do eixo foco pelos mesmos motivos.

O termo humor também teve sua definição validada com um IC de 0,93. No entanto, uma especialista defendeu que estados de ânimo englobam outras condições. Assim, de acordo com as sugestões desta participante, a definição deste termo foi alterada para “estados de ânimo que se pode apresentar como disposição, irritabilidade, tristeza ou alegria”.

Locomoção também foi um termo validado, atingindo um IC de 0,93 em relação à definição, mas teve sua definição alterada, complementada com a expressão independente da forma como o faça, de acordo com sugestões de uma especialista. Assim, locomoção fica definida da seguinte forma: “ato ou efeito de andar ou de transportar-se de um lugar para outro independente da forma como o faça”.

Pé cavo e pé varo foram termos validados em relação à definição, atingindo, ambos ICs de 0,95. No entanto, uma especialista acredita que trata-se de características específicas e outra participante relata que essas condições estão inseridas em deformidades. Na CIPE® 2.0 já existe o termo pé equino, que também está relacionado a uma deformidade. Assim, apesar de concordarmos que os termos propostos dizem respeito a deformidades, estas podem ser identificadas e nomeadas de acordo com a curvatura do pé. E, mais uma vez, ressalta-se que, por existirem termos técnicos utilizados consensualmente pelos profissionais de saúde das diferentes áreas, defendemos a inclusão destes termos na CIPE®.

O termo orgasmo também foi validado em relação à definição atingindo um IC de 0,84. Entretanto, um dos especialistas sugere que sua definição deve ser alterada, já que é possível atingir o orgasmo sem a realização do coito, por exemplo, durante a masturbação. Assim, a definição para este termo foi alterada para: sensação de prazer com que termina normalmente o clímax da excitação sexual, durante o coito ou masturbação.

Os termos pele hidratada e pele íntegra foram validados em relação à definição, atingindo ICs de 0,90 e 0,95, respectivamente. No entanto, vários especialistas sugerem que pele é um termo pertencente ao eixo foco e os termos hidratada e íntegra pertencem ao eixo julgamento. Entretanto, na CIPE® 2.0 pele é um termo pertencente ao eixo localização. Além disso, existem nesta terminologia, termos como pele seca, pele úmida, pele comprometida, integridade da pele e ferida de pele, demonstrando que “pele” não deve ser considerada isoladamente como foco, pois não explicitaria qual a relevância em ser considerada área de atenção da enfermagem. Contudo, o termo pele íntegra + atual pode ter o mesmo significado

de “integridade da pele sem sinais de alteração”, que é um diagnóstico de enfermagem já inserido na CIPE® 2.0.

No processo de validação, o termo qualidade de vida atingiu um IC de 0,97 em relação à definição. Entretanto, uma das especialistas sugeriu a retirada de parte da definição, ficando alterada para: “conjunto das características genéticas, dos hábitos, costumes adquiridos e dos tipos de comportamento do indivíduo, que lhe asseguram alto grau de saúde física e mental proporcionando bem-estar, autossatisfação e excelente relacionamento familiar e social” (REY, 1999).

Os termos reeducação, reeducação intestinal e reeducação vesical foram validados em relação tanto à definição quanto ao eixo. No entanto, vários participantes questionam e sugerem que “reeducação” pertença ao eixo meios e os termos intestino e bexiga ao eixo foco. Entretanto, “bexiga” e “intestino” isoladamente pertencem ao eixo localização na CIPE® 2.0. Uma participante acredita que “reeducação”, de maneira isolada, não deve ser considerada foco, exigindo os termos intestinal e vesical, mas, reeducação poderia ser utilizado para elaborar o diagnóstico “reeducação do padrão alimentar”, por exemplo. Além disso, três outros especialistas questionam o fato de as definições terem se limitado somente às pessoas com deficiências físicas ou cognitivas, já que a reeducação intestinal também se aplica às pessoas sem deficiências. Embora essa sugestão tenha sido para o termo reeducação intestinal, concordamos com esse raciocínio e de acordo com tal sugestão, a definição para “reeducação intestinal” foi alterada para “treinamento de pessoas com ou sem deficiências físicas ou cognitivas com o objetivo de recuperar, total ou parcialmente, o uso de funções intestinais prejudicadas” e a definição de “reeducação vesical” foi alterada para: “treinamento de pessoas com ou sem deficiências físicas ou cognitivas com o objetivo de recuperar, total ou parcialmente, o uso das funções (REY, 1999) vesicais prejudicadas”.

Embora alguns especialistas não tenham respondido a todo o questionário e, portanto, suas opiniões não tenham sido consideradas para fins de validação dos termos, nas próximas linhas ressaltamos algumas sugestões enviadas por participantes da pesquisa que consideramos importantes.

O termo estímulo nocivo foi sugerido como diagnóstico de enfermagem.

Com relação aos termos que possuem a expressão estado em sua composição (*estado geral* e *estado emocional*), na opinião de uma especialista que não finalizou o questionário, eles foram propostos de maneira inadequada, já que na CIPE® “estado” é julgamento. No entanto, na CIPE® 2.0 constam no eixo foco os seguintes termos: *estado de consciência comprometido*, *estado maníaco* e *estado positivo*, como também estão inseridos

termos relacionados a “estado” no eixo julgamento, como *estado*, *estado de normalidade*, *estado de prescrição*, *estado prescrito* e *estado julgado como relativo*.

Sugeriu-se que o termo estímulo poderia ter seu título alterado para “técnica de estimulação” e considerado como pertencente ao eixo meio, apesar de ter sido validado no eixo foco.

Apesar de as opiniões descritas anteriormente não terem sido utilizadas para fins de validação dos termos, por motivo de não preenchimento de todo o questionário, acredita-se que mereçam maiores discussões e reflexões por parte dos pesquisadores envolvidos em estudos de linguagem de enfermagem. Além disso, são necessárias orientações específicas por parte do Comitê Revisor da CIPE® para a inclusão de novos termos nessa Terminologia, considerando que ela se encontra em constante desenvolvimento.

6.2.2 Definição do termo do eixo foco reelaborada a partir das sugestões de especialistas na segunda etapa do processo de validação

Os termos lazer e pele friável foram os termos do eixo foco que não foram validados em relação à definição na primeira etapa do processo de validação. Após serem submetidos à segunda etapa do processo de validação, foram validados, porém somente o termo pele friável teve sua definição alterada, de acordo com sugestões de um especialista que participou da pesquisa.

O termo “pele friável”, que após sugestões dos especialistas na primeira etapa do processo de validação, teve sua definição alterada para “pele passível de sofrer fragmentação e esfacelamento ou condição da pele fina consequente a um processo cicatricial ou de epitelização ainda não totalmente concluído, mas sem solução de continuidade e/ou exsudação”, sendo então enviado para os especialistas para nova etapa de validação, atingiu um IC de 0,90 em relação à definição na segunda etapa do processo de validação. Mas, de acordo com as sugestões de uma especialista na segunda etapa do processo de validação, retirou-se a expressão “pele passível de sofrer fragmentação e esfacelamento”, sendo alterada para “*condição da pele fina consequente a um processo cicatricial ou de epitelização ainda não totalmente concluído, mas sem solução de continuidade e/ou exsudação*”.

6.2.3 Termos validados e considerados diagnósticos de enfermagem por especialistas

Alguns termos foram validados em relação tanto à definição quanto ao eixo pelos especialistas que participaram da pesquisa. No entanto, alguns participantes sugeriram que tais termos fossem considerados diagnósticos de enfermagem, e não relacionados ao eixo foco. Embora tenham sido alocados e validados como termos pertencentes ao eixo foco, acreditamos que também possam ser utilizados como diagnósticos de enfermagem, a exemplo de outros que ocorrem na CIPE® 2.0, como pertencentes ao eixo foco e utilizados como diagnósticos de enfermagem. Discutimos esses termos a seguir.

O termo alergia a iodo alcançou os ICs de 0,96 e 0,94 em relação à definição e ao eixo, respectivamente. No entanto, uma especialista discordou do eixo proposto para este termo afirmando que deveria ser um diagnóstico de enfermagem, sendo alergia um termo pertencente ao eixo foco e iodo um termo pertencente ao eixo meios. Discordamos deste raciocínio, pois vai de encontro ao que a CIPE® exige para a formulação de um diagnóstico de enfermagem: foco + julgamento. Já existem na CIPE® 2.0 termos relacionados a este, como: *alergia*, *alergia à medicação*, *alergia à mordedura de cobra*, *alergia à picada de inseto*, *alergia alimentar* e *alergia ao látex*. Além disso, nesta terminologia também identificamos a existência do diagnóstico “alergia ao látex”, no qual provavelmente o termo relacionado ao julgamento “atual” (presente ou real) foi omitido por ser redundante, embora não seja incorreto, afirmar como diagnóstico de enfermagem “alergia ao látex atual”. Assim, concordamos com a enfermeira que sugeriu que o termo alergia a iodo pode também ser considerado um diagnóstico de enfermagem, raciocinando que o termo atual pode ser ocultado na elaboração do diagnóstico de enfermagem “alergia a iodo atual”.

Os termos intolerância alimentar e hipofonia foram validados em relação à definição e ao eixo, embora muitos especialistas os tenham considerado como diagnósticos de enfermagem. De qualquer forma, defendemos que os termos intolerância alimentar e hipofonia podem ser considerados diagnósticos de enfermagem se considerarmos a omissão do julgamento “atual”, como ocorre com outros termos na CIPE®.

Os termos pele hidratada e pele íntegra foram validados em relação à definição e ao eixo. No entanto, vários especialistas sugeriram que o termo pele deveria ser considerado como pertencente ao eixo foco e os termos “hidratada” e “íntegra” como pertencentes ao eixo julgamento. Entretanto, na CIPE® 2.0 pele é um termo pertencente ao eixo localização. Além disso, já existem nesta terminologia termos como pele seca, pele úmida, pele comprometida, integridade da pele e ferida de pele, demonstrando que “pele” não deve ser considerada

isoladamente como foco, pois não explicitaria a relevância em ser considerada área de atenção da enfermagem. Contudo, o termo pele íntegra + atual pode ter o mesmo significado de “integridade da pele sem sinais de alteração”, que é um diagnóstico de enfermagem já inserido na CIPE® 2.0. Da mesma forma, “pele hidratada” também pode ser considerada um diagnóstico de enfermagem quando consideramos a omissão de “atual” (julgamento) do diagnóstico “pele hidratada atual”.

6.2.4 Definições de termos do eixo julgamento reelaboradas a partir das sugestões dos especialistas na primeira etapa do processo de validação

No eixo julgamento, durante a primeira etapa do processo de validação, a maioria dos termos propostos para esse eixo foi validada em relação tanto à definição quanto ao eixo. São eles: *calmo, característico, difícil, estável, insatisfatório, íntegro, interessado, máximo, mesmo nível, precário, receptivo, ressecado e satisfatório*. Somente os termos *discreto* e *hidratado*, validados em relação ao eixo na primeira etapa do processo de validação, não foram validados em relação às definições propostas. Portanto, suas definições foram reelaboradas a partir das sugestões dos especialistas e enviadas para a validação dos participantes da pesquisa.

O termo *calmo* atingiu IC de validação de 0,93 em relação à definição. No entanto, um dos participantes sugeriu alterações na definição, que fica alterada para: “referente àquilo que não apresenta movimento, agitação, perturbação; que não apresenta sinais de excitação, nervosismo”.

O termo *estável* também foi validado em relação à definição, obtendo um IC de 0,88. Um especialista sugeriu a exclusão da palavra *seguro* da definição e outro sugeriu a alteração da palavra *constante* para *invariável*. De acordo com tais sugestões, a definição para o termo *estável* deve ser “inalterável, invariável”.

O termo *íntegro* foi validado, obtendo um IC de 0,90 em relação à definição proposta. De acordo com a sugestão de um especialista, deveriam ser excluídas da definição as palavras *inteiro* e *completo*, mantendo-se sem lesão e acrescentando sem comprometimentos. Assim, a definição de “*íntegro*” foi alterada para: “sem lesão e sem comprometimentos”.

O termo *máximo* atingiu IC de 0,95 em relação à definição. No entanto, acatou-se a sugestão de um especialista que sugeriu retirar *absoluto* da definição. Portanto, *máximo* foi

assim definido: “refere-se ao que está acima de todos, é o mais alto, mais intenso (WEISZFLOG, 2007)”.

Em relação ao termo precário, que também foi validado obtendo um IC de 0,88 em relação à definição, acatamos as sugestões dadas pelos participantes de retirar não é estável ou seguro e acrescentar escasso e desprovido. Assim, a definição para o termo precário foi alterada para: “refere-se ao que é frágil, débil, escasso e desprovido”.

6.2.5 Definições de termos do eixo julgamento validadas na segunda etapa do processo de validação

Somente dois termos não foram validados em relação à definição na primeira etapa do processo de validação, os quais tiveram suas definições reelaboradas a partir das sugestões enviadas pelos especialistas. Novamente, foram enviados para validação, sendo agora validados também em relação à definição. São eles: discreto, validado com um IC de validação de 0,97, e hidratado, validado com um IC de 1,0, sem necessidade de terem suas definições reelaboradas, pela ausência de sugestões dos especialistas para isso.

6.2.6 Definições de termos do eixo meios reelaboradas a partir das sugestões dos especialistas na primeira etapa do processo de validação

Foram propostos 102 novos termos para a validação de definições e de eixo em meios, sendo que um termo não atingiu IC igual ou superior a 0,80 em relação ao eixo: *estímulo dígito anal*. No entanto, apenas 26 termos (26,60%) atingiram IC de validação igual ou superior a 0,80 em relação à definição, enquanto 76 precisaram passar por redefinição, conforme sugestões enviadas pelos especialistas, a fim de serem enviados para uma segunda etapa no processo de validação.

Os termos validados em relação tanto às definições quanto em relação aos eixos na primeira etapa do processo de validação foram: *andador, aparelho de adaptação, aparelho de movimentação passiva contínua, creme hidratante, discussão de caso, equipe interdisciplinar, escova de banho de cabo longo, manobras de esvaziamento vesical, material cirúrgico, monitor de oximetria, muletas axilares, nutricionista, órtese de membro inferior, órtese de membro superior, palmilha, pesquisa, pesquisa de micro-organismo*

multirresistente, psicólogo, relatório, reunião, serviço de psicologia, serviço farmacêutico, tipoia, técnica de treino de vaso, tração cutânea e vaso sanitário.

Embora, todos os termos propostos neste estudo no eixo meios tenham sido definidos inicialmente conforme o modelo utilizado pela CIPE® e os termos descritos anteriormente tenham sido validados em relação tanto às definições quanto ao eixo, muitos especialistas enviaram várias sugestões e questionamentos em relação a este tipo de definição, considerado muito conciso e pouco detalhado. Dessa forma, a maioria dos termos validados neste eixo precisou passar por complementações e alterações das definições. Nas próximas linhas discutem-se os termos que tiveram suas definições alteradas, a partir das sugestões dos especialistas.

Em relação aos termos andador e muletas axilares, os especialistas sugeriram que suas definições sejam alteradas para “dispositivo utilizado como auxílio-locomção” e, sobre o termo escova de banho de cabo longo, uma das participantes sugeriu que fosse descrita a sua função na definição. Assim, de acordo com tal sugestão, a definição deve ser: “dispositivo de adaptação que tem o objetivo de auxiliar e facilitar o autocuidado de indivíduos em reabilitação física motora durante a realização do banho”.

Sobre o termo discussão de caso, de acordo com as sugestões dos especialistas, deve se excluir da definição o trecho chegar à verdade, pois nem sempre isso é uma garantia em uma discussão de caso. Outra sugestão fornecida por um dos especialistas para este termo foi acrescentar o caráter democrático das tomadas de decisão dentro da equipe. Dessa forma, fica assim definido: “debate que tem o objetivo de elucidar dificuldades, através de tomadas de decisões democráticas dentro da equipe de saúde”.

A respeito do termo equipe interdisciplinar um dos especialistas sugeriu que fosse incluído na definição o conceito de interdisciplinar. Considerando que “no trabalho em saúde a interdisciplinaridade pode ser compreendida como uma forma de se abordar determinadas situações ou problemas através da integração e da articulação de diferentes saberes e práticas gerando uma intervenção, uma ação comum, horizontalizando saberes e relações de poder, valorizando o conhecimento e as atribuições de cada categoria profissional” (SOUZA; SOUZA, 2009), o termo equipe interdisciplinar pode ser definido da seguinte forma: grupo de profissionais que trabalham “abordando determinadas situações ou problemas através da integração e da articulação de diferentes saberes e práticas gerando uma intervenção, uma ação comum, horizontalizando saberes e relações de poder, valorizando o conhecimento e as atribuições de cada categoria profissional” (SOUZA; SOUZA, 2009) em busca de um objetivo em comum.

De acordo com os especialistas, as definições de material cirúrgico e monitor de oximetria, devem ser mais detalhadas. Assim, material cirúrgico pode ser definido como “qualquer produto ou material utilizado em cirurgias” e monitor de oximetria pode ser definido como “dispositivo de monitorização da saturação de oxigênio no sangue”.

Os termos órtese de membro superior, órtese de membro inferior e palmilha, segundo os especialistas, também devem ter suas definições mais detalhadas. De acordo com Andrade (2007), órtese é um dispositivo externo utilizado para suportar, sustentar, alinhar, estabilizar, posicionar, prevenir ou corrigir deformidades, bem como para melhorar as funções de partes móveis do corpo. Portanto, órtese de membro superior pode ser definida como “um dispositivo externo ou aparelho ortopédico utilizado para suportar, sustentar, alinhar, estabilizar, posicionar, prevenir ou corrigir deformidades, bem como para melhorar as funções dos membros superiores” e órtese de membro inferior pode ser definida como “um dispositivo externo ou aparelho ortopédico utilizado para suportar, sustentar, alinhar, estabilizar, posicionar, prevenir ou corrigir deformidades, bem como para melhorar as funções dos membros inferiores”.

O termo palmilha está comumente associado ao revestimento interno de calçados, mas em reabilitação pode ser definido como uma “órtese plantar utilizada no interior de calçados de indivíduos com alterações estruturais dos pés” (GUIMARÃES *et al.*, 2006).

Em relação ao termo pesquisa de micro-organismos multirresistente, uma das especialistas sugeriu que se especifique na definição o conceito de multirresistente. Então, de acordo com o termo micro-organismo multirresistente, já validado no eixo foco neste estudo, o conceito de pesquisa de micro-organismos multirresistentes deve ser: “investigação de microrganismos resistentes a quase a totalidade das classes de antimicrobianos testados em exames microbiológicos (SÃO PAULO, 2010)”.

O termo relatório, de acordo com especialistas, deve ser complementado acrescentando as palavras verbal e fez à definição. Assim, relatório é definido como a “descrição escrita ou verbal daquilo que se fez, ouviu ou observou”.

Segundo os especialistas que participaram da pesquisa, os termos serviço de psicologia e serviço farmacêutico também precisaram ser mais bem detalhados. Na CIPE® 2.0 “serviço” é definido como “disponibilidade, atribuição e distribuição de sistemas que correspondam a uma necessidade pública e a benefícios comuns para as pessoas”. Dessa forma, serviço de psicologia pode ser definido como “disponibilidade, atribuição e distribuição de sistemas que correspondam à prestação de serviços de psicologia” e “serviço

odontológico” pode ser definido como “disponibilidade, atribuição e distribuição de sistemas que correspondam à prestação de serviços odontológicos”.

O termo técnica de treino de vaso também necessitou ter sua definição mais detalhada, conforme orientações dos especialistas. Assim, passa a ser definido como: “técnica de treinamento utilizada para promover a continência intestinal de pacientes previamente incontinentes que inclui levar o paciente ao vaso sanitário em períodos mais curtos, pré-determinados, aproveitando o reflexo gastrocólico, utilizando-se de uma postura adequada”.

Os termos tração cutânea, tipoia e vaso sanitário precisaram ser mais bem detalhados, conforme sugestões dos especialistas. Assim, tração cutânea pode ser definida como uma “aplicação de uma força de maneira indireta sobre o osso, através da pele por meio de adesivos” (BRASIL, 2008); tipoia pode ser definida como um “dispositivo de imobilização utilizado na sustentação do membro superior”, e vaso sanitário como “dispositivo, geralmente de cerâmica, utilizado para coletar fezes e urina”.

6.2.7 Definições de termos do eixo meios reelaboradas, na segunda etapa do processo de validação, a partir das sugestões dos especialistas

Na segunda etapa do processo de validação, foi enviado aos especialistas um questionário contendo os setenta e seis termos alocados no eixo meios, não validados na primeira fase do processo de validação, com as definições reelaboradas a partir das sugestões enviadas pelos especialistas.

Destaca-se que todos os termos foram validados em relação à definição, bem como o termo estímulo dígito anal, não validado na primeira fase de validação da pesquisa em relação ao eixo alocado, nesse momento também foi validado em relação ao eixo. Os termos do eixo meios validados em relação à definição na segunda etapa do processo de validação foram: *algodão hidrófilo, algodão ortopédico, algodão sintético, antiemético, anti-inflamatório, auxiliar de enfermagem, bengala de apoio em antebraço, bengala em T, cadeira, cama cirúrgica, cânula de traqueostomia, cateter, cateter de analgesia, cateter nasal, cateter nasoentérico, cateter nasogástrico, cateter vesical de demora, cinta abdominal, cinto de transferência, colagenase, colar cervical, colchão de ar, colete torácico, controle de líquidos (impresso para controle de líquidos), crioterapia, curativo de gaze, curativo estéril de fita adesiva hipoalergênica (curativo estéril de micropore), degermante, diário miccional, estímulo dígito-anal, espessante, faixa elástica, faixa de crepom, fibra alimentar, filme de*

poliuretano, fonoaudiólogo, gaze algodoadada, cobertura com petrolatum (gaze vaselinada), glicemia capilar, grupo de orientações, hidrocoloide, hidroterapia, manobra de credê, manobra de Piparote, manobra de Valsalva, massagem, medidas de prevenção de convulsão, medidas de prevenção de deformidade, medidas de prevenção de disreflexia, medidas de prevenção de infecção, medidas de prevenção de úlcera por pressão, medidas não farmacológicas, monitor vesical, oxigênio, papaína, pomada, preparo intestinal, serviço de controle de infecção hospitalar, serviço odontológico, swab, técnica de administração de dieta enteral, técnica de cateterismo vesical, técnica de autocateterismo vesical, técnica de cateterização assistida, técnica de esvaziamento da bexiga, técnica de posição de Fowler, técnica de posição de semi-fowler, técnica de treinamento do autocuidado, técnica limpa, técnico de gesso, toque retal, torniquete pneumático, tração transesquelética, treino de continência, treino familiar e xilocaína gel.

O termo algodão hidrófilo foi validado em relação à definição, atingindo um IC de 1,0. Mas, de acordo com a sugestão de um especialista, sua definição deve ser complementada, citando a possibilidade da utilização deste material para realizar a proteção de proeminências ósseas e da pele em curativos e aparelhos gessados. Assim, sua definição foi alterada para “algodão absorvente utilizado na higiene e na antisepsia da pele e na proteção de proeminências ósseas e da pele em curativos e aparelhos gessados”.

Também foi necessária a complementação do termo algodão ortopédico, de acordo com as sugestões de um especialista, apesar de ter obtido um IC de 1,00 em relação à definição. Esse especialista sugeriu que na definição fosse incluída a possibilidade de este material ser utilizado no aquecimento dos membros. Assim, sua definição foi alterada para “algodão confeccionado de algodão cru utilizado em imobilizações ortopédicas no acolchoamento e proteção de proeminências ósseas, bem como na confecção de aparelhos gessados e no aquecimento dos membros superiores e inferiores”.

Em relação ao termo anti-inflamatório, validado em relação à definição com um IC de 1,00 um especialista sugeriu a troca da palavra tratamento por alívio. Assim, sua definição foi alterada para: “medicamento utilizado no alívio dos sinais e sintomas da inflamação”.

O termo bengala de apoio em antebraço teve sua definição validada, com um IC de 1,00. Porém, a definição precisou ser complementada, de acordo com a sugestão de um especialista, referindo que este dispositivo oferece maior sustentação ao indivíduo durante a marcha ou posição ortostática”. Assim, sua definição foi alterada para “dispositivo de

mobilização ou auxílio locomoção que possui apoio manual e em antebraço, oferecendo maior sustentação ao indivíduo durante a marcha ou posição ortostática”.

A definição do termo bengala em T foi validada, com um IC de 1,00, mas precisou ser complementada, com base na sugestão de acordo com a sugestão de um especialista para incluir a informação de que “este dispositivo oferece menor apoio ou menor retirada de peso ao indivíduo em relação a outros”. Assim, sua definição foi alterada para “dispositivo de mobilização ou auxílio locomoção que possui apoio manual, oferecendo menor apoio ou menor retirada de peso ao indivíduo em relação a outros dispositivos de mobilização ou auxílio locomoção”.

Cateter de analgesia também foi um termo validado em relação à definição, com um IC de 0,90. Porém, uma especialista sugeriu a alteração da definição, afirmando que não é sempre que o cateter fica inserido em um ducto, vaso sanguíneo ou espaço raquimedular, pois em alguns momentos o tubo fica inserido nas proximidades do nervo. Dessa forma, sua definição foi alterada para “tubo inserido próximo a um nervo ou em um ducto, vaso sanguíneo ou espaço raquimedular para administração parenteral de anestesia e/ou analgesia”.

Controle de líquidos também foi um termo validado em relação à definição, obtendo um IC de 0,97, mas teve sua definição complementada, de acordo com sugestões de dois especialistas. Dessa forma, sua definição precisou ser alterada para “impresso para controle de líquidos”, sendo complementada com informações sobre o tipo de líquido ingerido. Assim, o título do termo e sua definição foram alterados para: “impresso para controle de líquidos” – “instrumento que tem a finalidade de estimular, monitorar e avaliar a quantidade de líquidos ingeridos por um indivíduo durante um determinado período (manhã, tarde e noite) do dia através da anotação do volume, tipo e horário em que o líquido está sendo ingerido”.

Em relação ao termo curativo estéril de micropore, que teve sua definição validada com um IC de 0,93, foi necessário alterar o título do termo para “curativo estéril de fita adesiva hipoalergênica”, pois micropore, segundo sugestão de um especialista, é uma marca comercial.

Diário miccional também obteve um IC de validação de 0,97 em relação à definição, porém uma especialista sugeriu substituir a palavra teste por avaliação e registro. Assim, sua definição foi alterada para “avaliação e registros realizados com o objetivo de fornecer informação imparcial sobre o ritmo miccional do paciente. Pode fornecer as seguintes variáveis: débito urinário diurno e noturno, capacidade vesical funcional, número de

micções durante o dia e à noite e o número de episódios de incontinência urinária” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA; 2006).

Faixa elástica também foi um termo validado em relação à definição, obtendo um IC de 1,00. Porém, um especialista sugeriu a inclusão da informação de que este tipo de faixa auxilia na circulação sanguínea. Assim, sua definição foi alterada para “bandagem elástica utilizada para fixação de curativos; enfaixamentos em geral; auxílio do retorno venoso; imobilização com auxílio de tala, curativos compressivos e proteção para a realização de atividades físicas”.

Fibra alimentar também foi um termo validado em relação à definição, atingindo um IC de 0,96. Uma especialista sugeriu a exclusão da palavra atualmente da definição, que fica alterada para: “componente vegetal não digerido pelo sistema digestivo. Considerada alimento funcional, desempenha funções importantes no organismo, como: intervir no metabolismo dos lipídios e carboidratos e na fisiologia do trato gastrointestinal, além de assegurar uma absorção mais lenta dos nutrientes e promover a sensação de saciedade” (DUTRA; MARCHINI, 1998).

O termo gaze vaselinada, de acordo com a sugestão de um especialista, não é o título mais conveniente para a cobertura descrita, apesar de ter alcançado um IC de 0,93 em relação à definição. Assim, acatamos tal sugestão, e este termo teve seu título alterado para “cobertura com petrolatum”.

Em relação ao termo hidroterapia, também validado em relação à definição, com um IC de 0,90, um especialista sugeriu uma alteração, enfatizando a utilização da água como um meio para o tratamento de doenças. Assim, hidroterapia passa a ser definida como “estratégia terapêutica que consiste em utilizar a água como um meio para o tratamento de doenças” (WEISZFLOG, 2007).

O termo manobra de Piparote foi validado, obtendo um IC de 0,90. Porém, uma especialista sugeriu a alteração da definição no que se refere à utilização desta manobra como técnica de esvaziamento vesical, já que esta pode estimular a micção, mas não garante o esvaziamento vesical. Além disso, dois especialistas sugeriram a retirada da definição do que se refere à realização de manobra apoiando a mão contralateral na superfície abdominal, pois nem sempre isso é necessário. Assim, acatando essas sugestões, sua definição fica alterada para: “manobra ou técnica de exame físico que consiste em realizar percussão com o dedo médio sobre a superfície abdominal que pode ser utilizada como técnica para aumentar o estímulo miccional devido à transmissão de ondas líquidas na superfície abdominal”.

Em relação ao termo medidas de prevenção de disreflexia, que obteve um IC de 0,97 na validação da definição, um dos especialistas sugeriu uma alteração no final da frase, afirmando a necessidade de promover medidas para evitar lesões de pele em substituição a “realizar mudanças de decúbito a cada duas horas”. Assim, fica alterada sua definição para “conjunto de medidas utilizadas para prevenir situações que levem a disreflexia, como: promover o esvaziamento adequado da bexiga e intestino, promover o posicionamento corporal adequado e instituir medidas para a prevenção de lesões de pele”.

Medidas de prevenção de úlcera de pressão também teve sua definição alterada, apesar de ter alcançado IC de 1,00. O título do termo também foi corrigido para “medidas de prevenção de úlcera por pressão”, conforme sugestões de especialistas. Ainda de acordo com as sugestões dos especialistas, a prevenção de úlcera por pressão envolve mudanças de decúbito de acordo com a necessidade de cada paciente e deve ser realizada em um período máximo de três horas. Além disso, deve-se incluir na definição a importância do posicionamento adequado no leito e na cadeira de rodas e na de banho. Assim, a definição fica alterada para “conjunto de medidas utilizadas na prevenção de úlceras por pressão, como: posicionamento adequado no leito, na cadeira de rodas e de banho; realização da mudança de decúbito corporal de acordo com a necessidade do paciente, a ser realizada em um período máximo de três horas; hidratação da pele e proteção de regiões de proeminências ósseas com coxins e travesseiros”.

Medidas não farmacológicas também alcançou um IC de validação de 0,97 em relação à definição. Mas, de acordo com um especialista, foi necessária a inclusão de que “essas medidas são utilizadas com fins terapêuticos para se atingir um determinado resultado”, retirando da definição os exemplos citados. Assim, a definição fica alterada para “conjunto de medidas não medicamentosas utilizadas com fins terapêuticos para se atingir um determinado resultado”.

Em relação ao termo monitor vesical, que atingiu um IC de 0,93 na validação da definição, segundo sugestões de um especialista, foi necessária a inclusão de que este aparelho é utilizado para “avaliar o resíduo miccional e o volume intravesical”, retirando da definição resíduo pós-miccional. Assim, a definição foi alterada para “*aparelho de ultrassom utilizado para avaliação do resíduo miccional e do volume intravesical*”.

Papaína também foi um termo que teve sua definição validada, atingindo um IC de 0,97. Porém, segundo sugestões de uma especialista, na definição deve ser realizada a substituição da expressão cobertura de curativo por substância e alterada na última frase a posição da expressão durante o tratamento de feridas. Assim, a definição fica alterada para

“substância composta de complexo de enzimas proteolíticas, retirado do látex do mamão papaia, que age através da dissociação das moléculas de proteína, resultando em desbridamento químico. Indicada no desbridamento de tecidos desvitalizados durante o tratamento de feridas”.

Em relação ao termo cateter vesical de demora, a definição foi validada com um IC de 0,93. Porém, um especialista sugeriu a exclusão da última frase e a inclusão na primeira frase de que este material se trata de um “cateter de longa permanência que possui um balonete distal de capacidade variável”. Dessa forma, acatando as sugestões dessa especialista, a definição foi alterada para “tubo ou cateter estéril de longa permanência que possui um balonete distal de capacidade variável e introduzido do meato urinário até a bexiga, tem a função de drenar a urina”.

Swab também foi um termo validado, com um IC de 0,93 em relação à definição. Porém, acatando as sugestões de dois especialistas, a definição fica alterada para “haste com ponta de algodão hidrófilo, estéril, utilizado em coleta de material biológico”, excluindo a expressão “de plástico”, pois nem todo o swab possui haste de plástico.

O termo técnica de administração de dieta enteral, que obteve um IC de 0,97 em relação à validação da definição, precisou sofrer pequena alteração na definição, incluindo a expressão através de cateter apropriado. Assim, a definição foi alterada para “técnica utilizada para administração de dieta através de cateter apropriado diretamente no estômago ou no intestino delgado”.

Os termos técnica de cateterismo vesical, técnica de autocateterismo vesical e técnica de cateterização assistida foram validados em relação às suas definições, com ICs de 0,97, 0,87 e 0,87, respectivamente. Porém, de acordo com as sugestões de seis especialistas, foi necessário incluir nas definições que as técnicas também podem ser limpas, já que o paciente em reabilitação que necessita realizar o cateterismo vesical intermitente limpo frequentemente possui bexiga colonizada e é orientado a utilizar a técnica limpa durante cateterização de alívio. Assim, as definições desses termos ficam alteradas para:

- Técnica de cateterismo vesical: “técnica utilizada para introduzir um cateter vesical estéril ou limpo pelo meato urinário até a bexiga para promover a drenagem da urina”.
- Técnica de autocateterismo vesical: “técnica executada pelo paciente em si mesmo para introduzir um cateter vesical estéril ou limpo pelo meato urinário até a bexiga para promover a drenagem da urina”.

- Técnica de cateterização assistida: “técnica executada com o auxílio de outra pessoa ou por um terceiro para introduzir um cateter vesical estéril ou limpo pelo meato urinário até a bexiga para promover a drenagem da urina”.

Ressalta-se que na CIPE® 2.0 já está inserido no eixo meios o termo técnica de autocateterização definido somente como “técnica”. Mas, como na prática da reabilitação utilizamos o termo técnica de autocateterismo vesical para fazer menção ao cateterismo vesical realizado pelo paciente em si mesmo, optou-se por melhorar a definição e sugerir a inclusão do termo da forma como é utilizado na prática, discriminando o local em que o autocateterismo está sendo realizado.

Em relação ao termo técnica limpa, que também teve sua definição validada, obtendo um IC de 0,97, uma especialista sugeriu a retirada da expressão de preferência estéreis e a exclusão da segunda frase da definição. Assim, a definição fica alterada para “técnica não estéril, na qual se valoriza a lavagem adequada das mãos, a higiene adequada da pele e mucosas, a utilização de materiais limpos, com o objetivo de se reduzir as probabilidades de contaminação ou infecção”.

Toque retal também foi um termo validado em relação à definição, obtendo um IC de 0,90. Porém, uma especialista sugeriu a inclusão na definição de que esta técnica também é utilizada “no esvaziamento intestinal”. Assim, a definição foi alterada para “técnica de exame retal que também pode ser utilizada para auxiliar no esvaziamento intestinal”.

O termo treino de continência foi validado em relação à definição, atingindo um IC de 0,90, apesar de que na CIPE® 2.0 existe o termo técnica de treino incontinência, definido somente como técnica. Discordamos do título deste termo se considerarmos que o objetivo da técnica é adquirir continência, e não incontinência. Assim, optou-se por propor a inclusão do termo treino de continência, conforme é utilizado na prática da reabilitação. Porém, de acordo com as sugestões de dois especialistas, deve ser retirado da definição a expressão que apresentam sensação vesical ou intestinal, já que isso não é obrigatório na realização do treino de continência vesical ou intestinal. Outro especialista sugeriu que o termo treino de continência deve ser dividido em treino de continência vesical e treino de continência intestinal, incluindo nas definições a realização do cateterismo intermitente e da extração intestinal, como ações utilizadas na manutenção das continências vesical e intestinal, respectivamente. Assim, a definição para treino de continência vesical deve ser: “conjunto de ações e orientações utilizadas para promover a continência vesical de pacientes previamente incontinentes, como: levar o paciente ao vaso sanitário ou oferecer coletores urinários em

períodos mais curtos, predeterminados, bem como realizar o cateterismo intermitente, quando indicado”. Da mesma forma, a definição de treino de continência intestinal deve ser: “conjunto de ações e orientações utilizadas para promover a continência intestinal de pacientes previamente incontinentes, como: levar o paciente ao vaso sanitário ou oferecer coletores fecais em períodos mais curtos, predeterminados; realizar a extração intestinal e aproveitar o reflexo gastrocólico após as refeições para realizar o treino de vaso”.

Treino familiar também foi um termo validado em relação à definição, obtendo IC de 0,90. No entanto, dois especialistas sugeriram a inclusão na definição de que estas ações e orientações também podem ser utilizadas e direcionadas a pacientes parcialmente dependentes. Portanto, acatando essas sugestões, sua definição deve ser alterada para “conjunto de ações e orientações utilizadas no processo de treinamento de familiares e/ou cuidadores de pacientes parcial ou totalmente dependentes com o objetivo de facilitar o cuidado e evitar complicações relacionadas à imobilização e ao quadro de dependência física”.

6.2.8 Termos alocados no eixo meios relacionados a profissionais

Os termos relacionados a profissionais de saúde propostos para validação nesta pesquisa foram: nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, auxiliar de enfermagem e técnico de gesso. Todos obtiveram IC de validação superiores a 0,80 em relação tanto ao eixo proposto (meios) quanto à definição proposta.

Os termos nutricionista e psicólogo foram validados na primeira etapa do processo de validação. Segundo os especialistas, porém devem ser mais detalhados. Portanto, acatando essas sugestões, nutricionista é o “profissional de saúde de nível superior responsável pela direção, coordenação e supervisão de cursos de graduação em nutrição; planejamento, organização, direção, supervisão e avaliação de serviços de alimentação e nutrição; planejamento, coordenação, supervisão e avaliação de estudos dietéticos; ensino das matérias profissionais dos cursos de graduação em nutrição; ensino das disciplinas de nutrição e alimentação nos cursos de graduação da área de saúde e outras afins; auditoria, consultoria e assessoria em nutrição e dietética; assistência e educação nutricional a coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética e, assistência dietoterápica hospitalar,

ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos” (CFN, 1991).

Da mesma maneira, psicólogo é o “profissional de nível superior que procede ao estudo e análise dos processos intrapessoais e das relações interpessoais, possibilitando a compreensão do comportamento humano individual e de grupo, no âmbito das instituições de várias naturezas, onde quer que se dêem estas relações. Aplica conhecimento teórico e técnico da psicologia, com o objetivo de identificar e intervir nos fatores determinantes das ações e dos sujeitos, em sua história pessoal, familiar e social, vinculando-as também a condições políticas, históricas e culturais” (CFP, 1992).

Na segunda fase do processo de validação, os termos fonoaudiólogo, auxiliar de enfermagem e técnico de gesso, tiveram suas definições validadas, obtendo ICs de 0,97, 0,94 e 0,97, respectivamente. Porém, de acordo com a sugestão de uma especialista, a definição de auxiliar de enfermagem foi alterada excluindo-se a expressão executa atividades de natureza repetitiva e que realiza as atividades sob supervisão de um enfermeiro. Dessa forma, a definição de auxiliar de enfermagem é alterada para “membro da equipe de enfermagem que realiza serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão do enfermeiro. No processo de tratamento, tem a função de: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar ações de tratamento simples, prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e participar da equipe de saúde” (COFEN, 1986).

Apesar de os termos relacionados a profissionais terem sido validados em relação tanto à definição quanto ao eixo, vários especialistas que participaram desta pesquisa discordaram da inclusão de termos relacionados a profissionais no eixo meios. Estes especialistas acreditam que não se deve considerar profissionais de saúde como uma maneira ou método, já que segundo a definição da CIPE®, no eixo meios devem estar inseridos termos que representam “uma maneira ou um método de desempenhar uma intervenção” (CIE, 2005).

Porém, justificamos a opção de propor a inclusão destes termos, que na CIPE® são considerados colaboradores ou prestadores de cuidados de saúde, seguindo o modelo atual dessa terminologia. Cabe destacar que, atualmente, estão inseridos nesse eixo os seguintes termos: assistente social, cirurgião, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, médico e terapeuta ocupacional.

Além disso, a inclusão de termos relacionados a profissionais no eixo meios justifica-se pelo fato de que na tradução do inglês para português, *means*, além de meios,

também significa recursos. Nesse caso, consideram-se os termos relacionados a profissionais como recursos humanos para desempenhar uma intervenção.

6.2.9 Definições de termos do eixo ação reelaboradas a partir das sugestões dos especialistas na primeira etapa do processo de validação

Todos os termos propostos para o eixo ação foram validados na primeira etapa do processo de validação, em relação tanto à definição quanto ao eixo, embora alguns tenham sido alterados ou complementados, a partir das sugestões enviadas pelos especialistas. Os termos validados foram: *abordar, admitir, aprazar, aquecer, continuar, deambular, degermar, desbridar, diferenciar, enfatizar, evidenciar, favorecer, hidratar, indicar, infundir, liberar, locomover, modificar, optar, otimizar, preferir, recepcionar, reconhecer, repetir, respeitar, retornar, submeter, suspender, terminar, utilizar e visitar.*

A seguir, discutem-se os termos que sofreram pequenas alterações ou complementações, com base nas sugestões dos especialistas.

O termo *deambular* teve sua definição validada na primeira etapa do processo de validação, obtendo um IC de 0,93. Porém, de acordo com as sugestões enviadas por três especialistas, a definição deve ser complementada, pois da forma como está redigida pode gerar confusão em relação ao termo *transferir*. Assim, acatando a sugestão desses especialistas, sua definição deve ser alterada para “mudar ou mover o próprio corpo de um lugar para o outro através da marcha”.

Desbridar obteve um IC de 1,00 na validação da definição, porém um especialista sugeriu acrescentar à definição a expressão de lesões de pele, a fim de complementar a definição do termo. Assim, sua definição deve ser alterada para “remover tecidos necrosados e infectados de lesões de pele”.

O termo *enfatizar*, validado em relação à definição com um IC de 0,97, de acordo com a sugestão de um especialista, deve ser complementado com a expressão *dar especial destaque a*. Acatando essa sugestão, sua definição fica alterada para “dar ênfase ou especial destaque a”.

Favorecer também foi um termo validado em relação à definição, obtendo um IC de 0,97. Apesar do elevado índice de concordância atingido para este termo, quatro especialistas sugeriram alterar sua definição para “criar condições ou cooperar para a ocorrência de uma determinada situação”.

O termo hidratar também foi validado, atingindo IC de 0,97 em relação à definição. Porém, dois especialistas sugeriram que a definição fizesse menção à hidratação da pele quando realizada com creme hidratante, passando para “tratar com substância que devolva a umidade natural ou evite ressecamento, como com a utilização de creme hidratante na pele ou na administração de água ou líquido constituído por água e diversas substâncias (glicose, cloreto de sódio, cloreto de potássio, etc.) a fim de se compensar perdas e, eventualmente como parte da alimentação parenteral”.

Infundir também foi um termo validado em relação à definição, atingindo IC de 0,93. Porém, de acordo com as sugestões de dois especialistas, deve-se acrescentar administrar à definição, que passa a ser: “introduzir ou administrar”.

O termo liberar também foi validado em relação à definição, com IC de 0,95. Porém, uma especialista sugeriu acrescentar à definição autorizar e permitir, ficando alterada para “liberar de restrições, autorizar, permitir”.

Otimizar obteve o IC de 0,97 em relação à validação da definição. No entanto, um especialista sugeriu a complementação da definição incluindo criar condições mais favoráveis para. Dessa forma, a definição fica alterada para “criar condições mais favoráveis ou tornar o melhor possível”.

O termo submeter, validado com um IC de 0,86 em relação à definição, teve sua definição alterada, de acordo com a sugestão de um especialista, que considerou que este termo significasse realizar determinada ação, por exemplo, “o paciente foi submetido à cirurgia”. Adequando-se a definição validada a essa sugestão, sua definição deve ser alterada para “tornar o indivíduo sujeito à determinada ação”.

Visitar teve sua definição validada com um IC de 0,86. Porém, concordamos com a sugestão de uma especialista de excluir a palavra inspecionar e a finalidade da visita, a fim de não restringir o significado do termo. Assim, fica definido como: “procurar alguém em sua casa”.

6.2.10 Definições de termos do eixo tempo reelaboradas a partir das sugestões dos especialistas na primeira etapa do processo de validação

Dois dos três termos propostos para validação no eixo tempo na primeira etapa do processo de validação foram validados, em relação tanto às definições quanto ao eixo. São

eles: *fim de semana e hora*. Somente o termo *período*, validado na primeira etapa em relação ao eixo, precisou passar por uma nova fase de validação em relação à definição.

O termo fim de semana foi complementado, conforme sugestões dos especialistas, embora tenha obtido um IC de 0,86 em relação à definição, pois quatro especialistas sugeriram que sua definição fosse mais detalhada, sendo que três sugeriram que se especificasse a quais dias se refere. Dessa forma, sua definição deve ser alterada para “intervalo de tempo equivalente a dois dias da semana: sábado e domingo”.

6.2.11 Definição do termo do eixo tempo validada na segunda etapa do processo de validação

Período foi o único termo alocado no eixo tempo que precisou passar pela segunda etapa do processo de validação em relação à definição, quando obteve IC de 1,00, da maneira em que foi proposto, não necessitando ser alterado ou complementado.

6.2.12 Termos do eixo localização validados pelos especialistas na primeira etapa do processo de validação

No eixo localização, foram validados dezoito termos na primeira fase do processo de validação: *articulação do ombro, cotovelo, crista ilíaca, joelho, maléolo lateral, maléolo medial, membro inferior, membro superior, ombro, panturrilha, patela, quadril, região escapular, região inguinal, região interglútea, região isquiática, região trocântérica e vesicostomia*. Ressalta-se que estes termos não tiveram suas definições alteradas ou complementadas, pois não foram enviadas sugestões pelos especialistas para tal.

6.2.13 Termos do eixo localização validados pelos especialistas na segunda etapa do processo de validação

Sete termos do eixo localização precisaram ter suas definições reelaboradas para passar pela segunda etapa do processo de validação: *cistostomia, coluna vertebral,*

gastrostomia, jejunostomia, posição de Fowler, posição de semi-fowler e sala de indução anestésica.

Os termos posição de Fowler e posição de semi-fowler foram validados em relação à definição proposta na segunda etapa do processo de validação. No entanto, uma especialista questiona se estes termos não seriam mais pertinentes se incluídos no eixo meios. Porém, estes termos foram incluídos no eixo localização, levando-se em consideração a definição deste eixo, que, segundo o CIE, é “orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenções”. Além disso, na CIPE® 2.0 termos relacionados à “posição corporal” estão incluídos nesse eixo.

Os demais termos foram validados da maneira em que foram propostos, não necessitando serem complementados ou alterados.

6.2.14 Definições dos termos do eixo cliente validadas pelos especialistas

No eixo cliente, os termos amigo e esposa foram validados na primeira etapa do processo de validação. O termo filho precisou ter sua definição reelaborada, conforme sugestões enviadas pelos especialistas, a fim de passar pela segunda etapa do processo de validação, quando foi então validado, obtendo então IC de 0,97. Nessa segunda etapa, o termo foi validado da forma como foi proposto, não necessitando de complementação ou alteração de sua definição.

7. CONCLUSÕES

Considera-se que os objetivos propostos para este estudo foram alcançados, uma vez que os termos empregados nos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes em reabilitação física motora foram identificados, mapeados com os constantes na CIPE® 2.0 e, posteriormente, classificados em um de seus sete eixos. Além disso, foi possível elaborar definições para os termos identificados como não constantes na CIPE® 2.0, determinando a concordância entre especialistas, em relação tanto a um dos sete eixos da CIPE® quanto às definições propostas.

No mapeamento cruzado de termos identificados nos prontuários eletrônicos preenchidos pelos enfermeiros de um hospital de reabilitação física motora de Belo Horizonte, foram obtidos 825 termos, dos quais 226 foram identificados como não constantes na CIPE® 2.0 e 599 termos foram identificados como comuns a esta terminologia.

Destes 599 termos identificados como comuns na CIPE® 2.0, 262 pertencem ao eixo foco, 102 estão inseridos no eixo ação, 93 pertencem ao eixo meios; 88 constam no eixo localização, 27 pertencem ao eixo tempo, 20 se encontram inseridos no eixo julgamento e 7 pertencem ao eixo cliente.

Durante a classificação dos termos identificados como não constantes na CIPE®, a maioria estava inserida no eixo meios (102), seguidos do eixo foco (47), ação (31), localização (25), julgamento (15), tempo (3) e cliente (3).

Todos os termos identificados como não constantes na CIPE® foram validados pelos especialistas em relação tanto à definição quanto ao eixo, após ter-se atingido IC igual ou superior a 0,80.

No eixo foco, os termos validados na primeira etapa do processo de validação em relação tanto ao eixo quanto à definição e que não necessitaram sofrer alterações em suas definições ou sofreram pequenas alterações, de acordo com as sugestões enviadas pelos especialistas, foram: *alergia a iodo, ambiente, amplitude de movimento das articulações, analfabetismo, atividade (ocupação), barreira arquitetônica, capacidade vesical, cefaleia, compreensão, contratura, deformidade, ereção, estado emocional, estado geral, estímulo, estímulo nocivo, eupneia, expressão (expressão facial), exsudato, fala (comunicação verbal), hematúria, hipofonia, hipotensão ortostática, humor; ingestão de fibras, intolerância alimentar, locomoção, mal estar, micro-organismo multirresistente, mobilidade física, odor, orgasmo, pé cavo, pé varo, pele hidratada, pele íntegra, pressão arterial, processo de reabilitação, qualidade de vida, reeducação, reeducação intestinal, reeducação vesical,*

saturação de oxigênio, sinais de inflamação e tecido de granulação. Dois termos alocados no eixo foco (*lazer e pele friável*) tiveram suas definições reelaboradas e passaram por nova etapa de validação, quando foram validados.

No eixo julgamento, durante a primeira etapa do processo de validação, a maioria dos termos propostos foi validada, em relação tanto à definição quanto ao eixo: *calmo, característico, difícil, estável, insatisfatório, íntegro, interessado, máximo, mesmo nível, precário, receptivo, ressecado e satisfatório*. Somente os termos *discreto e hidratado*, validados em relação ao eixo na primeira etapa do processo de validação, não foram validados em relação às definições. Portanto, novas definições foram reelaboradas a partir das sugestões dos especialistas e enviadas para a segunda fase do processo de validação.

No eixo meios, foram propostos 102 novos termos para a validação, sendo que na primeira etapa do processo de validação somente um termo (*estímulo dígito anal*) não atingiu IC igual ou superior a 0,80 em relação ao eixo. Apenas 26 (25,49%) atingiram IC igual ou superior a 0,80 em relação à definição, enquanto 76 precisaram passar por redefinição, conforme sugestões enviadas pelos especialistas, a fim de serem enviados para uma segunda etapa no processo de validação. Assim, na primeira etapa do processo de validação os termos validados em relação tanto às definições quanto ao eixo meios foram: *andador, aparelho de adaptação, aparelho de movimentação passiva contínua, creme hidratante, discussão de caso, equipe interdisciplinar, escova de banho de cabo longo, manobras de esvaziamento vesical, material cirúrgico, monitor de oximetria, muletas axilares, nutricionista, órtese de membro inferior, órtese de membro superior, palmilha, pesquisa, pesquisa de micro-organismo multirresistente, psicólogo, relatório, reunião, serviço de psicologia, serviço farmacêutico, tipoia, técnica de treino de vaso, tração cutânea e vaso sanitário*. Embora esses termos tenham sido validados, muitos especialistas enviaram várias sugestões e questionamentos em relação a este tipo de definição. Portanto, a maioria das definições dos termos validados neste eixo precisou ser complementada e alterada, conforme sugestões enviadas pelos participantes.

Destaca-se que as definições propostas para os termos do eixo meios não validadas na primeira etapa do processo de validação foram validadas na segunda etapa do processo de validação, bem como o termo que não havia sido validado anteriormente em relação ao eixo: *estímulo dígito anal*. Os termos validados em relação à definição na segunda etapa do processo de validação foram: *algodão hidrófilo, algodão ortopédico, algodão sintético, antiemético, anti-inflamatório, auxiliar de enfermagem, bengala de apoio em antebraço, bengala em T, cadeira, cama cirúrgica, cânula de traqueostomia, cateter, cateter*

de analgesia, cateter nasal, cateter nasoentérico, cateter nasogástrico, cateter vesical de demora, cinta abdominal, cinto de transferência, colagenase, colar cervical, colchão de ar, colete torácico, controle de líquidos (impresso para controle de líquidos), crioterapia, curativo de gaze, curativo estéril de fita adesiva hipoalergênica (curativo estéril de micropore), degermante, diário miccional, estímulo digito-anal, espessante, faixa elástica, faixa de crepom, fibra alimentar, filme de poliuretano, fonoaudiólogo, gaze algodoada, cobertura com petrolatum (gaze vaselinada), glicemia capilar, grupo de orientações, hidrocoloide, hidroterapia, manobra de credê, manobra de Piparote, manobra de Valsalva, massagem, medidas de prevenção de convulsão, medidas de prevenção de deformidade, medidas de prevenção de disreflexia, medidas de prevenção de infecção, medidas de prevenção de úlcera por pressão, medidas não farmacológicas, monitor vesical, oxigênio, papaína, pomada, preparo intestinal, serviço de controle de infecção hospitalar, serviço odontológico, swab, técnica de administração de dieta enteral, técnica de cateterismo vesical, técnica de autocateterismo vesical, técnica de cateterização assistida, técnica de esvaziamento da bexiga, técnica de posição de Fowler, técnica de posição de semi-fowler, técnica de treinamento do autocuidado, técnica limpa, técnico de gesso, toque retal, torniquete pneumático, tração transesquelética, treino de continência, treino familiar e xilocaína gel.

Todos os termos propostos para o eixo ação foram validados na primeira etapa do processo de validação em relação tanto à definição como ao eixo, embora alguns termos tenham sido alterados ou complementados, de acordo com as sugestões enviadas pelos especialistas. Os termos validados foram: *abordar, admitir, aprazar, aquecer, continuar, deambular, degermar, desbridar, diferenciar, enfatizar, evidenciar, favorecer, hidratar, indicar, infundir, liberar, locomover, modificar, optar, otimizar, preferir, recepcionar, reconhecer, repetir, respeitar, retornar, submeter, suspender, terminar, utilizar e visitar.*

No eixo localização, foram validados dezoito termos na primeira fase do processo de validação: *articulação do ombro, cotovelo, crista ilíaca, joelho, maléolo lateral, maléolo medial, membro inferior, membro superior, ombro, panturrilha, patela, quadril, região escapular, região inguinal, região interglútea, região isquiática, região trocantérica e vesicostomia.* Porém, sete termos precisaram ter suas definições reelaboradas a fim de serem considerados validados após a segunda etapa do processo: *cistostomia, coluna vertebral, gastrostomia, jejunostomia, posição de Fowler, posição de semi-fowler e sala de indução anestésica.*

Os termos do eixo tempo validados na primeira etapa do processo de validação foram: *fim de semana e hora*. Somente o termo período, validado na primeira etapa do processo em relação ao eixo, precisou passar por uma nova validação em relação à definição, sendo também validado.

No eixo cliente, os termos *amigo e esposa* foram validados na primeira etapa do processo de validação. O termo *filho* precisou ter sua definição reelaborada, conforme sugestões enviadas pelos especialistas, a fim de passar pela segunda etapa do processo de validação, quando foi então validado.

Acredita-se que o motivo da identificação do maior número de termos não constantes na CIPE® 2.0 relacionados ao eixo meios possa estar relacionado à especificidade do paciente em reabilitação física motora que, possuindo limitações motoras e/ou cognitivas e, conseqüentemente, algum nível de dependência, necessita da utilização de muitos recursos de adaptação para a realização das atividades de vida diária, com o objetivo de minimizar a dependência ou reestabelecer sua independência, de acordo com as potencialidades motoras e cognitivas de cada indivíduo.

Da mesma forma, observou-se neste estudo a identificação de um número elevado de termos no eixo foco. Relaciona-se a este fato não somente a especificidade do paciente assistido na instituição, mas também o fato de a maioria dos profissionais de enfermagem possuir nível superior e ser submetida a programa de educação continuada eficiente e a avaliação profissional constante, fornecendo-lhes subsídios para que possam identificar adequadamente o foco da atenção de enfermagem, além de realizar anotações e prescrições de enfermagem de maneira eficiente.

Os resultados alcançados permitem concluir que a CIPE® é uma terminologia aplicável à assistência de enfermagem em reabilitação, mas que necessita de muito trabalho de pesquisa, o que se comprova pelo número de termos identificados nos prontuários nas evoluções de enfermagem constantes na CIPE® (599 termos), maior quando comparado ao número de termos identificados como não constantes nesta terminologia (226 termos). Este fato demonstra que a CIPE® vem sendo incorporada pela equipe de enfermagem desta instituição à sua prática, mas necessita do esforço constante dos enfermeiros para seu desenvolvimento.

Durante a realização deste estudo, destaca-se a grande dificuldade encontrada na fase de elaboração de definições para os termos, já que o tipo de definição utilizado pela CIPE®, considerado muito conciso e pouco detalhado, não satisfaz à maioria dos especialistas que participaram da pesquisa. Isso é comprovado pelos baixos índices de concordância

obtidos nas definições dos termos propostos no eixo meios na primeira etapa do processo de validação e pelas sugestões enviadas pelos especialistas de que as definições fossem melhoradas quando, na elaboração das definições dos termos seguiram-se os modelos de definição de termos atualmente utilizados pela CIPE®. Assim, sugere-se maior discussão por parte do Comitê Revisor da CIPE®, com o objetivo de melhorar o modelo de definição utilizado pela CIPE, já que esta é uma demanda dos profissionais de enfermagem, conforme identificado nesta pesquisa.

Outra dificuldade encontrada na realização deste estudo relaciona-se à obtenção de número suficiente de especialistas para a validação dos termos. Pretendia-se alcançar o número mínimo de 50 em cada etapa. No entanto, neste estudo obteve-se a participação de apenas 45 especialistas, apesar de o convite de participação ter sido enviado a 166 enfermeiros que satisfaziam aos critérios de inclusão no estudo.

Sugere-se maior discussão para os termos que trazem a expressão estado em sua composição, já inserida na CIPE® 2.0 tanto em foco (*estado de consciência comprometido, estado maníaco e estado positivo*) como em julgamento (*estado, estado de normalidade, estado de prescrição, estado prescrito e estado julgado*).

Por fim, sugere-se que o termo estímulo tenha seu título alterado para “técnica de estimulação” e que seja considerado como pertencente ao eixo meio, apesar de ter sido validado no eixo foco.

Cabe destacar que em 2008 foi aprovada a inclusão da CIPE® na Família das Classificações Internacionais (FCI) da Organização Mundial de Saúde, que passou a ser considerada uma classificação relacionada. Portanto, concorda-se com Tannure (2008) de que é necessário que o Comitê Revisor da CIPE® discuta a inclusão de termos relacionados a processos patológicos ou a termos médicos nesta terminologia, já que a CID é parte integrante da FCI e é específica para esse tipo de informação.

Salienta-se, também, a necessidade de incentivar uma maior reflexão por parte do Comitê Revisor da CIPE® no que se refere à inclusão de termos relacionados às características específicas de termos já incluídos na CIPE®, já que alguns trabalhos realizados no Brasil, como o de Bittencourt e Nóbrega (2006) e Tannure (2008), excluíram de seus estudos termos relacionados às características específicas de termos que já constam nesta Terminologia. Porém, como já constatado por Tannure (2008), nesta terminologia já constam termos que podem ser considerados características específicas de outros já constantes em termos categorizados nos diversos eixos da CIPE®, como *absorção, abuso, adolescência, capacidade, educar e esperança*.

Portanto, é necessária a existência de uma recomendação explícita do Comitê Revisor da CIPE® para a inclusão de novos termos na CIPE®, a fim de se contribuir com o seu desenvolvimento enquanto uma terminologia de referência da enfermagem.

Enfim, cabe destacar que, embora o desenvolvimento deste estudo tenha sido bastante trabalhoso e, em muitos momentos, tenha gerado angústia quanto à pertinência das definições e dos eixos alocados dos termos propostos, sua realização foi também bastante prazerosa, na medida em que suscitou momentos de discussões e de reflexões acerca de termos e conceitos utilizados pela enfermagem. Assim, com a finalização deste trabalho temos a certeza de ter colaborado para o desenvolvimento de uma linguagem específica da enfermagem.

8. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. C.; NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Termos da linguagem de enfermagem identificados em registro de uma UTI neonatal. *Revista eletrônica de enfermagem*, [S.l.], v. 08, n. 03, p. 336-348, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/pdf/v8n3a04.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2011.

ALFARO-LEFEVRE, R. *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo*. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005. 284 p.

ALMEIDA, C. I.; SAAD, M.; VIEIRA, M. S. R. Reabilitação em Reumatologia Geriátrica. *Einstein.*, [S.l.], v. 6, n. supl 1, S183-S9, 2008. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/924-einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS183-189.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2011.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. A.; GEWANDSZNAJDER, F. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira, 1998. 203 p.

ANDERSON, J.; DIAS, E. C.; SANTOS, V. L. A.; CHIAVONE, P. A. Valor preditivo dos gases arteriais e índices de oxigenação no desmame da ventilação mecânica. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, [S.l.], v. 13, n. 2, abr./jun. 2001.

ANDRADE, L. T. *Validação das intervenções de enfermagem para o diagnóstico de mobilidade física prejudicada nos lesados medulares*. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

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, nov./dez. 2002.

ANTUNES, M. J. M.; SILVA, I. A.; EGRY, E. Y.; SENA, R. R.; ALMEIDA, M. C. P. *Manual do pesquisador: orientação para o trabalho de campo*. ABEn, Brasília, 1997, 93 p.

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

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

BEDRAN, T. *Definição e validação dos termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem em terapia intensiva*. 125f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

BEYEA, S. C. Perioperative Data Elements: Interventions and Outcomes. *AORN Journal*, [S.l.], v. 71, n. 2, p. 344-352, Feb. 2000.

BITTENCOURT, G. K. G. D. *Significado e utilização para a prática profissional de termos atribuídos a ações de Enfermagem*. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2006.

BITTENCOURT, G. K. G. D.; BESERRA, P. J. F.; NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Fenômenos identificados nos registros de enfermagem da clínica médica de um hospital de ensino. *Nursing*, São Paulo, v. 88, n. 8, p. 432-435, set. 2005.

BITTENCOURT, G. K. G. D.; NÓBREGA, M. M. L. Confirmação de significado para a prática profissional de termos atribuídos a ações de enfermagem: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, [S.l.], v. 5, p. 1-9. 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/308/65>> Acesso em: 13 jun. 2012.

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.

BORBA, F. S. *Dicionário UNESP do português contemporâneo*. São Paulo: Fundação editora da UNESP, 2004. 1470 p.

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

BPR GUIA DE REMÉDIOS. 8. ed. Editora Escala. 2005/2006 672 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Bioética, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Glossário temático: Traumatologia e Ortopedia*, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 56 p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_traumatologia.pdf> Acesso em: 9 dez. 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de indicadores sociais - uma análise das condições de vida da população brasileira*. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 27, Rio de Janeiro, 2010. 42p. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2010/SIS_2010.pdf> Acesso em: 10 dez. 2011.

BRIKS, L. F. Reações Adversas aos Alimentos na Infância: Intolerância e Alergia Alimentar - Atualização. *Pediatria*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 176 – 185, 1994.

BURNS, N.; GROVE, S. K. *Understanding nursing research building an evidence-based practice*. 4. ed. St. Louis: Saunders Elsevier, 2007. 586 p.

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

CABRÉ, M. T. La terminologia, uma disciplina em evolução: pasado, presente y algunos elementos de futuro. *Revista Debate Terminológico*, [S.l.], n.1, mar. 2005. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/riterm/article/view/21286/12263>>. Acesso em: 11 out. 2011.

CANADIAN NURSES ASSOCIATION. *International Classification for Nursing Practice: documenting nursing care and client outcomes*, [S.l.], n.14, p. 1-4, 2003.

CAPE, B. F., DOBSON, P. *Guía diccionario del auxiliary sanitario y de la enfermera*. Barcelona: Elicien, 1977. 531 p.

CARVALHO, E. C.; AGUIAR, A. S. C.; JOVENTINO, E. S.; FONTENELE, F. C.; MOREIRA, R. P.; MELO, R. P. Critério para seleção de experts em estudos de validação de diagnósticos. In.: 10ª SINADEN – SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 2010, Brasília, *Anais...*, Brasília, 2010. p. 787-790.

CASSIANI, S. H. B.; RODRIGUES, L. P. A técnica de Delphi e a técnica de Grupo Nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 76-83, set./dez. 1996.

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. Classificações de Enfermagem e Pesquisa. In: TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. *Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 205-221.

CHIANCA, T. C. M.; SOUZA, C. C.; ERCOLE, F. F.; ROCHA, A. M. Reconhecimento dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: uma contribuição. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 11, n. 3, p. 233-237, jul./set. 2007.

COENEN, A.; MARIN, H. F.; PARK, H.; BAKKEN, S. Collaborative efforts for representing nursing concepts in computer-based systems. *Journal of the American Medical Informatics Association*, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 202-211, jun. 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução COFEN 358/2009*, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. 4 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Lei 7498 de 25 de junho de 1986 do Conselho Federal de Enfermagem*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. In: COREN/SP. Documentos básicos de enfermagem: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares. São Paulo: COREN/SP; 2001. p. 36-41.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (CFF). *Lei nº 6.965*, de 9 de dezembro de 1981. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/epdo1.pdf>> Acesso em: 5 nov. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). *Lei nº 8.234*, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/conteudo.aspx?IDMenu=56>> Acesso em: 8 nov. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Atribuições Profissionais do Psicólogo no Brasil*. Contribuição do Conselho Federal de Psicologia ao Ministério do Trabalho para integrar o catálogo brasileiro de ocupações – enviada em 17 de outubro de 1992. Disponível em <http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/atr_prof_psicologo.pdf> Acesso em: 8 nov. 2011.

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

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (CIE). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®*. Tradução: Dra. Hermínia Castro. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. 23 p.

COSTA, J. N.; OLIVEIRA, M. V. Fenômenos de enfermagem em portadores de lesão medular e o desenvolvimento de úlceras por pressão. *Revista de enfermagem UERJ*, [S.l.], v. 13, n. 3, Rio de Janeiro, p. 367-373, set./dez. 2005.

CRUZ, D. A. L. M. Processo de Enfermagem e Classificações. In: GAIDZINSKI, R. R.; GOMES, A. V. N. S.; LIMA, A. F. C.; GUTIERREZ, B. A. O.; CRUZ, D. A. L. M.; ROGENSKI, N. M. B.; SANCINETTI, T. R. *Diagnóstico de enfermagem na prática clínica*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. v. 1. p. 25-37.

CUBAS, M. G.; SILVA, S. H.; ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 186-194, 2010. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a23.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2011.

DANGELO, J. G.; FATINNI, C. A. *Anatomia humana sistêmica e segmentar*. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. 763 p.

DOCHTERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. *Classificação das intervenções de enfermagem - NIC*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1090 p.

DUTRA, O. J. E.; MARCHINI, J. S. *Ciências Nutricionais*. São Paulo: Sarvier, 1998. 403 p.

EGRY, E. Y.; ANTUNES, M. J. M.; LOPES, M. G. D. Projeto CIPESC CIE-ABEn. In.: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. e colaboradores. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010. 336 p.

ENOKA, R. M. *Bases Neuromecânicas da Cinesiologia*. 2. edição. São Paulo: Manole, 2000. 450 p.

FARO, A C. M. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista Escola de enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 128-33, 2006.

FEHRING, R. J. Methods to Validate Nursing Diagnose. *Heart Lung*, Saint Louis, v. 16, n. 6, p. 625-629, nov. 1987.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999. 2128 p.

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

FURTADO, L. G.; NOBREGA, M. M. L. Construção de banco de termos identificados em registros de enfermagem utilizando a CIPE®. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 630-655, 2007. Disponível em <www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a06.htm> Acesso em: 3 maio 2011.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: 52º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda, 2000. p. 1-16.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. spe, p. 875-879, 2009.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Inventário vocabular resultante do Projeto CIPESC CIE – ABEn. In.: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. e colaboradores. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010. 336 p.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Centre for ICNP® Research and Development of the Federal University of Paraíba, Post-graduate Program in Nursing - Brazil [internet] Proceedings; 2-8 may 2011; Malta. ICN International Conference, ICNP Consortium, 10 p. Disponível em: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/programs/icnp/2011_Federal_University_of_Paraiba_-_ICNP_Centre.pdf> Acesso em: 1 jun. 2012.

GUIMARÃES, C. Q.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F.; ROCHA, I. C.; BICALHO, L. I.; SABINO, G. S. Fatores associados à adesão ao uso de palmilhas biomecânicas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 10, n. 3, set. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-3552006000300004&script=sci_arttext> Acesso em: 14 ago. 2011.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1991 159 p.

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

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*, [S.l.], ano 4, n. 7, p. 35-58, jun. 2008.

HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 6, p. 733-737, nov./dez. 2004.

HERMIDA, P. M. V., ARAÚJO, I. E. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para a implantação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 59, n. 5, p. 675-679, set./out. 2006.

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

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING (ICN). The birth of ICNP idea. *Int. Nurs. Review*, [S.l.], v. 39, n. 4, p. 110, 1992.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). *The international classification for nursing practice: a unifying framework – the Alpha version*. Geneva: ICN, 1996.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). *ICN disponibiliza versão 2.0 da CIPE®*. Disponível em: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>> Acesso em 2011.

JOHNSON, M.; BULECHE, G.; BUTCHER, H.; DOCHTERMAN, J. M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S.; SWANSON, E. *Ligações entre NANDA, NOC e NIC diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. Tradução: Regina Garcez. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora S.A., 2009. 703 p.

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

KRIEGER, M. G.; FINATTO, M. J. B. *Introdução à terminologia – teoria e prática*. São Paulo: Contexto, 2004. 223 p.

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.

LEITE, V. B. E.; FARO, A. C. E. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 92-96, 2005.

LIMA, A. F. C.; KURCGANT, P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 111-116, 2006.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. *Nursing research methods, critical appraisal and utilization*. 5. ed. St. Louis: Mosby, Inc., 2002. 520 p.

LUCENA, A. F.; BARROS, A.L.B.L. Mapeamento Cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 82-88, 2005.

MAGALHÃES, A. M.; CHIOCHETTA, F. V. Diagnósticos de enfermagem para pacientes portadores de bexiga neurogênica. *Revista gaúcha de enfermagem*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 6-18, jan. 2002.

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

MARIN, H. F. Terminologia de referência em enfermagem: a Norma ISO 18104. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 445-448, 2009.

MORAES, J. M.; SILVA, M. C. L. Atribuições educativas do enfermeiro na unidade de ortopedia. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 1, p. 55-56, mar. 1991. Disponível em <http://www.unifesp.br/denf/acta/1991/4_1/pdf/art10.pdf> Acesso em: 12 maio 2011.

MORIYA, T.; MÓDENA, J. L. P. Assepsia e antissepsia: técnicas de esterilização. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 41, n. 3, p. 265-273, 2008.

NAKASH, R. A.; HUTTON, J. L.; JORSTAD-STEIN, E. C.; GATES, S.; LAMB, S. E. Maximising response to postal questionnaires - A systematic review of randomized trials in health research. *BMC Medical Research Methodology*, [S.l.], v. 6, n. 5, 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/6/5>> Acesso em: 20 dez. 2011.

NIELSEN, G. H.; MORTENSEN, R. A. The architecture of ICNP: time of outcomes – Part. I. *International Nursing Review*, [S.l.], v. 44, n. 6, p. 182-188, nov-dec. 1997.

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

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: instrumental tecnológico para a prática profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 5, p. 758-761, set./out. 2009.

NOBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R.; ARARUNA, J. F.; NUNES, W. C. A. N.; DIAS, G. K. D.; BESERRA, P. J. F. Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 33-44, 2003. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista>> Acesso em: 2 maio 2010.

NOBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R.; FURTADO, L. G.; ALBUQUERQUE, C. C.; LIMA, C. L. H. 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. 390-396, 2008.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R.; MEDEIROS, A. C. T.; SOUZA, G. L. L. Banco de termos da linguagem especial de enfermagem de um hospital escola. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 28-37, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://132.248.9.1:8991/hevila/RevistaRENE/2010/vol11/no1/2.pdf>> Acesso em: 15 jul. 2011.

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

NOBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. *Fundamentos do cuidar em Enfermagem*. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009. 232 p.

NONINO, F. O. L.; NAPOLEÃO, A. A.; CARVALHO, E. C.; PETRILLI FILHO, J. F. A utilização do mapeamento cruzado na pesquisa de enfermagem: uma revisão da literatura. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 6, p. 872-877, dez. 2008.

NORAT, E. M. Construção de nomenclatura de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para clínica cirúrgica do HULW/UFPB. 182 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS (NANDA). *Nursing Diagnoses: definitions and classification: 2001/2002*. Philadelphia: NANDA, 2001.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS (NANDA). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação – 2009/2011*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

OLIVEIRA, C. B. Sobre lazer, tempo e trabalho na sociedade de consumo. *Conexões*, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 20-34, 2004. Disponível em <http://www.facape.br/ruth/adm-filosofia/Texto_1_-_Lazer_tempo_e_trabalho.pdf> Acesso em: 12 nov. 2011.

OLIVEIRA, N.; CHIANCA, T. C. M.; RASSOOL, G. H. A Validation Study of the Nursing Diagnosis Anxiety in Brazil. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, [S.l.], v. 19, n. 3, p. 102-110, 2008.

PAVEL, S.; NOLET, D. *Manual de Terminologia*. Canadá: Public Words and Government Services, 2002. 151 p.

PINTO, C. M. I.; VIANA, D. L.; COSTA, E. M.; SILVA, I. C. M.; SANTOS, I.; PORTO, I. S.; LOURENÇO, L.H.S.C.; VIANA, L. M.; FERREIRA, M. A.; PETENUSSO, M.; POLÔNIO, M.L.T.; FIGUEIREDO, N. M. A.; SILVA JUNIOR, O. C.; SILVA, R. C. L.; TONINI, T.; MACHADO, W. C. A.; NOGIMI, Z. Fundamentos de Enfermagem. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L. *Tratado Prático de Enfermagem*. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2006. 878 p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Essentials of nursing research methods, appraisal, and utilization*. 6. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006. 554 p.

POLIT, D. F.; HUNGER, B. P. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Tradução: Regina Machado Garcez. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

REY, L. *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 825 p.

ROTHROCK, J. Alexander, *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. 13. ed. São Paulo: Elsevier, 2007. 1280 p.

SABA, V. K. The Innovative Home Health Care Classification (HHCC) System. In: RANTZ, M. J., LeMONE, P. *Classification of Nursing Diagnoses - Proceedings of the Twelfth Conference*, North American Nursing Diagnosis Association, California: CINAHL Information Systems, p.13-15, 1997.

SABA, V. K. Home Health Care Classification System (HHCC): An Overview. *Home ANA Periodicals OJIN Table of Contents*, v. 7, n. 3, sept 2002. Disponível em: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume72002/No3Sept2002/ArticlesPreviousTopic/HHCCAnOverview.html>> Acesso em: 13 dez. 2011.

SANTANA, M. S.; MARTINS, D. L.; NOBREGA, M. M.; GARCIA, T. R. Sistemas de Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC (Nursing Intervention Classification). In: NOBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. *Fundamentos do cuidar em Enfermagem*. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009. 232 p.

SANTOS, M. A. M. S. *Terminologia em enfermagem*. São Paulo: Martinari, 2006. 288 p.

SANTOS, J. S.; KEMP, R.; SANKARANKUTTY, A. K.; SALGADO Jr, W.; TIRAPELLI, L. F.; SILVA Jr.; O. C. Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 44, n. 1, p. 39-50, 2011. Disponível em <http://www.fmrp.usp.br/revista/2011/vol44n1/Simp4_Gastrostomia_e_jejunostomia%20atual.pdf> Acesso em: 12 nov. 2011.

SANTOS, C. A. S., NASCIMENTO, P. F. T. Debridamentos e amputações. In: PITTA, G. B. B., CASTRO, A. A.; BURIHANM, E. *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado*. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA, 2003. Disponível em: <http://www.lava.med.br/livro/pdf/adriano_amputa.PDF> Acesso em: 15 maio 2011.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *INFORME TÉCNICO XXXVII de outubro de 2010*. Infecções causadas por microrganismos multi-resistentes: medidas de prevenção e controle. Coordenação de vigilância em saúde – COVISA. Gerência do centro de controle e prevenção de doenças. Núcleo municipal de controle de infecção hospitalar. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/informe_tecnicoxxxvii_microorganismosmultiresistentes_1287610209.pdf> Acesso em: 1 jul. 2011.

SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 313-317, jun. 2009.

SILVA, K. L.; CRUZ, D. S. M.; FURTADO, L. G.; MANGUEIRA, S. O.; ALBUQUERQUE, C. C.; NOBREGA, M. M. L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®. In: NOBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. *Fundamentos do cuidar em Enfermagem*. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009. 232 p.

SMELTZER, S. C., BARE, B. G., HINKLE, J. L., CHEEVER, K. H. Brunner & Suddarth: *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. Homeostasia, estresse e adaptação; v. 1, p. 88.

SMELTZER, S. C., BARE, B. G., HINKLE, J. L., CHEEVER, K. H. Brunner & Suddarth: *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. Princípios e práticas de reabilitação; v. 1, p. 156.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Incontinência urinária: propedêutica. [S.l.], Jun. 2006. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/30-incontiUrinProp.pdf. Acesso em: 12 abr. 2011.

SOUZA, D. R. P., SOUZA, M. B. B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [S.l.], v.11, n.1, p. 117-123, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a15.htm>. Acesso em: 11 jul. 2011.

STEDMAN *Dicionário médico*. 25. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990. 1657 p.

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

TANNURE, M. C.; CHIANCA, T. C. M.; GARCIA, T. R. Construção de um banco de termos da linguagem especial de enfermagem. *Revista eletrônica de enfermagem*, [S.l.], v. 11, n. 4, p. 1026-1030, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a29.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2011.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M.; CARVALHO, D. V. O processo de enfermagem. In: TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. *Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 27-29.

TAYLOR, H. Does internet research work? *Journal of the Marketing Research Society*, London, Winter 1999-2000.

TRIGUEIRO, E. V.; MEDEIROS, A. C. T.; MEDEIROS, A. C. T.; NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Construção do banco de termos da linguagem especial de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva com base no modelo de sete eixos da CIPE® VERSÃO 1.0. *Rev de Enfermagem UFPE On Line.*, [S.l.], v. 3, n. 3, p. 58-65. jul/set 2009. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/156> Acesso em: 2 fev. 2010.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Hospital das Clínicas. Grupo de Estudos de Feridas. *Manual de Tratamento de Feridas*. Campinas, Hospital das Clínicas/UNICAMP, 2002, 87 p.

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

WEISZFLOG, W. *Michaelis: Moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Cia. Melhoramentos, 2007. Disponível em <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php> Acesso em 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms*. 2. ed., Geneva: WHO, 1994. p. 25.

APÊNDICE A – Carta convite

Mapeamento, definição e validação de termos de linguagem especial de enfermagem utilizada em reabilitação físico-motora de pacientes adultos

Ano 2011

Prezado (a) enfermeiro (a),

Estamos desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado "Mapeamento, definição e validação de termos de linguagem especial de enfermagem utilizada em reabilitação físico-motora de pacientes adultos". O objetivo é mapear, definir e validar os termos não constantes na CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) VERSÃO 2.0 utilizados por enfermeiros em reabilitação físico-motora de pacientes adultos e identificados nos prontuários de pacientes internados nas enfermarias de Reabilitação em um hospital de grande porte de Belo Horizonte, tanto em relação à definição de termos quanto em relação à alocação em um dos sete eixos.

Assim, vimos por meio desta, convidá-lo (a) a participar da pesquisa.

Primeiramente está sendo encaminhado para você o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual contém informações adicionais sobre o projeto e, neste momento, estamos lhe solicitando sua concordância em colaborar com o nosso estudo.

Ao concordar em participar, clique em continuar e um instrumento específico será aberto com informações para o seu preenchimento. Os termos pertencentes aos sete eixos da referida classificação: "Foco", "Julgamento", "Meios", "Ação", "Tempo", "Localização" e "Cliente" e não constantes na CIPE® - Versão 2 e suas respectivas definições. Uma escala tipo Likert será utilizada, na qual deverá ser marcado o grau de concordância em relação aos sete eixos da CIPE® e à definição elaborada para cada termo. Quando terminar de responder cada página, clique em "salvar" e depois em "continuar" para prosseguir respondendo ao questionário na página seguinte. Se preferir, também poderá imprimir a página de seu interesse clicando em "imprimir". Se não for possível responder ao questionário todo em um só momento, salve suas respostas clicando em "salvar" e poderá dar continuidade à sua participação na pesquisa fazendo seu login em outro momento.

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

Em geral, as definições elaboradas seguem o modelo utilizado pela CIPE®, disponível para consulta na versão em Português de Portugal no site <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.

Desde já agradecemos sua valiosa participação.

Danyelle Rodrigues Pelegrino de Souza
Enfermeira, Mestranda na EEUFMG
Rua Corcovado, 61 apto 203
Belo Horizonte - MG CEP 30421-314
Fones: 031 9309-7143

Prof. Dra. Tânia Couto Machado Chianca
Coordenadora do Projeto/Orientadora/Docente na EEUFMG
Rua: Júlia Nunes Guerra 197 apto 701
Belo Horizonte – MG CEP 30380400
Fones: 031 8763-8783

Continuar

Salvar

Enviar

Imprimir

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Declaração do colaborador no estudo:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com o item IV da Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

TÍTULO DO ESTUDO: Mapeamento, definição e validação de termos de linguagem especial de enfermagem utilizada em reabilitação físico-motora de pacientes adultos

Pesquisadores: Danyelle Rodrigues Pelegrino de Souza e Tânia Couto Machado Chianca

Face à necessidade de contribuir com o Conselho Internacional de Enfermagem na elaboração de catálogos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para a área de reabilitação de pacientes e questionando se os registros de enfermagem em reabilitação físico-motora contêm termos que ainda não estão presentes na CIPE – Versão 2.0, estamos desenvolvendo este estudo com o objetivo de construir, com base nos sete eixos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 2.0, um banco de termos de linguagem especial de enfermagem utilizado em Reabilitação físico-motora de pacientes adultos de um Hospital de Reabilitação Físico-motora de Belo Horizonte. Identificamos os termos existentes e os não existentes na CIPE – Versão 2.0. Os novos termos foram alocados em um dos sete eixos da CIPE (Foco, Julgamento, Cliente, Ação, Meios, Localização e Tempo).

O estudo pretende contribuir para o desenvolvimento da linguagem específica da Enfermagem em reabilitação físico-motora e permitirá a construção de uma terminologia específica para a reabilitação físico-motora de pacientes adultos.

Neste momento, você está sendo convidado a participar desta pesquisa na fase de validação dos termos propostos e tem todo o direito de se recusar a participar, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo.

Você tem o direito de desistir a qualquer momento, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo social ou profissional.

Esclarecemos que será garantido o anonimato dos participantes tanto na fase de validação dos termos como na publicação dos resultados encontrados.

As pesquisadoras:

Danyelle Rodrigues Pelegrino de Souza
Enfermeira. Mestranda na EEUFMG
Rua Corcovado, 61 apto 203
Belo Horizonte - MG CEP 30421-314
Fones: 031 9309-7143

Prof. Dra. Tânia Couto Machado Chianca
Coordenadora do Projeto/Orientadora/Docente na EEUFMG
Rua: Júlia Nunes Guerra 197 apto 701
Belo Horizonte – MG CEP 30380400
Fones: 031 8763-8783

Declaro que

ful esclarecido sobre o objetivo e os procedimentos relacionados ao estudo e que, com base no exposto dou meu consentimento para participar da pesquisa, e também para utilização e divulgação dos dados obtidos.

(Marque apenas uma opção.)

1. Concordo
2. Não Concordo

Responda as questões a seguir e ao final clique em "Continuar".

Se desejar retornar utilize o botão "Anterior".

Para salvar a qualquer momento o questionário, clique em "Salvar".

Para sair a qualquer momento ou submeter o questionário finalizado, clique em "Enviar".

Após enviado, o questionário poderá ser acessado novamente, e você poderá alterar suas respostas caso ache necessário.



APÊNDICE C – Tela de acesso ao questionário



Mapeamento, definição e validação de termos de linguagem especial de enfermagem utilizada em reabilitação físico-motora de pacientes adultos

Ano 2011

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 item "Sugestões", correspondente àquele termo em questão.

As definições que não alcançarem a concordância esperada serão re-elaboradas e reapresentadas 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



LCC - CENAPAD

APÊNDICE D – Tela inicial do questionário



Mapeamento, definição e validação de termos de linguagem especial de enfermagem utilizada em reabilitação físico-motora de pacientes adultos

Ano 2011

Entre com o login e senha enviados para o seu email.

Login:
Senha:

Login

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):	<div style="border: 1px solid #ccc; height: 80px; width: 100%;"></div>
---	--

Área de atuação profissional:*(Marque todas as que se aplicam.)*

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

Especifique.	<div style="border: 1px solid #ccc; height: 80px; width: 100%;"></div>
---------------------	--

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 em mestrado, doutorado ou possui alguma publicação (artigos, anais de congresso, dentre outros) abordando algum dos seguintes temas abaixo?

(Marque todas as que se aplicam.)

1. Reabilitação físico-motora
2. Terminologia
3. Processo ou classificações de enfermagem

Se sim, qual o título do trabalho?

Anterior	Continuar
Enviar	

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

**FOCO: área de atenção que é relevante para a enfermagem (CIE, 2007).
Questões 1 a 10**

2. Alergia a iodo - alergia com características específicas: resposta imunológica resultante do contato com produtos, alimentos e medicamentos que possuem iodo					
	Muitíssimo pertinente	Muito pertinente	Pertinente	Pouco pertinente	Nada pertinente
a) A definição proposta para esse termo é:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) "Termo pertencente ao eixo FOCO". Essa afirmativa é:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugestões	<input type="text"/>				

APÊNDICE G – Diagnósticos médicos presentes nos prontuários pesquisados

A52	SÍFILIS TARDIA
A69	OUTRAS INFECÇÕES POR ESPIROQUETAS
A81	INFECÇÕES POR VÍRUS ATÍPICOS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
B07	VERRUGAS DE ORIGEM VIRAL
B43	CROMOMICOSE E ABCESSO CEREBRAL FEOMICÓTICO
B58	TOXOPLASMOSE
B69	CISTICERCOSE
B90	SEQUELAS DE TUBERCULOSE
B91	SEQUELAS DE POLIOMIELITE
B94	SEQUELAS DE OUTRAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS E NÃO ESPECIFICADAS
C72	NEOPLASIA MALIGNA DA MEDULA ESPINHAL, DOS NERVOS CRANIANOS E DE OUTRAS PARTES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
D04	CARCINOMA IN SITU DA PELE
D09	CARCINOMA IN SITU DE OUTRAS LOCALIZAÇÕES E DAS NÃO ESPECIFICADAS
D22	NEVOS MELANOCÍTICOS
D55	ANEMIA DEVIDA A TRANSTORNOS ENZIMÁTICOS
D86	SARCOIDOSE
E51	DEFICIÊNCIA DE TIAMINA
E55	DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D
E64	SEQUELAS DE DESNUTRIÇÃO E DE OUTRAS DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS
E70	DISTÚRBIOS DO METABOLISMO DE AMINOÁCIDOS AROMÁTICOS
E75	DISTÚRBIOS DO METABOLISMO DE ESFINGOLÍPIDES E OUTROS DISTÚRBIOS DE DEPOSITOS DE LÍPIDES
E83	DISTÚRBIOS DO METABOLISMO DE MINERAIS
F03	DEMÊNCIA NÃO ESPECIFICADA
F06	OUTROS TRANSTORNOS MENTAIS DEVIDOS A LESÃO E DISFUNÇÃO CEREBRAL E DOENÇA FÍSICA
G03	MENINGITE DEVIDA A OUTRAS CAUSAS E A CAUSAS NÃO ESPECIFICADAS
G04	ENCEFALITE, MIELITE E ENCEFALOMIELITE
G05	ENCEFALITE, MIELITE E ENCEFALOMIELITE EM DOENÇAS CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE
G09	SEQUELAS DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
G11	ATAXIA HEREDITÁRIA
G12	ATROFIA MUSCULAR ESPINAL E SÍNDROMES CORRELATAS
G13	ATROFIAS SISTÊMIAS QUE AFETAM PRINCIPALMENTE O SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM DOENÇAS CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE
G20	DOENÇA DE PARKINSON
G31	OUTRAS DOENÇAS DEGENERATIVAS DO SISTEMA NERVOSO, NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE
G32	OUTROS TRANSTORNOS DEGENERATIVOS DO SISTEMA NERVOSO EM DOENÇAS CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE
G35	ESCLEROSE MÚLTIPLA
G37	OUTRAS DOENÇAS DESMIELINIZANTES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

G46	SÍNDROMES VASCULARES CEREBRAIS QUE OCORREM EM DOENÇAS CEREBROVASCULARES
G56	MONONEUROPATIA DOS MEMBROS SUPERIORES
G57	MONONEUROPATIA DOS MEMBROS INFERIORES
G58	OUTRAS MONONEUROPATIAS
G60	NEUROPATIA HEREDITÁRIA E IDIOPÁTICA
G61	POLINEUROPATIA INFLAMATÓRIA
G62	OUTRAS POLINEUROPATIAS
G63	POLINEUROPATIA EM DOENÇAS CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE
G71	TRANSTORNOS PRIMÁRIOS DOS MÚSCULOS
G72	OUTRAS MIOPATIAS
G80	PARALISIA CEREBRAL
G81	HEMIPLEGIA
G82	PARAPLEGIA E TETRAPLEGIA
G83	OUTRAS SÍNDROMES PARALÍTICAS
G91	HIDROCEFALIA
G93	OUTROS TRANSTORNOS DO ENCÉFALO
G95	OUTRAS DOENÇAS DA MEDULA ESPINAL
G96	OUTROS TRANSTORNOS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL
G98	OUTROS TRANSTORNOS DO SISTEMA NERVOSO, NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE
G99	OUTROS TRANSTORNOS DO SISTEMA NERVOSO EM DOENÇAS CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE
I60	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
I61	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL
I63	INFARTO CEREBRAL
I64	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, NÃO CLASSIFICADO COMO HEMORRÁGICO OU ISQUÊMICO
I69	SEQUELAS DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES
I87	OUTROS TRANSTORNOS DAS VEIAS
K80	COLELITÍASE
L03	CELULITE (FLEGMÃO)
L40	PSORÍASE
L60	AFECÇÕES DAS UNHAS
L84	CALOS E CALOSIDADES
L89	ÚLCERAS DE DECÚBITO
L97	ÚLCERAS DOS MEMBROS INFERIORES NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE
L98	OUTRAS AFECÇÕES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO, NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE
M00	ARTRITE PIOGENICA
M05	ARTRITE REUMATÓIDE SORO-POSITIVA
M08	ARTRITE JUVENIL
M10	GOTA
M12	OUTRAS ARTROPATIAS ESPECIFICADAS
M13	OUTRAS ARTRITES
M15	POLIARTROSE
M16	COXARTROSE (ARTROSE DO QUADRIL)
M17	GONARTROSE (ARTROSE DO JOELHO)
M18	ARTROSE DA PRIMEIRA ARTICULAÇÃO CARPOMETACARPIANA

M19	OUTRAS ARTROSES
M20	DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DOS DEDOS DAS MÃOS E DOS PÉS
M21	OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DOS MEMBROS
M22	TRANSTORNOS DA RÓTULA (PATELA)
M24	OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES ESPECÍFICOS
M25	OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE
M33	DERMATOPOLIOMIOSITE
M35	OUTRAS AFECÇÕES SISTÊMICAS DO TECIDO CONJUNTIVO
M45	ESPONDILITE ANCILOSANTE
M46	OUTRAS ESPONDILOPATIAS INFLAMATÓRIAS
M47	ESPONDILOSE
M50	TRANSTORNOS DOS DISCOS CERVICAIS
M51	OUTROS TRANSTORNOS DE DISCOS INTERVETEBRAIS
M53	OUTRAS DORSOPATIAS, NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE
M54	DORSALGIA
M62	OUTROS TRANSTORNOS MUSCULARES
M65	SINOVITE E TENOSSINOVITE
M67	OUTROS TRANSTORNOS DA SINÓVIA E DOS TENDÕES
M70	TRANSTORNOS DOS TECIDOS MOLES RELACIONADOS COM O USO, USO EXCESSIVO E PRESSÃO
M71	OUTRAS BURSOPATIAS
M72	TRANSTORNOS FIBROBLÁSTICOS
M75	LESÕES DO OMBRO
M76	ENTESOPATIAS DOS MEMBROS INFERIORES, EXCLUINDO PÉ
M77	OUTRAS ENTESOPATIAS
M79	OUTROS TRANSTORNOS DOS TECIDOS MOLES, NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE
M84	TRANSTORNOS DA CONTINUIDADE DO OSSO
M85	OUTROS TRANSTORNOS DA DENSIDADE E DA ESTRUTURA ÓSSEAS
M86	OSTEOMIELITE
M87	OSTEONECROSE
M92	OUTRAS OSTEOCONDROSES JUVENIS
M96	TRANSTORNOS OSTEOMUSCULARES PÓS-PROCEDIMENTO, NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE
N21	CALCULOSE DO TRATO URINÁRIO INFERIOR
N31	DISFUNÇÕES NEUROMUSCULARES DA BEXIGA, NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE
N35	ESTENOSE DA URETRA
N47	HIPERTROFIA DO PREPÚCIO, FIMOSE E PARAFIMOSE
Q05	ESPINHA BÍFIDA
Q07	OUTRAS MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS DO SISTEMA NERVOSO
Q66	DEFORMIDADES CONGÊNITAS DO PÉ
Q74	OUTRAS MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS DE MEMBROS
Q75	OUTRAS MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS DE OSSOS DO CRÂNIO E DA FACE
Q76	MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS DA COLUNA VERTEBRAL E DOS OSSOS DO TORAX
Q82	OUTRAS MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS DA PELE
Q85	FACOMATOSES, NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE

Q87	OUTRAS SÍNDROMES COM MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS QUE ACOMETEM MÚLTIPLOS SISTEMAS
R22	TUMEFACÇÃO, MASSA OU TUMORAÇÃO LOCALIZADAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO
R23	OUTRAS ALTERAÇÕES CUTÂNEAS
R27	OUTROS DISTÚRBIOS DA COORDENAÇÃO
R32	INCONTINÊNCIA URINÁRIA NÃO ESPECIFICADA
R52	DOR NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE
S06	TRAUMATISMO INTRACRANIANO
S14	TRAUMATISMO DE NERVOS E DA MEDULA ESPINAL AO NÍVEL CERVICAL
S21	FERIMENTO DO TÓRAX
S22	FRATURA DE COSTELA (S), ESTERNO E COLUNA TORÁCICA
S32	FRATURA DA COLUNA LOMBAR E DA PELVE
S33	LUXAÇÃO, ENTORSE OU DISTENSÃO DAS ARTICULAÇÕES E DOS LIGAMENTOS DA COLUNA LOMBAR E DA PELVE
S34	TRAUMATISMO DOS NERVOS E DA MEDULA LOMBAR AO NÍVEL DO ABDOME, DO DORSO E DA PELVE
S42	FRATURA DO OMBRO E DO BRAÇO
S46	TRAUMATISMO DE TENDÃO E MÚSCULO AO NÍVEL DO OMBRO E DO BRAÇO
S52	FRATURA DO ANTEBRAÇO
S61	FERIMENTO DO PUNHO E DA MÃO
S62	FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO
S72	FRATURA DO FÊMUR
S82	FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO
S83	LUXAÇÃO, ENTORSE E DISTENSÃO DAS ARTICULAÇÕES E DOS LIGAMENTOS DO JOELHO
S86	TRAUMATISMOS DE MÚSCULO E DE TENDÃO AO NÍVEL DA PERNA
S92	FRATURA DO PÉ (EXCETO DO TORNOZELO)
S93	LUXAÇÃO, ENTORSE E DISTENSÃO DAS ARTICULAÇÕES E DOS LIGAMENTOS AO NÍVEL DO TORNOZELO DO PÉ
T07	TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS, NÃO ESPECIFICADOS
T75	EFEITOS DE OUTRAS CAUSAS EXTERNAS
T79	ALGUMAS COMPLICAÇÕES PRECOSES DE TRAUMATISMOS, NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE
T88	OUTRAS COMPLICAÇÕES DE CUIDADOS MÉDICOS E CIRÚRGICOS, NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE
T90	SEQUELAS DE TRAUMATISMO DA CABEÇA
T91	SEQUELAS DE TRAUMATISMOS DO PESCOÇO E DO TRONCO
T92	SEQUELAS DE TRAUMATISMOS DE MEMBRO SUPERIOR
T93	SEQUELAS DE TRAUMATISMOS DE MEMBRO INFERIOR
T98	SEQUELAS DE OUTROS EFEITOS DE CAUSAS EXTERNAS E DOS NÃO ESPECIFICADOS
Z22	PORTADOR DE DOENÇA INFECCIOSA
Z54	CONVALESCENÇA
Z82	HISTÓRIA FAMILIAR DE ALGUMAS INCAPACIDADES E DOENÇAS CRÔNICAS QUE CONDUZEM À INCAPACITAÇÃO
Z89	AUSÊNCIA ADQUIRIDA DE MEMBROS
Z98	OUTROS ESTADOS PÓS CIRÚRGICOS

APÊNDICE H – Termos extraídos dos prontuários e existentes na CIPE® 2.0

TERMOS	TERMOS
Abaixar	Aparelho de mobilização
Abdome	Aparelho gessado
Aceitação	Apetite
Aceitação do estado de saúde	Aplicar
Acesso	Apoiar
Acesso intravenoso	Aprendizagem
Aconselhar	Arranjar
Adaptação	Arritmia
Aderência	Arrumar-se
Administrar	Articulação
Admissão	Articulação do cotovelo
Afasia	Articulação do joelho
Afasia expressiva	Articulação do quadril
Afasia impressiva	Articulação do tornozelo
Agendar	Aspiração
Agnosia	Aspirar
Agudo	Assimilação
Ajustar	Assistir
Alergia	Atenção
Alergia a alimento	Atender
Alergia à medicação	Atitude sobre a dor
Alergia ao látex	Atitude sobre o cuidado
Alerta	Atitude sobre o cuidado domiciliar
Alimentar-se	Atividade psicomotora
Alimento	Atual
Aliviar	Audição
Almofada para compressa fria	Aumentar
Alta hospitalar	Auscultar
Alto	Autocuidado
Altura	Auto - higiene
Amamentação	Autoimagem
Ambulatório	Avaliar
Analgésico	Baixo
Ano	Baixo peso
Anormal	Bandagem
Ansiedade	Banhar-se
Antebraço	Barreira de comunicação
Anterior	Bem estar físico
Antibiótico	Bem estar psicológico
Ânus	Bem-estar
Aparato de levantamento	Bexiga
Aparelho auditivo	Bolsa de colostomia
Aparelho de aquecimento/esfriamento	Braço
Aparelho de avaliação	Bradycardia

Brinquedo	Conferir
Cabeça	Confortar
Cadeira de roda	Conforto
Cadeira higiênica	Conhecimento
Cair	Conhecimento da cura de feridas
Calafrio	Conhecimento do cuidado de feridas
Calcanhar	Conhecimento em saúde
Cama	Consciência
Caminhar	Consultar
Campo cirúrgico	Contatar
Candidíase	Contínua
Cânula	Continuidade
Capacidade de desempenho	Continuidade do cuidado
Capacidade para realizar o autocuidado	Controle
Caquexia	Controle da dor
Cateter central	Conversar
Cateter urinário	Convulsão
Cateter venoso	Corpo
Cavidade oral	Corte
Cerúmen	Costas
Cirurgia	Costela
Cirurgião	Coto de amputação
Clínica	Couro cabeludo
Cobertor	Coxa
Cobertor elétrico	Crença religiosa
Cobrir	Crescimento
Cognição	Crise familiar
Coletar	Crônico
Coletor de urina	Cuidador
Colher	Cuidar
Cólica menstrual	Cura de ferida
Colocar sobre/em	Curativo de ferida
Colostomia	Dedo
Comadre	Dedo do pé
Comer	Defecação
Completado	Deglutir
Completar	Demonstrar
Complicação	Dentadura
Comportamento	Dente
Comportamento agressivo	Dependência
Comportamento alimentar compulsivo	Depressão
Comportamento de busca da saúde	Dermatite seborreica
Compressa ocular	Desempenhar
Comprimento	Desenvolver
Comprometido	Desidratação
Computador	Desuso
Comunicação	Determinar
Concentração	Dia

Diarréia	Eritema de calor
Dimensão física	Eritema de fralda
Diminuído	Escoriação
Diminuir	Escova de dentes
Direita	Escovar
Disartria	Escroto
Disfasia	Esfíncter anal
Disgrafia	Esfíncter urinário
Dispneia	Espasticidade
Dispositivo urinário	Espécime
Disreflexia autônoma	Esquerda
Distal	Estabelecer limite
Distribuir	Estimular
Disúria	Evento ou episódio
Divertir-se	Evitar
Dor	Exame
Dor de artrite	Examinar
Dor muscular	Explicar
Dor neurogênica	Extensão
Dor óssea	Face
Drenar	Facilitar
Dreno	Fazer a própria toaleta
Droga	Febre
Ducha	Ferida
Duração	Ferida cirúrgica
Edema	Ferida da pele
Educar	Ferida traumática
Efeito colateral	Fertilidade
Elevado	Fezes
Elevar	Ficar em pé
Eliminação	Fissura
Eliminação urinária	Flatulência
Elogiar	Fornecer
Emoção	Fralda
Encaminhar	Fratura
Encontro/consulta	Frequência cardíaca
Encorajar	Frequência de pulso
Enema	Frequência de pulso distal
Enfermeiro	Frequência respiratória
Enfermaria	Frequente
Ensaboar	Grade da cama
Ensinar	Grande
Entorse	Guiar
Enurese	Habilidade
Envolver	Habilidade para caminhar
Enxaqueca	Habilidade para deglutir
Equilíbrio	Habilidade para fazer atividades de lazer
Eritema	Habilidade para se transferir

Habilidade para socializar	Interromper
Hematoma	Intervalo de tempo ou momento
Hemoterapia	Intestino
Higienizar	Irmã
Hiperglicemia	Irmãos
Hipertensão	Julgamento negativo
Hipertermia	Lábio
Hipoatividade	Laceração
Hipoglicemia	Lar
Hipotensão	Lateralidade
Hoje	Lateralidade de cirurgia
Hospital	Lavar
Hospital-dia	Lavar-se
Hospitalização	Lesão
Identificar	Lesão mecânica
Idoso	Lesão por transferência
Imagem corporal	Limpar
Impactação	Livros
Implementar	Local da cirurgia
Impotência sexual	Local da ferida
Incontinência de esforço	Lúdico
Incontinência de urgência	Maceração
Incontinência funcional	Mamadeira
Incontinência intestinal	Manhã
Incontinência reflexa	Manter
Incontinência urinária	Mão
Incontinência urinária total	Máscara de oxigênio
Independente	Mastigar
Indivíduo	Material de aprendizagem
Infância pré-escolar	Material de instrução
Infecção	Medicação
Infecção cruzada	Médico
Inferior	Medidas de segurança
Informar	Medo
Infraestrutura	Meias elásticas
Ingestão de líquidos	Medir
Iniciar	Melhorado
Início	Memória
Inserir	Memória de curto prazo
Insônia	Memória de longo prazo
Inspecionar	Menstruação
Instalar	Mês
Instituição de saúde	Micro-organismo
Instruir	Mobilidade
Instrumento de avaliação	Mobilidade na cadeira de rodas
Insulina	Mobilidade no leito
Integridade da pele	Mobilizar
Intermitente	Monitor cardíaco

Monitorar	Pele
Motivar	Pele seca
Movimento	Pênis
Movimento ativo das articulações	Pequeno
Movimento corporal	Perfusão tissular
Movimento passivo das articulações	Periférico
Mucosa oral	Períneo
Músculo	Perna
Nádega	Personalidade lábil
Não aderência	Pesar
Nariz	Pescoço
Náusea	Peso
Nebulizador	Planejar
Necrose	Plano de cuidados
Negligência	Posição corporal
Negligência unilateral	Posição de litotomia
Nenhum	Posição de trendelenburg
Noite	Posicionar
Normal	Posicionar durante a cirurgia
Nunca	Posterior
Obesidade	Preocupação
Observar comportamento	Preparar
Obstipação	Prepúcio
Obter	Pressão
Óculos	Pressão sanguínea
Odor fétido	Prevenir
Oferecer	Processo de sistema urinário
Óleo	Processo de transpiração
Organizar	Processo do sistema gastrointestinal
Orientação	Processo patológico
Ouvido	Processo sexual
Ouvir	Promover
Oxigenoterapia	Pronação
Paciente	Próstata
Padrão alimentar	Proteger
Padrão de eliminação intestinal	Prótese
Padrão de eliminação urinária	Protocolo
Padrão de higiene	Proximal
Padrão de ingestão de líquidos	Prurido
Padrão de sono	Puncionar
Pais	Punho
Palpar	Queda
Paralisia	Queimadura
Parcial	Raramente
Participação	Reabilitar
Pé	Realização
Pé equino	Recuperação
Peito	Recuperação cirúrgica

Recuperação sexual	Sistema cardiovascular
Refeição	Sistema gastrointestinal
Reforçar	Sistema respiratório
Região axilar	Sistema tegumentar
Região púbica	Sistema urinário
Região vulvar	Sobrepeso
Regime medicamentoso	Socialização
Regular	Solução
Relação sexual	Sonda gastrointestinal
Relacionamento	Sono
Relatar	Sonolência
Remover	Stress
Reportar	Superior
Repouso	Supervisionar
Requisitar	Supina
Resposta	Tamanho
Restaurar	Taquicardia
Restringir	Tarde
Resultado	Tecido de cicatrização
Resultado laboratorial.	Técnica
Retenção urinária	Técnica de assepsia
Retirar	Técnica de autocateterização
Risco	Técnica de deglutição
Rotina	Técnica de distração
Sabão	Técnica de injeção
Sacro	Técnica de posicionamento em
Sala de cirurgia	Trendelenburg
Sala de recuperação	Técnica de respiração ou tosse
Salivação	Técnica de transferência
Sangramento	Técnica de treinamento de incontinência
Saúde	Técnica de treinamento intestinal
Secreção	Técnica de treinamento vesical
Semana	Temperatura
Sentar	Temperatura corporal
Sequência no tempo	Terapia intravenosa
Serviço de cuidado domiciliar	Terapia por música
Serviço de enfermagem	Termorregulação
Serviço de fisioterapia	Testículo
Serviço de nutrição	Tocar
Serviço de promoção à saúde	Tontura
Serviço de saúde	Tórax
Serviço médico	Tosse
Serviço social	Total
Sinal	Tranquilizar
Sinal de infecção	Transferir
Sinal de pressão arterial	Transferir-se
Sinal vital	Transportar
Sintoma	Traqueostomia

Tratar	Verificar
Trauma	Vestir-se ou despir-se
Travesseiro	Vestuário
Treinar	Via intramuscular
Tremor	Via intravenosa
Trocar	Via intravesical
Tronco	Via ocular
Úlcera	Via oral
Úlcera por pressão	Via retal
Úlcera venosa	Via subcutânea
Uretra	Virar
Urina	Virar-se
Usar cadeira de rodas	Visão
Uso de álcool	Visita domiciliária
Uso de drogas	Vitamina B12
Uso de tabaco	Vômito

ANEXO A – Parecer do COEP

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

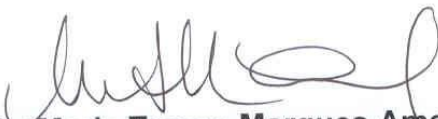
Parecer nº. ETIC 0376.0.203.000-10

**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 12 de novembro de 2010, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Banco de termos de linguagem especial para reabilitação neurológica de pacientes adultos**" 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.


**Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**