

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA POLITÉCNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

RODRIGO GUERRA LEAL

**VALIDAÇÃO DE TERMOS IDENTIFICADOS EM REGISTROS DE ENFERMAGEM
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, COM BASE NA CIPE®**

CURITIBA

2017

RODRIGO GUERRA LEAL

**VALIDAÇÃO DE TERMOS IDENTIFICADOS EM REGISTROS DE ENFERMAGEM
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, COM BASE NA CIPE®**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, da Escola Politécnica, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Tecnologia em Saúde.

Linha de pesquisa: Informática em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Regina Cubas.

Coorientadora: Profa. Dra. Deborah Ribeiro Carvalho.

CURITIBA

2017



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola Politécnica
Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde

**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 240

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: TECNOLOGIA EM SAÚDE

Aos 30 dias do mês de janeiro de 2017, no Auditório Bento Munhoz da Rocha Neto, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação: "**Validação de Termos Identificados em Registros de Enfermagem de um Hospital Universitário, com Base na CIPE®**", apresentada pelo aluno **Rodrigo Guerra Leal** sob orientação da **Profª. Drª. Marcia Regina Cubas** e coorientação da **Profª. Drª. Deborah Ribeiro Carvalho**, como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Tecnologia em Saúde**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Profª. Drª. Marcia Regina Cubas,
PUCPR (Presidente)

(assinatura)

APROVADO

(Aprov/Reprov.)

Profª. Drª. Claudia Maria Cabral Moro Barra,
PUCPR (Examinador)

(assinatura)

APROVADA

(Aprov/Reprov.)

Profª. Drª. Miriam de Abreu Almeida,
UFRS (Examinador)

(assinatura)

APROVADA

(Aprov/Reprov.)

Início: 14:00

Término: 16:00

Conforme as normas regimentais do PPGTS e da PUCPR, o trabalho apresentado foi considerado APROVADO (aprovado/reprovado), segundo avaliação da maioria dos membros desta Banca Examinadora.

Observações: _____

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 45 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGTS/PUCPR; (III) entrega da documentação necessária para elaboração do Diploma.

ALUNO(A): Rodrigo Guerra Leal

(assinatura)

Profª. Drª. Marcia Regina Cubas,
Coordenadora do PPGTS PUCPR



A Deus,
Onisciente,
Onipotente,
Onipresente,
Autor de toda a existência.

AGRADECIMENTOS

Dou graças e louvores ao nosso Senhor Jesus, que me abençoou com saúde, sabedoria, discernimento e fé para concretizar esta conquista.

À professora Marcia, por depositar sua confiança em mim, sempre me encorajando nas minhas crises de ansiedade; por me propiciar a oportunidade de representar nossa pesquisa em outro país, fazendo-me conhecer a grandeza da nossa profissão; e por proporcionar o conhecimento não apenas intelectual, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo da formação profissional.

À professora Deborah, que, de forma humilde em sua sede de conhecimento, me instigou a minerar novos horizontes e diferentes pontos de vista, provando que o conhecimento nunca se limita.

Às minhas orientadoras, por me ensinarem a verdadeira arte de ver o mundo do qual faço parte como indivíduo e enfermeiro sob uma diferente perspectiva.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde (PPGTS), não somente por terem me ensinado, mas por terem me instruído a aprender.

À Pontifícia Universidade Católica do Paraná, ao PPGTS, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação Araucária, que me oportunizaram cursar o mestrado e vislumbrar um horizonte superior.

A Izelde, que muito me ouviu, pela sua paciência, conselhos e auxílios; e a Sandra, por seu companheirismo.

Às minhas amigas Ana Domiciano, Ana Luzia, Amanda, Bruna, Claudia, Denilsen, Heloá, Leandra, Sandra, Nilza, Verônica, aos meus amigos Juniô, Vagner, Roni, João Cubas e a todos os amigos do grupo de estudos, mestrado e doutorado. “Amigo é coisa para se guardar no lado esquerdo do peito, mesmo que o tempo e a distância

digam não [...] Pois seja o que vier, venha o que vier, qualquer dia, amigo, eu volto a te encontrar, qualquer dia, amigo, a gente vai se encontrar” (NASCIMENTO, 1979).

Aos meus pais, irmãos e familiares, pelo incentivo, apoio e amor incondicional.

À minha amada esposa, Thais Trybus, que, além de me proporcionar viver o amor pleno, com o qual sempre sonhei, é companheira absoluta em todos os momentos e nas minhas tempestades de sentimentos, melhor amiga e parceira na busca constante pelo conhecimento.

Não basta ensinar ao homem uma especialidade, porque se tornará assim uma máquina utilizável e não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto.

Deve aprender a compreender as motivações dos homens, suas quimeras e suas angústias para determinar com exatidão seu lugar exato em relação a seu próximo e à comunidade.

(EINSTEIN, 1981, p.12)

RESUMO

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é uma terminologia combinatória, no Modelo de 7 Eixos. Em suas atualizações, são incluídos novos termos e respectivas definições. Estudos dedicados a processos de validação de termos e definições são escassos, portanto são necessárias pesquisas sobre validação, de modo a permitir o aprimoramento da classificação. Esta dissertação objetiva validar conceitos para termos identificados nos registros de enfermagem de um hospital universitário, com base na CIPE®. Utiliza pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, tendo sua base empírica sido formada por 15 termos, não presentes na CIPE® 2013, que foram selecionados de um banco de termos construído a partir de termos extraídos das evoluções de enfermagem do Hospital Universitário Cajuru (HUC), de Curitiba, Paraná. A definição dos termos, construída com base em cinco princípios (previsibilidade, simplicidade, enunciado afirmativo, não circularidade, ausência de tautologia) para elaboração de conceitos, foi avaliada por 36 docentes e enfermeiros de dois hospitais universitários (HUC e Hospital Universitário Lauro Wanderlei – HULW –, de João Pessoa, Paraíba). A coleta de dados foi realizada por meio de formulário digital e a análise, pela proporção de concordância geral de utilização do termo e pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) geral e por princípios. Também foi realizada uma análise pelas variáveis: tempo de atuação e ocupação na instituição e instituição de origem. Os termos “anasarca”, “equimose” e “posição de *Fowler*” atingiram proporção de concordância geral de utilização $\geq 80\%$. O termo “agonia” obteve a menor proporção (25%). Considerando o tempo de atuação e a ocupação do enfermeiro na instituição, manteve-se a proporção de concordância geral de utilização dos três termos, porém os enfermeiros com tempo de atuação entre um e dois anos reconheceram a utilização de mais seis termos: agora, colar cervical, esvaziar, maca, tracionar e via cistostomia. Os enfermeiros do HUC reconheceram: anasarca, “colar cervical”, equimose e “tracionar”, porém, não o termo posição de *Fowler*; os do HULW reconheceram, além dos três termos de concordância geral, “ampola”, “esvaziar” e “maca”; os docentes da Pontifícia Universidade Católica do Paraná reconheceram os mesmos termos de proporção de concordância geral. Os termos “anasarca” (IVC = 0,98) e “equimose” (IVC = 0,90) tiveram seus conceitos validados com IVC $\geq 0,80$ e “posição de *Fowler*” não foi validado (IVC = 0,67), justificado por sua definição concisa. Conclui-se que o reconhecimento ou não de termos por enfermeiros assistenciais está condicionado às características da clientela assistida na instituição. Ao elaborar definições, é necessário preocupar-se com ambiguidade e redundância, pois podem comprometer a validação de termos e definições. Verifica-se, também, a necessidade do detalhamento de algumas definições elaboradas para termos do eixo localização da CIPE®.

Palavras-chave: Terminologia. Enfermagem. Registros de enfermagem. Estudos de validação.

ABSTRACT

The International Classification for Nursing Practice (ICNP[®]) is a combinatory terminology, in the 7-Axis Model. In its updating, new terms and their definitions are included. Studies dedicated to processes of terms and definitions validation are scarce; therefore, researches on validation are necessary, in way to allow the improvement of the classification. This dissertation aims to validate concepts for terms identified in the nursing records of a university hospital, with base in ICNP[®]. It uses descriptive research of quantitative approach, and its empiric base was formed by 15 terms selected from a bank of terms constructed from terms extracted from the nursing evolutions of the Hospital Universitário Cajuru (HUC), of Curitiba, Paraná, which are not present in ICNP[®] 2013. The definition of terms, was built considering the five principles (predictability, simplicity, affirmative statement, non-circularity, absence of tautology) for concepts elaboration and evaluated by 36 professors and nurses of two academical hospitals (HUC and Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW –, of João Pessoa, Paraíba). The data collection was accomplished through digital form and the analysis was made by the proportion of general agreement of use of the term and the Content Validity Index (CVI), general and for principle. Also, an analysis was accomplished by the variables: working time and occupation in the institution and origin institution. The terms “anasarca”, “bruise” and “Fowler position” reached proportion of general agreement of use \geq to 80%. The term “agony” obtained the smallest proportion (25%). Considering the working time and the nurse’s occupation in the institution, the proportion of general agreement of use of the three terms was the same, however the nurses with working time between one and two years recognized the use of six more terms: now, cervical collar, empty, stretcher, pull and via cistostomy. The nurses of HUC recognized: anasarca, cervical collar, bruise and pull, however they do not recognize the term “Fowler position”; the nurses of HULW recognized ampoule, empty and stretcher, besides the three terms of general agreement; the professors of Pontifícia Universidade Católica do Paraná recognized the same terms of general agreement proportion. The terms “anasarca” (CVI = 0,98) and “bruise” (CVI = 0,90) had their concepts validated with CVI \geq 0,80 and “Fowler position” was not validated (CVI = 0,67), because its concise definition. So, the recognition or not of terms by nurses is conditioned by the characteristics of the clientele attended in the institution. When elaborating definitions, it is necessary to worry about ambiguity and redundancy, because they can commit the validation of terms and definitions. Finally, it is necessary to detail some definitions elaborated for terms of the ICNP[®] location axis.

Keywords: Terminology. Nursing. Nursing registrations. Validation studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estrutura de sistemas de saúde.	19
Figura 2 – Correlação entre os termos, conforme a ISO 18104.	26
Figura 3 – Linha do tempo das versões da CIPE® e sua transição da versão Beta-2 para o modelo de sete eixos (versão 1.0).	28
Figura 4 – Ciclo de vida da CIPE®.	29
Figura 5 – Fluxograma da coleta dos dados.	39
Quadro 1 – Termos e definições utilizados como base empírica.	36
Quadro 2 – Exemplo da estrutura de organização das perguntas desenvolvidas no Qualtrics®, segundo a utilização do termo, sua definição, concordância por princípios e justificativa de não concordância.	40
Quadro 3 – Justificativas dos participantes descritas no instrumento de coleta, categorizadas como relevantes.	47
Tabela 1 – Distribuição absoluta e relativa das variáveis de identificação dos participantes da pesquisa.	42
Tabela 2 – Distribuição absoluta e relativa do setor de atuação dos participantes. ..	43
Tabela 3 – Proporção de concordância geral dos participantes sobre utilização dos termos identificados em registro eletrônico de evolução do paciente.	44
Tabela 4 – Proporção de concordância sobre utilização, por instituição de origem dos participantes, dos termos identificados em registro eletrônico de evolução do paciente.	45
Tabela 5 – Proporção de concordância sobre a utilização, por tempo de atuação na instituição e ocupação, dos termos identificados em registro eletrônico de evolução do paciente.	45
Tabela 6 – IVC para o conceito dos termos “anasarca”, “equimose” e “posição de Fowler”, segundo os princípios de definições terminológicas e geral.	46
Tabela 7 – IVC para o conceito dos termos “anasarca”, “colar cervical”, “equimose” e “tracionar”, segundo os princípios de definições terminológicas e geral (HUC – n = 20).	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCC	Classificação dos Cuidados Clínicos
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIIS	Classificação Internacional de Intervenções em Saúde
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
DE	Diagnóstico de Enfermagem
HUC	Hospital Universitário Cajuru
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
NANDA-I	<i>NANDA International</i>
NECIH	Núcleo de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar
NIC	<i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDF	<i>Portable Document Format</i>
PE	Processo de Enfermagem
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PPGTS	Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
RE	Resultado de Enfermagem
RES	Registro Eletrônico de Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIS	Sistema de Informação em Saúde

SNOMED-CT	<i>Systematised Nomenclature of Medicine – Clinical Terms</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCT	Teoria Comunicativa da Terminologia
TGT	Teoria Geral da Terminologia
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 OBJETIVO.....	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 RES E REGISTRO DE AÇÕES DA ENFERMAGEM.....	18
2.2 TERMINOLOGIAS.....	22
2.3 CIPE®	27
2.4 MÉTODOS PARA VALIDAÇÃO.....	31
3 MÉTODO	35
3.1 CENÁRIO	35
3.2 BASE EMPÍRICA.....	36
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	37
3.4 COLETA, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	38
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	41
3.6 FONTES DE FINANCIAMENTO.....	41
4 RESULTADOS	42
4.1 IDENTIFICAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	42
4.2 UTILIZAÇÃO DOS TERMOS.....	43
4.3 VALIDAÇÃO DOS TERMOS	46
4.4 CATEGORIZAÇÃO DAS JUSTIFICATIVAS	47
5 DISCUSSÃO	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
6.1 LIMITES DO ESTUDO E ESTUDOS FUTUROS.....	56
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE A – CARTA-CONVITE AOS ENFERMEIROS E DOCENTES DE GRADUAÇÃO	67
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	68
APÊNDICE C – FORMULÁRIO DIGITAL ELABORADO NO QUALTRICS® RESPONDIDO PELOS SUJEITOS DA PESQUISA	70
ANEXO A – CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PADRÃO DE REGISTRO DE ENFERMAGEM COM USO DE TERMOS DA LINGUAGEM ESPECIAL DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADA NA CIPE®	80

ANEXO B – PARECER DO CEP DA PUCPR	82
--	-----------

APRESENTAÇÃO

Concluí a graduação em Enfermagem em 2011, pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Durante o curso, fui aluno do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), tendo participado do Grupo de Pesquisa em Sistemas Classificatórios para as Práticas de Enfermagem e Ontologias. Desde então, adquiri experiência na prática clínica de urgência e emergência, cuidados críticos e intensivos. Recentemente, retornei ao referido grupo de pesquisa e, no segundo semestre de 2015, tive a oportunidade de iniciar o mestrado em Tecnologia em Saúde, no qual obtive conhecimento diferenciado e uma fusão entre a prática clínica e a ciência.

Esta dissertação é parte integrante de um projeto universal intitulado “Construção e Validação de um Padrão de Registro de Enfermagem com Uso de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem Fundamentada na CIPE®”, que representa um desdobramento de investigação iniciada, em 2013, pelo grupo de pesquisa do PPGTS da PUCPR.

O projeto matriz norteou, entre 2011 e 2014, o desenvolvimento de três dissertações, cujos produtos foram: um banco de termos da linguagem especial de enfermagem, identificados nos registros de enfermagem de um hospital universitário; o mapeamento dos termos identificados no modelo de sete eixos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) 2013; e definição de conceitos para 15 novos termos identificados, avaliados por um conjunto de especialistas.

O projeto foi subdividido em cinco fases:

- a) Fase 1: elaboração de conceitos para termos novos identificados em campos de evolução de enfermagem de um hospital universitário.
- b) Fase 2: validação dos conceitos elaborados.
- c) Fase 3: construção do padrão para áreas prioritárias.
- d) Fase 4: elaboração dos estudos de caso relacionados às áreas prioritárias.
- e) Fase 5: validação dos estudos de caso.

A presente pesquisa dá continuidade à fase 2, com a validação por enfermeiros da prática clínica dos 15 termos, suas definições e conceitos, iniciada por Pleis (2015), cuja dissertação apresenta a base empírica deste estudo.

1 INTRODUÇÃO

A época contemporânea pode se caracterizar como a era da informação, com recursos progressivos e novas condições para a produção e comunicação de conhecimento em diversas áreas. Essa realidade exige das organizações uma gestão estratégica e eficaz do conhecimento, bem como uma aplicação inteligente dos sistemas de informação. A esfera da saúde esforça-se na incorporação desses pressupostos em seus processos assistenciais e administrativos, participando da expansão dos sistemas de informação (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015). De fato, recursos tecnológicos de comunicação e informação são utilizados nos hospitais visando à democratização e socialização da informação, estando diretamente ligados à sua valorização, proporcionando satisfação e soluções no desenvolvimento de atividades (MONTENEGRO et al., 2013).

A ciência da informação, no âmbito da saúde, traz a necessidade de repensar os processos informacionais presentes nas práticas dessa área do conhecimento, especialmente com o desenvolvimento da informática e internet, as quais trouxeram possibilidades e reflexões para o processo de produção e organização da informação. Portanto, estudos, pesquisas e discussões na área da informação para saúde fazem parte de um processo para minimizar problemas provenientes da produção vertiginosa da informação (PINTO; MOTA, 2011).

A informação é essencial para o processo de tomada de decisão, a prestação qualificada da atenção à saúde e a gestão, sendo fundamental no cuidado de enfermagem, subsidiando o profissional para redução ou resolução de problemas. Os sistemas de informação podem proporcionar o gerenciamento de padrões de dados; contribuir para a organização e otimização do tempo; facilitar a recuperação dos dados e a comunicação multiprofissional, com maior integração e segurança das informações; fortalecer, aprimorar e organizar o cuidado de enfermagem; e ser base para as práticas educacionais de enfermagem e pesquisas (BARRA; DAL SASSO, 2012; PALOMARES; MARQUES, 2010).

Por sua vez, os registros de enfermagem, além de serem importantes instrumentos de comunicação, são de extrema relevância para a avaliação do cuidado prestado e o respaldo legal dos profissionais, bem como contribuem de forma significativa para a continuidade do cuidado e implementação do Processo de Enfermagem (PE). Para tanto, é necessário que esses registros tenham precisão e

clareza, pois, quando não realizados com qualidade e de forma inteligível, podem prejudicar a interpretação dos dados registrados (NÓBREGA et al., 2010).

Segundo Carvalho et al. (2012), a enfermagem é responsável por, aproximadamente, mais de 50% das informações presentes no prontuário do paciente, sendo o cuidado documentado a partir das fases do PE e viabilizado pelo uso de terminologias. Ainda, demonstra preocupação com o fortalecimento de sua prática clínica no contexto do cuidado para busca do desenvolvimento científico da profissão, necessitando, para isso, de vocabulário para definir e descrever sua ação profissional.

No esforço para construção de uma linguagem própria, destaca-se a CIPE[®], uma tecnologia que viabiliza e organiza o cuidado clínico de enfermagem e o avanço científico da profissão (CLARES et al., 2013). Sua primeira versão foi publicada em 1996 e, atualmente, está em sua nona atualização, a CIPE[®] 2015 (GARCIA, 2015). Por sua constante atualização e pela necessidade de representar a prática de enfermagem, o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) inclui termos novos a cada nova versão, sendo o conjunto de termos e suas definições resultado de um amplo processo de construção, que abrange estudos de validação.

No entanto, pesquisas dedicadas a processos de validação de conceitos são escassas, identificando-se lacunas nesse sentido. Alguns problemas são relacionados à baixa adesão de especialistas e à limitação do registro clínico de enfermagem para subsidiar a validação clínica. Assim, novos enfoques sobre validação são necessários, de modo a permitir o aprimoramento das classificações e minimizar as inconsistências na elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem (DE), dos Resultados de Enfermagem (RE) e das intervenções decorrentes (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Nesse contexto, insere-se o presente estudo, o qual é integrante de um projeto matriz intitulado “Construção e validação de um padrão de registro de enfermagem com uso de termos da linguagem especial de enfermagem fundamentado na CIPE[®]”, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Sistemas Classificatórios para as Práticas de Enfermagem e Ontologias, do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde (PPGTS), da PUCPR. O projeto tem como finalidade disponibilizar um padrão de registro de evolução de enfermagem, fundamentado na CIPE[®], para o Prontuário

Eletrônico do Paciente (PEP) do Hospital Universitário Cajuru (HUC), integrante da rede hospitalar própria da PUCPR.¹

Esta dissertação é delineada como continuidade da validação de termos identificados em registros de enfermagem do HUC, iniciada por Pleis (2015), cuja dissertação apresenta resultados decorrentes da avaliação, por especialistas, de 15 termos e definições. Embora a avaliação por especialistas seja de suma importância para a validação dos termos, são enfermeiros assistenciais que os utilizam em sua prática clínica. Portanto, para que o processo de validação seja efetivo, faz-se necessário que os termos e suas definições sejam reconhecidos por eles. Diante disso, a questão norteadora deste estudo é: a definição de termos identificados nos registros de enfermagem de um hospital universitário, analisada por especialistas, é reconhecida por enfermeiros que realizam esses registros?

1.1 OBJETIVO

Validar conceitos para termos identificados nos registros de enfermagem de um hospital universitário, com base na CIPE[®].

¹ Resumo no Anexo A.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção, serão abordados os seguintes temas: Registro Eletrônico de Saúde (RES) e Sistemas de Informação em Saúde (SIS), PEP e registro de ações da enfermagem; terminologias no âmbito da enfermagem e o modelo para sua construção; CIPE®; e base teórica do método para validação de conteúdo.

2.1 RES E REGISTRO DE AÇÕES DA ENFERMAGEM

O surgimento do RES ocorreu como um mecanismo para integrar as informações de saúde e substituir os registros em papel, sendo ele considerado por Gunter e Terry (2005) um conceito em evolução, um conjunto longitudinal de informações de saúde sobre indivíduos e populações.

Os registros em saúde são complexos, pois são feitos por diferentes profissionais e em distintos espaços de cuidado. As atividades ou intervenções realizadas pelos profissionais geram diversas informações, que garantem a continuidade do processo de cuidado (MARIN, 2010). Em especial, os registros de enfermagem são utilizados para arquivar e comunicar o domínio clínico, portanto, são considerados fundamentais para a segurança e continuidade do cuidado e resultados dos pacientes. Como guardiões habituais de muitos ambientes de saúde, os enfermeiros carregam a obrigatoriedade de atingir metas de saúde e gerar as provas documentais dessas conquistas (BUUS; HAMILTON, 2016).

No que lhe concerne, um sistema de saúde é constituído por entidades que têm por objetivo a promoção, manutenção e recuperação da saúde, ou seja, abrange ações, pessoas, instituições e organizações. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), sua estrutura depende de um conjunto de seis elementos principais ou “blocos de construção” que o fortalecem (Figura 1). Os SIS são um dos seis blocos principais, estando inter-relacionado na construção de um sistema de saúde; seu funcionamento produz informação para orientar as atividades em todos os outros blocos de construção (WHO, 2010a).

Figura 1 – Estrutura de sistemas de saúde.



OS SEIS BLOCOS DE UM SISTEMA DE SAÚDE: OBJETIVOS E ATRIBUTOS DESEJÁVEIS

Fonte: adaptado de OMS (2010a) (tradução nossa).

A implantação de SIS tem sido reivindicada pelos modelos de gestão, devido ao aumento dos custos da atenção à saúde e das exigências dos consumidores, à crescente necessidade da cobertura dos serviços e à incorporação de tecnologias (MONTENEGRO et al., 2013). Esses sistemas são definidos como um conjunto de elementos que, de forma inter-relacionada, coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para amparar o processo de tomada de decisão e dar auxílio no domínio das organizações de saúde. Desse modo, concentram um agrupamento de dados, informações e conhecimentos usados na área da saúde para apoiar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos diversos profissionais que prestam o atendimento aos usuários do sistema de saúde (MARIN, 2010).

Os SIS constituem um desafio nevrálgico para obter os objetivos de desenvolvimento relacionados com a saúde, pois os dados oriundos deles são incompletos, imprecisos ou prematuros. Desse modo, o desempenho dos sistemas de saúde não é suficientemente monitorado ou avaliado. Para garantir a contribuição na melhoria dos serviços de saúde, é essencial que os gestores dos sistemas de saúde utilizem a informação disponível para o monitoramento ininterrupto de atividades programadas, bem como para fins de alocação de recursos (MUTALE et al., 2013).

Em uma época em que as informações são utilizadas de forma rápida, faz-se necessário ter o maior número delas em um tempo cada vez mais curto (DORNELAS et al., 2009). Na área da saúde, o modelo de informação que possibilita maior

integração dos dados produzidos na área de cuidado aos clientes é conhecido como PEP (MARIN, 2010), que nasceu da procura por um sistema apropriado para unificar informações clínicas e administrativas, com o objetivo de otimizar e qualificar o atendimento, reduzir custos e possibilitar o delineamento do perfil da saúde de uma região. De fato, algumas vantagens da adoção de um sistema informatizado para registros são o rápido acesso ao histórico dos pacientes, a facilidade de consultar dados e a melhoria no controle e planejamento hospitalar (CANÊO; RONDINA, 2014).

O PEP tornou-se uma das principais ferramentas da equipe de saúde em suas atividades diárias, uma vez que nele os dados e informações podem ser armazenados de maneira legível e confiável, facilitando o acesso ao histórico do paciente e a consulta dos dados em atendimentos futuros (RODRIGUES FILHO; XAVIER; ADRIANO, 2001). Assim, ele é considerado o meio de registro mais utilizado nos hospitais, tendo se tornado o acervo documental, resumido e organizado referente ao registro dos cuidados proporcionados por todos os profissionais de saúde, reunindo também todos os exames, informações, documentos e procedimentos relacionados à assistência prestada (PRESTES JR; RANGEL, 2007). Para a enfermagem, é um importante recurso de informação e documentação da assistência ao paciente, que, de forma abrangente, garante a confidencialidade, privacidade e segurança das informações de saúde. Em um conjunto de elementos, forma um mecanismo pelo qual são criados os registros dos pacientes, armazenados, utilizados e recuperados, além de intercambiar troca de informações (SAMADBEIK et al., 2015).

Em relato de experiência produzido por Jenal e Évora (2012), compreendeu-se que a integração do PEP com sistemas dos serviços e unidades hospitalares resulta na melhoria da qualidade de informação e do atendimento aos pacientes, além de tornar mais rápida e prática a realização de prescrições e impactar no controle de materiais e medicamentos. Entretanto, Canêo e Rondina (2014) referem que, apesar dos benefícios ocasionados pela sua adoção, o progresso dessa tecnologia na saúde demanda um investimento de alto custo pelas instituições de saúde, como também uma educação equivalente dos profissionais da área e melhoria das práticas de registro.

No domínio da enfermagem, Carrijo e Oguisso (2006) dissertam que os registros destinam-se a toda equipe de saúde e são fundamentais para a efetivação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Eles são classificados como controles de enfermagem, dados numéricos de origem biológica, narrativa escrita

descrevendo as ações de cuidados com o paciente, gráficos e sinais gráficos de checagem das prescrições (GONÇALVES, 2001). Ademais, comunicam informações sobre o paciente; oferecem elementos para o DE, conjugado com as anotações dos demais componentes da equipe multiprofissional; permitem o planejamento das ações e o direcionamento terapêutico; e possibilitam o ensino e pesquisa, como também a realização de auditorias e averiguação dos aspectos legais, sendo indispensáveis para expressar a assistência proporcionada ao paciente, mediante sua qualidade e quantidade (NÓBREGA et al., 2010).

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) com a Resolução nº 514/2016 aprova um Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com o objetivo de orientar os profissionais para a prática de seus registros, assegurando a qualidade dessas informações. Outras duas resoluções do Cofen relacionam-se com aspectos dos registros de ações da enfermagem em prontuários de pacientes. A primeira, Resolução nº 429/2012, dispõe sobre o registro das ações no prontuário do paciente independentemente do meio de suporte, em cujo art. 2º são indicados os elementos a serem registrados, entre eles, os relacionados diretamente ao PE. A segunda, Resolução nº 358/2009, dispõe sobre a SAE e a implementação do PE, sendo este organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, quais sejam: o histórico de enfermagem, o DE, o planejamento de enfermagem, a implementação e a avaliação de enfermagem. Apesar dessas resoluções, os registros de enfermagem em PEP, tradicionalmente, são realizados de forma não sistemática, em campos de linguagem livre, o que dificulta a recuperação de informações sem o uso de recursos computacionais complexos.

A documentação de dados e informações gerados pelos profissionais de enfermagem pode ser padronizada por meio de terminologias, consideradas uma forma de unificar a linguagem de uma profissão. O registro padronizado de dados no PEP minimiza consequências indesejáveis nos cuidados de saúde e maximiza as oportunidades para identificar saberes a partir do volume de dados clínicos registrados, além de facilitar a interoperabilidade entre diferentes SIS e fornecer alicerce para sistemas de apoio à decisão (KIM; HARDIKER; COENEN, 2014). A não padronização da linguagem para registro das ações da enfermagem constitui um desafio e resulta no uso de diferentes termos para representar suas ações.

2.2 TERMINOLOGIAS

O avanço da ciência e a disseminação de suas pesquisas resultam em uma variada documentação em diferentes línguas. Assim, a transferência do saber ocorre por textos que compreendem características peculiares, principalmente os conhecimentos especializados, cuja documentação veicula-os por meio de terminologia própria, a qual, à medida que se estuda o vocabulário das esferas técnicas e científicas, exerce uma função fundamental nesse processo. Diante disso, as pesquisas na área de terminologia desenvolveram-se de modo intensivo nas últimas décadas – suas bases teóricas têm sido revistas e são sugeridos novos modelos, surgindo diversos campos de atuação e desafios (BARROS, 2006).

A terminologia moderna nasceu da necessidade de técnicos e cientistas de normatizar, conceituar e denominar seus campos de estudo. Nessa circunstância, o austríaco Eugen Wüster (1898-1977), na busca pelo ideal de univocidade da língua especializada, desenvolveu a Teoria Geral da Terminologia (TGT), publicada em 1931, em sua tese de doutorado pela Universidade Técnica de Stuttgart, na Alemanha. Nesse estudo, instituiu princípios e diretrizes metodológicas para o tratamento dos dados terminológicos e, posteriormente, produziu o dicionário *The machine tool* (1968), em que esquematiza as linhas gerais da TGT (REMENCHE, 2010).

Barros (2006) discorre em seu estudo que, no decorrer das décadas de 1980 e 1990, o modelo da TGT passou por fortes críticas e, de forma sistematizada, Maria Teresa Cabré, em 1999, conduziu uma nova teoria – a Teoria Comunicativa da Terminologia (TCT). Conforme as conjecturas da TCT, o termo é uma entidade, uma unidade linguística de comunicação e uma unidade cognitiva. Assim, Cabré formulou uma teoria na qual os termos poderiam ser vistos e analisados de diferentes ângulos, conforme os padrões das ciências cognitivas, linguísticas e da comunicação que se avaliarem adequados à pesquisa em questão.

Por sua vez, um estudo realizado por Dias (2000) designou a concepção poliédrica da terminologia, com o intuito de evidenciar suas aplicações práticas, bem como abordar sua interdisciplinaridade. Concluiu que a padronização de termos configura um novo panorama nessa área, sendo possível, por meio de métodos descritivos, de apresentação e processamento de informações, compilar bancos de

dados, dicionários e glossários nesse âmbito, de maneira multidisciplinar e fornecendo serviços de informações à comunidade.

Tendo em vista que a comunidade brasileira é composta por uma vasta diversidade dialética, a TCT tem grande influência na produção científica no contexto terminológico, que a utiliza como base teórica, evidenciando a necessidade de utilizar uma teoria descritiva que resolva as peculiaridades terminológicas empregadas no país (ALMEIDA, 2006). Em especial na área da saúde, em 1989, durante a conferência internacional para revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), foram estabelecidas as bases para o desenvolvimento de uma “família” de classificações de saúde pela OMS. Tal família teve como objetivo estabelecer uma linguagem comum entre os países no âmbito de classificação de enfermidades, baseada em taxonomias e princípios científicos, que seja culturalmente adequada e que se aplique às necessidades dos mais diferentes usuários. Essa família de classificações internacionais tem por finalidade formar uma estrutura internacional para a construção de SIS, sendo categorizada em classificações de referência, derivadas e relacionadas (WHO, 2010b).

Para tal propósito, a OMS desenvolveu duas classificações de referência que pudessem ser utilizadas para descrever o estado de saúde de uma pessoa: a CID-10, que classifica doenças e outros problemas de saúde; e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que classifica o funcionamento e as incapacidades da condição de saúde. Ainda, existe uma terceira classificação de referência em desenvolvimento, denominada Classificação Internacional de Intervenções em Saúde (CIIS) (MADDEN; SYKES; USTUN, 2007).

A CID-10 é uma ferramenta que traduz diagnósticos de doenças e estados de saúde em um código alfanumérico, o que a tornou uma classificação internacional de diagnósticos, que possibilita a análise estatística de diversas enfermidades nas mais variadas localidades do planeta, incluindo também uma análise mais precisa e unificada, inclusive, das causas de mortalidade nas diversas populações (WHO, 2010b). Tanto ela quanto a CIF são destinadas a complementar uma à outra, de modo a deter e fornecer um quadro completo da saúde ou estado pertinente à saúde de um indivíduo (ESCORPIZO et al., 2013).

Baseando-se nas classificações de referência, foram desenvolvidas as classificações derivadas, as quais contemplam adaptações e detalhes adicionais. Entre elas, estão: a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia; a

Classificação Internacional de Doenças para Neurologia; a Classificação Internacional de Doenças para Odontologia e Estomatologia; e a Classificação de Transtornos Mentais e Comportamentais. Ademais, associadas a níveis estruturais específicos, existem as classificações relacionadas, tendo como orientação as de referência. Elas são compostas por: Classificação Internacional de Cuidados Primários; Classificação Internacional de Lesões por Causas Externas; Classificação e Terminologias de Ajudas Técnicas para Pessoas com Deficiência; Sistema de Classificação Anatômico, Terapêutico e Químico com doses diárias definidas; e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (MADDEN; SYKES; USTUN, 2007).

Apesar da existência dessas classificações, ainda há carência de uma plataforma padrão, em que ocorra de forma simultânea a integração entre a doença e seu impacto, de maneira sistemática e operacional. Um empenho para apoderar-se da influência de uma doença de maneira estruturada e sistemática tem sido impedido pela falta de conexão da CID-10 e da CIF em nível conceitual e operacional. Nesse contexto, a 11ª versão da CID tem como proposta sua unificação com a CIF, permitindo, assim, terminologias consistentes e harmonizadas para fornecer informações holísticas sobre uma doença e seu efeito sobre o desempenho de um indivíduo (ESCORPIZO et al., 2013).

Ainda entre as terminologias de domínio que compreendem a área da saúde, existe a *Systematised Nomenclature of Medicine – Clinical Terms* (SNOMED-CT), utilizada em mais de 50 países e indicada como a terminologia de referência clínica para uso em sistemas de informações clínicas. Ela tem potencialidade de aperfeiçoar a qualidade dos dados e a segurança do paciente e simplificar a interoperabilidade semântica na captura de dados clínicos, de forma padronizada, inequívoca e granular (LEE et al., 2014).

No domínio da enfermagem, o desenvolvimento de sistemas de classificação da linguagem e as várias iniciativas de identificar e designar os elementos que delineiam a prática da profissão e compõem sua linguagem especial encontram-se em literatura especializada. Na década de 1950, surgiram os sistemas de classificação da prática de enfermagem, quando conceitos e modelos de enfermagem começaram a ser desenvolvidos, a fim de identificar os próprios conceitos da profissão. Nos anos 1970, surgiu o PE, como modelo para operacionalizar a assistência, o que favoreceu o desenvolvimento de sistemas de classificação e conceitos (NÓBREGA et al., 2003).

Evidencia-se que o emprego de terminologias padronizadas de enfermagem ampara as etapas do PE e coopera para o registro computadorizado de enfermagem, quando agregadas em SIS. Embora existam diversas terminologias, os enfermeiros referem não as utilizar de forma rotineira, porém confirmam a necessidade do sistema informatizado de registro e a vontade de utilizar um sistema de classificação para registro das fases do PE (SANTOS; NÓBREGA, 2004). Por outro lado, estudo realizado por Carvalho et al. (2012) apontou que o Brasil é o país com mais publicações abordando SIS com terminologias integradas e demonstrou o investimento do país para facilitar a execução e registro do PE. Salienta-se que a utilização de terminologias pelos enfermeiros favorece uma maior precisão e consistência na documentação dos dados do paciente e da assistência, além de fornecer subsídios para a avaliação do cuidado prestado e a tomada de decisões (TRUPPEL et al., 2009).

Na enfermagem, as terminologias são elaboradas segundo uma norma da *International Organization for Standardization* (ISO), cuja primeira publicação foi em 2003. Em 2014, a ISO 18104 foi atualizada, sendo base para normatizar as características de estruturas categoriais de representação dos DE e ações de enfermagem em sistemas terminológicos, com o objetivo geral de sustentar a interoperabilidade das informações entre os SIS em relação a essas duas estruturas. A norma fornece características de diferentes terminologias em outras disciplinas da saúde, a fim de estabelecer relações entre modelos de terminologia, informação e ontologias no âmbito dos cuidados (ISO, 2014).

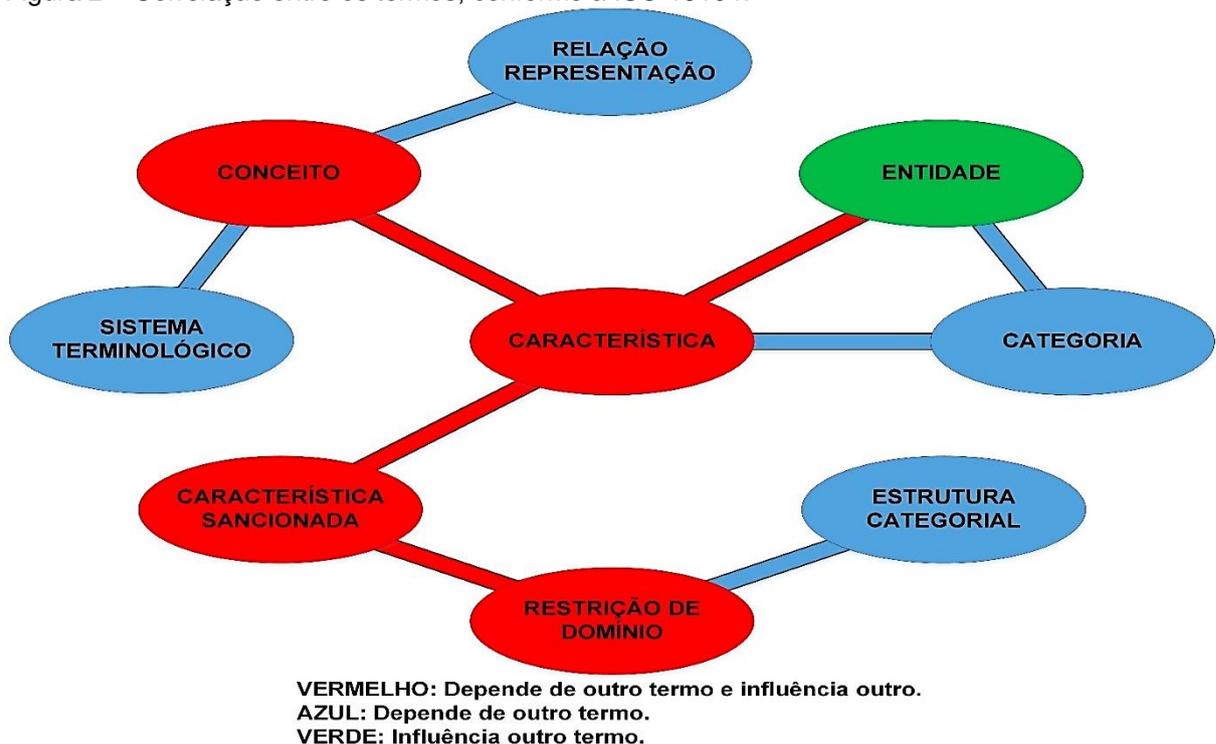
Em seu conteúdo, a norma inclui um conjunto de termos e suas definições. Para o presente estudo, o conjunto dos nove termos gerais é de importância fundamental para o alcance do seu objetivo. Sendo assim, esses termos e suas definições são descritos a seguir:

1. **Conceito:** Unidade de informação criada por uma combinação única de características (4).
2. **Estrutura Categórica:** Conjunto mínimo de restrições de domínio (5) para representar sistemas de conceito em um campo.
3. **Categoria:** Divisão de conjuntos de entidades (6) consideradas como tendo determinadas características (4) comuns.
4. **Característica:** a abstração de uma propriedade de uma entidade (6) ou de um conjunto de entidades (6).
5. **Restrição de Domínio:** regra para prescrever o conjunto de características sancionadas (8) que são válidas para especializar uma representação do conceito em um campo.
6. **Entidade:** qualquer coisa de interesse, concreta ou abstrata.

7. **Relação Representação:** Elo semântico. Representação formal de uma relação associativa dirigida ou partitivo, relação entre dois Conceitos (1).
8. **Característica Sancionada:** Representação formal de um tipo de característica (4).
9. **Sistema Terminológico – Terminologia:** Representação humana estruturada e legível por máquina de conceitos (1) clínicos necessários, direta ou indiretamente para descrever as condições de saúde e atividades de cuidados de saúde, e permitir a sua recuperação ou análise posterior (ISO, 2014, p. 2-3, tradução nossa).

Os termos e definições gerais são inter-relacionados, ou seja, a compreensão de cada termo isolado depende da compreensão de outro, sendo verificadas relações de dependência ou de influência. A inter-relação está demonstrada na Figura 2.

Figura 2 – Correlação entre os termos, conforme a ISO 18104.



Fonte: o autor (2016).

Com o objetivo de padronizar a linguagem utilizada pelos profissionais de enfermagem, foram criados diversos sistemas de classificação, entre os quais se destacam: *NANDA International* (NANDA-I, 2010); *Nursing Intervention Classification* (NIC) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010); *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2010); Classificação Internacional de Saúde Comunitária de Omaha (MARTIN, 2005); Classificação dos Cuidados Clínicos (CCC) (SABA, 2008); e CIPE®, sendo esta utilizada nesta pesquisa.

A CIPE® têm se consolidado mundialmente no sentido de padronizar termos da prática da enfermagem, assim como incluí-los em SIS, a fim de facilitar a interoperabilidade entre os diferentes sistemas computacionais utilizados no âmbito da saúde (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

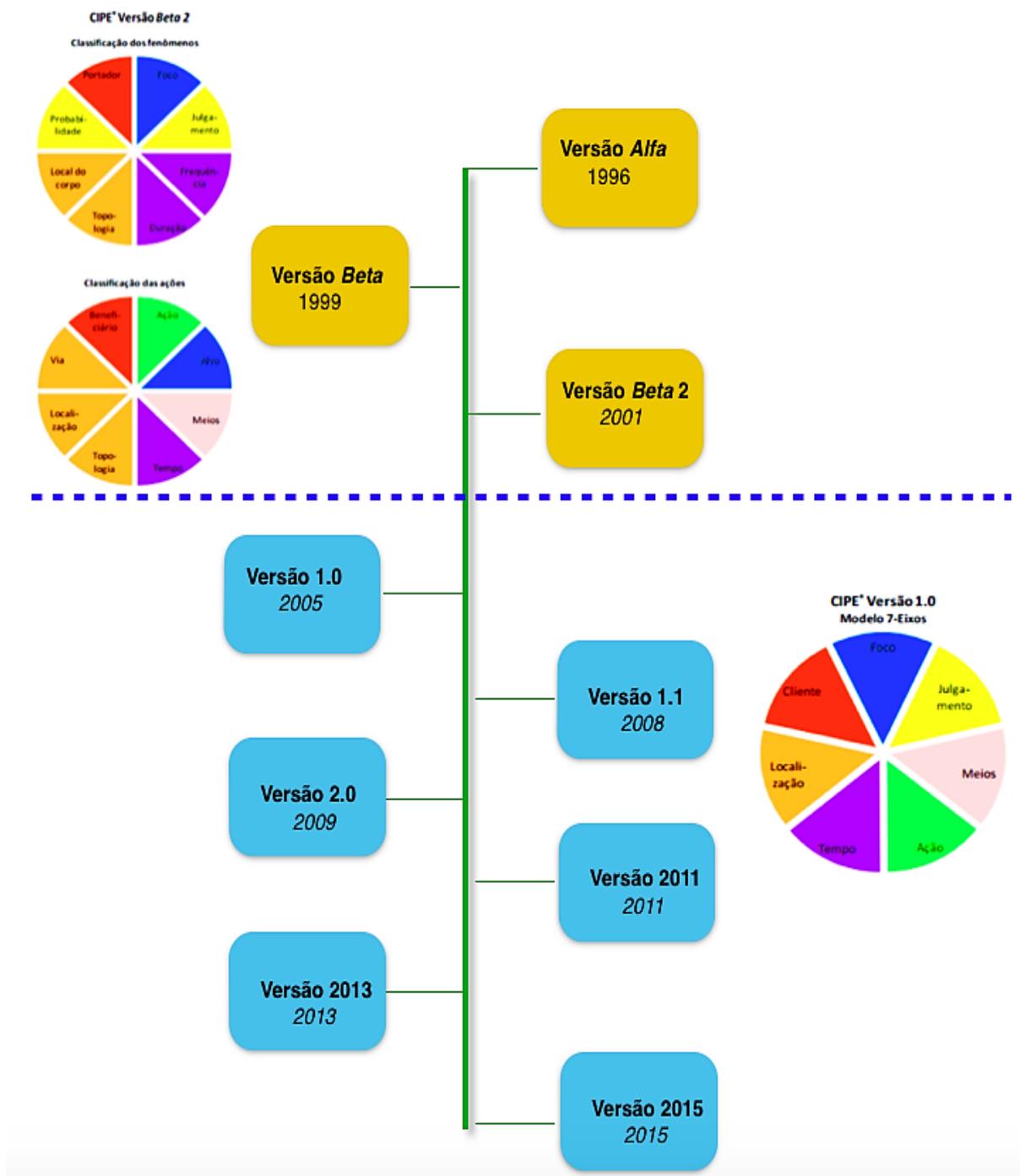
2.3 CIPE®

O desenvolvimento tecnológico mundial, em conjunto com a crescente quantidade e troca de informações entre as pessoas, mobilizou a enfermagem internacional, a fim de estabelecer uma linguagem universal padrão que represente os conceitos utilizados na prática assistencial da profissão, bem como inseri-la no PEP (SOUZA et al., 2015) para melhor armazenamento, gerenciamento e recuperação das informações. Para isso, o CIE aprovou, no ano de 1989, uma resolução para o desenvolvimento de uma classificação dos elementos fundamentais da prática profissional (diagnósticos, intervenções e RE) com abrangência internacional, que foi denominada CIPE® (COENEN, 2003).

A CIPE® caracteriza-se como um sistema de linguagem amplo, complexo e padronizado, representando o domínio em âmbito mundial da prática da enfermagem, que beneficia a coleta, armazenamento e análise de dados de várias linguagens, cenários e regiões geográficas, contribuindo para a visibilidade do conjunto de dados sobre a saúde, de modo que a prática dos profissionais da enfermagem seja eficaz (COENEN, 2003).

Em dezembro de 1996, o CIE publicou a primeira versão da CIPE® e até o presente momento nove atualizações foram editadas, sendo a mais recente em julho de 2015. Destaca-se a versão 1.0, de 2005, pois a partir dela ocorreu uma mudança estrutural na classificação, que resultou num modelo multiaxial de sete eixos, conforme ilustra a Figura 3 (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Figura 3 – Linha do tempo das versões da CIPE® e sua transição da versão Beta-2 para o modelo de sete eixos (versão 1.0).



Fonte: o autor (2016).

O CIE destaca que, para alcançar os objetivos da CIPE®, ele deve ser integrado às atividades diárias dos enfermeiros nas instituições, a fim de se equiparar às novas determinações da profissão. Autores destacam que esse aspecto é considerado um desafio para as organizações brasileiras de enfermagem, profissionais de serviço e ensino (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

Vinculado à área de prática profissional do CIE, o Programa CIPE® é responsável pela pesquisa, desenvolvimento, manutenção, educação e disseminação da CIPE®, dando suporte ao seu ciclo de vida (Figura 4), o que envolve diversos processos e ferramentas (COENEN; KIM, 2010). Para tal, o CIE autoriza, designa e acredita centros em todo o mundo para pesquisa e desenvolvimento da CIPE®.

Figura 4 – Ciclo de vida da CIPE®.



Fonte: adaptado de Coenen e Kim (2010) (tradução nossa).

Atualmente, existem 13 centros para pesquisa e desenvolvimento da CIPE® acreditados pelo CIE, quais sejam:

1. Centro Franco-canadense para Pesquisa e desenvolvimento da CIPE®;
2. Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® da Universidade Federal da Paraíba;
3. Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® da Associação Iraniana de Enfermagem;
4. Centro Chileno para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE®;
5. Centro de Enfermagem em Desastres do Programa de Pesquisa da Universidade Flinders;
6. Centro do Grupo de Língua Alemã de Usuários da CIPE®;
7. Centro Acreditado pelo CIE para pesquisa e desenvolvimento de Sistemas de Informação da Escola de Enfermagem do Porto;
8. Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® da Universidade Médica de Łódź;
9. Centro Italiano para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE®;
10. Centro Coreano Acreditado pelo CIE para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE®;
11. Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® da RNAO;
12. Centro para Descoberta de Conhecimento sobre Dados Mínimos de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de Minnessota;
13. Grupo de Usuários da CIPE® da Escola de Enfermagem e Ciências Humanas da Universidade da Cidade de Dublin (ICN, 2015).

No Brasil, o Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE[®] está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), e tem como objetivos: o desenvolvimento de termos que representem a prática da enfermagem; a validação e submissão de novos termos; e a submissão de propostas de adaptações e ajustes dos termos e definições existentes. O centro tem como missão a promoção da utilização da CIPE[®] na prática clínica e ensino da enfermagem, bem como o apoio ao desenvolvimento contínuo da classificação, além de apoiar outros Centros CIPE[®] e o CIE na ampliação e fortalecimento da CIPE[®], visando a utilizá-la como terminologia de referência mundial (GARCIA; NÓBREGA, 2013). Externamente, o Centro CIPE[®] Brasil mantém parcerias em vários estados do Brasil, como, por exemplo, com o Grupo de Estudo e Pesquisa em Informática em Saúde do PPGTS, da PUCPR.

Os termos que compõem a CIPE[®] são elaborados a partir de um modelo teórico para terminologias, proposto por Pavel e Nolet (2002). Segundo as autoras, a terminologia, em seu primeiro significado, é um “conjunto de palavras técnicas pertencentes a uma ciência, uma arte, um autor ou um grupo social” (PAVEL; NOLET, 2002, p. xvii), como, por exemplo, os termos usados pelos enfermeiros. De modo mais específico, é uma forma da disciplina linguística, que estuda cientificamente termos e conceitos utilizados no vocabulário das especialidades, para evitar ambiguidades na comunicação específica desses meios.

Pavel e Nolet (2002, p. 26) apresentam cinco princípios de terminologias que estruturam o trabalho terminológico e devem ser respeitados ao elaborar definições terminológicas, a saber:

- **Previsibilidade:** a definição insere o conceito em uma árvore conceitual;
- **Simplicidade:** a definição é concisa e clara, e é constituída por apenas uma frase;
- **Enunciado afirmativo:** a frase diz o que é o conceito, não o que não é;
- **Não circularidade:** a definição não remete à outra definição que, por sua vez, remete de novo à primeira;
- **Ausência de tautologia:** a definição não é uma paráfrase do termo, mas uma descrição dos traços semânticos do conceito.

Outrossim, a incorporação de termos novos em uma terminologia deve ser antecedida de um processo de validação com métodos próprios, descritos a seguir.

2.4 MÉTODOS PARA VALIDAÇÃO

Uma das definições dicionarizadas para a palavra “validação” é: “Ato ou efeito de validar, de tornar ou declarar algo válido, legítimo; validamento. Teste que comprova a validade, a correção ou concordância com padrões etc., de dados introduzidos num sistema de computador” (HOUAISS, 2009, p. 1919). Assim, quando um instrumento é válido, retrata fielmente o conceito que deve medir.

De acordo com a informação fornecida e o objetivo do pesquisador, há três principais maneiras de validação: conteúdo, construto e relacionada ao critério (WOOD; HABER, 2001). A primeira demonstra o espaço do conteúdo ou o domínio de certo construto, ou seja, “uma abstração adaptada para propósito científico” (WOOD; HABER, 2001, p. 317), a estrutura e a base que servirão para a criação de questões que representarão de forma adequada o conteúdo.

Em pesquisa sobre a validação de DE, o termo “validação de conteúdo” foi mencionado como pertencendo tanto à análise conceitual realizada à luz da literatura quanto à análise por especialistas sobre a atribuição de um conceito ou de sua importância, sendo essas perspectivas duas diferentes fases do processo de validação (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Como elementos de uma terminologia, os diagnósticos habilitados para uma classificação precisam ser refinados, isto é, validados, de maneira que garantam uma destinação prática e precisa. Em outras palavras, para aprimorar a confiabilidade desses diagnósticos, é fundamental submetê-los a um método de validação, aperfeiçoando o conjunto de identificadores clínicos e tornando segura sua aplicação, tanto para a prática quanto para o ensino. Portanto, com o uso de processos estatísticos, o método de validação é uma permanente preocupação na avaliação do fenômeno de enfermagem, sendo coletadas evidências que constituirão a austeridade e autenticidade deste (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Por sua vez, constructo ou construto é uma variável ou um conjunto de variáveis, uma descrição funcional e robusta que representa a legítima definição teórica de um conceito. Sua validade refere-se ao nível em que um instrumento de medidas relaciona-se de modo consistente com outras medições semelhantes e derivadas da referida teoria ou conceito medido. O processo de sua validação deve, impreterivelmente, ter vínculo com uma teoria, pois não é admissível finalizar uma

validação de construto sem que exista uma referência teórica que dê suporte a ele em relação a diversas definições (MARTINS, 2006).

Já a validação referente ao critério configura a relação entre o nível de desempenho do sujeito da pesquisa no tocante ao instrumento de medição e o real comportamento desse sujeito. Considera-se o critério segunda medida que analisa o mesmo conceito em estudo (CUBAS; NÓBREGA, 2015), ou seja, tem a finalidade de conferir se o instrumento é capaz de detectar de forma efetiva os que são melhores para uma determinada atividade (RAYMUNDO, 2009).

A validade de critério é igualmente chamada preditiva ou concorrente e se refere ao nível de correlação entre os resultados de um teste e diferentes medidas do desempenho (critério) obtidas de modo independente ou simultâneo ao teste. No momento em que o instrumento e o critério são executados simultaneamente, trata-se de validade concorrente; no momento em que o critério é analisado no futuro, trata-se de validade preditiva. Ainda, tal validade é apreciada estatisticamente – se a correlação entre os resultados do teste X e os resultados da variável de critério Y é elevada, o teste é válido ao fim que se destina (RAYMUNDO, 2009).

Cubas e Nóbrega (2015) citam que a enfermagem dispõe de muitos modelos metodológicos de validação, desenvolvidos, em sua maioria, para validação de DE, que incluem a validação clínica e a validação de conteúdo. O modelo proposto por Fehring (1987) é a abordagem metodológica mais utilizada e sua importância para a pesquisa é incontestável (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008; LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013). Uma revisão integrativa sobre a validação de conteúdo de DE corroborou estudos anteriores ao referir que a maioria das pesquisas publicadas utilizou o modelo de validação de conteúdo proposto por Fehring (1987). Além disso, esse modelo tolera adaptações e dá subsídios aos estudos de validação (OLIVEIRA; DURAN, 2015).

Fehring (1987) propôs três modelos para a validação de DE: validação de conteúdo diagnóstico, validação clínica de diagnóstico e validação diferencial de diagnóstico.

Para a validação de conteúdo diagnóstico, primeiramente deve-se realizar uma revisão de literatura, a fim de fornecer uma sustentação ao DE. O modelo baseia-se no consenso entre enfermeiros especialistas sobre cada característica de um diagnóstico e compreende seis fases operacionais (FEHRING, 1987):

- a) Os especialistas atribuem um valor de 1 a 5 para cada característica do diagnóstico (1 = não é característico ou indicativo; 2 = muito pouco característico; 3 = pouco característico; 4 = consideravelmente característico; 5 = muito característico do diagnóstico).
- b) Opcionalmente, utiliza-se a técnica de Delphi para obter um consenso entre os especialistas quanto às características apresentadas no diagnóstico em questão.
- c) É calculada a média ponderada das notas de cada característica, facultados para esse cálculo os consecutivos pesos: 1 = 0; 2 = 0,25; 3 = 0,50; 4 = 0,75; 5 = 1.
- d) Características com valor da média ponderada inferior a 0,5 são descartadas.
- e) Características com valor de média ponderada entre 0,51 e 0,79 são classificadas como menores e aquelas cujo valor das médias é superior a 0,8 são classificadas como maiores.
- f) O alcance do valor total é resultado da soma das médias individuais e da divisão do número total de características excluídas.

Por sua vez, a validação clínica de diagnóstico é baseada na comprovação de um determinado diagnóstico em sua real situação clínica. Em seu modelo original, é utilizada uma abordagem de observação clínica por dois especialistas que realizam as observações e classificações (os dados podem ser coletados por meio de exame físico); no modelo modificado, pode compreender a aquisição de informação clínica diretamente do paciente (os dados são obtidos por meio de questionários ou entrevista). Independentemente da abordagem, é essencial descrever claramente cada característica do diagnóstico a ser testada (FEHRING, 1987).

Por fim, no modelo de validação diferencial de diagnóstico, Fehring (1987) propôs validar dois diagnósticos estreitamente relacionados ou distinguir os níveis de um determinado diagnóstico. Como nos outros modelos, a abordagem pode utilizar enfermeiros especialistas no diagnóstico definido ou pacientes com o diagnóstico a ser validado.

Assim como na validação de conteúdo diagnóstico, para a validação clínica de diagnóstico e a validação diferencial de diagnóstico, são calculadas as médias ponderadas de cada característica, com base nos valores atribuídos em cada escala (FEHRING, 1987).

Outro modelo muito utilizado foi proposto por Hoskins (1989), sendo composto por: análise do conceito, com o objetivo de identificar os atributos e características do construto elaborado; validação por especialistas, com o propósito de conferir a representatividade do conceito elaborado para os que vão utilizá-lo, seguindo as mesmas etapas da validação de conteúdo proposto por Fehring (1987); e validação clínica, que analisa se as características examinadas e validadas por especialistas existem em uma determinada população, recomendando-se que essa população seja variada, de maneira que tenha uma amostra significativa.

Embora a CIPE® não seja um instrumento de medida, os termos e suas definições carecem de validação de conteúdo, sendo verificados na literatura estudos nesse domínio de conhecimento que fizeram uso do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o que ampara e subsidia a escolha da metodologia proposta por esta dissertação. Ressalta-se que os pesquisadores ligados ao Centro CIPE® Brasil utilizam métodos diversos para validação dos termos e suas respectivas definições teóricas (LIMA; NÓBREGA, 2009; SOUZA et al., 2015).

Quando se refere a instrumentos de medida, a validade confere se o instrumento mede precisamente o elemento a ser estudado. Considera-se um instrumento válido quando ele avalia verdadeiramente seu objetivo. Nesse contexto, o IVC mede a proporção de avaliadores que estão em concordância sobre aspectos do instrumento e seus itens, bem como permite analisar itens de forma individual e o instrumento como um todo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Cumprir informar que é de extrema relevância que o pesquisador utilize um instrumento de avaliação empregado em outros estudos e com qualidade conhecida (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010). A presente pesquisa não validará um instrumento, porém o método para validação dos termos e sua definição fará uso do IVC para ancorar a avaliação da definição, em respeito aos cinco princípios de terminologia de Pavel e Nolet (2002). Tal decisão foi fundamentada pelo uso desse índice em outros estudos semelhantes (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008; NOGUEIRA; NÓBREGA, 2015).

3 MÉTODO

Para o presente estudo, optou-se pela pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, tratando-se da segunda fase de uma pesquisa matriz descrita na introdução desta dissertação. Assim, limita-se à validação de 15 termos e suas definições por enfermeiros da prática clínica.

3.1 CENÁRIO

Os cenários de pesquisa foram o HUC, integrante da rede hospitalar da PUCPR, e o Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), vinculado à UFPB, possuindo ambas as instituições 100% de seu atendimento direcionado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Inaugurado em 1958, o HUC foi adquirido pela mantenedora da PUCPR em 1977 e, desde 1993, foi designado como hospital universitário pelos Ministérios da Saúde e Educação, proporcionando campo de estágio para os cursos de saúde, biociências e medicina da PUCPR. Trata-se de um hospital geral privado e filantrópico, sem maternidade, com ênfase em alta complexidade nas especialidades relacionadas à emergência e ao trauma, referência em ortopedia, neurocirurgia e cirurgia geral. Possui 206 leitos, sendo 29 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 167 de internação e dez de cuidados progressivos, localizados no pronto-socorro, e realiza, aproximadamente, 4.500 atendimentos no pronto-socorro, 970 procedimentos cirúrgicos e 1.078 internamentos, mensalmente (HUC, 2015).

O HULW, fundado em 1980, é o hospital universitário da UFPB, autarquia federal vinculada ao Ministério da Educação, estando situado no *Campus* Universitário I, no município de João Pessoa. É referência para o estado da Paraíba em diversas especialidades de média e alta complexidade, incluindo maternidade. Com aproximadamente mil e cem servidores, dispõe de uma estrutura com capacidade de realizar 20 mil atendimentos, 250 cirurgias e 700 internações por mês e possui 220 leitos hospitalares, dos quais 24 são de UTI e 196, de internação. Ainda, é integrante da 1ª Região da Mata Atlântica, que compreende 14 municípios, com uma população de 1.256.675 habitantes, sendo que o município de João Pessoa corresponde a 61,24% dessa população (UFPB, 2016).

3.2 BASE EMPÍRICA

A base empírica deste estudo (Quadro 1) é parte do resultado da dissertação desenvolvida por Pleis (2015) e constitui-se de 15 termos e respectivas definições, que foram analisados por enfermeiros pesquisadores e especialistas na CIPE®. Os termos e as definições construídas, segundo os princípios de redação terminológica de Pavel e Nolet (2002), foram selecionados a partir do banco de termos extraídos das evoluções de enfermagem do HUC, tendo como critérios: não estarem presentes na CIPE® 2013, terem aderência à tipologia de serviço oferecida pelo hospital e serem os de maior frequência de registro (Pleis, 2015).

Quadro 1 – Termos e definições utilizados como base empírica.

Termo	Definição
Equimose	Sangramento: mancha escura ou azulada na pele provocada por extravasamento de sangue no tecido subcutâneo, com ausência de edema, em decorrência de lesão ou ruptura de pequenos vasos sanguíneos.
Anasarca	Retenção hídrica: edema generalizado, por acúmulo de líquidos nos tecidos celulares e nas cavidades orgânicas, sem especificação de localidades do corpo.
Agonia	Processo de morrer: período que antecede a morte, caracterizado por fraqueza progressiva das funções vitais, podendo perdurar por minutos, horas ou dias.
Concussão	Lesão: impacto que decorre de forças cinéticas que levam à rotação do encéfalo dentro da caixa craniana e acomete o cérebro como um todo; manifestada principalmente por meio de expressão facial confusa, desorientação, respostas verbais e motoras retardadas, fala arrastada ou incoerente, perda de coordenação, cefaleia, perda da memória e fadiga.
Esvaziar	Remover: retirar o conteúdo de algo (ou alguma coisa), a fim de torná-lo vazio.
Tracionar	Executar: ato de puxar, levemente, um objeto móvel de uma cavidade corporal.
Unidade de cirurgia	Unidade de atenção à saúde: conjunto de salas em que são realizadas as intervenções cirúrgicas.
Via cistostomia	Via corporal.
Posição de <i>Fowler</i>	Posição corporal.
Ampola	Tubo: recipiente totalmente fechado e sem abertura que contém líquido ou fluído.
Berço	Dispositivo de apoio: acomodação individual para recém-nascidos, após o nascimento, que não necessitam de cuidados intensivos.
Colar cervical	Dispositivo para imobilização: imobilizador da coluna cervical, colocado no pescoço e usado em imobilização provisória em emergências e no pós-operatório de algumas patologias cervicais.
Maca	Veículo: cama de rodas em formato retangular, utilizada para transportar doentes e/ou feridos em posição deitada.
Serviço de fonoaudiologia	Serviço de saúde.
Agora	Ponto no tempo ou intervalo de tempo.

Fonte: adaptado na forma de Pleis (2015).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A distribuição e os critérios de inclusão dos diferentes participantes da pesquisa foram:

- a) Quarenta enfermeiros do HUC, incluídos por conveniência, entre os enfermeiros que atuavam no hospital por período superior a um ano, oriundos de diferentes clínicas, setores e turnos (manhã, tarde e noite).
- b) Oito professores da PUCPR, incluídos por acompanharem estágio curricular do curso de Enfermagem no HUC, nas diferentes clínicas de cuidado.
- c) Vinte enfermeiros do HULW, incluídos por terem participado da construção do banco de termos de linguagem especial de enfermagem do referido hospital.

Pela característica da amostra de participantes, não foram aplicados critérios de exclusão.

Para seleção dos enfermeiros do HUC, foi realizada uma reunião com enfermeiros assistenciais, coordenações e gerente de enfermagem, na própria instituição, na qual a pesquisadora do projeto matriz e o pesquisador deste estudo apresentaram os resultados parciais do projeto de pesquisa. No fim da reunião, foi solicitado o contato eletrônico dos 14 enfermeiros presentes, para os quais foi enviado o instrumento de coleta de dados.

Para seleção dos outros enfermeiros do HUC, foi aplicada a técnica “bola de neve”, realizada por um processo no qual, após a seleção de poucos participantes para a pesquisa, estes são estimulados a indicar outros sujeitos com os mesmos critérios de inclusão. Baldin e Munhoz (2011) descrevem a técnica metodológica *snowball* (“bola de neve”) como uma estratégia de amostra que utiliza uma corrente de referência, uma espécie de rede, em que o informante-chave é o motivador para indicar os próximos participantes.

Esse método foi utilizado e modificado em alguns estudos (ANASTASI et al., 2015; SMITH; COA; KLASSEN, 2016). Para garantir a adequada aplicação da técnica e assegurar sua efetividade, os pesquisadores buscaram novos informantes-chave para manter a homogeneidade dos sujeitos e setores (COTT et al., 2016). Essa adequação também foi realizada neste estudo, com a busca ativa e abordagem pessoal das coordenações de diferentes setores e turnos no HUC.

Para seleção dos docentes, foi identificado seu endereço eletrônico por meio do *site* da instituição (PUCPR, 2015). Por fim, para seleção dos enfermeiros do HULW, foi solicitada sua indicação, de forma intencional, por docente pesquisador do PPGENF da UFPB.

Para todos os participantes selecionados, foi enviada uma mensagem eletrônica com carta-convite (Apêndice A), contendo: a identificação dos pesquisadores, o título e objetivo do estudo. Aos que aceitaram participar, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Dos 68 convidados, 47 iniciaram a pesquisa e 36 concluíram. Desse modo, o total da amostra foi constituído por 36 participantes, sendo 20 do HUC, 12 do HULW e quatro docentes da PUCPR.

3.4 COLETA, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta foi realizada entre os dias 23 de outubro de 2015 e 13 de fevereiro de 2016, por meio de um formulário digital² elaborado no *software* Qualtrics®, que continha os 15 termos e respectivas definições (Apêndice C).

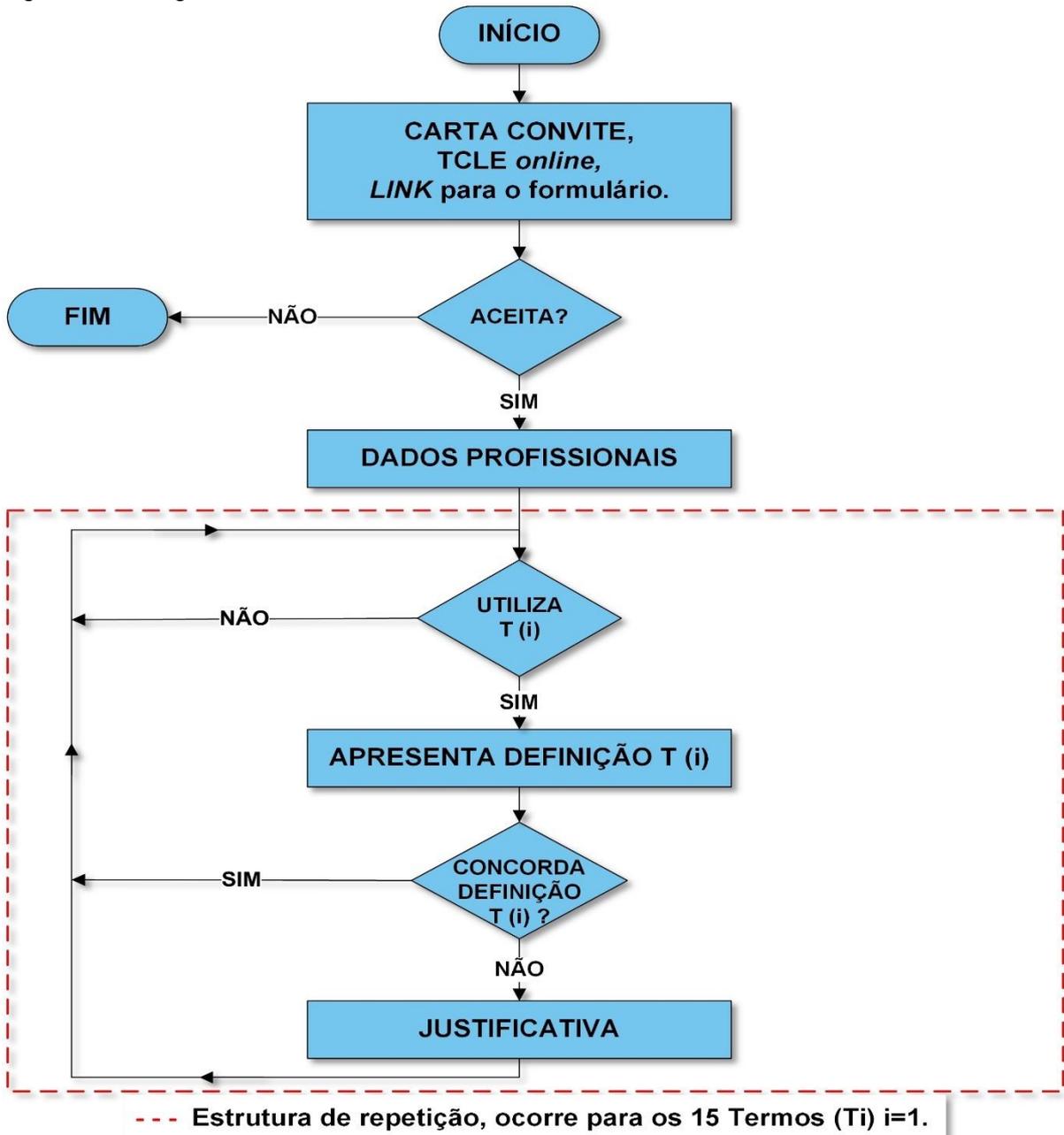
O *software* Qualtrics® é um ambiente básico de pesquisa *on-line* que possibilita configurar pesquisas refinadas e compilar os resultados. É uma plataforma intuitiva e fornece ferramentas que tornam o processo de construção mais eficaz. Normalmente, a pesquisa é desenvolvida pela adição de perguntas que podem incluir textos ou imagens, sendo organizadas em blocos individuais ou com quebra de páginas (BARNHOORN et al., 2015). Os dados podem ser coletados mediante relatórios parciais ou totais e exportados em pacotes do programa Microsoft® Office e/ou *Portable Document Format* (PDF).

Foi realizado um teste-piloto do formulário com 13 membros do Grupo de Pesquisa em Sistemas Classificatórios para as Práticas de Enfermagem e Ontologias do PPGTS da PUCPR e uma especialista do Centro CIPE® Brasil, da UFPB. O formulário digital poderia ser respondido por meio de qualquer aparelho eletrônico (*smartphone*, celular, *tablet*, *notebook*, computador) com acesso à internet e *e-mail*.

O fluxo para a coleta dos dados é representado na Figura 5.

² Disponível em: <https://pucpr.co1.qualtrics.com/SE/?SID=SV_a5iOvETnjGPxcNv>.

Figura 5 – Fluxograma da coleta dos dados.



Fonte: o autor (2016).

Ao iniciar o preenchimento do formulário, os participantes responderam as questões de identificação (instituição em que trabalham, setor, tempo de atuação na instituição e ocupação). Na sequência, foi apresentado isoladamente cada termo e solicitada a indicação de sua utilização na prática do participante. Se a resposta fosse positiva, era apresentada a definição proposta por Pleis (2015). Os participantes informavam sua concordância ou não com a definição apresentada, por meio de perguntas elaboradas com base nos princípios de redações terminológicas de Pavel e Nolet (2002), descritos na revisão de literatura desta dissertação. Em caso de não

concordância com um dos princípios, abria-se um espaço para justificativa ou sugestões. No Quadro 2, encontra-se um exemplo desse processo.

Quadro 2 – Exemplo da estrutura de organização das perguntas desenvolvidas no Qualtrics®, segundo a utilização do termo, sua definição, concordância por princípios e justificativa de não concordância.

02 - Você utiliza o Termo “EQUIMOSE” em sua evolução de Enfermagem?		
<input type="checkbox"/> SIM		
<input type="checkbox"/> NÃO		
Lógica de salto:		
Se NÃO é Selecionado, Então ir para 03 - Você utiliza o Termo “ANASARCA”...		
Se SIM é Selecionado, Então ir para 2.1- A Equimose é um tipo de Sangramento...		
2.1 - A Equimose é um tipo de Sangramento, que foi definida como: Mancha escura ou azulada na pele provocada por extravasamento de sangue no tecido subcutâneo, com ausência de edema, em decorrência de lesão ou ruptura de pequenos vasos sanguíneos.		
Responda se você concorda ou não com os itens relacionados abaixo.	CONCORDO	NÃO CONCORDO
1. Equimose é um tipo de Sangramento.	()	()
2. A definição é sintética e clara.	()	()
3. A frase diz o que é o conceito.	()	()
4. A definição não indica outra definição que, por sua vez, referencia novamente à primeira definição.	()	()
5. A definição descreve o conceito, não sendo apenas uma explicação do termo.	()	()
Lógica de exibição:		
Se NÃO CONCORDO é Selecionado, Então Justifique sua não concordância com 2.1 - A Equimose é um tipo de Sangramento...		
Se CONCORDO é Selecionado, Então ir para 03 - Você utiliza o Termo “ANASARCA”...		
2.3 - Justifique sua não concordância:		
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
Intervalo de página.		

Fonte: o autor (2016).

Os dados foram avaliados utilizando a proporção de concordância geral de utilização entre os enfermeiros e o IVC geral e por princípio (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). A proporção de concordância geral de utilização foi calculada pela somatória de participantes que concordaram e dividida pelo total de participantes, multiplicado por 100. Já o IVC foi calculado pelo total de respostas positivas, geral e por princípio, divididas pelo total de respostas. Foram considerados para análise de IVC os termos cujo índice de concordância geral de utilização fosse $\geq 80\%$. Foi considerada válida a definição de termos cujo IVC alcançou índice $\geq 0,80$.

As respostas foram analisadas pela proporção de concordância geral de utilização, segundo as variáveis: instituição de origem, tempo de atuação e ocupação. Ainda, as justificativas e sugestões oferecidas pelos participantes foram categorizadas, segundo seu conteúdo, em: não se aplica ao termo, irrelevantes, pouco

relevantes e relevantes. Essa categorização foi realizada por três avaliadores de forma independente: o autor desta dissertação, uma mestranda e uma aluna de iniciação científica, ambas vinculadas ao grupo de pesquisa que desenvolve o projeto matriz; posteriormente, os resultados da categorização foram discutidos pelos envolvidos e pela pesquisadora do projeto matriz.

Os resultados foram analisados à luz da literatura disponível sobre o tema.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto matriz ao qual esta pesquisa está vinculada foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCPR, sob parecer nº 93661, de 13 de setembro de 2012 (Anexo B), atendendo à Resolução CNS nº 466/2012.

3.6 FONTES DE FINANCIAMENTO

O projeto matriz possui financiamento oriundo do Edital Universal nº 14/2014 (Faixa B), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 445954/2014-0.

A pesquisadora principal do projeto matriz possui concessão de bolsa produtividade em pesquisa (21/2012), da Fundação Araucária, processo nº 574/2014. Tal concessão permitiu bolsa de isenção de mensalidade ao autor desta dissertação, por ato normativo da PUCPR específico para essa tipologia de concessão.

4 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa estão apresentados em quatro subseções: a primeira está relacionada à identificação e distribuição dos participantes (instituição em que trabalham, setor, tempo de atuação na instituição e ocupação); a segunda apresenta a proporção de concordância de utilização dos termos; a terceira, a validação da definição dos termos; e a última, a categorização das justificativas descritas quanto à não concordância em relação aos princípios.

4.1 IDENTIFICAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES

A amostra de participantes correspondeu a 53% do universo selecionado, sendo 50% do universo dos enfermeiros do HUC, 60% do HULW e 50% dos docentes da PUCPR. O quantitativo foi, em sua maioria, enfermeiros assistenciais do HUC, com mais de dois anos de atuação na instituição, tendo havido disparidade na distribuição das áreas de atuação dos participantes, sendo a UTI e a docência as áreas mais representativas.

Quando questionados sobre a ocupação profissional na instituição em que trabalham, 28 dos 36 participantes responderam ser enfermeiros assistenciais e oito, docentes. Em relação à variável tempo de atuação na instituição, oito atuavam entre um e dois anos e 28, acima de dois anos.

A distribuição das variáveis de identificação entre os participantes está disposta na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição absoluta e relativa das variáveis de identificação dos participantes da pesquisa.

Variável	N = 36	%
Instituição em que trabalha		
HUC	20	56
HULW	12	33
PUCPR	4	11
Ocupação profissional na instituição		
Enfermeiro assistencial	28	78
Enfermeiro docente	8	22
Tempo de atuação na instituição		
Acima de dois anos	28	78
Entre um e dois anos	8	22

Fonte: o autor (2016).

Houve distribuição dos sujeitos da pesquisa em 13 diferentes áreas de atuação, tendo a UTI apresentado o maior número de participantes, seguida da docência (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição absoluta e relativa do setor de atuação dos participantes.

Área de atuação	N = 36	%
UTI	9	25,0
Docência	8	22,2
NECIH	3	8,3
Ortopedia	3	8,3
Clínica médica	2	5,6
Neurologia	2	5,6
Pediatria	2	5,6
Clínica cirúrgica	1	2,8
Clínica cirúrgica e educação continuada	1	2,8
CCIH	1	2,8
Cirurgia/endoscopia	1	2,8
Endoscopia	1	2,8
Pré-natal de alto risco	1	2,8
Pronto-socorro	1	2,8

Fonte: o autor (2016).

Nota: NECIH: Núcleo de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar
CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

4.2 UTILIZAÇÃO DOS TERMOS

Três termos atingiram a proporção de concordância geral de utilização para continuar o processo de análise: “anasarca”, “equimose” e “posição de *Fowler*”. Por sua vez, o termo “agonia” obteve a menor proporção de concordância de utilização, enquanto agora, ampola, colar cervical, esvaziar, maca, serviço de fonoaudiologia, tracionar e via cistostomia atingiram proporção de concordância geral de utilização entre 50,6% e 72,2%. Os termos “berço”, “concussão” e “unidade de cirurgia” obtiveram proporção de concordância abaixo de 50% (Tabela 3).

Tabela 3 – Proporção de concordância geral dos participantes sobre utilização dos termos identificados em registro eletrônico de evolução do paciente.

Termo	%
Agonia	25,0
Agora	55,6
Ampola	66,7
Anasarca	91,7
Berço	33,3
Colar cervical	66,7
Concussão	33,3
Equimose	83,3
Esvaziar	72,2
Maca	69,4
Posição de Fowler	86,1
Serviço de fonoaudiologia	58,3
Tracionar	69,4
Unidade de cirurgia	47,2
Via cistostomia	63,9

Fonte: o autor (2016).

Quanto à proporção de concordância de utilização por instituição de origem, os enfermeiros do HUC reconheceram o uso dos termos “anasarca”, “colar cervical”, “equimose” e “tracionar”, porém, não o de posição de *Fowler*, que, com esvaziar, ficou próximo à proporção esperada para continuidade de análise. Os enfermeiros desse hospital atribuíram menor utilização, com igual porcentagem, a berço e agonia.

Igualmente, os enfermeiros do HULW reconheceram os termos citados, cuja proporção de concordância geral foi $\geq 80\%$, além do uso dos termos “ampola”, “esvaziar” e “maca”. Concussão não obteve indicativo de uso e agonia obteve a segunda menor concordância. Por fim, os docentes da PUCPR reconheceram os mesmos termos, cuja proporção de concordância geral foi $\geq 80\%$, e não atribuíram utilização para agonia, berço e esvaziar (Tabela 4).

Tabela 4 – Proporção de concordância sobre utilização, por instituição de origem dos participantes, dos termos identificados em registro eletrônico de evolução do paciente.

Termo	HUC (n = 20) (%)	HULW (n = 12) (%)	PUCPR (n = 4) (%)
Agonia	35,0	16,7	0,0
Agora	65,0	50,0	25,0
Ampola	65,0	83,3	25,0
Anasarca	90,0	91,7	100,0
Berço	35,0	41,7	0,0
Colar cervical	80,0	41,7	75,0
Concussão	50,0	0,0	50,0
Equimose	80,0	83,3	100,0
Esvaziar	75,0	91,7	0,0
Maca	60,0	91,7	50,0
Posição de Fowler	75,0	100,0	100,0
Serviço de fonoaudiologia	60,0	58,3	50,0
Tracionar	90,0	50,0	25,0
Unidade de cirurgia	45,0	50,0	50,0
Via cistostomia	70,0	58,3	50,0

Fonte: o autor (2016).

Ao separar as variáveis tempo de atuação na instituição e ocupação, houve manutenção da proporção de concordância geral de utilização dos três termos com índice $\geq 80\%$; “agonia” também conservou a menor porcentagem de concordância (Tabela 5). Entretanto, enfermeiros com tempo de atuação na instituição entre um e dois anos reconheceram a utilização de mais seis termos: “agora”, “colar cervical”, “esvaziar”, “maca”, “tracionar” e “via cistostomia”.

Tabela 5 – Proporção de concordância sobre a utilização, por tempo de atuação na instituição e ocupação, dos termos identificados em registro eletrônico de evolução do paciente.

Termo	Tempo de atuação na instituição		Ocupação	
	Entre um e dois anos (n = 8) (%)	Acima de dois anos (n = 28) (%)	Assistencial (n = 28) (%)	Ensino (n = 8) (%)
Agonia	37,5	21,4	25,0	25,0
Agora	87,5	46,4	60,7	37,5
Ampola	62,5	67,9	71,4	50,0
Anasarca	100,0	89,3	89,3	100,0
Berço	37,5	32,1	35,7	25,0
Colar cervical	87,5	60,7	64,3	75,0
Concussão	62,5	25,0	35,7	25,0
Equimose	87,5	82,1	82,1	87,5
Esvaziar	100,0	64,3	78,6	50,0
Maca	87,5	64,3	71,4	62,5
Posição de Fowler	100,0	82,1	82,1	100,0
Serviço de fonoaudiologia	75,0	53,6	60,7	50,0
Tracionar	100,0	60,7	75,0	50,0
Unidade de cirurgia	62,5	42,9	46,4	50,0
Via cistostomia	87,5	57,1	71,4	37,5

Fonte: o autor (2016).

4.3 VALIDAÇÃO DOS TERMOS

Quanto à validação do conceito dos termos, no IVC geral (Tabela 6), a definição de posição de *Fowler* não alcançou índice $\geq 0,80$, tendo sido validado apenas no princípio de previsibilidade. Já o termo “anasarca” obteve IVC acima de 0,90 para todos os princípios e equimose não atingiu IVC para validação no princípio de não circularidade. Quando separados por princípios, esses três termos mantiveram IVC $\geq 0,80$.

Tabela 6 – IVC para o conceito dos termos “anasarca”, “equimose” e “posição de *Fowler*”, segundo os princípios de definições terminológicas e geral.

Princípio	Anasarca (n = 33)	Equimose (n = 30)	Posição de <i>Fowler</i> (n = 31)	Por princípio
Previsibilidade	1,00	0,93	1,00	0,98
Simplicidade	0,97	0,93	0,55	0,82
Enunciado afirmativo	1,00	0,97	0,58	0,85
Não circularidade	0,91	0,77	0,71	0,80
Ausência de tautologia	1,00	0,90	0,52	0,81
Geral	0,98	0,90	0,67	-

Fonte: o autor (2016).

Considerando apenas os participantes do HUC (n = 20), o conceito de anasarca, colar cervical, equimose e tracionar alcançou IVC geral $> 0,90$. A definição de colar cervical, por exemplo, obteve IVC de 1,00 em todos os princípios, enquanto as demais definições mantiveram-se com IVC geral acima de 0,90. O princípio da previsibilidade obteve IVC de 1,00 para o conceito dos quatro termos citados (Tabela 7).

Tabela 7 – IVC para o conceito dos termos “anasarca”, “colar cervical”, “equimose” e “tracionar”, segundo os princípios de definições terminológicas e geral (HUC – n = 20).

Princípio	Anasarca	Colar cervical	Equimose	Tracionar	Por princípio
Previsibilidade	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Simplicidade	1,00	1,00	0,88	0,83	0,93
Enunciado afirmativo	1,00	1,00	1,00	0,94	0,99
Não circularidade	0,94	1,00	0,81	1,00	0,94
Ausência de tautologia	1,00	1,00	0,88	1,00	0,97
Geral	0,99	1,00	0,91	0,95	-

Fonte: o autor (2016).

4.4 CATEGORIZAÇÃO DAS JUSTIFICATIVAS

Foram realizadas 87 justificativas, sendo:

- f) doze que não se aplicaram à definição do termo;
- g) sessenta e quatro que foram consideradas irrelevantes para correção ou melhoria das definições;
- h) duas que foram consideradas pouco relevantes;
- i) nove que foram consideradas relevantes.

Obteve justificativas relevantes a definição dos termos “ampola”, “anasarca”, “berço”, “maca” e “unidade de cirurgia”, as quais estão dispostas no Quadro 3.

Quadro 3 – Justificativas dos participantes descritas no instrumento de coleta, categorizadas como relevantes.

Termo	Justificativa
Ampola	O termo pode ser colocado no eixo meio, mas também localização. Eixo meio: recipiente totalmente fechado e sem abertura, que pode ser utilizado para aspirar ou injetar líquido ou fluido. Eixo localização: via corporal localizada na porção final do reto.
Anasarca	Há uma redundância na definição. Sendo um edema generalizado, não há necessidade de inserir “sem especificação de localidades do corpo”.
Berço	Pensar em “recém-nascidos após o nascimento” é redundante.
	Não necessariamente para uso exclusivo de recém-nascidos.
	A acomodação não é utilizada apenas para recém-nascidos. Nas unidades de pediatria que recebem em sua maioria crianças menores de cinco anos, os berços são acomodações necessárias.
Maca	Pensando em doentes e/ou feridos, porém a maca pode ser utilizada durante a realização de exames de rotina.
	Pode transportar pacientes saudáveis para realização de exames.
	Existem macas sem rodas.
Unidade de cirurgia	De acordo com o Ministério da Saúde, unidade de centro cirúrgico é destinada a atividades cirúrgicas, bem como recuperação pós-anestésica e pós-operatório imediato.

Fonte: o autor (2016).

Como verificado, o termo “ampola” recebeu sugestões de correção quanto à ambiguidade, visto poder estar nos eixos meio (relacionada, por exemplo, à ampola de medicação) e localização (no caso, ampola retal). Já anasarca e berço receberam considerações acerca de redundância na definição. Além disso, na definição do último, foi apontado que esse equipamento não é utilizado apenas para recém-nascidos.

Na definição de maca, foi sugerida a retirada da utilização apenas por pacientes doentes ou feridos, referindo à sua utilização também por indivíduos saudáveis. Ainda de

acordo com uma das sugestões, a definição deve considerar também macas fixas, ou seja, equipamentos sem rodas, utilizados na prática de enfermagem.

Finalmente, para a definição do termo “unidade de cirurgia”, foi sugerido um maior detalhamento, considerando que essa unidade se destina também à assistência a pacientes em recuperação pós-anestésica e pós-operatório imediato, não se limitando a intervenções cirúrgicas.

5 DISCUSSÃO

Uma pesquisa que utilizou a metodologia do envio de questionários *on-line* obteve um índice de retorno de 25,2% e foi considerada satisfatória (VIEIRA; CASTRO; SCHUCH JR, 2010). Por outro lado, apesar de utilizar o envio de questionário *on-line* com o objetivo de reduzir o tempo para a coleta dos dados, outra pesquisa encontrou dificuldades na demora por parte dos participantes para responder ao questionário e na falta de retorno. Enfatiza-se, nesse sentido, a importância de eles entenderem a relevância de sua participação nesses estudos (SILVA et al., 2009).

Com uma taxa de aproveitamento das respostas de 67% e uma temporalidade de coleta de dados de aproximadamente 60 dias, pesquisadores observaram possíveis limitações do questionário *on-line*, como a supressão dos analfabetos digitais, a impossibilidade de auxiliar o participante quando este não compreende alguma questão e o impedimento do conhecimento das circunstâncias em que o instrumento foi respondido (FALEIROS et al., 2016). Ainda sobre questionários, apesar das desvantagens, como o baixo índice de retorno dos convidados e o reenvio do convite, há benefícios proporcionados pelos meios virtuais, que tornam o questionário disponível para acesso a qualquer hora e lugar, além da facilidade e comodidade quanto ao reenvio do convite, à localização do tutor e à importação, sistematização e análise dos dados (MILL; FIDALGO, 2007).

Quanto ao termo posição de *Fowler*, foi reconhecido pelos participantes como de uso na prática assistencial. Esse reconhecimento pode ser justificado pelo fato de a posição ser utilizada para facilitar a expansão do tórax e, conseqüentemente, a expansão pulmonar, sendo comum no cuidado de pacientes com problemas respiratórios e cardíacos, nos cuidados na execução de procedimentos de enfermagem (como inserção de cateteres nasogástricos, nasoenterais e infusão de dietas) e em posicionamentos cirúrgicos (UNAMUNO; MARCHINI, 2002).

Na CIPE[®], entre outros tipos de posição corporal, identificam-se as posições supina (ou decúbito dorsal), Tredelenburg e prona (ou decúbito ventral) (GARCIA, 2015), todas frequentemente utilizadas na prática assistencial. Uma vez que diferentes tipos de posição corporal são empregados em distintas intervenções para obter variados RE, torna-se importante a inclusão de outras posições, como a de *Fowler*, em uma terminologia internacional da prática de enfermagem.

Em relação à utilização do termo “anasarca”, é necessário discutir a similaridade entre termos utilizados na prática profissional. Pesquisa que identificou DE para clientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas apontou o termo “edema generalizado” como um dos principais DE evidenciados (ANDRADE et al., 2013). Ao considerar anasarca uma retenção hídrica, cuja definição remete ao edema generalizado, é possível concluir que os dois termos podem ser utilizados como sinônimos, remetendo, assim, ao mesmo fenômeno de enfermagem. A ausência dos termos em uma terminologia como a CIPE® dificulta a representação da amplitude e da especificidade das ações da enfermagem, pois são diversificadas as intervenções propostas para diferentes tipos de edema (periférico, linfático, transudativo e generalizado).

Quanto ao termo “equimose”, ao remeter à estrutura combinatória da CIPE®, poderia ser representado por termos de dois eixos distintos: sangramento (eixo foco) e tecido subcutâneo (eixo localização), o que resultaria na composição do DE sangramento em tecido subcutâneo. Embora passível de elaboração, essa forma de registro e de linguagem diagnóstica não é comum na prática.

Com base em estudo que demonstrou que a equimose é uma das complicações vasculares mais prevalentes após procedimentos vasculares (COVELLO et al., 2011) e na característica da clientela do HUC, cujos pacientes politraumatizados são submetidos a exames e procedimentos com invasão vascular para auxiliar no diagnóstico e tratamento, o reconhecimento da utilidade do termo reforça o perfil de atendimento do hospital que originou a base empírica do estudo.

Por sua vez, o termo “agonia” obteve a menor proporção de concordância geral de utilização. Dissertação portuguesa que abordou a dificuldade que a enfermagem possui para elaborar o diagnóstico de estado de agonia apontou que fatores entre a equipe e o doente, entre a equipe e a família e os centrados na equipe multidisciplinar funcionam como obstáculos para o reconhecimento e a aceitação da condição do paciente em agonia. Considera-se que a identificação do processo que antecede a morte é uma frustração profissional, pois os enfermeiros sentem-se impotentes frente às necessidades dos doentes nesse momento (CARLOTO, 2012).

De fato, a conclusão apresentada em uma revisão de literatura corrobora os fatores citados pela dissertação portuguesa e acrescenta que há um despreparo profissional perante o processo de morrer e que o tema, até então, não era considerado relevante para a academia (FREITAS et al., 2016). Esse conjunto de

evidências pode ser a justificativa para que enfermeiros não reconheçam a utilização do termo. Entretanto, ele é listado como uma das características definidoras afetivas para o diagnóstico de ansiedade na NANDA-I (2010), podendo ser utilizado, de forma limitada, no DE ansiedade em face da morte, disponível na CIPE® (GARCIA, 2015).

Ressalta-se que o reconhecimento diferenciado para uso de termos pelos participantes dos distintos hospitais pode ser justificado pela tipologia de usuários e morbidades assistidas pela instituição. Desse modo, os enfermeiros oriundos do HUC tendem a identificar termos específicos para a assistência ao trauma.

Quanto aos termos referentes a equipamentos, estudo realizado em um hospital privado da região sul do país evidenciou que a maioria dos participantes enfermeiros tem compreensão da importância do uso correto do colar cervical em pacientes politraumatizados. A maca também foi um equipamento identificado pelos participantes desse mesmo estudo como um dispositivo utilizado na prática profissional (MATTOS; SILVÉRIO, 2012), reforçando o emprego desses termos pelos enfermeiros. No entanto, equipamentos como ampola, colar cervical e maca, utilizados rotineiramente nos cuidados de enfermagem, podem não ser devidamente reconhecidos como termos a ser incluídos em terminologias da profissão e, portanto, subsumidos nos registros de enfermagem.

Ao analisar que a enfermagem é responsável pela manipulação de materiais de consumo no hospital e que o registro de seu uso é fundamental para auditoria, a anotação adequada da utilização de equipamentos e materiais pode refletir no impacto financeiro da instituição (GUERRER; LIMA; CASTILHO, 2015). Entretanto, equipamentos e materiais podem ser objeto de registro em documentos administrativos e, por mais que constem no registro de evolução dos pacientes, talvez sejam confundidos com os registros administrativos e não reconhecidos como termos de sua prática em evoluções.

Ainda, ao discutir sobre a questão dos meios de transporte intra-hospitalar de paciente crítico, um estudo concluiu que houve observação da falta de registro antes e depois do procedimento (PEDREIRA et al., 2014). Desse modo, entende-se que o termo “maca” deve ser incluído em registros que confirmem sua adequação para a segurança do paciente.

Os termos “tracionar” e “esvaziar” refletem ações da prática de enfermagem, podendo o primeiro ser empregado em intervenções como tracionar cateteres gastrointestinais e drenos e em situações de traumas musculoesqueléticos, em casos

de tração de fraturas. Esse emprego remete à discussão de que o termo caracteriza a prática da enfermagem em um ambiente com ênfase no atendimento ao trauma. Outra forma de uso do termo pode ser verificada em ocasiões em que a tração é causada pelo próprio paciente, envolvendo dispositivos utilizados na prática assistencial: drenos, cateteres e tubos.

Em estudo qualitativo que objetivou refletir sobre o papel da enfermagem no cuidado ao paciente com cateter venoso central de inserção periférica, o termo referido foi identificado na fala de participantes com relação aos conhecimentos que possuíam acerca desse dispositivo, evidenciando que o manuseio deve contemplar cuidados para não tracionar o cateter (STOCCO et al., 2011).

Já o termo “esvaziar” é utilizado na prática de enfermagem em situações que envolvem a ação de esvaziar dispositivos coletores de fluidos corporais, como frascos de aspiração, cateteres vesicais de demora, drenos e estomias, o que demonstra a importância da inserção desse termo em uma classificação universal. Na CIPE®, o termo “extrair” refere-se a limpar, fazer alguma coisa sair ou fluir (GARCIA, 2015). Pode, em parte, estar relacionado ao termo “esvaziar”, pois em dicionário de língua portuguesa seu significado é “retirar o conteúdo de alguma coisa” (HOUAISS, 2009, p. 846).

No padrão de registro utilizado pelo HULW, está incluído o termo “esvaziar” (NÓBREGA, 2011), o que pode justificar o reconhecimento desse termo pelos profissionais do referido hospital. Por sua vez, esvaziar foi utilizado em intervenções de enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas. De fato, a intervenção de esvaziamento do coletor do dreno foi elencada para evitar complicações e contribuir para a recuperação dessa clientela (BARRETO et al., 2008). Do mesmo modo, estudo que objetivou validar termos de enfermagem para a área de reabilitação físico-motora identificou os termos: técnicas de esvaziamento da bexiga e manobras de esvaziamento vesical (SOUZA et al., 2015), o que confirma a relevância da ação de esvaziar nas diversas especialidades do cuidado de enfermagem.

Ao analisar os resultados da utilização de termos relacionados ao tempo de atuação, verificou-se que os enfermeiros com menor tempo de atuação reconheceram termos dos eixos tempo, meio, ação e localização, enquanto aqueles com maior tempo de atuação reconheceram a utilização de termos que representam os eixos foco e localização e não os dos eixos ação, meio e tempo.

Compreendendo que o plano de cuidados é elaborado com a inclusão de termos dos eixos ação, meio e tempo, seu não reconhecimento pode implicar registros incompletos, fragilizando o processo de enfermagem. Tal fato foi indicado por estudo que analisou registros de enfermagem em prontuários num hospital privado, o qual identificou que 61% dos prontuários analisados não apresentavam plano de cuidados (MORAIS et al., 2015).

Nesse sentido, a validação da definição dos termos “anasarca” e “equimose”, com índices superiores a 0,90, pode remeter à sua importância para representar a prática de enfermagem. Por outro lado, os enfermeiros, apesar de reconhecerem a inserção do termo “posição de *Fowler*” em uma hierarquia terminológica, não identificaram os outros princípios de redação terminológica na definição apresentada. Tal resultado corrobora pesquisa que discutiu a definição dos termos utilizada na CIPE®, considerando algumas delas concisas e pouco detalhadas, o que dificulta seu entendimento (SOUZA et al., 2015).

Os princípios de ausência de tautologia e simplicidade podem ser os responsáveis pela não validação da definição³ do termo “posição de *Fowler*”, indicando que as definições elaboradas para termos da prática de enfermagem não devem se limitar apenas à sua explicação, mas descrever o conceito⁴ de forma concisa e clara. No entanto, ao analisar a validação da definição dos termos pelos participantes do HUC, observou-se que o princípio de ausência de tautologia alcançou $IVC > 0,80$ para todos os termos cujo uso foi reconhecido por esse grupo. Isso remete à discussão de que termos dos eixos foco, meio e ação (anasarca, colar cervical, equimose e tracionar) não necessitam de definições muito detalhadas para serem validados. Entretanto, esse é um resultado contraditório para o termo do eixo localização (posição de *Fowler*).

Ademais, embora a validação de conteúdo por especialistas seja considerada um processo complexo, ela não garante a representação do verdadeiro conteúdo do termo. Nesse sentido, autores sugerem que essa etapa é uma pré-análise, antecedente à validação clínica (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013). Essa pré-etapa foi identificada em uma pesquisa que incluiu dez enfermeiros assistenciais e três

³ “1. Fórmula lexicográfica que explica o conceito designado por um termo. Exemplo: definição terminológica. [...]” (PAVEL; NOLET, 2002, p. 119).

⁴ “Unidade de conhecimento constituída por abstração, com base em um conjunto de traços ou características comuns, atribuídas a uma classe de objetos, de relações ou de entidades” (Ibid., p.117).

docentes atuantes no cenário de estudo, para validação de afirmativas de DE. Os participantes avaliaram se as afirmativas eram aplicáveis à área em que atuavam e se as utilizavam para avaliação dos pacientes; quando não concordavam, eram requisitadas sugestões para adequações (ANDRADE et al., 2013).

Com relação às justificativas apresentadas pelos participantes, o termo “ampola” recebeu sugestões de correção quanto à ambiguidade lexical. Segundo Cotanda (2014), a polissemia é um fenômeno frequente no cotidiano e, quando ocorre na utilização de termos, seus efeitos são negativos, pois não assegura que tenham seu significado interpretado de forma correta pelos que buscam se comunicar. Na enfermagem, a incipiência ao utilizar alguns termos vistos de forma equivocada como sinônimos propicia confusão conceitual, dificultando a compreensão de aspectos teóricos (FAVERO; WALL; LACERDA, 2013).

Os termos “anasarca” e “berço” receberam argumentos em relação à redundância em sua definição. Na CIPE®, desde a primeira versão, sua evolução passou por muitas modificações e algumas correspondem ao objetivo da redução de redundâncias e ambiguidades (CUBAS et al., 2011). Assim, justifica-se a iniciativa da elaboração de definições para os diversos conceitos utilizados na área da enfermagem, de modo a aumentar o conhecimento, o entendimento e a compreensão dos próprios conceitos da disciplina, fundamentais para o crescimento da profissão (FAVERO; WALL; LACERDA, 2013). Torna-se importante, para tanto, o desenvolvimento de pesquisas que possibilitem a inclusão de novos termos na CIPE®. Com a finalidade de atender às diversidades culturais da prática de enfermagem em diferentes países, o CIE tem aplicado esforços para o desenvolvimento e consistência dessa classificação (SILVA et al., 2015).

Por fim, destaca-se que a principal função de um conceito é possibilitar uma comunicação efetiva, podendo ser baseado na experiência, percebido pelos sentidos ou meramente especulativo. Frente a essas particularidades conceituais, denota-se a necessidade da análise conceitual. Atualizações nesse campo na prática da enfermagem favorecem o esclarecimento desses conceitos, a organização do conhecimento e sua aplicação nesse panorama. Além disso, mediante a compreensão de que um conceito advém da prática rotineira da enfermagem, sua análise consecutiva permite a troca de saberes, a elucidação de métodos científicos e a explanação do universo da enfermagem (FERNANDES et al., 2011).

Nesse sentido, estudo que realizou a análise de um conceito utilizado na prática de enfermagem, com o objetivo de torná-lo claro, permitiu ampliar o entendimento acerca dele, além de amparar sua utilização no processo de enfermagem. O mesmo estudo salientou a importância de unificar o conhecimento teórico ao conhecimento da prática profissional do enfermeiro, por meio de pesquisas nesse âmbito (GOMES; FERNANDES; NÓBREGA, 2016).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os termos “anasarca” e “equimose” tiveram seu conceito validado por meio das definições construídas segundo os princípios de redação terminológica de Pavel e Nolet (2002), enquanto posição de *Fowler* não foi validado, devido ao seu parco detalhamento. Ainda, os enfermeiros reconheceram a utilização desses três termos para registro dos elementos da prática de enfermagem, porém o termo “agonia” não foi reconhecido, obtendo o menor índice de concordância no reconhecimento de utilização.

Quanto às variáveis, ocupação não interferiu no resultado; no entanto, enfermeiros com menor tempo de atuação na instituição reconheceram a utilização de mais seis termos: agora, colar cervical, esvaziar, maca, tracionar e via cistostomia, lembrando que o reconhecimento da utilização de termos da prática profissional é condicionado pelas características da instituição em que os enfermeiros atuam, o que pode implicar a validação dos respectivos conceitos.

Verificou-se, também, que ao elaborar definições é necessário preocupar-se com o emprego de palavras ambíguas e redundantes, o que pode comprometer a validação de uma definição. Outrossim, para a estrutura da CIPE[®], as definições elaboradas para termos do eixo localização necessitam de maior detalhamento, considerando a definição do termo “posição de *Fowler*” e as sugestões apresentadas para o termo “unidade de cirurgia”.

Finalmente, concluiu-se que a validação por profissionais assistenciais é de extrema importância para que os enfermeiros possam reconhecer sua própria linguagem e atribuir significado a ela, uma vez que a utilização de diferentes termos para descrever distintos fenômenos pode implicar o desenvolvimento da enfermagem como disciplina.

6.1 LIMITES DO ESTUDO E ESTUDOS FUTUROS

As limitações deste estudo pautaram-se no critério de inclusão, que poderia ser expandido aos profissionais com tempo de atuação na instituição acima de seis meses, para obter um número maior de participantes, como também na pouca familiaridade dos participantes com a CIPE[®].

Diante disso, sugere-se a realização de outra rodada de análise para complementar as definições elaboradas de acordo com as justificativas apresentadas pelos participantes durante o processo de validação, podendo resultar na validação de um maior número de conceitos.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2015.
- ALMEIDA, G. M. B. A teoria comunicativa da terminologia e a sua prática. **Alfa**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 85-101, 2006.
- ANASTASI, E. et al. Losing women along the path to safe motherhood: why is there such a gap between women's use of antenatal care and skilled birth attendance? A mixed methods study in northern Uganda. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 15, n. 1, p. 1, 2015.
- ANDRADE, L. L. et al. Diagnósticos de enfermagem para clientes hospitalizados em uma clínica de doenças infectocontagiosas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 448-455, 2013.
- BALDIN, N.; MUNHOZ, E. *Snowball* (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 10. 2011, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Champagnat, 2011.
- BARNHOORN, J. S. et al. QRTEngine: an easy solution for running online reaction time experiments using Qualtrics. **Behavior Research Methods**, v. 47, n. 4, p. 918-929, 2015.
- BARRA, D. C. C.; DAL SASSO, G. T. M. Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 6, p. 1141-1149, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672011000600023&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 maio 2015.
- BARROS, L. A. Aspectos epistemológicos e perspectivas científicas da terminologia. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 22-26, jun. 2006. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252006000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 set. 2016.
- BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- BUUS, N.; HAMILTON, B. E. Social science and linguistic text analysis of nurses' records: a systematic review and critique. **Nursing Inquiry**, v. 23, n. 1, p. 64-77, 2016.
- CANÊO, P. K.; RONDINA, J. M. Prontuário eletrônico do paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. **Journal of Health Informatics**, v. 6, n. 2, p. 67-

71, Apr./June 2014. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/289/197>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

CARLOTO, C. **Estado de agonia**: obstáculos ao seu diagnóstico clínico. 2012. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1490/1/Agonia,%20obstaculos%20ao%20seu%20diagnostico%20clinico_Carla%20Carloto%5B1%5D.pdf>. Acesso em: set. 2016.

CARRIJO, A. R.; OGUISSO, T. Trajetória das anotações de enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. especial, p. 454-458, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000700012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 set. 2015.

CARVALHO, C. M. G. et al. Sistemas de informação em saúde que integram terminologias de enfermagem: uma revisão de literatura. **Journal of Health Informatics**, v. 4, n. 2, p. 50-54, 2012.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 513-520, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a22.htm>>. Acesso em: 4 set. 2016.

CLARES, J. W. B. et al. Construção de subconjuntos terminológicos: contribuições à prática clínica do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 965-970, 2013.

COENEN, A. The International Classification for Nursing Practice (ICNP®) programme: advancing a unifying framework for nursing. **Online Journal of Issues in Nursing**, v. 3, May 2003. Disponível em: <www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No2May2003/ArticlesPreviousTopics/TheInternationalClassificationforNursingPractice.aspx>. Acesso em: 4 set. 2015.

COENEN, A.; KIM, T. Y. Development of terminology subsets using ICNP®. **International Journal of Medical Informatics**, v. 79, n. 7, p. 530-538, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 358/2009. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 12 ago. 2015.

_____. Resolução n. 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. **Diário Oficial da**

União, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 12 ago. 2015.

_____. Resolução n. 0514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html>. Acesso em: 09 jan. 2017.

COTANDA, F. C. A polissemia dos conceitos e suas implicações para a sociologia: os usos do termo “sistema”. **Educação e Sociedade**, São Paulo, v. 35, n. 128, p. 829-842, jun./set. 2014.

COTT, C. A. et al. Commonalities and differences in the implementation of models of care for arthritis: key informant interviews from Canada. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 415, 2016.

COVELLO, C. M. et al. Hemostasia após procedimentos percutâneos em pacientes idosos: compressão manual *versus* mecânica. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 274-278, 2011.

CUBAS, M. R. et al. Mapeamento dos termos dos eixos tempo, localização, meio e cliente entre versões da CIPE® e CIPESC®. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 6, p. 1100-1105, 2011.

CUBAS, M. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Atenção primária em saúde: diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

CUBAS, M. R.; SILVA, S. H.; ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 186-194, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/v12n1.htm>. Acesso em: 15 maio 2015.

DIAS, C. A. Terminologia: conceitos e aplicações. **Ciência da Informação**, Brasília, DF, v. 29, n. 1, p. 90-92, 2000.

DORNELAS, J. S. et al. Gestão da informação hospitalar: uma proposta a partir do estudo de caso em um Hospital Universitário no Recife. **Revista Eletrônica de Sistemas de Informação**, v. 8, n. 2, 2009. Disponível em: <<https://revistas.facecla.com.br/index.php/reinfo/article/view/560/449>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

EINSTEIN, A. **Como vejo o mundo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.

ESCORPIZO, R. et al. Harmonizing WHO’s International Classification of Diseases (ICD) and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): importance and methods to link disease and functioning. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 1, 2013.

- FALEIROS, F. et al. Use of virtual questionnaire and dissemination as a data collection strategy in scientific studies. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 1-6, 2016.
- FAVERO, L.; WALL, M. L.; LACERDA, M. R. Diferenças conceituais em termos utilizados na produção científica da enfermagem brasileira. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 534-542, 2013.
- FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-629, nov. 1987.
- FERNANDES, M. G. M. et al. Análise conceitual: considerações metodológicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 6, p. 1150-1156, 2011.
- FREITAS, T. L. L. et al. O olhar da enfermagem diante do processo de morte e morrer de pacientes críticos: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, v. 15, n. 1, p. 322-360, 2016.
- GARCIA, T. R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®**: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- 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 Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. especial, p. 875-879, 2009.
- _____. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, p. 142-150, 2013.
- GOMES, G. L. L.; FERNANDES, M. G. M.; NÓBREGA, M. M. L. Ansiedade da hospitalização em crianças: análise conceitual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 69, n. 5, p. 940-945, out. 2016.
- GONÇALVES, V. L. M. Anotação de enfermagem. In: CIANRULLO, T. I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Cone, 2001. p. 221-227.
- GUERRER, G. F. F.; LIMA, A. F. C.; CASTILHO, V. Estudo da auditoria de contas em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 68, n. 3, p. 414-420, 2015.
- GUNTER, T. D.; TERRY, N. P. The emergence of national electronic health record architectures in the United States and Australia: models, costs, and questions. **Journal of Medical Internet Research**, v. 7, n. 1, p. 1-8, 2005.
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (HUC). **Cartilha da população**. Curitiba: Grupo Marista, 2015. Disponível em: <<http://www.hospitalcajuru.org.br/files/2015/08/CartilhaPopulacao.pdf>>. Acesso em: set. 2016.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HOSKINS, L. M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: **Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the eighth conference**. 1989. p. 126-31.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **ICN accredited centres for ICNP® research & development**. 2015. Disponível em: <<http://www.icn.ch/what-we-do/icn-accredited-centres-for-icnpr-research-a-development/>>. Acesso em: 3 ago. 2016.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO). **ISO 18104: health informatics – categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems**. 2. ed. Geneva, 2014.

JENAL, S.; ÉVORA, Y. D. M. Desafio da implantação do prontuário eletrônico do paciente. **Journal of Health Informatics**, v. 4, n. esp., p. 216-219, Dec. 2012. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/253/151>>. Acesso em: 2 jun. 2015.

KIM, T. Y.; HARDIKER, N.; COENEN, A. Inter-terminology mapping of nursing problems. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 49, p. 213-220, 2014.

LEE, D. et al. Literature review of SNOMED CT use. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 21, n. e1, p. 11-19, 2014.

LIMA, C. L. H.; NÓBREGA, M. M. L. Nomenclatura de intervenções de enfermagem para clínica médica de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 4, p. 570-578, ago. 2009.

LIMA, K. W. S.; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 61-71, 2015.

LOPES, M. V. O., SILVA, V. M., ARAÚJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 5, p. 649- 655, set./out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/02.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

MADDEN, R.; SYKES, C.; USTUN, T. B. **World Health Organization family of international classifications: definition, scope and purpose**. Geneva: WHO, 2007.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, v. 2, n. 1, p. 20-24, 2010. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/4/52>>. Acesso em: 27 mar. 2016.

MARTIN, K. **The Omaha System: a key to practice, documentation, and information management**. 2. ed. Omaha: Health Connections, 2005.

MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006.

MATTOS, L. S.; SILVÉRIO, M. R. Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de Santa Catarina. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 182-191, 2012.

MILL, D.; FIDALGO, F. **A internet como suporte técnico para coleta de dados para pesquisas científicas**. São João del-Rei: [s.n.], 2007.

MONTENEGRO, L. C. et al. Sistema de informação como instrumento de gestão: perspectivas e desafios em um hospital filantrópico. **Journal of Health Informatics**, v. 5, n. 1, p. 3-8, jan./mar. 2013.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MORAIS, C. G. X. et al. Registros de enfermagem em prontuário e suas implicações na qualidade assistencial segundo os padrões de acreditação hospitalar: um novo olhar da auditoria. **Revista Acreditação**, v. 5, n. 9, p. 64-84, 2015.

MUTALE, W. et al. Improving health information systems for decision making across five sub-Saharan African countries: implementation strategies from the African Health Initiative. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 2, p. 1-12, 2013.

NASCIMENTO, M. **Canção da América**. [S.l.]: A&M Records, 1979.

NÓBREGA, M. M. L. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®**. João Pessoa: Ideia, 2011.

NÓBREGA, M. M. L. et al. Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5, n. 2, p. 33-44, 2003. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista5_2/pdf/mapa.pdf>. Acesso em: 4 set. 2015.

_____. Banco de termos da linguagem especial de enfermagem de um hospital escola. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 28-37, jan./mar. 2010.

NOGUEIRA, L. G. F.; NÓBREGA, M. M. L. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 54-60, 2015.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL (NANDA-I). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Tradução de Regina Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.

- OLIVEIRA, A. M.; DURAN, E. C. M. Validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 9, n. 8, p. 9385-9392, set. 2015.
- PALOMARES, M. L. E.; MARQUES, I. R. Contribuições dos sistemas computacionais na implantação da sistematização da assistência de enfermagem. **Journal of Health Informatics**, v. 2, n. 3, p. 78-82, july/sept. 2010.
- PAVEL, S.; NOLET, D. **Manual de terminologia**. Canadá: Public Words and Government Services, 2002.
- PEDREIRA, L. C. et al. Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intra-hospitalar do paciente crítico. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 533-539, 2014.
- PILATTI, L. A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. **Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 81-91, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000101&pid=S0104-0707201300040003100014&lng=pt>. Acesso em: 4 set. 2015.
- PINTO, V. B.; MOTA, F. R. L. A bioética na pesquisa em ciência da informação: alguns ditos sobre o prontuário eletrônico do paciente. **Revista EDICIC**, v. 1, n. 2, p. 391-406, 2011. Disponível em: <<http://www.edicic.org/revista/>>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- PLEIS, L. E. **Definição de termos identificados em linguagem de enfermagem fundamentados na Classificação Internacional para Prática de Enfermagem – CIPE®**. 2015. 124 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2015. Disponível em: <http://www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3162>. Acesso em: 25 ago. 2015.
- PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ (PUCPR). Docentes. **PUCPR**, Graduação, Enfermagem, Curitiba, 2015. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/graduacao/enfermagem/curitiba/docentes.php5>>. Acesso em: jun. 2015.
- PRESTES JR, L. C. L.; RANGEL, M. Prontuário médico e suas implicações médico-legais na rotina do colo-proctologista. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 154-157, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802007000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 ago. 2015.
- RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, 2009.
- REMENCHE, M. L. R. Terminologia – reconstrução histórica dos principais paradigmas epistemológicos da ciência terminológica. **Tradterm**, São Paulo, v. 16, p. 343-364, jun. 2010. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/tradterm/article/view/46324/50087>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

RODRIGUES FILHO, J.; XAVIER, J. C. B.; ADRIANO, A. L. A tecnologia da informação na área hospitalar: um caso de implementação de um sistema de registro de pacientes. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 105-120, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v5n1/v5n1a07>>. Acesso em: 4 ago. 2015.

SABA, V. **Clinical Care Classification – CCC system manual**. São Paulo: Algor, 2008.

SAMADBEIK, M. et al. Managing the security of nursing data in the electronic health record. **Acta Informatica Medica**, v. 23, n. 1, p. 39-43, Feb. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4384867/pdf/AIM-23-39.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

SANTOS, S. R.; NÓBREGA, M. M. L. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem: enfoque na teoria fundamentada nos dados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 460-468, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 set. 2015.

SILVA, A. M. et al. Utilização da técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 348-351, 2009.

SILVA, R. S. et al. Termos da CIPE® empregados pela equipe de enfermagem na assistência à pessoa em cuidados paliativos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 269-277, jun. 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/27204>>. Acesso em: 11 out. 2016.

SMITH, K. C.; COA, K. I.; KLASSEN, A. C. A qualitative study of dietary discussions as an emerging task for cancer clinicians. **SAGE Open Medicine**, v. 4, p. 1-11, 2016.

SOUZA, D. R. P. et al. Termos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em reabilitação físico-motora. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 209-215, 2015.

STOCCO, J. G. D. et al. Cateter central de inserção periférica: percepções da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 56-62, 2011.

TRUPPEL, T. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 2, p. 221-227, mar./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a08v62n2.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB). **Relatório do HULW**. Disponível em: <<https://www.ufpb.br/sites/default/files/Relat%C3%B3rio%20HULW-UFPB.pdf>>. Acesso em: set. 2016.

UNAMUNO, M. R. D. L.; MARCHINI, J. S. Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 35, n. 1, p. 95-101, 2002.

VIEIRA, H. C.; CASTRO, A. E.; SCHUCH JR, V. F. O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes. In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO, 13. 2010, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2010.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Monitoring the building blocks of health systems**: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, 2010a.

_____. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10**. Geneva, 2010b. v. 2.

APÊNDICE A – CARTA-CONVITE AOS ENFERMEIROS E DOCENTES DE GRADUAÇÃO

CARTA CONVITE AOS ENFERMEIROS E PROFESSORES PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ.

Prezado Enfermeiro (a) ou Professor (a),

Meu nome é Rodrigo Guerra Leal, sou mestrando do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, da PUCPR, sob orientação da Profª. Drª. Marcia Regina Cubas, e integro o grupo envolvido no estudo **“Construção e Validação de um Padrão de Registro de Enfermagem com uso de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem Fundamentada na CIPE®”**. Entre os objetivos propostos no estudo, minha dissertação de mestrado tem como objetivo geral: **“Validar termos identificados nos registros de enfermagem de um hospital universitário, com base na Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem - CIPE®”**.

O Sr. (a) responderá a um questionário digital online, utilizando um aparelho eletrônico (smartphone, celular, tablete, notebook, computador) com acesso à internet e e-mail. O questionário contém 15 termos e suas definições. Preciso que indiquem se utiliza o termo ou não em sua prática profissional.

Desta forma, sua contribuição se dá no sentido de avaliar se o termo e sua definição está inserida no exercício de sua prática profissional. Para que os termos sejam inseridos em uma classificação internacional de enfermagem, necessitamos que os senhores avaliem os termos e suas definições.

Solicito que confirme o recebimento desta mensagem e caso aceite colaborar com a pesquisa, será enviado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e um breve resumo explicando o estudo, anexado ao Questionário online.

Estamos no aguardo de sua resposta, e desde já, agradecemos por sua honrosa colaboração.

Atenciosamente,

Rodrigo Guerra Leal

Mestrando do PPGTS – PUCPR

roguerraleal@gmail.com

(41) 9668-2334

Marcia Regina Cubas

Professora Doutora, do PPGTS - PUCPR

Orientadora da pesquisa

m.cubas@pucpr.br

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pág. 1 de 2

Eu, _____, estou sendo convidada (o) a participar de um estudo denominado “CONSTRUÇÃO DE UM PADRÃO DE REGISTRO DE ENFERMAGEM A PARTIR DE TERMOS DA LINGUAGEM ESPECIAL DE ENFERMAGEM, FUNDAMENTADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM - CIPE®” cujos objetivos são: Geral: elaborar um padrão de registro de enfermagem para uso em prontuário eletrônico de paciente, a partir de termos da linguagem especial de enfermagem, fundamentada na CIPE®. Específicos: Identificar termos da linguagem especial de enfermagem no campo livre de registro da evolução do paciente dos prontuários eletrônicos de um hospital universitário; Construir um banco de termos de linguagem especial de enfermagem, com base nos termos identificados, categorizados por especialidades de cuidado de enfermagem; Mapear os termos identificados com o modelo de sete eixos da CIPE®; Comparar o banco de termos construído com banco de termos de outro hospital universitário; Elaborar conceitos para novos termos identificados, não expostos na CIPE® e no banco de termos comparativo; Validar os novos termos e conceitos identificados; e Avaliar o padrão de registro de enfermagem para uso em prontuário eletrônico de paciente.

O mesmo se justifica pelo fato de que a incorporação de padrões é um dos requisitos para implantação de Prontuário Eletrônico de Paciente. Sendo que atenção deve ser oferecida à exatidão da documentação de Enfermagem, cuja variedade de práticas e falhas de registro tem efeitos na prática da profissão, nos resultados dos pacientes e na avaliação de qualidade do cuidado.

A minha participação no referido estudo será no sentido de:

Se docente da graduação e enfermeira do hospital universitário: responder em um formulário digital, minha concordância ou discordância com as definições relacionadas aos termos de minha prática profissional. Sendo que nas minhas discordâncias, devo, a meu critério, justificá-la. Estou ciente de que após o processamento dos dados poderei receber novamente o formulário com um número menor de termos que passarão por nova análise de conceito. Quando o padrão estiver concluído serei convidada (o) para um seminário de discussão para apresentação, adequações necessárias e construção de estratégia para implantação.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios indiretos, tais como o aumento de conhecimento para minha profissão e o acesso a um banco de termos padronizados.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos decorrentes do estudo. Assim, poderei dispender um tempo de meu dia para me dedicar a avaliação e validação dos termos, bem como a participar de seminários.

NÚMERO DO RELATÓRIO DE PESQUISA

NÚMERO DO PESQUISADOR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pág. 2 de 2

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informada(o) de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

O pesquisador envolvido com o referido projeto *Mestrando Enfº. Rodrigo Guerra Leal*, é coordenado pela *Profa. Dra. Marcia Regina Cubas, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná* e com eles poderei manter contato pelos telefones (41) 9668-2334 e (41) 3271-1657.

É garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento em dinheiro, mediante comprovação de despesa. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um *e-mail* para nep@pucpr.br

Curitiba, ____ de _____ de 2015.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Profa. Dra. Marcia Regina Cubas
Mestrando Enfº. Rodrigo Guerra Leal

NUMERO DO SUJEITO DE PESQUISA

NUMERO DO PESQUISADOR

**APÊNDICE C – FORMULÁRIO DIGITAL ELABORADO NO QUALTRICS® E
RESPONDIDO PELOS SUJEITOS DA PESQUISA**

1. CARTA CONVITE, TCLE.

Resposta	Resposta
ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA	36
NÃO ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA	0
Total	36

2. 01 - Em qual instituição você trabalha?

Resposta	Resposta
Hospital Lauro Wanderley	12
Hospital Universitário Cajuru	20
Pontifícia Universidade Católica do Paraná	4
Total	36

3. 1.1 - Qual é sua ocupação profissional na instituição assinalada?

Resposta	Resposta
Enfermeiro Assistencial	28
Enfermeiro Docente	8
Total	36

4. 1.2 - Há quanto tempo você atua como Enfermeiro ou Docente na instituição?

Resposta	Resposta
Menos de um ano	0
Entre um a dois anos	8
Acima de dois anos	28
Total	36

5. 1.3 - Qual é seu setor de atuação?

Resposta	Resposta
Outros (especificar):	11
Ortopedia	3
UTI	9
Pronto Socorro	1
Clínica Médica	2
Neurologia	2
Docente	8
Total	36

Outros (especificar):

Pré-natal de Alto Risco
CCIH
NECIH
NECIH
Clínica Cirúrgica e Educação Continuada
Clínica cirurgica
Endoscopia
Necih
Pediatria
Pediatria
cirurgica/endoscopia

6. 02 - Você utiliza o Termo "EQUIMOSE" em sua evolução de Enfermagem?

Resposta	Resposta
SIM	30
NÃO	6
Total	36

7. 2.1 - A Equimose é um tipo de Sangramento, que foi definida como: Mancha escura ou azulada na pele provocada por extravasamento de sangue no tecido subcutâneo, com ausência de edema, em decorrência de lesão ou ruptura de pequenos vasos sanguíneos. Responda se você concorda ou não com os itens relacionados abaixo.

Pergunta	CONCORDO	NÃO CONCORDO
1. Equimose é um tipo de Sangramento.	28	2
2. A definição é sintética e clara.	28	2
3. A frase diz o que é o conceito.	29	1
4. A definição não indica outra definição que, por sua vez, referência novamente à primeira definição.	23	7
5. A definição descreve o conceito, não sendo apenas uma explicação do termo.	27	3

8. A Equimose é um tipo de Sangramento, que foi definida como: Mancha escura ou azulada na pele provocada por extravasamento de sangue no tecido subcutâneo, com ausência de edema, em decorrência de lesão ou ruptura de pequenos vasos sanguíneos. Justifique sua não concordância:

Resposta de texto
TRATA-SE DO CONCEITO DE FORMA CLARA.
as equimoses estão entre as lesões contusas ao extravasamento de sangue, proveniente da rotura de pequenos vasos sanguíneos
Equimose não e sangramento
Concordo. Definição Clara.
ausencia de edema
Fiquei em duvida no concordo.
não ficou claro a parte que insere: com ausência de edema. Se tiver edema, deixa de ser equimose?
definição clara e compreensivel

9. 03 - Você utiliza o Termo "ANASARCA" em sua evolução de Enfermagem?

Resposta	Resposta
SIM	33
NÃO	3
Total	36

10. 3.1 - Anasarca é um tipo de Retenção Hídrica, que foi definida como: Edema generalizado, por acúmulo de líquidos nos tecidos celulares e nas cavidades orgânicas sem especificações de localidades do corpo. Deste modo, responda se você concorda ou não com os itens abaixo relacionados.

Pergunta	CONCORDO	NÃO CONCORDO
1. Anasarca é um tipo de Retenção Hídrica.	33	0
2. A definição é concisa e clara.	32	1
3. A frase diz o que é o conceito.	33	0
4. A definição não indica outra definição que, por sua vez, referência novamente à primeira definição.	30	3
5. A definição descreve o conceito, não sendo apenas uma explicação do termo	33	0

11. Anasarca é um tipo de Retenção Hídrica, que foi definida como: Edema generalizado, por acúmulo de líquidos nos tecidos celulares e nas cavidades orgânicas sem especificações de localidades do corpo. Justifique sua não concordância:

Resposta de texto

DEFINIÇÃO É CLARA

NA

Concordo. A definição condiz com o termo

Há uma redundância na definição. Se é um edema generalizado não há necessidade de inserir "sem especificações de localidades do corpo"

12. 04 - Você utiliza o Termo "AGONIA" em sua evolução de Enfermagem?

Resposta	Resposta
SIM	9
NÃO	27
Total	36

13. 4.1 - Agonia é um tipo de Processo de Morrer, que foi definida como: Período que antecede a morte caracterizado por fraqueza progressiva das funções vitais podendo perdurar por minutos, horas ou dias. Deste modo, responda se você concorda ou não com os itens abaixo relacionados.

Pergunta	CONCORDO	NÃO CONCORDO
1. Agonia é um tipo de Processo de Morrer.	8	1
2. A definição é concisa e clara.	7	2
3. A frase diz o que é o conceito.	8	1
4. A definição não indica outra definição que, por sua vez, referência novamente à primeira definição.	8	1
5. A definição descreve o conceito, não sendo apenas uma explicação do termo.	8	1

14. Agonia é um tipo de Processo de Morrer, que foi definida como: Período que antecede a morte caracterizado por fraqueza progressiva das funções vitais podendo perdurar por minutos, horas ou dias. Justifique sua não concordância:

Resposta de texto

poderia ter mais clareza com relação às funções vitais. Quais?

Agonia é um tipo de estado psicológico

15. 05 - Você utiliza o Termo "CONCUSSÃO" em sua evolução de Enfermagem?

Resposta	Resposta
SIM	12
NÃO	24
Total	36

16. 5.1 - Concussão é um tipo de Lesão, que foi definida como: Impacto que decorre de forças cinéticas que levam à rotação do encéfalo dentro da caixa craniana que acomete o cérebro como um todo; manifestado principalmente por meio de expressão facial confusa, desorientação, respostas verbais e motoras retardadas, fala arrastada ou incoerente, perda de coordenação, cefaleia, perda da memória e fadiga. Deste modo, responda se você concorda ou não com os itens abaixo relacionados.

Pergunta	CONCORDO	NÃO CONCORDO
1. Concussão é um tipo de Lesão?	12	0
2. A definição é concisa e clara?	11	1
3. A frase diz o que é o conceito.	11	1
4. A definição não indica outra definição que, por sua vez, referência novamente à primeira definição.	12	0
5. A definição descreve o conceito, não sendo apenas uma explicação do termo?	11	1

17. Concussão é um tipo de Lesão, que foi definida como: Impacto que decorre de forças cinéticas que levam à rotação do encéfalo dentro da caixa craniana que acomete o cérebro como um todo; manifestado principalmente por meio de expressão facial confusa, desorientação, respostas verbais e motoras retardadas, fala arrastada ou incoerente, perda de coordenação, cefaleia, perda da memória e fadiga. Justifique sua não concordância:

Resposta de texto

manifestado por meio de expressão facial confusa, desorientação... parece que o paciente tem de apresentar todos esses sinais e sintomas

18. 06 - Você utiliza o Termo "ESVAZIAR" em sua evolução de Enfermagem?

Resposta	Resposta
SIM	26
NÃO	10
Total	36

19. 6.1 - O termo Esvaziar

Pergunta	CONCORDO	NÃO CONCORDO
1. Esvaziar é um tipo de Remover?	25	1
2. A definição é concisa e clara?	26	0
3. A frase diz o que é o conceito.	25	1
4. A definição não indica outra definição que, por sua vez, referencia novamente à primeira definição.	26	0
5. A definição descreve o conceito, não sendo apenas uma explicação do termo?	24	2

20. Esvaziar é um tipo de Remover, que foi definida como: retirar o conteúdo de algo (ou alguma coisa) a fim de torná-lo vazio. Justifique sua não concordância:

Resposta de texto

Termo utilizado de forma clara.
não concord

21. 07 - Você utiliza o Termo "TRACIONAR" em sua evolução de Enfermagem?

Resposta	Resposta
SIM	25
NÃO	11
Total	36

22. 7.1 - O termo Tracionar

Pergunta	CONCORDO	NÃO CONCORDO
1. Tracionar é um tipo de Executar?	25	0
2. A definição é concisa e clara?	21	4
3. A frase diz o que é o conceito.	23	2
4. A definição não indica outra definição que, por sua vez, referencia novamente à primeira definição.	24	1
5. A definição descreve o conceito, não sendo apenas uma explicação do termo?	24	1

23. Tracionar é um tipo de Executar, que foi definida como: ato de puxar, levemente, um objeto móvel de uma cavidade corporal. Justifique sua não concordância:

Resposta de texto

Poderia ter uma definição mais completa
Não considero com o termo objeto móvel,
levemente. ex: paciente tracionou a SNE, não necessariamente foi levemente ou realizado por um profissional
quando está prescrito concordo. Porém o verbo tracionar é bem mais abrangente
tracionar pode ser puxar quase que por completo

24. 08 - Você utiliza o Termo "UNIDADE DE CIRURGIA " em sua evolução de Enfermagem?

Resposta	Resposta
SIM	17
NÃO	19
Total	36

25. 8.1 - O termo Unidade

Pergunta	CONCORDO	NÃO CONCORDO
1. Unidade de Cirurgia e é um tipo de Unidade de atenção à Saúde?	16	1
2. A definição é concisa e clara?	14	3
3. A frase diz o que é o conceito.	15	2
4. A definição não indica outra definição que, por sua vez, referência novamente à primeira definição.	15	2
5. A definição descreve o conceito, não sendo apenas uma explicação do termo?	15	2

26. Unidade de cirurgia é um tipo de Unidade de Atenção à Saúde, que foi definida como: Conjunto de salas onde são realizadas as intervenções cirúrgicas. Justifique sua não concordância:

Resposta de texto
De acordo com o Ministério da Saúde, Unidade de Centro Cirúrgico é destinado a atividades cirúrgicas, bem como, recuperação pós anestésica e pós operatório imediato.
É o setor de recepção do paciente cirúrgico
utilizo mais Centro Cirurgico

27. 09 - Você utiliza o Termo "VIA CISTOTOMIA" em sua evolução de Enfermagem?

Resposta	Resposta
SIM	23
NÃO	13
Total	36

28. 9.1 - O termo Via Cistostomia

Pergunta	CONCORDO	NÃO CONCORDO
1. Via Cistostomia é um tipo de Via Corporal?	22	1
2. A definição é concisa e clara?	9	14
3. A frase diz o que é o conceito.	10	13
4. A definição não indica outra definição que, por sua vez, referência novamente à primeira definição.	15	8
5. A definição descreve o conceito, não sendo apenas uma explicação do termo?	10	13

29. Via Cistostomia foi definida como um tipo de Via Corporal. Justifique sua não concordância:

Resposta de texto

Via cistostomia é um tipo de via urinária

TRATA-SE DE UMA VIA URINÁRIA, É UMA VIA ESPECÍFICA.

PORQUE É UMA ABERTURA TEMPORÁRIA OU DEFINITIVA

Faltam informações para que a definição fique mais clara.

poderia apontar o local

Essa via é utilizada por meio de um cateter (sonda), no interior da bexiga através da parede abdominal.

É um tipo de via, mas não foi explicada qual.

falta dizer que se trata do sistema urinário

acho que seria via de eliminação urinaria

via criada cirurgicamente

Não há uma explicação exata sobre o termo cistostomia.

descrição superficial

deveria ser mais claro que cistostomia é um tipo de derivação vesical, ou seja, a colocação de um cateter na bexiga na região suprapúbica através da pele do paciente para drenar urina

é uma via corporal, porém deveria dizer a localização e a finalidade

Ao definir apenas como via corporal abre para todas as vias que o corpo possui. Poderia no conceito localizar a via, ou seja, via de acesso a bexiga através da parede abdominal.

não define cistostomia

30. 10 - Você utiliza o Termo "POSIÇÃO DE FOWLER" em sua evolução de Enfermagem?

Resposta	Resposta
SIM	31
NÃO	5
Total	36

31. 10.1 - O termo Posição de Fowler

Pergunta	CONCORDO	NÃO CONCORDO
1. Posição de <i>Fowler</i> é um tipo de Posição Corporal?	31	0
2. A definição é concisa e clara?	17	14
3. A frase diz o que é o conceito.	18	13
4. A definição não indica outra definição que, por sua vez, referência novamente à primeira definição.	22	9
5. A definição descreve o conceito, não sendo apenas uma explicação do termo?	16	15

32. Posição de Fowler foi definido como um tipo de Posição Corporal. Justifique sua não concordância:

Resposta de texto

Deveria estar escrito como é a posição de fowler, ou seja posição em que a cabeça do paciente fica mais elevada do que os pés

Não explicou o tipo de posição corporal no conceito

PORQUE FALTOU DEFINIR QUAL O TIPO DE POSIÇÃO CORPORAL

Definição não especifica o que é. Sugiro: posicionamento semi-sentado a sentado do paciente ou posicionamento dorsal do paciente com elevação da cabeça da cama em várias angulações

Faltam informações sobre o que é a posição de Fowler

Posição semi-sentada, indicada para pacientes com dificuldades respiratórias.

Deve dizer como é essa posição

Considero que na definição deveria trazer que é uma posição corporal na qual o indivíduo fica sentado numa angulação de 30, 45 e 90 graus.

DEVERIA TER SIDO MAIS CLARA A POSIÇÃO, A EXEMPLO, DECUBITO ELEVADO A 45 GRAUS

informa que é uma posição corporal, mas não fala qual

deveria estar mais claro como fica o posicionamento do paciente (semi- sentado - a 45°)

para definir o conceito acho necessário descrever qual tipo de posicionamento

A definição de um conceito deve conter especificações que o caracterize. Nessa perspectiva, acredito que a definição deveria especificar como esta posição é caracterizada

poderia colocar a angulação ou descrever a posição e a finalidade

qual tipo de posição? Falta a descrição

Ao descrever posição corporal, o termo fica generalizado, poderia ser posição corporal na qual o tronco é colocado numa angulação de 45°.

não é clara a definição, não define a posição

33. 11 - Você utiliza o Termo "AMPOLA" em sua evolução de Enfermagem?

Resposta	Resposta
SIM	24
NÃO	12
Total	36

34. 11.1 - O termo Ampola

Pergunta	CONCORDO	NÃO CONCORDO
1. Ampola é um tipo de Tubo?	21	3
2. A definição é concisa e clara?	20	4
3. A frase diz o que é o conceito.	22	2
4. A definição não indica outra definição que, por sua vez, referência novamente à primeira definição.	21	3
5. A definição descreve o conceito, não sendo apenas uma explicação do termo?	21	3

35. Ampola é um tipo de Tubo, que foi definida como: Recipiente totalmente fechado e sem abertura que contém líquido ou fluido. Justifique sua não concordância:

Resposta de texto

Tubo de plástico, metal, vidro utilizado para acondicionar fármacos.

qual tipo de tubo? vidro ou plástico. Ou os dois modos são ampola? Pois o de plástico conheço como flaconete

Pensar sobre fluido. Imagino alguma coisa corporal

Considero que a definição pode ser mais específica trazendo que a ampola pode ser vidro comumente sendo de medicamentos.

comparação com tubo

Primeiro, o termo ampola pode ser colocado no eixo meios, mas também localização. Meio (ampola recipiente totalmente fechado e sem abertura, que pode ser utilizado para aspirar ou injetar líquido ou fluido); Eixo localização: via corporal localizada na porção final do reto.

ampola não é tubo

36. 12 - Você utiliza o Termo "BERÇO" em sua evolução de Enfermagem?

Resposta	Resposta
SIM	12
NÃO	24
Total	36

37. 12.1 - O termo Berço

Pergunta	CONCORDO	NÃO CONCORDO
1. Berço é um tipo de Dispositivo de Apoio?	12	0
2. A definição é concisa e clara?	9	3
3. A frase diz o que é o conceito.	11	1
4. A definição não indica outra definição que, por sua vez, referência novamente à primeira definição.	12	0
5. A definição descreve o conceito, não sendo apenas uma explicação do termo?	12	0

38. Berço é um tipo de Dispositivo de Apoio, que foi definido como: Acomodação individual para recém-nascidos após o nascimento e que não necessitam de cuidados intensivos.**Justifique sua não concordância:**

Resposta de texto
Pensar sobre "recém-nascidos após o nascimento". Há uma redundância. não necessariamente para uso exclusivo de recém nascidos A acomodação, berço, não é utilizada apenas para recém-nascidos, as unidades de pediatria que recebe em sua maioria crianças menores de 5 anos os berços são acomodações necessárias.

39. 13 - Você utiliza o Termo "COLAR CERVICAL" em sua evolução de Enfermagem?

Resposta	Resposta
SIM	24
NÃO	12
Total	36

40. 13.1 - O termo Colar Cervical

Pergunta	CONCORDO	NÃO CONCORDO
1. Colar Cervical é um tipo de Dispositivo para Imobilização?	24	0
2. A definição é concisa e clara?	23	1
3. A frase diz o que é o conceito.	24	0
4. A definição não indica outra definição que, por sua vez, referência novamente à primeira definição.	24	0
5. A definição descreve o conceito, não sendo apenas uma explicação do termo?	24	0

41. Colar Cervical é um tipo de Dispositivo para Imobilização, que foi definido como: imobilizador da coluna cervical, colocado no pescoço, usado em imobilização provisória em emergências e no pós-operatório de algumas patologias cervicais. Justifique sua não concordância:

Resposta de texto
Substituir patologias por doenças

42. 14 - Você utiliza o Termo "MACA" em sua evolução de Enfermagem?

Resposta	Resposta
SIM	25
NÃO	11
Total	36

43. 14.1 - O termo Maca

Pergunta	CONCORDO	NÃO CONCORDO
1. Maca é um tipo de Dispositivo de Veículo?	25	0
2. A definição é concisa e clara?	22	3
3. A frase diz o que é o conceito.	25	0
4. A definição não indica outra definição que, por sua vez, referência novamente à primeira definição.	25	0
5. A definição descreve o conceito, não sendo apenas uma explicação do termo?	25	0

44. Maca é um tipo de Dispositivo de Veículo, que foi definida como: Cama de rodas em formato retangular, utilizada para transportar doentes e/ou feridos em posição deitada. Justifique sua não concordância:

Resposta de texto
Pensar sobre doentes e/ou feridos. A maca pode ser utilizada durante realização de exames de rotina
pode transportar pacientes sadios para realização de exames
existem macas sem rodas

45. 15 - Você utiliza o Termo "SERVIÇO DE FONOAUDIOLOGIA" em sua evolução de Enfermagem?

Resposta	Resposta
SIM	21
NÃO	15
Total	36

46. 15.1 - O termo Serviço de Fonoaudiologia

Pergunta	CONCORDO	NÃO CONCORDO
1. Serviço de Fonoaudiologia é um tipo de Serviço de Saúde?	21	0
2. A definição é concisa e clara?	13	8
3. A frase diz o que é o conceito.	14	7
4. A definição não indica outra definição que, por sua vez, referência novamente à primeira definição.	14	7
5. A definição descreve o conceito, não sendo apenas uma explicação do termo?	13	8

47. Serviço de Fonoaudiologia foi definido como um tipo de Serviço de Saúde. Justifique sua não concordância:

Resposta de texto
Deveria estar escrito o que faz o serviço de fonoaudiologia
não define o que é. Sugiro: serviço de saúde que cuida dos processos de comunicação humana e seu desenvolvimento, da sucção a deglutição. Ver definição do CREFOno
não tem a definição do serviço de fonoaudiologia
Que faz o que?
Considero que a definição pode ser mais específica trazendo que tipos de serviços são oferecidos e por qual profissional.
Falta especificar suas ações
não explica a qual tipo de serviço de saúde a fonoaudiologia atua
deveria especificar o que é realmente a fonoaudiologia (especialidade responsável pelo estudo da fonação, audição e deglutição, bem como o tratamento dos distúrbios destes sistemas)
Ao especificar o serviço, na definição é necessário colocar, serviço de saúde especializado com atendimento de fonoaudiólogo.

48. 16 - Você utiliza o Termo "AGORA" em sua evolução de Enfermagem?

Resposta	Resposta
SIM	20
NÃO	16
Total	36

49. 16.1 - O termo Agora

Pergunta	CONCORDO	NÃO CONCORDO
1. Agora é um tipo de Ponto no Tempo ou Intervalo de Tempo?	18	2
2. A definição é concisa e clara?	16	4
3. A frase diz o que é o conceito.	16	4
4. A definição não indica outra definição que, por sua vez, referência novamente à primeira definição.	16	4
5. A definição descreve o conceito, não sendo apenas uma explicação do termo?	16	4

50. Agora foi definido como um tipo de Ponto no Tempo ou Intervalo de Tempo. Justifique sua não concordância:

Resposta de texto
Deveria estar escrito que o agora é algo de realização imediata
Não concordo com intervalo de tempo, por se tratar do presente
poderia ter sido melhor definida como " momento que um fenômeno acontece"
Não percebo agora como tendo em seu conceito intervalo de tempo.
concordo com a definição, porem quando se faz necessário AGORA, significa também imediatamente.
O ponto no intervalo de tempo é o presente.

ANEXO A – CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PADRÃO DE REGISTRO DE ENFERMAGEM COM USO DE TERMOS DA LINGUAGEM ESPECIAL DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADA NA CIPE®

RESUMO

Um dos problemas que a Enfermagem encontra em sua prática é a incipiente visibilidade dos resultados de seu cuidado, que deveriam ser, entre outras origens, provenientes do processamento sistemático de dados próprios da profissão em sistemas de informação em saúde. É imperativa a garantia de que fenômenos de prática de Enfermagem estejam representados em sistemas de informação de forma consistente em seus conceitos. A ausência de um sistema de documentação padronizado pode resultar em um sistema informação inadequado que poderá gastar recursos significativos para criar, armazenar e recuperar informações. A adoção e incorporação de padrões é um dos requisitos para implantação de Prontuário Eletrônico de Paciente, o qual, na ausência de um padrão de registro, usa campos de linguagem livre, que dificultam a recuperação sistemática das informações sem recursos tecnológicos complexos. Neste espaço, atenção deve ser oferecida à exatidão da documentação de Enfermagem, cuja variedade de práticas e falhas de registro tem efeitos na prática da profissão, nos resultados dos pacientes e na avaliação de qualidade do cuidado. Enfermeiros percebem que o registro da prática sistematizada necessita de mecanismos próprios de armazenamento de dados, que mudem o modo de recuperação dos mesmos, de forma a agilizar sua organização e disponibilização. Deste o final da década de 1980, o Conselho Internacional de Enfermeiros vem desenvolvendo uma classificação universal de termos, denominada Classificação internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que atualmente encontra-se na versão 2.0/2012. Alguns estudos que a utilizaram para representar os fenômenos de Enfermagem concluíram que a classificação é um importante instrumento para identificar conceitos capazes de descrever necessidades de cuidado. Apontaram, também, que iniciativas para definir, testar, organizar e ampliar conceitos de forma consensual são importantes para o desenvolvimento constante da CIPE®, mas estes conceitos devem estar sensíveis a diferentes realidades. A construção de banco de termos baseados na CIPE® tem sido objeto de pesquisas de um grupo do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, cujos resultados identificaram termos em diversas clínicas do Hospital Lauro Wanderley, validaram definições de termos que não foram encontrados na CIPE® e constituíram um padrão capaz de representar os Diagnósticos / Resultados / Intervenções de Enfermagem em diversas clínicas daquele hospital. Estes resultados carecem de uma comparação com outros contextos de prática de cuidado de enfermagem, de forma a torna-lo um padrão mais universal. Além disso, terminologias precisam ser alinhadas de forma a produzir dados interoperáveis e comparáveis, desta forma a produção de um novo conjunto de termos deve contemplar conjuntos já estabelecidos e validados. O presente projeto de pesquisa trata-se de desdobramento de uma investigação, iniciada em 2013, por um grupo de estudos inserido no Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. A pesquisa tem como finalidade maior a disponibilização de um padrão de registro de evolução de enfermagem, fundamentado na CIPE®, para o

Prontuário Eletrônico do Hospital Universitário da PUCPR. Três produtos estão finalizados: o banco de termos; o mapeamento com o banco do HULW; e o mapeamento com a CIPE[®] versão 2013. Esses produtos serão base empírica para continuidade da investigação. Também se identificaram termos novos, que carecem de definição, bem como inserção na estrutura hierárquica da CIPE[®]. A construção de um padrão para registro da evolução de enfermagem supõe a integração de elementos da prática de enfermagem elaborados de acordo com a norma ISO 18.104, e validados. O *guideline* de elaboração de subconjuntos terminológicos do CIE apresenta uma etapa de validação, sem detalhamento do método, o que faz com que os grupos que se dedicam a este tema, estabeleçam métodos próprios. No *guideline* se destaca o uso de estudos de caso clínicos como instrumento de validação de subconjuntos, cuja elaboração e validação são de complexidade metodológica exigindo discussão do uso desse elemento em pesquisas. Diante deste contexto, a presente proposta de investigação tem como objetivo geral: Elaborar e validar um padrão de registro de enfermagem para uso em prontuário eletrônico de paciente, a partir de termos da linguagem especial de enfermagem fundamentada na CIPE[®]. Seus objetivos específicos são: Construir e validar conceitos para termos identificados no banco de termos do Hospital Universitário, não expostos na CIPE[®] e no banco de termos comparativo e elaborar estudos de caso como instrumento de validação de subconjuntos. Os cenários de pesquisa serão os Hospitais Universitários Cajuru e Lauro Wanderely, da PUCPR e UFPB. Participarão nas diferentes fases da pesquisa 160 enfermeiros, 8 professores enfermagem e 5 professores/pesquisadores de enfermagem. A pesquisa desenvolvida em cinco fases: a elaboração de conceitos para termos novos; a validação dos conceitos; a construção do padrão; a elaboração dos estudos de caso; e a validação dos estudos de caso. Parte da pesquisa já foi aprovada pelo CEP da PUCPR, com termo aditivo para novas fases incluídas. Espera-se como contribuição um banco de termos de acesso livre, em forma de base dados, para ser utilizado em novos mapeamentos, de modo a reduzir o tempo dedicado a esta fase, em novas investigações, que poderá ser incorporada em SIS; o conjunto de estudo de casos validados que poderão ser utilizados em processos de educação continuada; o descritivo metodológico para a elaboração e validação de estudos de caso; e o próprio padrão de evolução de enfermagem, que poderá ser utilizado por instituições hospitalares brasileiras no todo ou em parte.

Descritores: Enfermagem; Terminologia; Vocabulário controlado; Estudo de caso; Normas de prática de enfermagem.

ANEXO B – PARECER DO CEP DA PUCPR

ASSOCIAÇÃO PARANAENSE
DE CULTURA - PUCPR



PROJETO DE PESQUISA

Título: CONSTRUÇÃO DE UM PADRÃO DE REGISTRO DE ENFERMAGEM A PARTIR DE TERMOS DA LINGUAGEM ESPECIAL DE ENFERMAGEM, FUNDAMENTADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM - CIPE®

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06693312.4.0000.0020

Pesquisador: MARCIA REGINA CUBAS

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Parana - PUCPR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 96.331

Data da Relatoria: 12/09/2012

Apresentação do Projeto:

Pesquisa quantitativa com a finalidade de elaborar um padrão de registro de enfermagem para uso em prontuário eletrônico de paciente. Local de estudo: Hospital Universitário Cajuru. Sujeitos da pesquisa: 60 enfermeiros; 8 professores enfermagem e 5 professores/pesquisadores de enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

¿Elaborar um padrão de registro de enfermagem para uso em prontuário eletrônico de paciente, a partir de termos da linguagem especial de enfermagem, fundamentada na Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®).

Objetivo Secundário:

¿Identificar termos da linguagem especial de enfermagem no campo livre de registro da evolução do paciente dos prontuários eletrônicos de um hospital universitário.

¿Construir um banco de termos de linguagem especial de enfermagem, com base nos termos identificados, categorizados por especialidades de cuidado de enfermagem.

¿Mapear os termos identificados com o modelo de sete eixos da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®).

¿Comparar o banco de termos construído com banco de termos de outro hospital universitário.

¿Elaborar conceitos para novos termos identificados, não expostos na Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®) e no banco de termos comparativo.

¿Validar os novos termos e conceitos identificados.

¿Avaliar o padrão de registro de enfermagem para uso em prontuário eletrônico de paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descrita com linguagem adequada aos sujeitos da pesquisa .

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa descrita de forma clara e objetiva.



Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho
UF: PR **Município:** CURITIBA

CEP: 80.215-901

ASSOCIAÇÃO PARANAENSE
DE CULTURA - PUCPR



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE e TCUD - atende as recomendações deste Comitê.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende às recomendações deste Comitê.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPPUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

CURITIBA, 13 de Setembro de 2012

Assinado por
NAIM AKEL FILHO



Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho
UF: PR **Município:** CURITIBA

CEP: 80.215-901