

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LUCIANA GOMES FURTADO

CONSTRUÇÃO DE UMA NOMENCLATURA DE
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA A CLÍNICA
MÉDICA DO HULW/UFPB

João Pessoa - Pb

2007

LUCIANA GOMES FURTADO

**CONSTRUÇÃO DE UMA NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM PARA A CLÍNICA MÉDICA DO HULW/UFPB**

Dissertação inserida na linha de pesquisa **Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em saúde e enfermagem**, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega
ORIENTADORA

João Pessoa - Pb
2007

F992c

Furtado, Luciana Gomes

Construção de uma nomenclatura de diagnósticos de enfermagem para a Clínica Médica do HULW/UFPB/Luciana Gomes Furtado. – João Pessoa, 2007.

121 p.: il. _

Dissertação (Mestrado) UFPB/CCS
Orientadora: Maria Miriam Lima da Nóbrega

1. Enfermagem-diagnósticos 2. Enfermagem-terminologia

UFPB/BC

CDU: 616-083-07 (043)

LUCIANA GOMES FURTADO

**CONSTRUÇÃO DE UMA NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM PARA A CLÍNICA MÉDICA DO HULW/UFPB**

APROVADO EM: 15 de fevereiro de 2007

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega – UFPB
Orientadora

Profa. Dra. Maria Bettina Camargo Bub – UFSC
Membro

Profa. Dra. Telma Ribeiro Garcia – UFPB
Membro

Profa. Dra. Wilma Dias de Fontes – UFPB
Membro

DEDICATÓRIA

*Às três pessoas mais importantes da minha vida: Meu pai **Horácio**, meu esposo **Amaro** e minha filha **Rebecca**, por todo o amor, carinho e toda confiança a mim dedicados.*

*À Professora Dra. **Miriam**, por ter acreditado em mim e ter possibilitado a realização deste sonho, através de sua enorme dedicação em compartilhar seus conhecimentos comigo.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter-me concedido a vida e a inteligência, e por estar sempre ao meu lado, fortalecendo-me e iluminando o meu caminho.

Ao meu pai, **Horácio**, presença constante desde a minha existência, amigo e confidente, por sempre ter confiado em mim e investido na minha educação, a minha eterna gratidão.

À minha mãe, **Leônia**, e a meu filhinho **Júnior**, que apesar de não estarem mais entre nós, tenho certeza de que, ao lado do pai Celeste, estavam todo o tempo torcendo pela minha felicidade.

Ao meu querido esposo, **Amaro**, pelo constante incentivo, apoio e carinho a mim dispensados, e por sempre estar-me ajudando a superar as dificuldades e proporcionando-me momentos felizes para minimizar os estresses.

À minha amada filha **Rebecca**, pela compreensão das minhas ausências, pelo carinho e pela admiração recebidos.

À Professora **Maria Miriam Lima da Nóbrega**, por suas atenciosas e valiosas orientações, estando sempre receptiva, demonstrando carinho, respeito, perseverança e responsabilidade, essenciais para a construção deste trabalho.

À Professora **Telma Ribeiro Garcia**, pela relação de amizade e momentos descontraídos, como também, por suas enriquecedoras contribuições para este trabalho.

À amiga **Cláudia Henriques**, companheira da Clínica Médica, por todo o apoio e por estar sempre prestativa em todos os momentos.

À amiga **Candice Albuquerque**, pelo companheirismo e amizade conquistados nesse período do Mestrado, tornando-nos quase irmãs. Guardá-la-ei sempre, com muito carinho, no meu coração.

Às colegas do Mestrado, **Ana Cristina, Ana Paula Coutinho, Ana Paula Marques, Bianca, Cláudia, Daisy, Eulina, Fernanda, Gisélia, Hérica, Marclineide, Rebeca, Simara, Stella, Suzana e Viviane**, pelo companheirismo e incentivo constante, tanto na superação dos obstáculos como na comemoração dos resultados alcançados.

*Às alunas do PIBIC, **Mikaelle, Rafaela e Elizabeth**, que se disponibilizaram em participar deste trabalho.*

*À **Divisão de Enfermagem e Chefia de Enfermagem da Clínica Médica do HULW/UFPB**, pela minha liberação e pelo apoio na realização deste trabalho.*

*Às Professoras **Maria Bettina Camargo Bub, Telma Ribeiro Garcia e Wilma Dias de Fontes**, pela disponibilidade para participar da Banca Examinadora.*

*À Professora **Jandira**, pela correção da Língua Portuguesa.*

E a todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste meu sonho, meus sinceros agradecimentos.

“Se não conseguirmos atribuir um nome a algo, também não conseguiremos controlá-lo, financiá-lo, investigá-lo, ensiná-lo ou colocá-lo em medidas de caráter público.”

(CLARK; LANG, 1992)

RESUMO

FURTADO, L.G. **Construção de uma nomenclatura de diagnósticos de enfermagem para a Clínica Médica do HULW/UFPB**. 2007. 121f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

O surgimento das linguagens científicas, como também a discussão sobre suas propriedades e peculiaridades assume relevância em toda a sua história, incentivando os cientistas a estabelecerem padrões terminológicos, em seus âmbitos de especialidade e intensificando suas preocupações com regras de formação dos termos de modo a atribuir determinadas especificidades à sua linguagem, com o objetivo de assegurar a univocidade da comunicação científica mundialmente. Esta pesquisa, do tipo exploratório-descritiva, foi desenvolvida com o objetivo de construir uma Nomenclatura de Diagnósticos de Enfermagem para a Clínica Médica do HULW/UFPB tendo como base o banco de dados de termos da clínica médica, o Modelo dos 7 eixos da CIPE[®] Versão 1 e a ISO 18.104. Na primeira etapa da pesquisa, a construção do banco de dados, foram seguidos quatro procedimentos da metodologia terminológica: 1) Identificação e avaliação da documentação especializada: os 611 termos atribuídos a fenômenos e ações de enfermagem, identificados na Clínica Médica passaram por um processo de normalização, resultando em 510 termos. Em seguida, passaram por um processo de mapeamento cruzado com os termos da CIPE[®] Versão 1, obtendo-se a ocorrência de 212 termos constantes e 298 termos não constantes nessa classificação. 2) Delimitação do campo temático: após o processo anterior, foram selecionados os termos dos Eixos Foco e Julgamento, objeto desse estudo, sendo representados nos termos constantes por 88 termos no Eixo Foco e 8 no Eixo Julgamento. Entre os termos não constantes, foram classificados 86 termos no Eixo Foco e 28 no Eixo Julgamento. 3) Estabelecimento da árvore de termos a serem definidos: os termos pertencentes aos Eixos Foco e Julgamento relacionados com as Árvores Taxonômicas dos Eixos Foco e Julgamento da CIPE[®] Versão 1, resultou na construção das Árvores conceituais dos Eixos Foco e Julgamento da Clínica Médica. 4) Compilação dos dados extraídos para constituição das definições teóricas: Os termos constituintes das Árvores conceituais da Clínica Médica passaram por um processo de definição, onde para os termos constantes as definições foram retiradas da CIPE[®] Versão 1 e para os termos não constantes foram consultados dicionários técnicos e da língua portuguesa, como também literatura da área de saúde e de enfermagem. Essas definições foram submetidas a um processo de análise e consenso, passando então a constituir o Banco de dados de termos da Clínica Médica com 210 termos. A segunda etapa da pesquisa, a construção da Nomenclatura, foi organizada a partir do banco de dados de termos e o referencial teórico do HULW/UFPB, que combinados com o processo diagnóstico, resultaram na construção de 41 diagnósticos, constituindo assim, a Nomenclatura de Diagnósticos de Enfermagem para a Clínica Médica do HULW/UFPB. Os resultados desta pesquisa representaram uma positiva troca de experiências entre as pessoas envolvidas neste processo de construção, proporcionando uma real possibilidade de campos de estudos, bem como a apropriação dessa nomenclatura como instrumento de trabalho e produção do conhecimento pela equipe de enfermagem da Clínica Médica.

Palavras-chave: Terminologia, Terminologia em Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Enfermagem.

ABSTRACT

FURTADO, L.G. **Construction of a nursing diagnostic nomenclature to the Medical Clinic of the HULW/UFPB**. 2007. 121f. Dissertation (Master's degree) - Center of Health Sciences /Federal University of Paraíba, João Pessoa.

The appearance of scientific languages, as well as the discussion about their properties and peculiarities assumes relevance in their entire history, stimulating the scientists to establish terminological standards, in their specialty and intensifying their concerns with formation rules of terms in order to attribute definitive specificities to their language, with the purpose of assuring the unvoiced of the worldwide scientific communication. This research, exploratory descriptive type, was developed with the objective of constructing a Nursing Diagnostic Nomenclature to the Medical Clinic of the HULW/UFPB, having as support the database of medical clinic terms, the Model of the 7 axles of CIPE[®] Version 1 and ISO 18.104. In the first stage of the research, the construction of the database, four procedures were followed of the terminological methodology: 1) Identification and evaluation of the specialized documentation: the 611 terms attributed to phenomena and action of nursing, identified in the Medical Clinic went through a normalization process, resulting in 510 terms. After that, they went through a mapping crossed process with the terms of CIPE[®] Version 1, getting the occurrence of 212 constant terms and 298 terms not included in this classification. 2) Delimitation of the thematic field: after the previous process, the terms of Focus and Judgment Axles were selected, object of this study, being represented in the constant terms by 88 terms in Focus Axle and 8 in Judgment. Among the not constant terms, 86 terms in Focus Axle and 28 in Judgment Axle were classified. 3) Establishment of the term tree to be defined: the terms which belonged to Focus and Judgment Axles related with the Taxonomical Trees of Focus and Judgment Axles of CIPE[®] Version 1, resulted in the construction of conceptual Trees Focus and Judgment Axles of the Medical Clinic. 4) Compilation of the data extracted for constitution of the theoretical definitions: The constituent terms of the conceptual Trees of the Medical Clinic went through a definition process, which, for the constant terms the definitions were taken from CIPE[®] Version 1 and for the not constant terms, technical and Portuguese language dictionaries were consulted as well as literature of nursing and health area. These definitions were submitted to an analysis process and to a consensus, thus, making the Database of Medical Clinic terms with 210 terms. The second stage of the research, the construction of Nomenclature, was organized from the database of terms and the theoretical referential of HULW/UFPB, which, combined with the diagnostic process, resulted in the construction of 41 diagnostics, thus constituting the Nursing Diagnostic Nomenclature to the Medical Clinic of HULW/UFPB. The results of this research represented a positive experience exchange of among the people involved in this construction process, providing a real possibility of fields of studies, as well as the appropriation of this nomenclature as work instrument and production of knowledge for the nursing team of the Medical Clinic.

Keywords: Terminology, Terminology in Nursing, Nursing Diagnostic, Nursing.

RESUMEN

FURTADO, L. G. **Construcción de una nomenclatura de diagnósticos de enfermería para la Clínica Médica del HULW/UFPB.** 2007. 121F. Disertación (Maestría) – Centro de Ciencias de la Salud / Universidad Federal de Paraíba, João Passoa.

El surgimiento de las lenguas científicas, como también la discusión sobre sus propiedades y peculiaridades toma una relevancia en toda su historia, incentivando a los científicos a establecer un modelos terminológicos, en sus ámbitos de especialidad y intensificando sus preocupaciones con reglas de formación de los términos de modo que atribuye determinadas especificaciones a su lenguaje, con el objetivo de asegurar la univocidad de la comunicación científica mundial. Esta investigación, de tipo exploratorio – descriptiva, fue desarrollada con el objeto de construir una Nomenclatura de Diagnósticos de Enfermería para la Clínica Médica del HULW/UFPB teniendo como base el banco de datos de términos de la Clínica médica, el modelo de los 7 ejes de la CIPE[®] Versión 1 y ISO 18.104. En la primera investigación la construcción del banco de datos, fueron seguidos por cuatro procedimientos de la metodología terminológica: 1) Identificación y evaluación de la documentación especializada: los 611 términos otorgados a los fenómenos y acciones de enfermería, identificados en la Clínica Médica pasaron por un proceso de normalización, resultando en 510 términos. En seguida pasaron por un proceso de levantamiento cruzado con los términos de la CIPE[®] Versión 1, se obtuvo la ocurrencia de 212 términos constantes y 298 términos no constantes en esa clasificación. 2) Delimitación del campo temático: después del proceso anterior, fueron seleccionados los términos de los Ejes Foco y Juzgamiento, objetivo de este estudio, siendo representados en los términos constantes por 88 términos en el Eje Foco y 8 en el Eje Juzgamiento. Entre los términos no constantes, fueron clasificados 86 términos en el Eje Foco y 28 en el Eje Juzgamiento. 3) Establecimiento del árbol de los términos a ser definidos: los términos pertenecientes a los Ejes Focos y juzgamiento relacionados con los Árboles taxonómicos de los Ejes Foco y Juzgamiento de la CIPE[®] Versión 1, resultó en la construcción de los árboles conceptuales de los Ejes Foco y Juzgamiento de la Clínica Médica. 4) Complicación de los datos sacados para la construcción de las definiciones teóricas: los términos constituyentes de los Árboles conceptuales de la Clínica Médica pasaron por un proceso de definición, donde para los términos constantes a las definiciones fueron sacadas de la CIPE[®] Versión 1 y para los términos no constantes fueron consultados diccionarios técnicos y de la lengua portuguesa, como también literatura del área de salud y de enfermería. Esas definiciones fueron sometidas a un proceso de análisis y consenso, pasando entonces a construir el Banco de datos de los términos de la Clínica Médica con 210 términos. La segunda etapa de la investigación, la construcción de la nomenclatura, fue organizada a partir del banco de datos de términos y el referencial teórico del HULW/UFPB, que combinados con el proceso de diagnóstico, resultaron en la construcción de 41 diagnósticos, constituyendo así, la nomenclatura de diagnósticos de enfermería para la Clínica Médica del HULW/UFPB. Los resultados de esta investigación representaron un positivo intercambio de experiencias entre las personas envueltas en este proceso de construcción, proporcionando una real posibilidad de campos de estudios, así como la apropiación de esa nomenclatura

como instrumento de trabajo y producción del conocimiento por el equipo de enfermería de la Clínica Médica.

Palabras llaves: Terminología, Terminología en enfermería, Diagnósticos de Enfermería, Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Modelo dos 7 eixos da CIPE® Versão 1.	37
Figura 02 – Modelo de terminologia de referência para diagnóstico de enfermagem.	40
Figura 03 – Modelo de terminologia de referência para ações de enfermagem.	41
Figura 04 – Modelo esquemático das etapas da pesquisa. João Pessoa, 2006.	43
Figura 05 – Mapa conceitual dos termos do Eixo Foco da CIPE® Versão 1. João Pessoa, 2006.	46
Figura 06 – Mapa conceitual dos termos do Eixo Julgamento da CIPE® Versão 1. João Pessoa, 2006.	47
Figura 07 – Mapa conceitual dos termos identificados na Clínica Médica no Eixo Foco. João Pessoa, 2006.	56
Figura 08 – Mapa conceitual dos termos identificados na Clínica Médica no Eixo Julgamento. João Pessoa, 2006.	59

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Frequência de termos da CIPE® Versão 1, por eixo. João Pessoa, 2006.	51
Gráfico 02 – Frequência dos termos da Clínica Médica constantes na CIPE® Versão 1, por eixos. João Pessoa, 2006.	52
Gráfico 03 – Frequência dos termos identificados nos registros de enfermagem da Clínica Médica e classificados como não constantes na CIPE® Versão 1. João Pessoa, 2006.	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Apresentação dos 06 termos não constantes que representam características específicas de termos constantes na CIPE® Versão 1. João Pessoa, 2006.	53
Quadro 02 – Apresentação de termos não constantes que representam sinônimos absolutos de termos constantes na CIPE® Versão 1. João Pessoa, 2006.	54
Quadro 03 – Distribuição dos termos pertencentes à Árvore Conceitual da Clínica Médica no Eixo Foco. João Pessoa, 2006.	58
Quadro 04 – Distribuição dos termos pertencentes a Árvore Conceitual da Clínica Médica no Eixo Julgamento. João Pessoa, 2006.	59
Quadro 05 – Definição dos 88 termos do Eixo Foco identificados na Clínica Médica do HULW/UFPB e classificados como constantes na CIPE® Versão 1. João Pessoa, 2006	69
Quadro 06 – Definição dos 8 termos do Eixo Julgamento identificados na Clínica Médica do HULW/UFPB e classificados como constantes na CIPE® Versão 1. João Pessoa, 2006.	73
Quadro 07 – Definição teórica dos 86 termos do Eixo Foco identificados na Clínica Médica do HULW/UFPB e classificados como não constantes na CIPE® Versão 1. João Pessoa, 2006.	81
Quadro 08 – Definição dos 28 termos do Eixo Julgamento identificados na Clínica Médica do HULW/UFPB e classificados como não constantes na CIPE® Versão 1. João Pessoa, 2006.	83
Quadro 09 – Banco de dados dos termos identificados na Clínica Médica e classificados como constantes e não constantes nos Eixos Foco e Julgamento da CIPE® Versão 1. João Pessoa, 2006.	97
Quadro 10 – Nomenclatura de diagnósticos de enfermagem para a Clínica Médica do HULW/UFPB. João Pessoa, 2006.	104

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1	Terminologias	24
2.2	Terminologias em Enfermagem	27
2.3	Perspectiva Histórica da CIPE®	31
2.3.1	CIPE® Versão 1	35
2.4	Necessidade de um Modelo de Terminologia de Referência	38
3	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	42
3.1	Tipo de estudo	42
3.2	Local do estudo	44
3.3	Etapas da pesquisa	44
3.3.1	Primeira etapa: Construção do banco de dados de termos da Clínica Médica	44
3.3.2	Segunda etapa: Construção da Nomenclatura de Diagnósticos de Enfermagem da Clínica Médica	49
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	50
4.1	Construção do banco de dados dos termos da Clínica Médica do HULW/UFPB	50
4.1.1	Construção da Árvore Conceitual da Clínica Médica	55
4.1.2	Definição dos termos	59

4.2	Construção da Nomenclatura de Diagnósticos de Enfermagem da Clínica Médica do HULW/UFPB	98
4.2.1	Nomenclatura de Diagnósticos de Enfermagem da Clínica Médica do HULW/UFPB	98
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
	REFERÊNCIAS	109
	APÊNDICES	115
	APÊNDICE A - Classificação dos termos da Clínica Médica constantes na CIPE® Versão 1, por eixos.	115
	APÊNDICE B - Classificação dos termos identificados nos registros de enfermagem da Clínica Médica e classificados como não constantes na CIPE® Versão 1, por eixos.	118
	ANEXOS	121
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	121

1 INTRODUÇÃO

A criação e utilização de palavras para explicar e denominar conceitos, objetos e processos dos diferentes campos do conhecimento especializado existem, desde os tempos remotos, ocorrendo mais especificamente no universo das ciências, das técnicas e das diferentes atividades do trabalho profissional. (KRIEGGER; FINATTO, 2004).

Esse conjunto de palavras pertencentes a uma área científica denomina-se terminologia e o seu emprego assume determinadas funcionalidades nas comunicações profissionais, sendo essas funcionalidades vinculadas às faces constitutivas da terminologia – lingüística, conceitual, comunicativa – e relacionadas com o estabelecimento do conhecimento científico, como descreve Benveniste (1989 citado por KRIEGGER; FINATTO, 2004, p.17):

“A constituição de uma terminologia própria marca, em toda ciência, o advento ou o desenvolvimento de uma conceitualização nova, assinalando, assim, um momento decisivo de sua história. Poder-se-ia mesmo dizer que a história particular de uma ciência se resume na de seus termos específicos. Uma ciência só começa a existir ou consegue se impor, na medida em que faz existir e em que impõe seus conceitos, através de sua denominação. Ela não tem outro meio de estabelecer sua legitimidade senão por especificar seu objeto denominando-o, podendo este constituir uma ordem de fenômenos, um domínio novo ou um modo novo de relação entre certos dados. O aparelhamento mental consiste, em primeiro lugar, de um inventário de termos que arrolam, configuram ou analisam a realidade. Denominar, isto é, criar um conceito, é, ao mesmo tempo, a primeira e última operação de uma ciência.”

Na Enfermagem, esse processo de se adquirir uma conceitualização específica tem sido observado, desde o início da Enfermagem Moderna, quando Florence já reconhecia, em seus escritos, que a Enfermagem desconhecia os seus elementos específicos, sendo essa preocupação foco de vários questionamentos na profissão, quanto aos seus conhecimentos específicos, seus conceitos, seus

significados e a utilização desses conceitos na prática, entre outros aspectos. (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000a).

Tais questionamentos estimularam as enfermeiras a darem início ao desenvolvimento de modelos conceituais ou teorias de enfermagem, a partir da década de 1950, num esforço para identificar conceitos específicos da profissão; ao desenvolvimento de pesquisas em enfermagem, a partir da década de 1960, principalmente relacionadas com o desenvolvimento de conceitos; a introdução do processo de enfermagem, inicialmente nos Estados Unidos, na década de 1970, como um modelo operacional para a prática de enfermagem, por meio do qual as enfermeiras tomam suas decisões clínicas. (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000a).

A utilização do processo de enfermagem, expresso através de suas fases distintas, favoreceu o desenvolvimento de diversos sistemas de classificação em Enfermagem. Esses sistemas tiveram uma grande representação para o desenvolvimento da Enfermagem, tendo em vista que eles possibilitam a documentação da Enfermagem, de acordo com as etapas do processo de enfermagem, e estabelecem padrões de cuidados que podem ser utilizados em qualquer parte do mundo permitindo uma melhora na qualidade da assistência de enfermagem, por meio da sistematização, do registro e da quantificação do que os componentes da equipe de enfermagem produzem. (NÓBREGA; GARCIA, 2005a).

Dessa forma, para a fase diagnóstica de enfermagem (ou problemas de enfermagem), são utilizadas a Taxonomia da NANDA Internacional, a Classificação das Respostas Humanas de Interesse para a Prática da Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), o Sistema Comunitário de Saúde de Omaha e o Sistema de Classificação de Cuidados Clínicos de Saba; para intervenções de enfermagem apresentam-se a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e a CIPE[®]; para os resultados esperados, a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e a CIPE[®]; entre outros sistemas.

Entre esses sistemas, destaca-se a CIPE[®], desenvolvida pelo *International Council of Nursing* – ICN (Conselho Internacional de Enfermagem – CIE), com o objetivo de uniformizar a linguagem de enfermagem, universalmente, já que os demais sistemas traziam consigo as influências culturais, locais, de difícil adaptação às demais comunidades de enfermagem. Em sua atual versão, a CIPE[®] Versão 1,

denominada como uma terminologia combinatória, traz a possibilidade de construção de um vocabulário especializado na área da Enfermagem, já que ela estimula a combinação de termos da CIPE[®] com termos de vocabulários existentes e termos locais. Seu novo perfil aponta para facilidades de documentar a nossa prática, o que permite uma melhor visualização da Enfermagem, reforçando, assim, seu valor como ciência.

Nesse contexto de construção de uma linguagem unificada para a prática de enfermagem, minha aproximação com os Sistemas de Classificação da Prática de Enfermagem deu-se na fase de formação acadêmica, onde alguns desses Sistemas são abordados em disciplinas como Metodologia da Assistência de Enfermagem e nas atividades teórico-práticas, através da aplicação do processo de enfermagem das demais disciplinas. Entre os diversos sistemas de classificação de enfermagem existentes, o mais abordado durante o meu Curso de Graduação em Enfermagem da UFPB, foi a Taxonomia da NANDA, sendo vista também a CIPE[®], apresentada em algumas disciplinas, como Enfermagem Clínica II e Enfermagem Obstétrica.

Através do desenvolvimento de trabalhos de pesquisa, da participação em simpósio sobre diagnóstico de enfermagem e do projeto de extensão “Sistematização da Assistência de Enfermagem da Clínica Obstétrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley”, utilizando os dois sistemas de classificação citados anteriormente, tive a oportunidade de acompanhar a evolução dos estudos sobre diagnósticos de enfermagem, despertando, assim, meu interesse em aprofundar meus conhecimentos sobre o processo de desenvolvimento da CIPE[®]. Ainda dentro dessa perspectiva, elaborei meu Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “Processo de Enfermagem e uma proposta para sua abordagem incluindo os diagnósticos de enfermagem a partir da CIPE[®] Versão Beta” (FURTADO, 2001), com a intenção de trazer contribuições para o ensino-aprendizagem do processo de enfermagem.

Continuei a acompanhar o desenvolvimento dos sistemas de classificação em enfermagem, na minha vida profissional, quando aprovada no concurso para enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW, fui admitida na Clínica Médica e passei a integrar o Grupo de pesquisadoras do Projeto de Sistematização da Assistência de Enfermagem do HULW. Este é um projeto integrado de pesquisa de campo e extensão, que prevê a articulação de enfermeiros

docentes e assistenciais, com o propósito de desenvolver a sistematização da assistência de enfermagem, na prática dos enfermeiros docentes e assistenciais que atuam no HULW/UFPB, no qual a Clínica Médica está inserida, desde 1987, quando foi iniciada a implementação do processo de enfermagem. (NÓBREGA *et al.*, 1998).

Na proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem do HULW apresentada no referido projeto, foram tomadas algumas decisões: 1) utilizar, como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta; 2) utilizar o instrumento de coleta de dados baseado nessa teoria; 3) utilizar a CIPE[®] Versão Beta para denominar os diagnósticos de enfermagem e elaborar as intervenções de enfermagem. As duas primeiras decisões foram atendidas, tendo em vista que, atualmente, na Clínica Médica dispomos de um instrumento de coleta de dados validado por Virgínio (2003), que tem como base as Necessidades Humanas Básicas de Horta, mas a terceira decisão não foi acatada, uma vez que se continuou a realizar a denominação dos diagnósticos de enfermagem tendo como referencial a Taxonomia da NANDA; e as intervenções de enfermagem tendo como base a literatura de enfermagem.

A Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley é um serviço de internação, com disponibilidade de 53 leitos, onde são contempladas nove especialidades clínicas: Pneumologia, Dermatologia, Neurologia, Gastroenterologia, Cardiologia, Endocrinologia, Nefrologia, Reumatologia e Propedêutica, evidenciando-se, sempre, por altas taxas de ocupação. Apresenta uma demanda de clientes já triados por outros serviços, com um nível educacional básico e condições socioeconômicas precárias, cuja maioria situa-se na faixa de baixa renda.

Considerando a diversidade de especialidades clínicas contempladas na Clínica e as características de sua clientela, observa-se que esses fatores contribuem para que ocorram necessidades de assistência bastante variados e complexos. Tais situações exigem uma assistência de enfermagem qualificada e sistematizada, fato que não é efetivamente cumprido, devido às várias dificuldades tais como: resistência dos profissionais da equipe de enfermagem, supostamente devido a seu déficit de conhecimento e/ou habilidade em manusear as taxonomias, talvez por deficiência dessa abordagem no Curso de Graduação e/ou pela baixa compreensão dos benefícios do uso de terminologias para a visualização do papel da Enfermagem para a sociedade e o mundo científico; desinteresse, talvez, em

mudar a postura de sua prática clínica que, predominantemente está vinculada ao cumprimento de atividades burocráticas e de ordens médicas.

Levando em consideração a complexidade clínica dos pacientes da Clínica Médica, as dificuldades encontradas para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), vivenciadas por mim enquanto integrante do grupo da SAE, e, sobretudo, por compreender que a utilização de terminologias na prática é um caminho para a Enfermagem ser fortalecida como ciência e, em consequência, ser visualizado o seu verdadeiro papel no atendimento de saúde, questiona-se: O que poderia ser feito para facilitar a implementação da SAE na Clínica Médica do HULW/UFPB? Como alcançar estratégias para facilitar a documentação prática e, dessa forma, proporcionar uma melhor visualização do cuidado prestado àqueles pacientes?

Uma das tentativas de responder a esses questionamentos é o projeto sobre “Identificação de termos da linguagem profissional para inserção em sistemas de informação: instrumental tecnológico para a melhora da qualidade da assistência de enfermagem” (NÓBREGA; GARCIA, 2000), que vem sendo desenvolvido no HULW/UFPB, desde 2000, tendo como objetivo identificar os termos utilizados pelos componentes da equipe de enfermagem nos registros dos prontuários e compará-los com os termos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, em busca da identificação de fenômenos e ações de enfermagem constantes e não constantes na CIPE® Versão Beta 2.

Esse projeto já foi desenvolvido, em seis unidades clínicas do HULW/UFPB: Clínica Obstétrica, Pediátrica, Médica, de Doenças Infecto-Contagiosas, Unidade de Terapia Intensiva e Cirúrgica. (SANTOS, 2004; BITTENCOURT; ARARUNA, 2003; BESERRA, 2003, BITTENCOURT, 2003, BESERRA; NUNES, 2003; NUNES, 2002; ARARUNA, 2002).

Desses trabalhos emergiram 17.072 transcrições de termos e expressões de registros de enfermagem de 417 prontuários das seis unidades clínicas, as quais levaram à extração de 2.812 termos, dos quais 1.292 foram atribuídos a fenômenos e 1.520 a ações de enfermagem.

Nesse contexto, a Clínica Médica foi representada por 60 prontuários, a partir dos quais foram extraídas 3.094 transcrições de termos e expressões, que

possibilitaram a identificação de 611 termos, sendo 297 fenômenos de enfermagem e 314 ações de enfermagem. Após o mapeamento desses termos com os constantes na CIPE[®] Versão Beta 2, observou-se que, dos 297 fenômenos de enfermagem, 129 são constantes e 168 não são constantes nessa Classificação. (BITTENCOURT, 2003).

Esses resultados levaram a autora a considerar que os componentes da equipe de enfermagem da Clínica Médica utilizam termos nos registros de enfermagem que estão incluídos na CIPE[®] como também termos não incluídos nesse sistema de classificação, os quais merecem ser validados para posteriores inclusões na CIPE[®].

Como parte do estudo de validação dos resultados do estudo de Bittencourt (2003), foi realizado, por Beserra (2006), um estudo objetivando confirmar os significados e a utilização dos termos, para a construção de um banco de dados essenciais de enfermagem.

Com base nos resultados desses estudos, questiona-se: É possível construir uma nomenclatura de diagnósticos de enfermagem, desenvolvida a partir de termos identificados nessa clínica?

A necessidade de resposta para esse questionamento despertou-me para a importância de realizar uma pesquisa, com a finalidade de construir uma nomenclatura de diagnósticos de enfermagem da Clínica Médica, a partir dos termos atribuídos aos fenômenos e ações de enfermagem identificados e validados nos registros de enfermagem dos pacientes da Clínica Médica do HULW por Bittencourt (2006) e Beserra (2006).

Acredita-se que essa pesquisa poderá contribuir para um melhor direcionamento e desenvolvimento da assistência de enfermagem, como também, um maior suporte na implementação da SAE e utilização dessa terminologia pelos outros membros da equipe.

Sendo assim, espera-se que a Clínica Médica possa efetivar mais um passo qualitativo no Projeto de Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, já que o primeiro foi alcançado por Virgínio (2003), com a validação do instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados. Espera-se, também, que ela possa ser revertida em motivação para a equipe de

enfermagem do serviço e, conseqüentemente, em benefícios para os pacientes da Clínica Médica.

OBJETIVOS

GERAL:

- Construir uma Nomenclatura de Diagnósticos de Enfermagem para a Clínica Médica do HULW/UFPB tendo como base o banco de dados de termos da clínica médica, o Modelo dos 7 eixos da CIPE[®] Versão 1 e a ISO 18.104.

ESPECÍFICOS:

- Identificar na CIPE[®] Versão 1 o significado dos termos relacionados com fenômenos de enfermagem identificados e mapeados na Clínica Médica do HULW/UFPB.
- Desenvolver definições conceituais para os termos classificados nos eixos Foco e Julgamento e não constantes CIPE[®] Versão 1.
- Construir um banco de dados de termos identificados na Clínica Médica e classificados nos Eixos Foco e Julgamento da CIPE[®] Versão 1.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nesse capítulo será apresentada a revisão da literatura nos seguintes aspectos: Terminologias; Terminologias em Enfermagem; Perspectiva histórica da CIPE[®] compreendendo a CIPE[®] Versão 1 e Necessidade de um modelo de terminologia de referência, representado pela ISO 18.104.

2.1 Terminologias

Ao falarem sobre a história das linguagens especializadas, Krieger e Finatto (2004) lembram que não se trata de um fenômeno recente, pois está presente nos antepassados da humanidade, desde que se manifestou a linguagem, podendo ser observado entre os filósofos gregos, na língua de negócios dos comerciantes cretas e nos vocábulos especializados da arte militar.

Em relação à antiguidade da prática terminológica, seu desenvolvimento mais expressivo, bem como os estudos sobre o componente lexical das comunicações especializadas são relativamente recentes, situando-se na segunda metade do século XX. (KRIEGER; FINATTO, 2004).

Nesse contexto, observa-se que o surgimento das linguagens científicas como também a discussão sobre suas propriedades e peculiaridades assumem relevância em todo o período histórico, incentivando os cientistas a estabelecerem padrões terminológicos em seus âmbitos de especialidade e intensificando sua preocupação com regras de formação dos termos, de modo a atribuir determinadas especificidades à sua linguagem, com o grande objetivo de assegurar a univocidade da comunicação científica, internacionalmente. (KRIEGER; FINATTO, 2004).

É, então, crescente o fluxo de estudos sobre terminologias na literatura, sendo abordadas, no entanto sob diversas concepções e aplicações.

Uma das concepções bastante reconhecida é a que Cabré (1995) remete a uma tripla noção: como disciplina, como prática e como produto dessa prática. Como disciplina, a terminologia é concebida como a disciplina que se ocupa dos termos especializados; como prática é concebida como o conjunto de diretrizes ou princípios que regem a recopilação de termos; como produto dessa prática é definida como conjunto de termos de uma matéria especializada.

Pavel e Nolet (2003) definem terminologia, em sua primeira acepção, como um conjunto de palavras técnicas pertencentes a uma ciência, uma arte, um autor ou um grupo social, e, num sentido mais restrito e mais especializado, como uma disciplina lingüística consagrada ao estudo científico dos conceitos e termos usados nas línguas de especialidade.

O conceito de **terminologia**, de acordo com Tristão *et al* (2004) e Lara (2004), é compreendido como a elaboração de um sistema de conceitos, produto de uma sistematização realizada em um campo do conhecimento caracterizando-a como classificadora, hierarquizante, estruturante, com termos definidos pelo conceito, com o grande objetivo de alcançar, via normalização, a precisão e de possibilitar a comunicação profissional, sem ambigüidades.

Estes aspectos da terminologia são também ressaltados por Andrade (2001), quando cita que a diferença fundamental entre um texto da língua geral e outro, de uma linguagem especializada, está no uso dos termos específicos de determinada área, que lhe conferem o caráter de especificidade, em distintos níveis de especialização, conforme o tipo de matéria e seu grau de abstração. A autora cita, também, que essa linguagem especializada, ao usar a terminologia, constitui base para a estruturação do conhecimento, pela sistematização dos conceitos, desempenhando papel de destaque como instrumento de comunicação entre especialistas e como canal de transferência de tecnologia.

Apoiada pela *International Organization for Standardization* (ISO) (Organização Internacional de Normalização), Lara (2005) refere-se à terminologia como uma disciplina teórica e aplicada que se serve da Lingüística, das Ciências da Comunicação, das Ciências Cognitivas, da Ciência da Informação e das especialidades particulares, sendo considerada um campo inter e transdisciplinar que envolve a descrição e o ordenamento do conhecimento (nível cognitivo) e sua

transferência (nível comunicacional), tendo como elementos centrais os conceitos e termos.

Investigando o objeto da terminologia, Cabré (1995) o apresenta, diferenciando-o do objeto da lexicologia, que, respectivamente, são determinados pelos termos e pelas palavras. **Termo** é definido como uma unidade de características lingüísticas similares utilizada em um domínio de especialidades. **Palavra** é uma unidade descrita por um conjunto de características lingüísticas sistemáticas e dotadas da propriedade de referir-se a um elemento da realidade.

Concordando com a opinião de Cabré (1995), o termo também é visto como objeto da terminologia, para Lara (2005), quando afirma que se trata de uma unidade terminológica nos seus aspectos lingüísticos, cognitivos e pragmáticos, constituindo um subconjunto de signos lingüísticos relativos a uma área conceitual e utilizados na comunicação especializada.

Sob a análise de Krieger e Finatto (2004), são três os objetos da Terminologia – termo, fraseologia e definição. O **termo**, chamado de unidade terminológica, é considerado, simultaneamente, como elemento constitutivo da produção do saber, quanto componente lingüístico, cujas propriedades favorecem a univocidade da comunicação especializada. A **Fraseologia** é uma estrutura representativa de um nódulo conceitual das diferentes áreas temáticas, sobretudo quando inclui um termo em sua composição. A **definição terminológica** constitui-se de um enunciado-texto que dá conta de significados de termos ou de expressões de uma técnica, tecnologia ou ciência, no escopo de uma situação comunicativa profissional, veiculando, assim, conceitos de uma área de conhecimento.

Com o objeto especificado, a principal tarefa da Terminologia, segundo Lara (2005) é a de observar as unidades da língua natural e da comunicação especializada e propor a representação de conceitos e sistemas de conceitos através dos termos, objetivando, dessa forma, agilizar a comunicação entre especialistas e o público em geral, assumindo, desse modo, funções de comunicação e de representação, procurando o consenso e propondo formas de controle da diversidade de significação.

Cabré (1995) também oferece um esclarecimento a respeito do objetivo da Terminologia, quando ressalta que ela se propõe identificar segmentos de uma

realidade profissional especializada de forma unívoca e denominar conceitos próprios de uma determinada matéria.

Tratando, enfim, das aplicações da Terminologia, a autora enfoca que essa matéria serve basicamente para duas finalidades: a representação e a transferência, sempre dentro do âmbito da realidade especializada. Em sua função de **representação**, a terminologia serve a vários tipos de disciplinas ou atividades: a documentação; a engenharia lingüística e a lingüística computacional; e as especialidades basicamente técnico-científicas, todas para representar o conhecimento, de maneira organizada (em forma de manuais e glossários) e para unificar o conhecimento (em forma de normas e padrões). Na função de **transferência**, a terminologia serve fundamentalmente à comunicação direta, à mediação comunicativa e à planificação lingüística.

Esse tema das aplicações da terminologia também é visualizado nos trabalhos de Krieger e Finatto (2004), os quais citam a elaboração de glossários e dicionários ou a produção de bases de dados, como também o processamento de informações técnico-científicas.

Na realidade, a Terminologia é uma peça chave dos especialistas, a base do pensamento especializado, fator indispensável para a normalização plena de uma língua. (CABRÉ, 1995).

2.2 Terminologias em Enfermagem

É constatado que os registros dos dados clínicos representam o principal veículo de comunicação formal entre os membros da equipe de saúde. Contudo, para que tenha essa real utilidade, as informações contidas no registro clínico devem ser objetivas, claras, completas, de forma que os membros da equipe de saúde entendam seu contexto e seu significado. (MARIN, 2000).

A referida autora atenta, ainda, para o fato de que o crescente fluxo da quantidade de informações, acompanhadas de uma maior complexidade dos dados, associadas à necessidade de se manter o controle da qualidade da assistência, tem

exigido cada vez mais o uso dos recursos computacionais, onde é fundamental o uso de padrões para registro.

A falta do uso de padrões de linguagem constitui-se num dos grandes obstáculos para o desenvolvimento de sistemas clínicos na área de saúde, pois, sem eles, não há como se atender às necessidades dos profissionais em termos do cuidado prestado e se analisar o custo/benefício desse cuidado, além de apresentar essa informação para a saúde da população. Marin (2000) refere que a construção de vocabulários para a profissão também é um desafio, considerando que ela deve atender a alguns critérios como validade, especificidade, recuperação dos dados e facilidade de comunicação, ser simples de entender, fácil de codificar e intuitiva aos profissionais de saúde.

Nesse contexto, a Enfermagem, como uma das profissões da área de saúde, não ficou alheia a todos esses obstáculos e desafios, enquanto a construção de seu vocabulário é tema de grandes debates, projetos e estudos, posto que exista o reconhecimento de que, através das definições de seus conceitos específicos, estaria desenvolvendo-se como ciência.

Os esforços da Enfermagem foram direcionados para o desenvolvimento de terminologias em enfermagem as quais, segundo Marin (2003), objetivam identificar, denominar e classificar os maiores conceitos de domínios para uso em sistemas computacionais, em unidades clínicas, no ensino e treinamento de profissionais, na documentação dos cuidados e no desenvolvimento do corpo do conhecimento em Enfermagem.

As diversas terminologias em enfermagem que foram ou estão sendo desenvolvidas possibilitam a documentação de enfermagem e encontram-se relacionadas com algumas fases do Processo de Enfermagem, destacando-se três elementos como componentes primários para a classificação da prática de enfermagem: **diagnósticos** de enfermagem (estado do cliente, problemas, necessidades, potencialidades), **intervenções** (ações) e **resultados**. (ICN, 2005).

Entre as terminologias em enfermagem desenvolvidas, as mais conhecidas são: 1) Taxonomia II da NANDA Internacional; 2) Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC); 3) Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC); 4)

Classificação dos Cuidados Clínicos de Saúde (CCC); 5) Sistema de Saúde Comunitária de OMAHA, as quais são descritas a seguir.

A ***Taxonomia da NANDA Internacional*** é a mais conhecida e utilizada em nosso meio. Foi iniciada, em 1973, por um grupo de enfermeiras norte-americanas. Apresentava, na Taxonomia I, os Padrões de Respostas Humanas como estrutura teórica, que orientavam a classificação e categorização dos diagnósticos de enfermagem ou das condições que necessitam de cuidados de enfermagem. Continua, também, uma lista de 150 diagnósticos, em ordem taxonômica, incluindo definição, características definidoras, fatores relacionados e/ou de risco como estrutura de apresentação. (NANDA, 2000; NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000a). Em 2001, foi publicada a Taxonomia II, num modelo multiaxial, contendo 7 eixos: 1) Conceito diagnóstico; 2) Tempo; 3) Unidade do cuidado; 4) Idade; 5) Estado de saúde; 6) Descritor; 7) Topologia, tendo como estrutura teórica os Domínios e Classes que foram desenvolvidos a partir dos Padrões Funcionais de Saúde de Gordon. Essa taxonomia apresenta como estrutura 13 domínios, 46 classes e 167 diagnósticos de enfermagem. Atualmente, a NANDA Internacional tem a perspectiva de uma nova estrutura, a Taxonomia NNN da Prática da Enfermagem, como estrutura taxonômica comum para a prática de enfermagem, incluindo dados da NANDA (diagnósticos de enfermagem), NIC (intervenções de enfermagem) e NOC (resultados de enfermagem), com a possibilidade de incluir outras linguagens. (NANDA; 2005).

A ***Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification - NIC)*** teve início em 1987, por um grupo de pesquisadoras do *College of Nursing da University of Iowa*, com o apoio do Instituto Nacional de Pesquisa dos Estados Unidos. A NIC apresenta uma estrutura taxonômica validada e codificada, que abrange intervenções de enfermagem voltadas para os diagnósticos de enfermagem da NANDA. Nessa classificação, a intervenção de enfermagem é definida como qualquer tratamento, baseado no julgamento e conhecimento clínico, que o enfermeiro desempenha para melhorar os resultados do paciente/cliente. (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2004). A estrutura taxonômica da NIC é constituída por três níveis: o primeiro, o mais abstrato, é composto por sete domínios (fisiológico, fisiológico-complexo, comportamento, segurança, família, sistema de saúde, comunidade); o segundo é representado por 30 classes, organizadas dentro dos

domínios; o terceiro compõe-se das 486 intervenções de enfermagem, agrupadas de acordo com as classes e os domínios. A intervenção de enfermagem é constituída de título, definição e atividades. (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A **Classificação dos Resultados de Enfermagem** (*Nursing Outcomes Classification – NOC*) foi desenvolvida pelo mesmo grupo que desenvolveu a NIC, e é considerada um sistema de classificação complementar da Taxonomia da NANDA e da NIC. Os resultados são conceitos que podem ser medidos ao longo de um *continuum*, o que significa que os resultados refletem uma condição real do paciente ao invés das metas esperadas. (JOHNSON; MAAS; MOORHEAD, 2004). Essa classificação inclui uma lista de 260 resultados (247 relacionados com o indivíduo, sete com a família e seis com a comunidade), agrupados em 29 classes e em sete domínios (Saúde funcional, saúde fisiológica, saúde psicossocial, comportamento e conhecimento em saúde, saúde percebida, saúde da família e saúde da comunidade). Na NOC, cada resultado tem um título, uma definição, uma lista de indicadores objetivos e subjetivos e uma escala tipo *Likert*, de cinco pontos, para avaliar o estado, os comportamentos e as percepções ou os sentimentos do cliente, em momentos específicos. (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A **Classificação dos Cuidados Clínicos** (*Clinical Care Classification – CCC*), anteriormente denominada de *Home Health Care Classification* (HHCC), foi desenvolvida, nos Estados Unidos, como parte de um projeto de Cuidados Domiciliares da Universidade de *Georgetown*, para codificação e categorização dos cuidados domiciliares de saúde prestados aos pacientes que usavam o *Medicare*, objetivando prover, tanto as necessidades de enfermagem e outros serviços domiciliares, quanto a mensuração dos resultados obtidos. A CCC consiste em duas terminologias inter-relacionadas: a de diagnósticos de enfermagem e a de intervenções de enfermagem. Essas duas terminologias usam uma estrutura de 20 componentes (conceitos) de cuidado que representam quatro diferentes padrões do cuidado do paciente: funcional, comportamento de saúde, psicológico e fisiológico. A CCC tem 146 diagnósticos de enfermagem. Os diagnósticos são baseados na NANDA, incluindo, também, diagnósticos específicos adicionais para o cuidado domiciliar. (HWANG *et al.*, 2003, SABA, 1990, 1997).

O **Sistema de Saúde Comunitária de OMAHA** (*Community Health System*) é originado de uma lista de problemas de clientes diagnosticados pelas enfermeiras,

em uma comunidade de saúde nos Estados Unidos. A proposta do sistema é oferecer um método para organizar, identificar e denominar o que é de interesse da Enfermagem, na prática, e compreende três esquemas de classificação: Esquema de Classificação de Problemas, Esquema de Intervenções e a Escala de Resultados. O Esquema de Classificação de Problemas é uma taxonomia de diagnóstico de enfermagem que pode ser usada por enfermeiros que atuam na comunidade, por outros profissionais de saúde, supervisores e administradores. O Esquema de Classificação de Problemas segue a seguinte estrutura: Domínio, Problema, Modificador e Sinal/Sintoma. O Esquema de Intervenções é um modelo sistematizado das atividades de enfermagem para auxiliar na decisão de enfermagem, na documentação dos planos e intervenções. É organizado em três níveis: categorias, metas e informação específica do cliente. A Escala dos Resultados foi desenvolvida para medir os progressos feitos pelo cliente/paciente com relação aos problemas previamente identificados pelo enfermeiro. (MARTIN; SCHEET, 1992; MARTIN, 1997; NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000a).

Apesar de todos os esforços desempenhados pelas enfermeiras de todo o mundo em desenvolver tais terminologias, nenhuma delas representava o domínio da Enfermagem, de forma abrangente. Além disso, havia o problema de não serem utilizadas universalmente, visto que traziam consigo influências culturais e específicas das organizações geradoras, o que resultou no desafio da construção de uma terminologia que descrevesse a prática da enfermagem mundialmente. Surgiu, então, a CIPE[®] desenvolvida pelo *International Council of Nurses - ICN*.

2.3 Perspectiva histórica da CIPE[®]

A necessidade do desenvolvimento de uma classificação internacional dos elementos da prática da Enfermagem foi apresentada ao *International Council of Nurses (ICN)*, durante o 19º Congresso Quadrienal, realizado em 1989, em Seul, Korea, sendo essa proposta votada e aprovada. As justificativas para a elaboração desse projeto estavam relacionadas com a falta de um sistema e de uma linguagem específica da profissão, necessários para que a Enfermagem pudesse contar com

dados confiáveis na formulação de políticas de saúde, na contenção de custos, na informatização dos serviços de saúde e no controle do seu próprio trabalho. (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000a).

O ICN, então, iniciou o projeto, realizando um levantamento bibliográfico na literatura de enfermagem e uma pesquisa junto às associações membros do ICN, com o objetivo de identificar os sistemas de classificação usados na Enfermagem. Como resultado, evidenciou-se a utilização de vários sistemas de classificação e a valorização da idéia do desenvolvimento de uma classificação internacional para a prática da Enfermagem. (BITTENCOURT *et al*, 2005).

Na etapa posterior desse projeto, foram analisadas a Classificação Internacional de Doenças, CID-10, as classificações aceitas pela Organização Mundial de Saúde – OMS e os 14 Sistemas de Classificação de Enfermagem, identificados na pesquisa anterior, a fim de se identificarem as denominações próprias da Enfermagem. O resultado dessa análise culminou, em 1993, na apresentação do documento denominado *Nursing's Next Advance: An International Classification for Nursing Practice – ICNP* (Próximo Avanço da Enfermagem: Uma Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem – CIPE[®]), que tratou de uma relação, em ordem alfabética, dos elementos da prática de enfermagem – os diagnósticos de enfermagem, as intervenções de enfermagem e os resultados esperados – identificados nesses sistemas. Noutra etapa desse projeto, os termos dos sistemas de classificação identificados transformaram-se em entidades de conceito, e foram agrupados e hierarquizados, resultando na construção de duas pirâmides de conceitos da CIPE[®], sendo uma dos fenômenos de enfermagem e uma de intervenções de enfermagem. (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000b).

A primeira versão dessa classificação foi apresentada pelo ICN, em dezembro de 1996, denominada Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Um Marco Unificador, Versão Alfa, contendo a Classificação de Fenômenos de Enfermagem e a Classificação de Intervenções de Enfermagem, tinha o propósito de estimular os comentários, as observações, as críticas e as recomendações de seu melhoramento e, em conseqüência, iniciar um processo de retroalimentação, através de consulta, comprovação, avaliação e de novas modificações. (ICN, 1999).

Nessa versão, a Classificação de Fenômenos de Enfermagem representa o domínio do cliente, que pode ser o ser humano ou o meio ambiente, numa estrutura

monoaxial, em cujo ápice encontra-se um único princípio geral de divisão. Essa classificação contém uma lista de 293 fenômenos de enfermagem. A classificação de intervenções de enfermagem representa o domínio das ações realizadas pelas enfermeiras em relação aos fenômenos de enfermagem, construída numa estrutura multiaxial, na qual o termo do ápice se subdivide, segundo um princípio de divisão, em 6 eixos, que são: ação, objeto, enfoque, meio, lugar do corpo e tempo/lugar. (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000a).

Com a publicação da Versão Alfa, foi afirmado que a CIPE[®] fornecia um vocabulário, uma nova classificação para a Enfermagem e uma estrutura na qual vocabulários e classificações existentes podiam ser cruzados, para possibilitar a comparação de dados de enfermagem coletados. A CIPE[®] constituiria uma estrutura unificadora que envolveria a nomeação, ordenação e ligação dos fenômenos que descrevem a prática da enfermagem, incluindo o que as enfermeiras fazem relativamente a certas necessidades para produzir determinados resultados. (ICN, 2005).

O ICN publicou a Versão Beta da CIPE[®] em julho de 1999, durante as comemorações dos 100 anos do ICN, construída similarmente à Versão Alfa, como um modelo unificador. O foco central continuou sendo a prática da enfermagem e os componentes principais continuaram sendo os fenômenos de enfermagem, as ações de enfermagem e os resultados de enfermagem, sendo que, agora, todos num enfoque multiaxial. (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 1999).

Nessa versão, a classificação de fenômenos de enfermagem foi constituída de 8 eixos, sendo: 1) Foco da prática de enfermagem, que corresponde à classificação de fenômenos de enfermagem apresentada na Versão Alfa; 2) Julgamento; 3) Frequência; 4) Duração; 5) Lugar do corpo; 6) Topologia; 7) Probabilidade; 8) Portador. A classificação das ações de enfermagem continuou sendo multiaxial, mas sofreu algumas modificações nos seus eixos, que passaram dos 6 anteriormente, para 8. Esses eixos são: 1) Tipo de ação; 2) Alvo; 3) Meios; 4) Tempo; 5) Topologia; 6) Localização; 7) Via; 8) Beneficiário. Os resultados de enfermagem continuam a ser vistos como uma mensuração da mudança de um diagnóstico de enfermagem num período determinado de tempo, após a execução das intervenções de enfermagem. (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000a).

Em dezembro de 2000, a Coordenação da CIPE[®] a definiu como uma terminologia combinatória para a prática da Enfermagem, que facilitaria o mapeamento cruzado de termos locais, classificações e vocabulários existentes. Para o ICN, a CIPE[®] constituiria um instrumento de informação, para descrever a prática de enfermagem e prover dados que representem essa prática, nos sistemas de informação em saúde. Poderia ser usada para tornar a prática de enfermagem visível nos sistemas de informação em saúde, como também, para descrever e integrar a Enfermagem na pesquisa, educação, administração e gestão, e no desenvolvimento de políticas dos cuidados de saúde. (ICN, 2005).

Em 2001 foi apresentada a CIPE[®] Versão Beta 2, que foi operacionalmente definida como uma classificação de fenômenos, ações e resultados de enfermagem, sendo os fenômenos definidos como aspectos de saúde relevantes para a prática de enfermagem. Nessa versão, continuavam a existir duas estruturas de classificação: uma para os fenômenos de enfermagem (para representar os diagnósticos e resultados de enfermagem) e outra para ações de enfermagem, constituindo, assim, uma terminologia combinatória, com uma estrutura multiaxial, tendo como principais mudanças a partir da CIPE[®] Versão Beta, as correções editoriais. (ICN, 2005).

Como a CIPE[®] Versão Beta 2 chegou a ser utilizada amplamente, e como os grupos de enfermeiras no âmbito mundial geraram traduções e registros de análises, os proponentes da CIPE[®] reconheceram que a meta de um sistema de linguagem unificado que pudesse representar as necessidades das enfermeiras mundialmente não era alcançada com as estruturas e estratégias de classificação atuais, pois algumas enfermeiras usavam a CIPE[®] Versão Beta 2 diretamente, enquanto outras usavam vocabulários diferentes dos da CIPE[®] e, ainda, outras usavam a CIPE[®] Versão Beta 2 como um recurso para desenvolver novos vocabulários locais. (ICN, 2005).

O ICN continuou a reconhecer sua responsabilidade para unificar dados de âmbito mundial, com o propósito de prover informações válidas e consistentes sobre a prática de enfermagem e resultados dos pacientes ou clientes. O Programa CIPE[®] pretendia ter dados de enfermagem prontamente disponíveis e utilizáveis pelos sistemas de informação dos cuidados de saúde, por todo o mundo, e, para isso, a CIPE[®] necessitava de representar os vocabulários de enfermagem existentes; continuar a dar suporte à representação axial da Versão Beta 2 e facilitar o

desenvolvimento de vocabulários locais que seriam derivados da CIPE[®]. Em adição, e de relevância para o ICN, a nova versão da Terminologia, a CIPE[®] Versão 1 necessitava de ser capaz de identificar semelhanças e diferenças entre as diferentes representações, com o propósito de comparar e combinar dados oriundos de fontes distintas. (ICN, 2005).

2.3.1 CIPE Versão 1

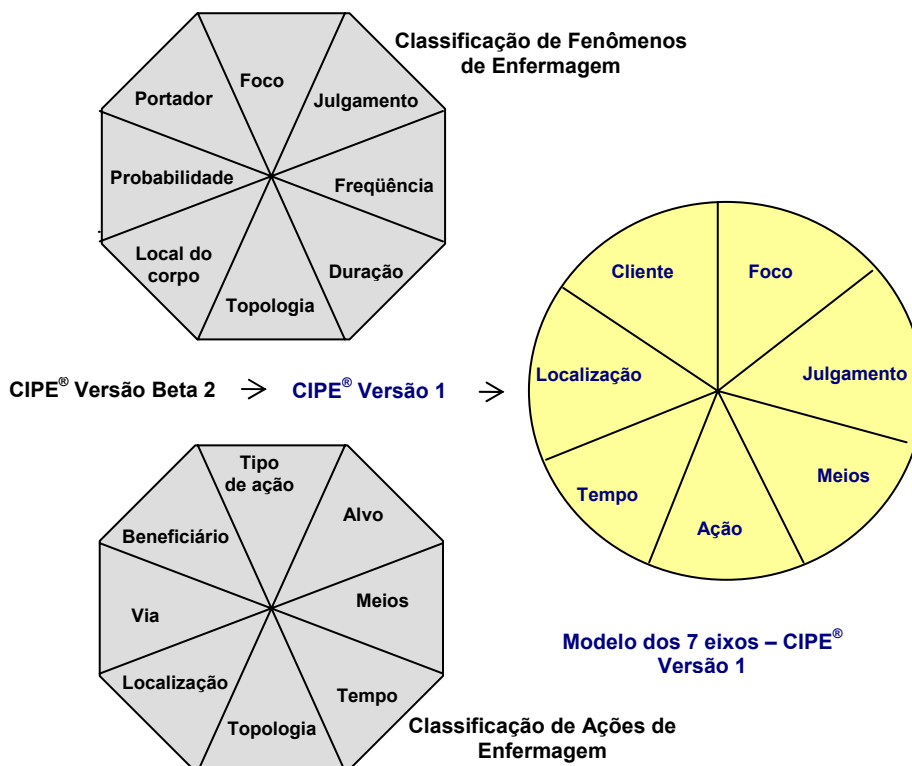
Em 2002, o Grupo de Aconselhamento Estratégico da CIPE[®] recomendou ao ICN a constituição de uma comissão para investigar qual *software* poderia ser usado para dar suporte ao complexo desenvolvimento da CIPE[®] e sua manutenção. O estudo contou com a participação de líderes mundiais, no campo de vocabulários de cuidados de saúde, com a intenção de assegurar que a CIPE[®] Versão 1 fosse consistente com as normas de vocabulários. (ICN, 2005).

As principais recomendações emergidas do estudo foram prover uma base mais formal para a CIPE[®] e usar *software* que fosse capaz de satisfazer as necessidades atuais e propiciar alguns critérios para um vocabulário completo e viável. Alguns desses critérios visavam a evitar redundância e ambigüidade de termos e assegurar que os códigos associados a termos, em um vocabulário, não refletissem a estrutura hierárquica do vocabulário, critérios estes que não eram consistentes nas versões Beta e Beta 2 da CIPE[®].(ICN, 2005).

Portanto, a CIPE[®] Versão 1, lançada em julho de 2005 no 23º Congresso Quadrienal do ICN, em Taiwan, é mais do que meramente um vocabulário; é um recurso que pode acomodar vocabulários existentes através do mapeamento cruzado que pode ser usado para desenvolver novos vocabulários como uma terminologia composicional, e que pode identificar relações entre os conceitos e vocabulários como uma terminologia de referência. Essa versão reflete principais reformulações na direção de tornar os sistemas de classificação tecnologicamente mais fortes, enquanto, ao mesmo tempo, sejam acessíveis ao uso das enfermeiras. Apresenta-se através de uma simples estrutura multiaxial, por empregar um método de descrição lógica. (ICN, 2005).

No boletim, publicado em junho de 2006, o ICN destaca a definição, a visão e as metas estratégicas mais atuais da CIPE[®], que, desse modo, passa a ser definida como um sistema de linguagem unificado de enfermagem, uma terminologia instrumental para a prática de enfermagem, que facilita a combinação cruzada de termos locais com as terminologias existentes. É parte integrante de uma infraestrutura mundial de informação que conforma a prática e a política de atenção à saúde, para melhorar os cuidados dos pacientes no mundo inteiro. Agora, apresenta-se servindo de marco importante para articular a contribuição que a Enfermagem traz para a saúde e a atenção à saúde, em todo o mundo, fomentando a harmonização com outras classificações amplamente utilizadas no trabalho dos grupos de normalização em saúde e em Enfermagem. (ICN, 2006).

Nessa versão, é apresentado um novo grupo de eixos que unificou os oito eixos das estruturas das Classificações de Fenômenos e de Ações da CIPE[®] Versão Beta 2 (16 eixos no total), consistindo apenas numa estrutura de classificação compreendida por 7 eixos, denominada de Modelo dos 7 eixos. As vantagens dessa nova estrutura é que isso simplifica extremamente a representação e resolve a extensão da redundância e ambigüidade de termos que eram inerentes à CIPE[®] Versão Beta 2. (ICN, 2005).



Fonte: ICN (2005)

Figura 1 – Modelo dos 7 eixos da CIPE® Versão 1.

Nesse modelo, os 7 eixos são definidos, como:

- **Foco:** a área de atenção que é relevante para a Enfermagem. Ex: dor, expectativa de vida, eliminação, conhecimento.
- **Julgamento:** opinião ou determinação clínica relacionada com o foco da prática da enfermagem. Ex: risco, interrompido, anormal.
- **Meios:** a maneira ou método de se realizar uma intervenção. Ex: atadura, serviço de nutrição.
- **Ação:** um processo intencional aplicado ou realizado para um cliente. Ex: educar, trocar, administrar, monitorar.
- **Tempo:** o ponto, período, instante, intervalo ou a duração de uma ocorrência. Ex: admissão, nascimento de uma criança, crônico.
- **Localização:** orientação espacial e anatômica de um diagnóstico ou intervenção. Ex: posterior, abdômen, escola, centro de saúde comunitário.

- **Cliente:** sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção. Ex: recém-nascido, família, comunidade.

O modelo dos sete eixos é destinado à facilitação da composição das afirmativas diagnósticas, de resultados e de intervenções, podendo essas afirmativas serem organizadas em grupos significativos/expressivos para a prática da enfermagem e para os catálogos da CIPE[®]. (ICN, 2005).

Os Catálogos da CIPE[®], neste estudo denominados de nomenclaturas, são definidos como subconjuntos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, especificamente direcionados para uma área ou especialidade selecionada da prática. Eles podem satisfazer uma necessidade da prática, na construção de sistemas manuais ou eletrônicos de registros de pacientes, com o benefício de serem parte de um sistema de linguagem unificado. (ICN, 2005).

2.4 Necessidade de um modelo de referência

Segundo Coenen *et al.* (2001), as primeiras motivações para se desenvolverem as terminologias de enfermagem foram: a identificação, a nomeação e a classificação dos maiores conceitos de domínio da disciplina, para atender a vários propósitos, entre os quais estavam a implementação de sistemas computacionais em cenários clínicos; a questão do reembolso para a Enfermagem dos serviços prestados; o ensino dos novos profissionais; a documentação das contribuições da Enfermagem no cuidado do paciente e o desenvolvimento do conhecimento da profissão.

Entretanto, as atuais tendências que abrangem o processo de globalização, o crescente aumento no volume de informações, a contenção de custos, uma maior exigência dos níveis de qualidade e a evolução científica e tecnológica estão exigindo maior complexidade e especificidade das terminologias padronizadas. (MARIN, 2001).

Dessa forma, para serem alcançados esses maiores objetivos, necessita-se de um tipo de terminologia diferente das terminologias anteriormente desenvolvidas

na Enfermagem, pois esse novo tipo deverá possibilitar a comparação de dados apreendidos em diferentes sistemas e até mesmo em diferentes línguas, sendo classificada, por alguns autores como terminologia orientada por conceito, terminologia de referência, terminologia formal ou sistemas de linguagem de terceira geração. (COENEN *et al.*, 2001).

Nesse contexto, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2001) considera que a finalidade de uma terminologia integral é captar a ampla gama de conceitos de enfermagem e as relações entre definições, em todas as áreas da prática geral e especializada, em todas as regiões, países e culturas. Ressalta, ainda, que o modelo de uma terminologia de referência servirá de marco comum de trabalho para as diversas terminologias de enfermagem utilizadas em todo o mundo e contribuirá para o desenvolvimento, a manutenção e o estabelecimento de uma correspondência entre distintas terminologias.

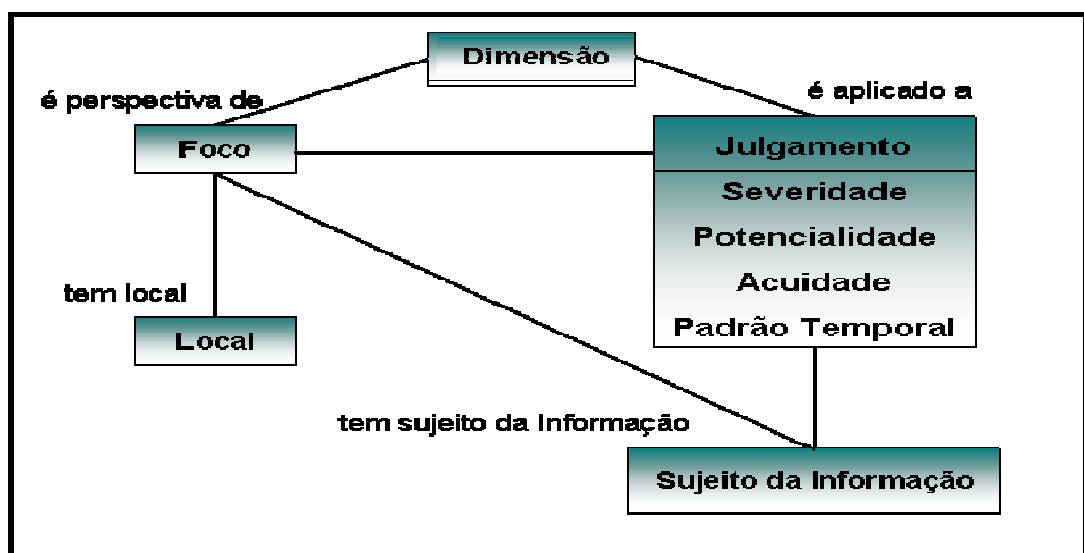
Na busca de desenvolver tal terminologia, surgiu então, em 1999, a iniciativa empreendida por um grupo de peritos, dentro do grupo de funcionamento técnico do Comitê de Informática em Saúde, sob a liderança colaborativa da Associação Internacional de Informática Médica – Grupo de Interesse Especial da Informática em Enfermagem (IMIA-IMIA-NI) e do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), de propor um modelo de terminologia de referência. (NÓBREGA; GARCIA, 2005b).

Esse modelo foi aprovado em setembro de 2003 pela ISO, como ISO 18.104: Integração de um Modelo da Terminologia de Referência para Cuidados de Enfermagem, com o propósito de acomodar as várias terminologias e classificações usadas atualmente, tal como a CIPE[®]. (NÓBREGA; GARCIA, 2005b, SABA *et al.*, 2003).

A ISO 18.104, para conseguir prover um modelo de referência de saúde mais unificado através do Modelo de terminologia em enfermagem, é preciso que seus usos potenciais sejam direcionados a apoiar a definição intencional dos conceitos de diagnósticos de enfermagem e de ações de enfermagem; facilitar a representação dos diagnósticos de enfermagem e conceitos das ações de enfermagem e suas relações numa maneira adequada para sistemas computacionais; prover uma estrutura para geração de expressões compostas de conceitos atômicos, dentro de uma terminologia de referência; facilitar a construção de terminologias de enfermagem numa forma regular, que tornará o mapeamento entre os conceitos de

diagnósticos de enfermagem e conceitos das ações de enfermagem a partir de várias terminologias, incluindo aquelas desenvolvidas como terminologias de interface e classificações estatísticas; possibilitar a avaliação sistemática de terminologias e modelos de terminologia associados, com o propósito de harmonização; prover uma linguagem para descrever a estrutura dos conceitos de diagnósticos de enfermagem e de ações de enfermagem, a fim de possibilitar uma integração apropriada com modelos de informação. (ISO, 2003).

Em sua composição, existem dois modelos de terminologias de referência: o modelo de diagnóstico de enfermagem e o modelo de ações de enfermagem. O **modelo de terminologia de referência para diagnóstico de enfermagem** é definido tanto como um julgamento sobre um foco ou como um julgamento sobre uma dimensão particular de um foco, sendo o foco definido como uma área de atenção e julgamento, uma opinião ou discernimento relacionado com o foco ou dimensão (Figura 2). De acordo com esse modelo, para construção de um diagnóstico de enfermagem, um descritor para foco e um descritor para julgamento são mandatários.

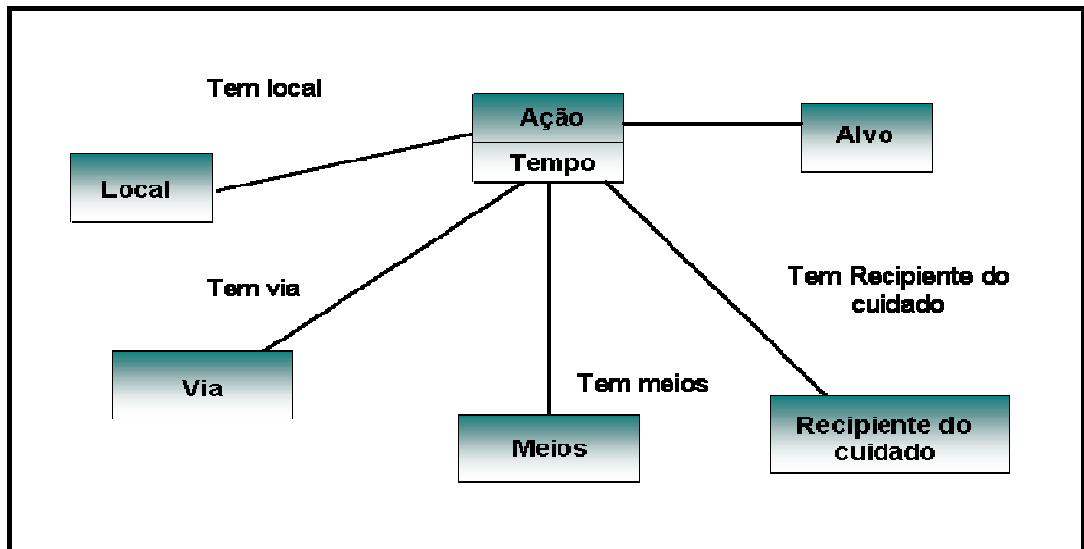


Fonte: ISO, 2003.

Figura 2 – Modelo de terminologia de referência para diagnóstico de enfermagem.

No **modelo de terminologia de referência para ações de enfermagem**, uma ação é definida como um processo pelo qual um ato intencional é aplicado a um receptor do cuidado, sendo considerada como um ato intencional aplicado a um

alvo através de uma ação (Figura 3). Para construção das ações de enfermagem, um descritor para ação e outro para alvo são mandatários.



Fonte: ISO, 2003.

Figura 3 – Modelo de terminologia de referência para as ações de enfermagem

Considerando os modelos de terminologia de referência para diagnósticos e ações, a CIPE® Versão 1, é compatível com os modelos da ISO 18.104, em termos da aplicabilidade e flexibilidade na representação da complexidade dos diagnósticos, resultados e intervenções. (ICN, 2005).

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, que foi desenvolvida com o objetivo geral de construir uma nomenclatura de diagnósticos de enfermagem para a Clínica Médica do HUWL/UFPB tendo como base o banco de dados de termos da clínica médica, o Modelo dos 7 eixos da CIPE[®] Versão 1 e a ISO 18.104. Para o alcance dos objetivos estabelecidos, a pesquisa foi desenvolvida em duas etapas, conforme modelo esquemático (Figura 4).

Antes de sua realização, o projeto da pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB, em observância aos aspectos éticos preconizados na Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde. (BRASIL, 1996). (Anexo A)

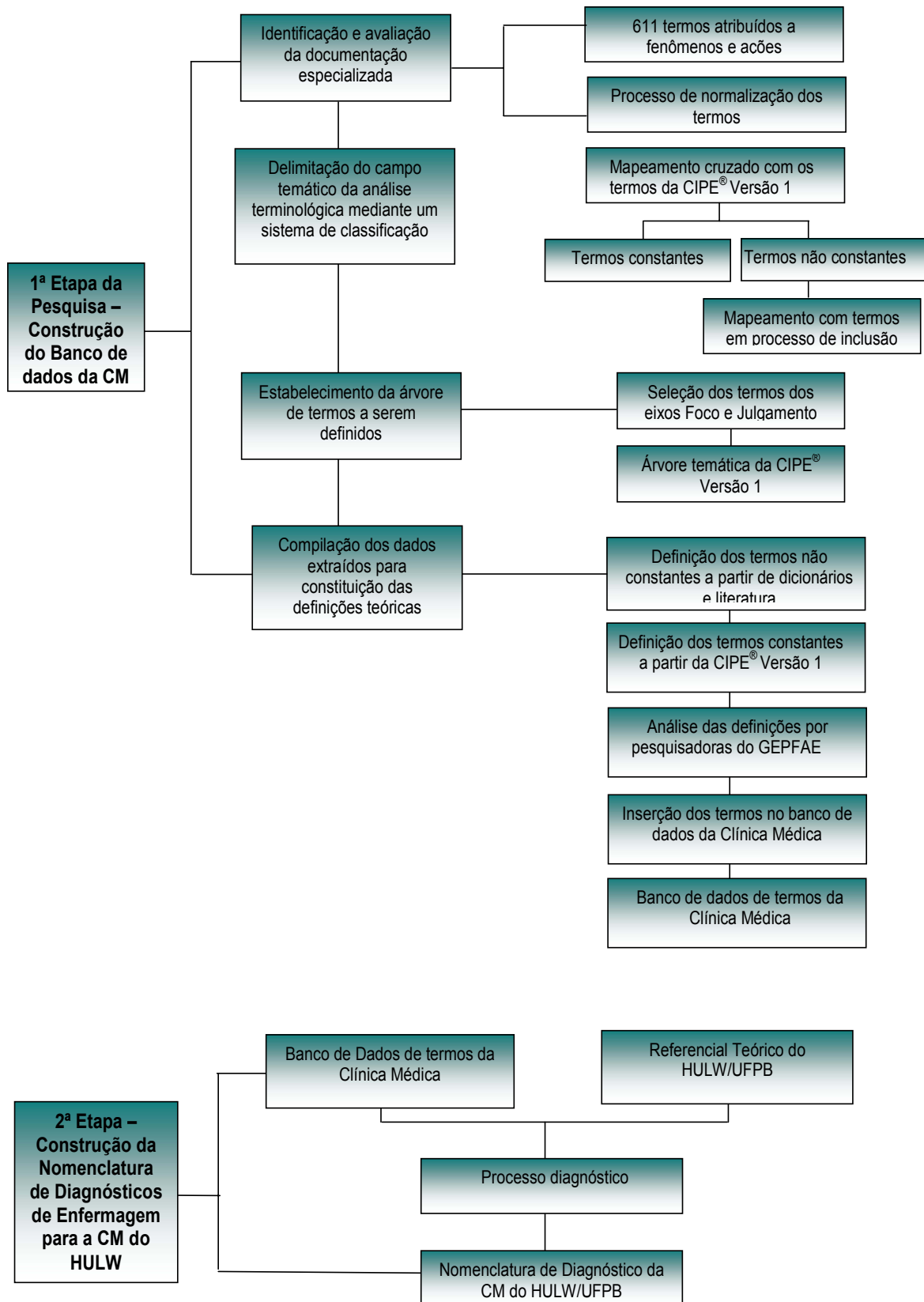


Figura 4 - Modelo esquemático das etapas da pesquisa. João Pessoa, 2006.

3.2 Local do estudo

O campo de realização da pesquisa foi a Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, localizado na cidade de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba. É uma instituição pública, não lucrativa, com a finalidade assistencial e de apoio ao ensino, pesquisa e extensão, para uma população diversificada: usuários do sistema de saúde, estudantes, docentes e pesquisadores.

3.3 Etapas da Pesquisa

3.3.1 Primeira etapa: Construção do banco de dados de termos da Clínica Médica

Visando a atender aos objetivos da pesquisa e garantir a qualidade e eficiência de um trabalho terminológico, buscou-se, nesta pesquisa, obedecer a uma série de procedimentos recomendados na metodologia do trabalho terminológico, como: 1 - Identificação e avaliação da documentação especializada; 2 - delimitação do campo temático da análise terminológica mediante um sistema de classificação; 3 - estabelecimento da árvore de termos a serem definidos, 4 - compilação dos dados extraídos para constituição das definições teóricas, com base na árvore de conceitos. (PAVEL; NOLET, 2003).

Nessa primeira etapa, buscou-se atender aos referidos procedimentos, sempre articulando-os com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE[®] Versão 1, por ser ela o sistema de classificação escolhido para a construção dessa Nomenclatura de Diagnósticos de Enfermagem para a Clínica Médica do HULW/UFPB.

Dessa forma, para a construção do banco de dados de termos da pesquisa, foram utilizados os 611 termos identificados no estudo desenvolvido na Clínica Médica, os quais eram atribuídos a fenômenos e ações de enfermagem, classificados segundo a CIPE[®] Versão Beta 2, produtos dos trabalhos de Beserra

(2006) e Bittencourt (2006). Com a publicação da CIPE[®] Versão 1, foi necessário a realização de um novo mapeamento cruzado para classificar os termos identificados com os termos constantes no Modelo dos 7 eixos pois, como existiam eixos comuns nas Classificações de Fenômenos e Ações na CIPE[®] Versão Beta 2, foi necessária a retirada de termos repetidos. Antes do mapeamento, os 611 termos foram submetidos a um processo de normalização, com a retirada de duplicações, correções ortográficas e uniformizando-os com os termos das seis clínicas do hospital. Desse processo, resultaram 510 termos, que foram inseridos em uma planilha do *Excel for Windows*.

Para que fosse possível o mapeamento cruzado dos termos identificados com os termos contidos na CIPE[®] Versão 1, os 1.658 termos constantes nos 7 eixos foram copiados, submetidos à tradução do inglês para o português, utilizando-se o programa *L&H Power Translator[®] Pro Versão 7.0*. Após esse processo, os termos foram submetidos à correção por um professor de inglês e, depois, por docentes do Mestrado *experts* no assunto. Os termos traduzidos foram inseridos numa planilha do *Excel for Windows*.

Esses dados foram submetidos a um processo de mapeamento cruzado, o que implicou a ligação dos 510 termos identificados na Clínica Médica com os 1.658 termos constantes nos 7 eixos da CIPE[®] Versão 1. Para isso, foi utilizado o Programa *Access for Windows*, com a importação da planilha do *Excel* para a construção de tabela de termos identificados na Clínica Médica, a qual foi cruzada com a tabela dos termos da CIPE[®] Versão 1, identificando-se assim, os termos constantes e não constantes nos 7 eixos dessa terminologia. Esse processo é correspondente ao segundo procedimento do trabalho terminológico, o qual recomenda a organização dos termos dentro de uma árvore terminológica, que, nesta pesquisa, compreendeu o Modelo dos 7 eixos da CIPE[®] Versão 1.

Após o mapeamento desses 510 termos, observou-se a ocorrência de 212 termos constantes na CIPE[®] Versão 1 e 298 termos não constantes nessa classificação. Esses 298 termos não constantes passaram ainda por um processo de mapeamento com os 166 termos da CIPE[®] em processo de inclusão, entre os quais foram identificados três termos (glicemia capilar, hiperemia e odor).

Para o estabelecimento da árvore de conceitos a serem definidos e para o objeto deste estudo, foram utilizados os termos classificados como constantes e não

constantes nos eixos: Foco e Julgamento. Esses dois eixos foram escolhidos, tendo em vista a sua obrigatoriedade para a composição de um diagnóstico de enfermagem, segundo a CIPE® Versão 1.

Seguindo ainda os procedimentos de um trabalho terminológico, a construção de uma árvore de conceitos, neste estudo, foi organizada, a partir da distribuição dos termos dos eixos selecionados na árvore taxonômica da CIPE® Versão 1, nos eixos Foco e Julgamento.

A árvore taxonômica da CIPE® Versão 1 no Eixo Foco é representada por três grandes blocos de conceitos: ENTIDADE, PROCESSO e STATUS. Esses conceitos, por sua vez, possuem subdivisões que podem ser visualizadas na Figura 05.

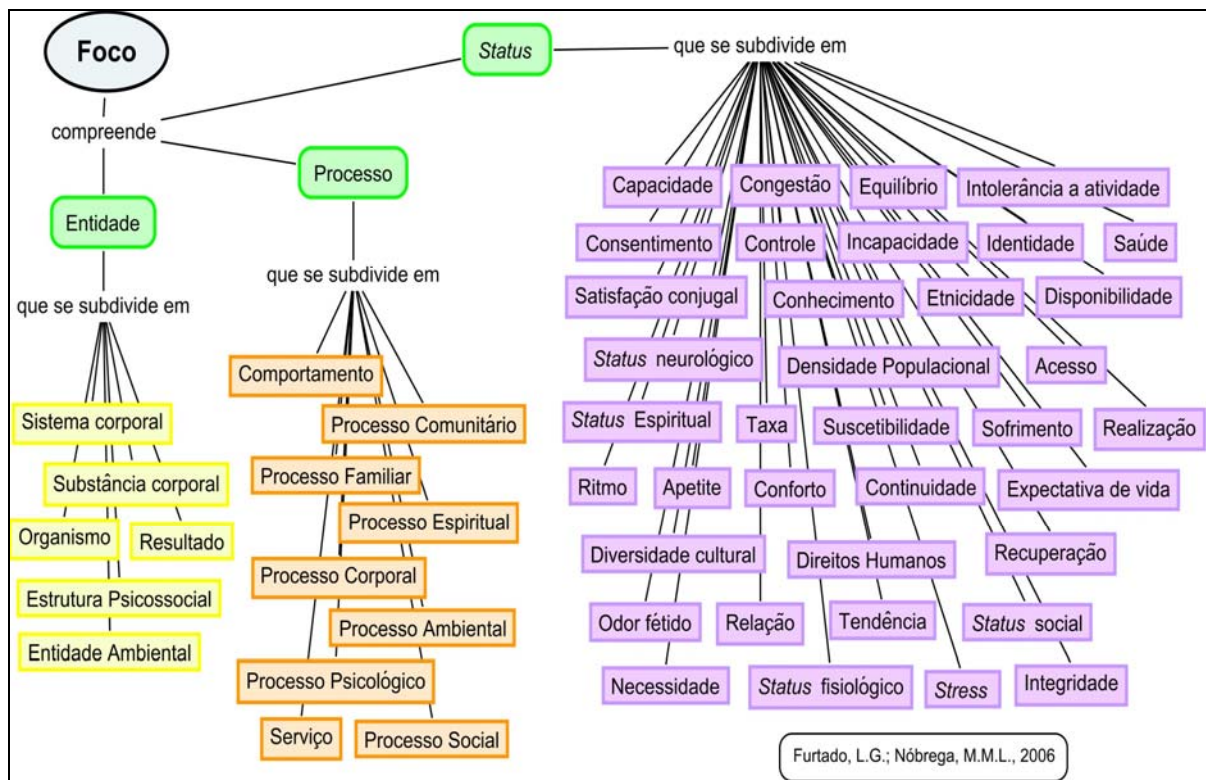


Figura 05 – Mapa conceitual dos termos do Eixo Foco da CIPE® Versão 1. João Pessoa, 2006.

A árvore taxonômica da CIPE® Versão 1 no Eixo Julgamento é representada por dois grandes blocos de conceitos: JULGAMENTO POSITIVO ou NEGATIVO e ESTADO, compreendendo subdivisões que representam a expressão clínica, estimativa ou a determinação da prática profissional de enfermagem, com relação ao estado de um fenômeno de enfermagem, como é apresentado na Figura 06.

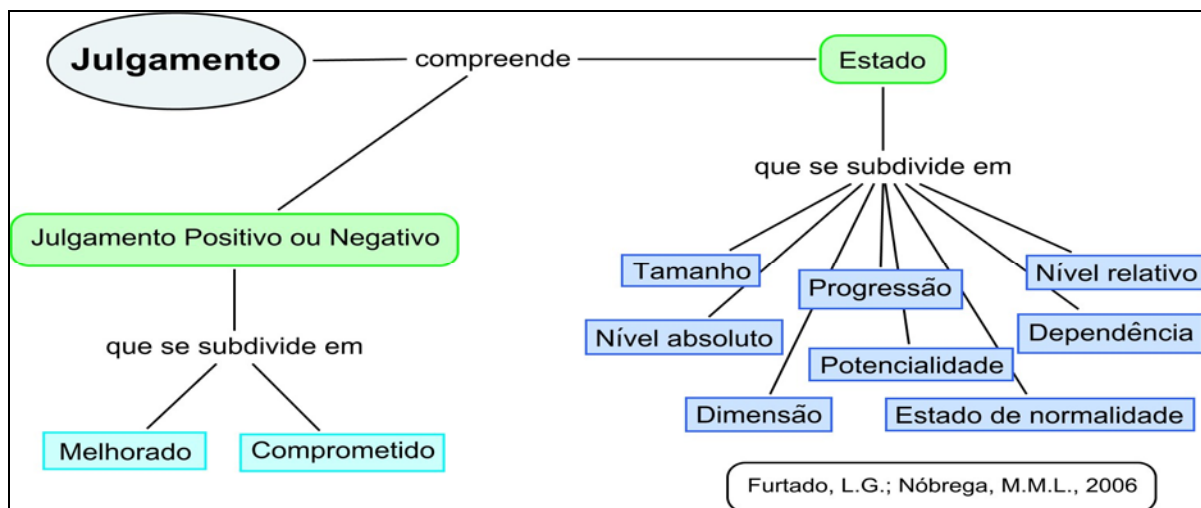


Figura 06 – Mapa conceitual dos termos do Eixo Julgamento da CIPE® Versão 1. João Pessoa, 2006.

Ao se relacionar os termos pertencentes ao eixo Foco da Clínica Médica, com a árvore taxonômica da CIPE® Versão 1, no eixo Foco, resultou na árvore conceitual da Clínica Médica, no Eixo Foco, com seus termos distribuídos nos 3 grandes blocos de conceitos, da seguinte forma: 11 termos no bloco ENTIDADE, 131 termos no bloco PROCESSO e 32 termos no bloco STATUS.

Esse mesmo processo também foi realizado com os termos pertencentes ao Eixo Julgamento da Clínica Médica e a árvore taxonômica da CIPE® Versão 1 no Eixo Julgamento, resultando na Árvore Conceitual da Clínica Médica no Eixo Julgamento, com seus termos organizados nos 2 grandes blocos de conceitos, da seguinte forma: 13 termos no bloco JULGAMENTO POSITIVO ou NEGATIVO e 23 termos no bloco ESTADO.

Para os termos constantes nesses dois eixos, foram utilizadas as definições conceituais apresentadas na CIPE® Versão 1. Para os termos não constantes na CIPE® Versão 1, foram desenvolvidas as definições conceituais, a partir da consulta em dicionários técnicos e da língua portuguesa e literatura da área de saúde e de enfermagem.

Esse processo de definição foi delineado de acordo com as orientações de Pavel e Nolet (2003), que abordam a definição terminológica; e a do método de definição da CIPE®. (NÓBREGA, 2000).

As definições dos termos constantes e não constantes na CIPE[®] Versão 1 foram submetidas a uma análise, por um grupo de seis pesquisadoras do GEPFAE – Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Fundamentação da Assistência de Enfermagem, constando de três alunas do PIBIC e de três enfermeiras, visando a obter um consenso das definições. Foi verificado, durante o processo, que algumas definições apresentadas na CIPE[®] Versão 1 não expressavam, com clareza, o seu significado, como *Fezes* – definido como substância corporal. Foi então, decidido pelo grupo, acrescentar definição baseada no significado que o termo adquire na prática profissional, para os termos *Eliminação urinária, Hábito alimentar, Fezes, Hábito de repouso, Hábito de sono, Higienizar-se, Hiperglicemia, Hipoglicemia, Inflamação, Lesão, Movimento, Obstrução, Peso, Ritmo cardíaco, Sangue, Sinal vital, Temperatura e Urina*, tendo em vista que, segundo Pavel e Nolet (2003), um dos princípios na hora de redigir uma definição, é que ela deva ser a melhor que se adapta ao perfil dos usuários aos quais se destina o produto terminológico, como essa nomenclatura para a Clínica Médica.

As autoras também recomendam uma definição clara e sucinta, e, dessa forma, em relação às definições dos termos não constantes, como foram pesquisadas em várias fontes bibliográficas, decidiu-se realizar uma uniformização da definição que melhor se adaptasse ao contexto da Enfermagem na Clínica Médica.

Observou-se, também, no processo de análise das definições dos termos não constantes, que vários deles continham características de termos constantes e que alguns eram sinônimos absolutos dos termos constantes, sendo então retirados, deixando de serem classificados como termos não constantes.

Após esse processo, os termos foram inseridos no banco de dados da Clínica Médica do HULW/UFPB, constituindo o último passo da primeira etapa da pesquisa.

3.3.2 Segunda etapa: Construção da Nomenclatura dos Diagnósticos de Enfermagem da Clínica Médica

Os termos contidos no Banco de Dados de Termos da Clínica Médica do HULW/UFPB foram utilizados para a composição de diagnósticos de enfermagem, seguindo as orientações contidas na CIPE[®] Versão 1, ou seja, devem ser incluídos, como obrigatórios, um termo do eixo Foco e outro termo do eixo Julgamento, como: Respiração (Foco) + aumentada (Julgamento) = Respiração aumentada (Diagnóstico de enfermagem), podendo ser incluídos termos adicionais dos outros eixos. Foram também considerados, nesse processo, a experiência da pesquisadora na área e o processo de raciocínio diagnóstico.

Nesse processo de construção de diagnósticos de enfermagem, também foram considerados outros pontos importantes, como a estrutura teórica do Projeto de Sistematização da Assistência de Enfermagem da Clínica Médica, que utiliza o modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas de Horta; a frequência de termos relacionados com fenômenos de enfermagem, produto do trabalho de Bittencourt (2003), o qual serviu de base para esta pesquisa e a frequência de diagnósticos de enfermagem identificados na Clínica Médica, produto do trabalho de Lima; Luckwü e Furtado (2006), como forma de direcionar a elaboração da nomenclatura de diagnósticos de enfermagem, para a Clínica Médica do HULW/UFPB.

Considerando, assim, todas as recomendações e pontos relevantes para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, foi construída uma lista de 41 diagnósticos de enfermagem possíveis de serem identificados nos clientes da Clínica Médica, os quais foram organizados, de acordo com o referencial teórico de enfermagem adotado no referido hospital – a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta –, e definidos a partir das definições dos termos dos Eixos Foco e Julgamento, correspondentes e dispostos na forma de quadros.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesse capítulo, será apresentada a análise e discussão dos resultados das duas etapas da pesquisa: construção do banco de dados de termos da Clínica Médica e construção da Nomenclatura de diagnósticos de enfermagem, para a Clínica Médica do HULW/UFPB.

4.1 Construção do banco de dados de termos da Clínica Médica

Ao discutir sobre a importância de uma documentação acurada de enfermagem, inúmeros motivos podem ser levantados, como: forma de comunicação entre os profissionais de saúde; possibilidade de avaliações dos cuidados de saúde; constituir-se uma evidência legal; contribuição na pesquisa e na formação de outros profissionais; viabilização de acreditação e licenciamento para as instituições; uso no reembolso e para desenvolver melhorias na qualidade dos cuidados e estabelecimento da responsabilidade profissional. (AZEVEDO; FIGUEIREDO, 2004).

Para que essa documentação possa operar no universo da linguagem, ela se apropria das contribuições teóricas e concretas da terminologia, já que a linguagem documentária tem como referência a linguagem do domínio ou área de atividade focalizada e a linguagem do usuário, e, para funcionar como sistema de comunicação é preciso que se estabeleça uma ponte entre elas. (LARA, 2003).

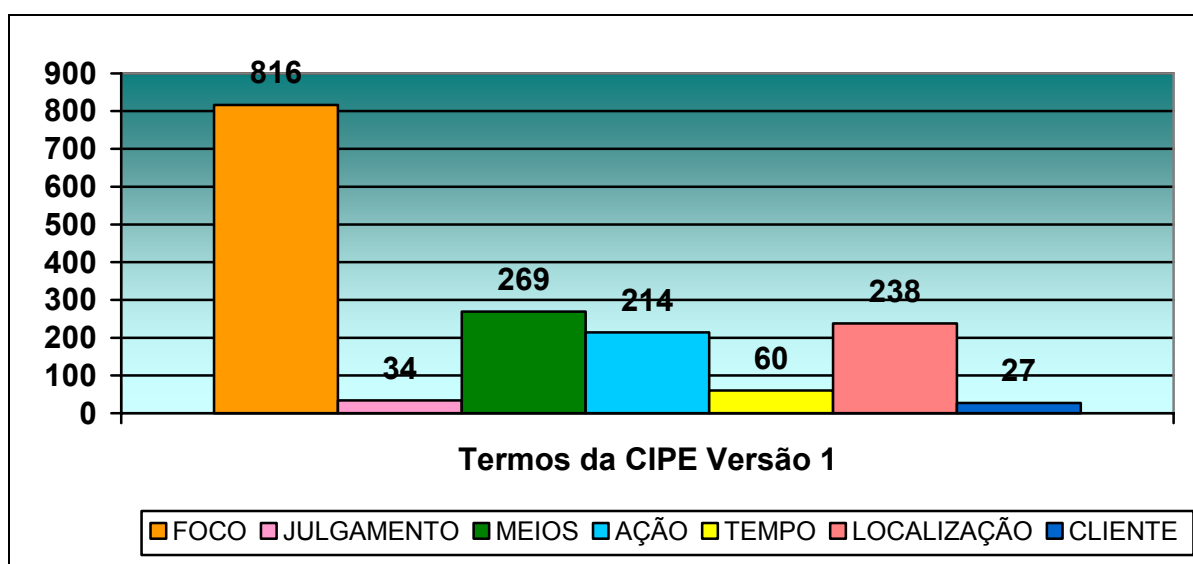
Nesse sentido, esta pesquisa, ao buscar construir uma nomenclatura de diagnósticos de enfermagem para a Clínica Médica, esteve apoiada na Terminologia e nos termos que foram produto do projeto “Identificação de termos da linguagem profissional para inserção em sistemas de informação: instrumental tecnológico para

a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem”, para assegurar a normalização terminológica e uma comunicação entre a equipe de enfermagem.

Inicialmente, na construção do banco de dados de termos, foi realizado um trabalho estrutural de normalização destes termos, tendo sido retiradas as repetições, feitas correções ortográficas e uniformizando-os com os termos das seis clínicas do hospital.

Esse processo de normalização apresentava 611 termos que eram atribuídos a fenômenos e ações de acordo com a CIPE® Versão Beta, produto do trabalho de Beserra (2006) e Bittencourt (2006). Quando retiradas às repetições, e após a uniformização, foram obtidos 510 termos. Essa etapa corresponde ao primeiro procedimento do trabalho terminológico que orienta a identificação e a avaliação da documentação especializada.

No segundo procedimento, delimitação do campo temático de análise terminológica, Pavel e Nolet (2003) recomendam que esses termos sejam organizados mediante um sistema de classificação, que, nesta pesquisa foi representado pelo Modelo dos 7 eixos da CIPE® Versão 1, como é demonstrado na figura abaixo.



Fonte: ICN, 2005

Gráfico 01 – Frequência de termos da CIPE® Versão 1 por eixo. João Pessoa, 2006.

Ainda na delimitação do campo temático da análise terminológica, foi escolhido o método do mapeamento cruzado para que fossem feito o cruzamento dos 510 termos resultantes do processo de normalização, denominados termos da Clínica Médica, com os termos da CIPE® Versão 1 em seus 7 eixos.

Através desse processo, observou-se a ocorrência de 212 termos constantes na CIPE® Versão 1 e 298 termos não constantes nessa classificação. Desses 212 termos constantes, 88 estão no eixo Foco, 8 no eixo Julgamento, 30 no eixo Meios, 36 no eixo Ação, 5 no eixo Tempo, 40 no eixo Localização, 5 no eixo Cliente, como é demonstrado no gráfico abaixo.

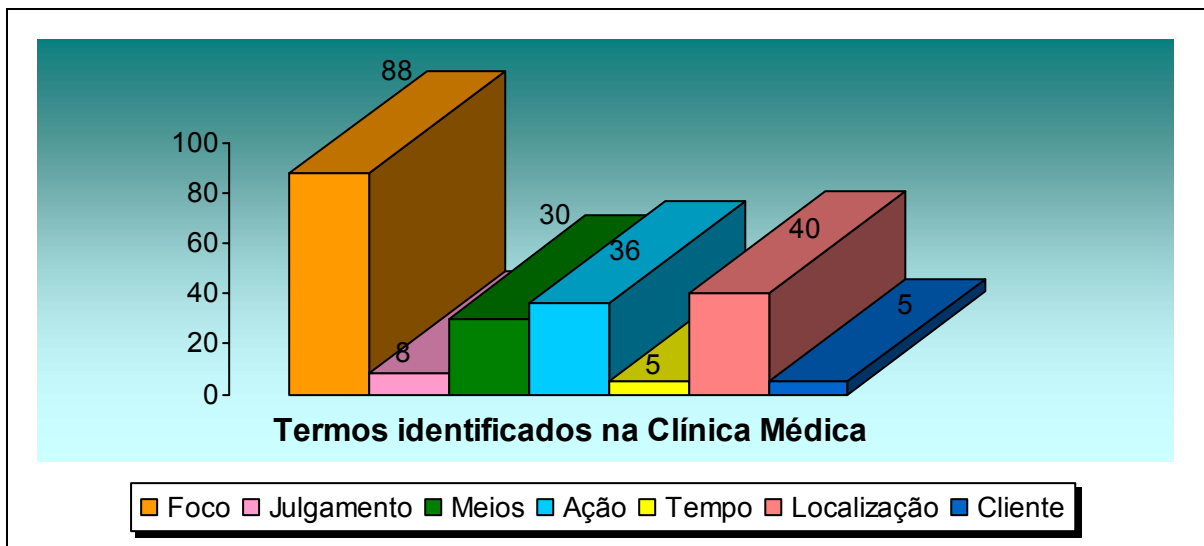


Gráfico 02 – Frequência dos termos da Clínica Médica constantes na CIPE® Versão 1, por eixos. João Pessoa, 2006.

Seguindo as regras de classificação, tendo como foco a árvore terminológica, os 298 termos não constantes foram analisados e, posteriormente, classificados no Modelo dos 7 Eixos da CIPE® Versão 1.

Durante esse processo de análise pontos interessantes foram identificados, como o fato de que vários termos constituíam características de termos constantes na CIPE® Versão 1, outros apresentavam-se como sinônimos absolutos de alguns termos constantes e alguns termos eram constantes na CIPE® Versão Beta 2.

Foi verificado, nesta pesquisa, que entre os termos identificados na Clínica Médica do HULW/UFPB e considerados não constantes na CIPE[®] Versão 1, seis termos representavam características de termos constantes na CIPE[®] Versão 1, como é destacado a seguir.

Termos não constantes do eixo foco	Termos constantes e definição
Cefaléia	Febre - Elevação anormal da temperatura corporal, alteração do centro termorregulador do termostato interno, associada a um aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e com ressaltado ou confusão, agitação, <u>cefaléia</u> ou confusão, a rápida elevação da febre é acompanhada de calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca, a crise ou descida da febre é acompanhada por pele ruborizada quente e de suor.
Desconforto	Sufrimento - Sentimentos prolongados de enorme tristeza associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, isto é, sintomas físicos crônicos como a dor, <u>desconforto</u> ou lesão, <i>stress</i> psicológico crônico, má reputação ou injustiça.
Fastio	Dispepsia - Vaga sensação de desconforto epigástrico após a alimentação, digestão dolorosa, plenitude gástrica, pirose, timpanismo, náuseas e <u>perda de apetite</u> .
Muco	Expectoração - Expulsão do <u>muco</u> , material mucopurulento ou líquidos da traquéia, brônquios e pulmões, tossindo ou cuspiendo.
Plenitude gástrica	Dispepsia - Vaga sensação de desconforto epigástrico após a alimentação, digestão dolorosa, <u>plenitude gástrica</u> , pirose, timpanismo, náuseas e perda de apetite.
Ruídos adventícios	Dispnéia - Movimento forçado da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigênio no sangue circulante, batimento de asa nasal, alterações na profundidade respiratória, <u>sons respiratórios adventícios</u> , sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons à percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácicos, expiração com lábios franzidos, frêmito e sensação de desconforto.

Quadro 01 – Apresentação dos 6 termos não constantes que representam características específicas de termos constantes da CIPE[®] Versão 1. João Pessoa, 2006.

Outro ponto interessante foi a constatação de que 17 termos não constantes na CIPE[®] Versão 1 são sinônimos absolutos de termos constantes nos eixos Foco, Ação, Localização e Meio, como é demonstrado na Quadro 2. Segundo Pavel e

Nolet (2003), sinônimos absolutos são termos que designam o mesmo conceito e que podem ser usados um pelo outro, em todos os contextos.

Eixo	Termos identificados como não constantes na CIPE® 1 e considerados sinônimos absolutos	Termos constantes na CIPE® 1
Foco	Evacuação	Defecação
Ação	Anotar Andar Coletar Encaminhar Introduzir Mensurar Proporcionar Requerer	Registrar Caminhar Colher Referir Inserir Medir Oferecer Requisitar
Meios	Enteróclise Internação Procedimento cirúrgico Sonda enteral Tubo de drenagem	Enema Hospitalização Cirurgia Sonda gastrointestinal Dreno
Localização	Bloco cirúrgico Casa Dorso	Bloco operatório Domicílio Costas

Quadro 02 – Apresentação de termos não constantes que representam sinônimos absolutos de termos constantes da CIPE® Versão 1. João Pessoa, 2006.

Vale, também, destacar que, entre os termos não constantes, observou-se que havia 7 termos presentes na CIPE® Versão Beta (Deambulação, Digestão, Erupção, Função cardíaca, Respiração, Secreção, Deficiente), que não estão mais presentes na CIPE® Versão 1.

Retirados os 23 termos que foram considerados características específicas (6) e sinônimos absolutos (17), dos 298 termos identificados como não constantes restaram 275. Classificando esses termos no Modelo dos 7 Eixos da CIPE® Versão 1, levando em consideração o significado de cada eixo, chegou-se ao seguinte resultado: 86 no eixo Foco, 28 no eixo Julgamento, 52 no eixo Meios, 41 no eixo

Ação , 01 termo no eixo Tempo, 60 no eixo Localização, e 7 no eixo Cliente (APÊNDICE B), como pode ser visualizado no Gráfico abaixo.

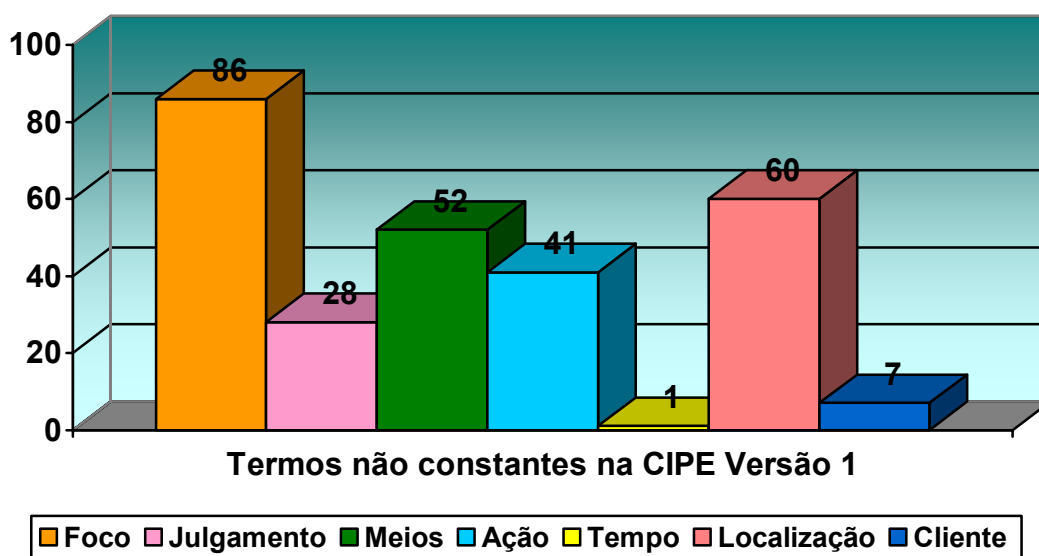


Gráfico 03 – Frequência dos termos identificados nos registros de enfermagem da Clínica Médica e classificados como não constantes na CIPE® Versão 1, por eixos. João Pessoa, 2006.

4.1.1 Construção da Árvore Conceitual da Clínica Médica

A partir da seleção dos termos dos Eixos Foco e Julgamento, segue-se a fase da construção da árvore conceitual da Clínica Médica, que, nesta pesquisa, foi organizada a partir das árvores taxonômicas da CIPE® Versão 1 nos Eixos Foco e Julgamento.

Os termos pertencentes ao Eixo Foco da Clínica Médica, quando relacionados com a Árvore Taxonômica da CIPE® Versão 1 no Eixo Foco, visualizada nesta pesquisa através do Mapa conceitual dos termos do Eixo Foco da CIPE® Versão 1, foram organizados dentro dos 3 grandes Blocos de conceitos: ENTIDADE, PROCESSO e STATUS, com suas respectivas subdivisões, dando origem à Árvore Conceitual da Clínica Médica no Eixo Foco, como é descrito na Figura 07 e no Quadro 08, a seguir.

Vale ressaltar que foi muito difícil organizar os termos identificados na Clínica Médica dentro dos principais conceitos da Árvore Taxonômica do Eixo Foco, por muito motivos, dentre eles pode-se citar: a falta de uma explicação por parte do ICN de quais foram as bases teórico-filosóficas utilizadas para classificar os termos e montar as árvores taxonômicas de cada eixo; a falta de coerência lógica entre os termos ENTIDADE, PROCESSO e STATUS, que são definidos pelo ICN (2005), como sendo: ENTIDADE “[...] algo que existe como uma unidade particular e abstrata; existência de algo para além das suas propriedades” (p.35); PROCESSO como o “[...] conjunto de funções ou ações para atingir um resultado” (p.39); e STATUS como a “[...] condição da pessoa relativamente a outras, posição relativa de uma pessoa” (p.91). Quando analisados cada um desses conceitos de uma forma isolada, percebe-se, por exemplo, que os termos vinculados ao conceito Entidade são definidos como Entidades, ferindo um dos princípios utilizados pelo ICN, desde a Versão Alfa, de que as definições não podem ser circulares. Deste modo como podemos distinguir os termos Sistema corporal, Substância corporal, Organismo, Resultado, Estrutura psicossocial e Estrutura ambiental se todos são definidos como Entidades? Esses fatos e outros identificados durante a realização do estudo nos levam a acreditar que existe problemas na CIPE[®] Versão 1, que precisam ser mais estudados a fim de que se possa ter um sistema de classificação mais coerente com a prática de enfermagem.

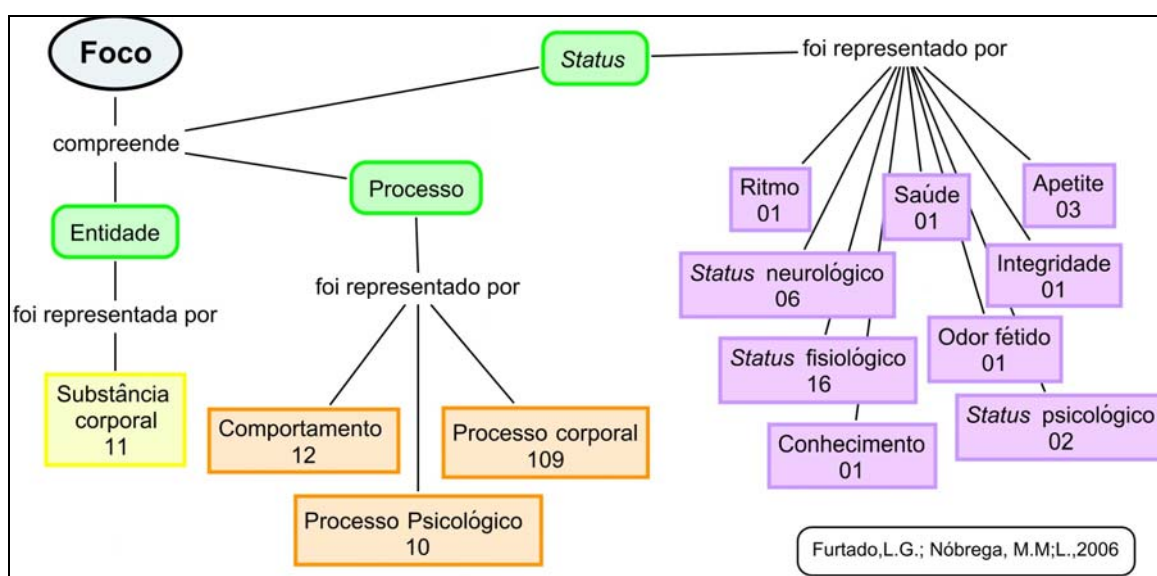


Figura 07 – Mapa conceitual dos termos identificados na Clínica Médica no Eixo Foco. João Pessoa, 2006.

Bloco de conceitos	Subdivisões	Termos
ENTIDADE	Substância corporal	Sangue, Fezes, Urina, <i>Coágulos, Corrimento vaginal, Crostas, Fezes semilíquidas, Fluido, Melena, Secreção, Secreção purulenta.</i>
	Comportamento	Comunicação, Choro, Deglutição, Queda, Hábito de repouso, Hábito de sono, Autocuidado, Higienizar-se, <i>Cooperação, Hábito alimentar, Observação, Proteção.</i>
PROCESSO	Processo corporal	Arritmia, Bradicardia, Taquicardia, Hipertensão, Hipotensão, Hematoma, Hemorragia, Infecção, Inflamação, Lesão, Eliminação, Constipação, Defecação, Dispepsia, Diarréia, Flatulência, Regurgitação, Pele seca, Ferida, Necrose, Úlcera, Úlcera de pressão, Convulsão, Movimento, Paralisia, Tremor, Tontura, Audição, Prurido, Náusea, Dor, Dor por artrite, Disúria, Cólica, Visão, Agitação, Inquietação, Sinal vital, Desidratação, Hiperglicemia, Hipoglicemia, Ascite, Caquexia, Febre, Hipotermia, Expectoração, Aspiração, Tosse, Dispnéia, Dispnéia Funcional, Asfixia, Repouso, Sono, Insônia, Retenção urinária, Eliminação urinária, Incontinência urinária, <i>Abscesso, Anemia, Ardor, Área de atrito, Arrepio, Astenia, Cheiro, Cianose, Deambulação, Descamação, Desconforto pós-prandial, Desorientação, Digestão, Disfagia, Dispnéia de esforços, Distensão abdominal, Dormência, Elasticidade, Empachamento, Equimose, Erupção, Escabiose, Espasmo, Eupnéia, Força muscular, Função cardíaca, Hematêmese, Hematúria, Hemiparesia, Hemiplegia, Hemorróidas, Hiperemia, Ictericia, Infiltração, Manchas hipercrômicas, Mobilização, Mucosa hipercorada, Murmúrio vesicular, Oxigenação, Parestesia, Pele hipercorada, Pústulas, Resfriado, Respiração, Ressecamento, Rouquidão, Ruídos hidroaéreos, Seqüelas, Taquipnéia, Tosse produtiva, Turgor, Transpiração.</i>
	Processo psicológico	Preocupação, Aceitação, Confusão, Emoção, Ansiedade, Fadiga, Sofrimento, <i>Impaciência, Lucidez, Apatia.</i>
	Apetite	Apetite, <i>Anorexia, Dieta.</i>
STATUS	Odor Fétido	<i>Odor</i>
	Saúde	Saúde
	Integridade	<i>Pele íntegra</i>
	Conhecimento	<i>Informação</i>

Bloco de conceitos	Subdivisões	Termos
	Estado Fisiológico	Ingestão de líquidos, Ingestão de alimentos, Pressão sanguínea, Temperatura, Temperatura corporal, Peso, <i>Agonia, Debilidade, Doença, Estado geral, Excesso de peso, Flacidez, Magreza excessiva, Mal-estar, Palidez, Rigidez.</i>
	Estado Neurológico	Consciência, Estupor, Orientação, <i>Letargia, Nível de consciência, Vigília.</i>
	Estado psicológico	<i>Humor, Tensão</i>
	Ritmo	Ritmo cardíaco

Quadro 03 – Distribuição dos termos pertencentes à árvore conceitual da Clínica Médica no Eixo Foco. João Pessoa, 2006.

Os termos da Clínica Médica pertencentes ao Eixo Julgamento, quando relacionados com a Árvore Taxonômica da CIPE® Versão 1 no Eixo Julgamento, foram organizados dentro dos 2 grandes blocos de conceitos: JULGAMENTO POSITIVO ou NEGATIVO definido como “[...] julgar positiva ou negativamente” e ESTADO como sendo “Julgamento” (ICN, 2005, p. 107), com suas respectivas subdivisões, dando origem à Árvore Conceitual da Clínica Médica no Eixo Julgamento, como é descrito na Figura 08 e Quadro 09 a seguir.

Os mesmos motivos verificados na organização dos termos identificados na Clínica Médica dentro dos principais conceitos da Árvore Taxonômica do Eixo Foco foram identificados no Eixo Julgamento. Entre eles pode-se citar o fato de o ICN considerar os termos Melhorado e Comprometido como sendo ambos um tipo de Julgamento Positivo ou Negativo. Quando buscamos o significado do que seja cada um desses termos, temos que Melhorado é um julgamento positivo, enquanto que comprometido é sem dúvida um julgamento negativo. Este fato está muito confuso na CIPE® Versão 1 e dá margem para interpretações diversas, o que nos leva a inferir que essa arrumação taxonômica precisa ser mais estudada, a fim de que se possa retratar com mais segurança a prática de enfermagem.

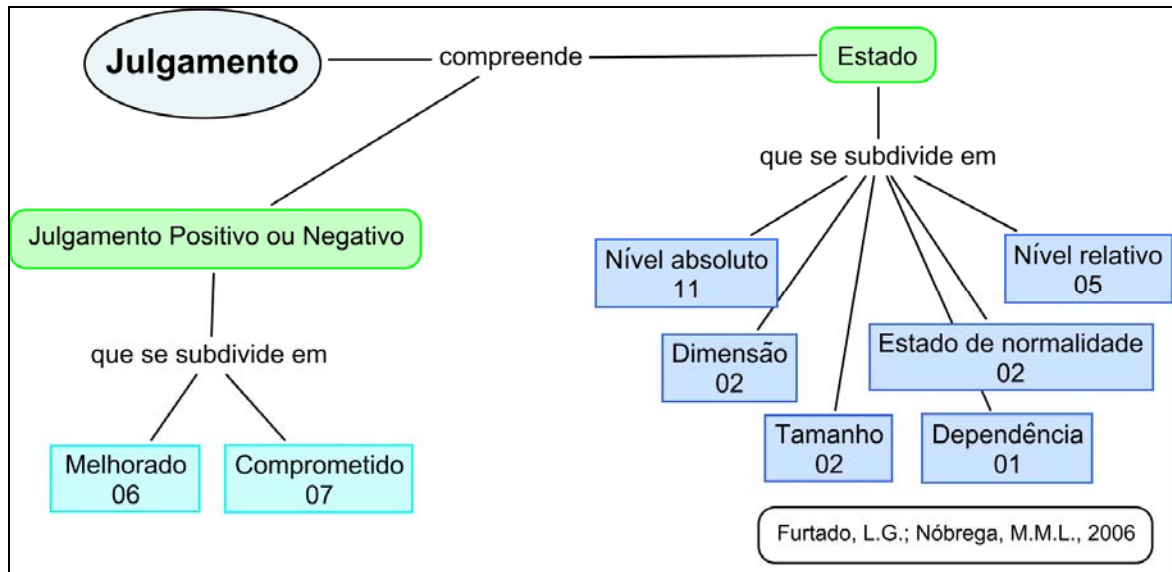


Figura 08 – Mapa conceitual dos termos identificados na Clínica Médica no Eixo Julgamento. João Pessoa, 2006.

Bloco de conceitos	Subdivisões	Termos
Julgamento positivo e negativo	Melhorado	Sim, Melhorado, <i>Preservado</i> , <i>Satisfatório</i> , <i>Presente</i> , <i>Agradável</i> .
	Comprometido	Não, Comprometido, <i>Deficiente</i> , <i>Descompensado</i> , <i>Ausente</i> , <i>Grave</i> , <i>Severa</i> .
Estado	Nível Absoluto	Diminuído, <i>Intenso</i> , <i>Pouco</i> , <i>Moderado</i> , <i>Espessa</i> , <i>Pastoso</i> , <i>Abundante</i> , <i>Acentuado</i> , <i>Precário</i> , <i>Calmo</i> , <i>Desacordado</i> .
	Estado de normalidade	Normal, <i>irregular</i> .
	Dimensão	Parcial, Total.
	Nível Relativo	<i>Constante</i> , <i>Estável</i> , <i>Aumentado</i> , <i>Forte</i> , <i>Hipoativo</i> .
	Tamanho	<i>Discreto</i> , <i>Volumoso</i> .
	Dependência	<i>Espontâneo</i> .

Quadro 04 – Distribuição dos termos pertencentes à Árvore Conceitual da Clínica Médica no Eixo Julgamento. João Pessoa, 2006.

4.1.2 Definição dos termos

Com a árvore temática organizada, segue-se a fase da definição do termo, que, nesta pesquisa, foi organizada de acordo com algumas das orientações de Pavel e Nolet (2003), que recomendam: a seleção de características distintivas que permitam identificar o conceito; o tipo de definição que melhor se adapte ao perfil dos usuários aos quais se destina o produto terminológico; validação das definições, nas áreas científicas, mediante as citações apresentadas em obras de fontes fidedignas.

Como na CIPE[®] Versão 1 não consta os critérios para definição dos termos, consideramos que ela continua a utilizar o método de definição por classe e diferença, estabelecido pelo ICN, desde a sua primeira versão em 1996.

Nóbrega (2000) refere que tal método define um conceito especificando a classe principal de objetos à qual ele pertence e as características que o distinguem de todos os outros membros da classe, situando os termos em ordem crescente, ou seja, a classe como termo superior e a espécie como termo inferior, subordinado. Essa forma de organização demonstra que existe relação genérica entre os conceitos, pois o subordinado tem todas as características do conceito de ordem superior e, pelo menos, uma característica diferenciadora.

O significado do termo é dado pela definição e pela sua posição na estrutura arquitetônica da classificação, sendo necessário, para a descrição completa de um conceito, o reconhecimento de todas as características dos níveis pertinentes de abstração superior, sendo essas características representadas por observações empíricas, diretamente observadas, e inferências mentais indiretamente observadas, que, dessa forma, são constituídas tanto pelos sinais objetivos que são observados e inferidos pelas enfermeiras, como pelos sintomas subjetivos que são verbalizados pelo cliente e interpretados pelas enfermeiras (NÓBREGA, 2000).

Para a construção das definições, nesta pesquisa, também foram considerados alguns princípios de definição terminológica, de acordo com Pavel e Nolet (2003), como previsibilidade, simplicidade, enunciado afirmativo, não circularidade e ausência de tautologia que, em sua maioria, são comuns às regras de classificação para a construção de definições da CIPE[®]. Segundo Nóbrega

(2000), essas regras são: a definição deve ter sentido; não deve ser circular; não deve ser tão ampla que permita que a palavra que se define se aplique a mais objetos do que os devidos e nem tão restrita que exclua aplicações legítimas da palavra; deve expor os atributos essenciais dos conceitos subjacentes à palavra; deve evitar linguagem ambígua ou obscura; deve ser literal (não ser figurativa, metafórica ou irônica); deve expressar-se em uma frase positiva e ser neutra, não valorativa.

Para o objeto deste estudo, foram escolhidos os termos dos Eixos Foco e Julgamento, tendo em vista a sua obrigatoriedade para a composição de um diagnóstico de enfermagem, segundo a CIPE[®] Versão 1. Para os termos constantes nesses dois eixos foram utilizadas as definições conceituais apresentadas na CIPE[®] Versão 1, sendo acrescentada a definição baseada na literatura a alguns termos que não apresentavam definição ou clareza no seu enunciado, como é apresentado no quadro abaixo.

Termos constantes no Eixo Foco	Definição
1. Aceitação	Processo de gerir e controlar ao longo do tempo, eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão, restrição de comportamentos destrutivos. (ICN, 2005).
2. Agitação	Condição de excitação psicomotora sem motivo, atividade incessante, andar sem parar; descarga de tensão nervosa associada com ansiedade, medo ou <i>stress</i> mental (ICN, 2005).
3. Ansiedade	Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trêmula. (ICN, 2005).
4. Apetite	Sensação de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes, ou de um tipo específico de alimentos (ICN, 2005).
5. Arritmia	Variação do ritmo normal da contração auricular e ventricular do miocárdio associado com a função de marca-passo do nódulo sino-auricular. (ICN, 2005).
6. Ascite	Condição de acumulação anormal de líquido intraperitoneal com uma concentração elevada de proteínas e eletrólitos, aumento do perímetro abdominal, edema, diminuição do débito urinário; associado a doenças como cirrose, câncer, insuficiência cardíaca e parasitoses. (ICN, 2005).

Termos constantes no Eixo Foco	Definição
7. Asfixia	Interferência com a entrada do ar nos pulmões, cessação as respiração e sufocação. (ICN, 2005).
8. Aspiração	Inalação de substâncias provenientes do exterior ou do estômago para as vias aéreas inferiores. (ICN, 2005).
9. Audição	Faculdade para ouvir devido às respostas a estímulos por parte dos órgãos auditivos; capacidade de ouvir. (ICN, 2005).
10. Autocuidado	Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e atividades da vida diária. (ICN, 2005).
11. Bradicardia	Batimentos cardíacos lentos, frequência do pulso inferior a 60 batimentos por minuto, nos adultos. (ICN, 2005).
12. Caquexia	Condição de magreza, perda muscular, falta de forças e enfraquecimento habitualmente associada com mau estado geral e ou a doenças tais como câncer e a tuberculose. (ICN, 2005).
13. Choro	Ação voluntária ou vocalização automática em resposta à dor, medo ou susto, ou resposta emocional à depressão ou luto. (ICN, 2005).
14. Cólica	Sensação de dor originada por espasmos de músculos lisos em órgãos ocos, como intestino, rim ou vias biliares; esta sensação de dor é habitualmente referida como contrações recorrentes tipo câimbras, sensação de compressão, dilaceração e de tormento; movimento corporal como flexão das pernas; choro intenso, abdômen distendido e não depressível. (ICN, 2005).
15. Comunicação	Comportamento de dar ou trocar informação, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre indivíduos ou grupos usando comportamentos verbais e não-verbais, conversação face a face ou por meios de comunicação remota como o correio, correio eletrônico e telefone. (ICN, 2005).
16. Confusão	Memória prejudicada com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa; desorientação, discurso incoerente, agitação, ausência de sentido de direção. (ICN, 2005).
17. Consciência	Capacidade de resposta da mente, resultante de combinação dos sentidos de forma a manter a mente alerta, acordada e sensível ao ambiente exterior. (ICN, 2005).
18. Constipação	Diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes excessivamente duras e secas. (ICN, 2005).
19. Convulsão	Movimento muscular incontrolável, contrações involuntárias de um grupo de músculos; paroxístico e episódio associado a doenças convulsivas, concussão cerebral ou febre. (ICN, 2005).
20. Defecação	Movimento e evacuação através da defecação, habitualmente uma vez ao dia, de fezes moles e moldadas. (ICN, 2005).

Termos constantes no Eixo Foco	Definição
21. Deglutição	Passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esôfago. (ICN, 2005).
22. Desidratação	Condição de desequilíbrio do volume de líquidos ou perda de líquidos orgânicos acompanhada de diminuição de débito urinário, urina concentrada, alteração dos eletrólitos, diminuição do turgor da pele, pele vermelha e seca, acinzentada e fria, mucosas secas, língua saburrosa, aumento da temperatura corporal, aumento da pressão sanguínea, pulso periférico rápido e fraco, aumento da frequência respiratória, globos oculares afundados e moles, afundamento das fontanelas (em crianças recém-nascidas e lactentes), irritabilidade e confusão. (ICN, 2005).
23. Diarréia	Passagem e defecação de fezes soltas, líquidas e não formadas; aumento da frequência de dejeção acompanhada de aumento dos ruídos intestinais, cólicas e urgência na defecação. (ICN, 2005).
24. Dispepsia	Vaga sensação de desconforto epigástrico após a alimentação, digestão dolorosa, plenitude gástrica, pirose, timpanismo, náuseas e perda de apetite. (ICN, 2005).
25. Dispnéia	Movimento forçado da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigênio no sangue circulante, batimento de asa nasal, alterações na profundidade respiratória, sons respiratórios adventícios, sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons à percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácicos, expiração com lábios franzidos, frêmito e sensação de desconforto. (ICN, 2005).
26. Dispnéia Funcional	Falta de ar associada com atividade física, tal como exercício e caminhada. (ICN, 2005).
27. Disúria	Dor uretral na bexiga com sensação de ardência ao urinar. (ICN, 2005).
28. Dor	Aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contato social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite. (ICN, 2005).
29. Dor por artrite	Sensação de dor com origem numa situação inflamatória de articulações edemaciadas; esta sensação é habitualmente referida como uma dor flutuante, intermitente, surda, aguda e latejante, durante a atividade, períodos de repouso e imobilidade. (ICN, 2005).
30. Eliminação	Movimento e evacuação de resíduos, sob a forma de excreção. (ICN, 2005).
31. Eliminação urinária	Processo do sistema urinário. (ICN, 2005). <u>Passagem e excreção de urina através de esvaziamento, normalmente 4-6 vezes durante o dia, com uma quantidade média excretada sob condições</u>

Termos constantes no Eixo Foco	Definição
	<u>dietéticas normais de aproximadamente 1000 a 2000ml nas 24 horas. (Beserra, 2006).</u>
32. Emoção	Sentimentos e disposições para manter ou abandonar ações tendo em conta sentimentos de consciência de prazer ou de dor; os sentimentos são conscientes ou inconscientes, expressos ou não expressos; os sentimentos básicos aumentam habitualmente em períodos de grande <i>stress</i> , por perturbação mental ou doença, e durante várias fases de transição da vida. (ICN, 2005).
33. Estupor	Condição de sono profundo com resposta positiva a estímulos dolorosos. (ICN, 2005).
34. Expectoração	Expulsão do muco, material mucopurulento ou líquidos da traquéia, brônquios e pulmões, tossindo ou cuspidando. (ICN, 2005).
35. Fadiga	Sentimento de diminuição da força de resistência, sensação de aborrecimento, lassidão física ou mental, pouca atenção, nunca se sentir bem repousado, diminuição da força ou capacidade normal para trabalho físico ou psicológico. (ICN, 2005).
36. Febre	Elevação anormal da temperatura corporal, alteração do centro termorregulador do termostato interno, associada a um aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e com ressaltos ou confusão, agitação, cefaléia ou confusão, a rápida elevação da febre é acompanhada de calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca, a crise ou descida da febre é acompanhada por pele ruborizada quente e de suor. (ICN, 2005).
37. Ferida	Lesão tecidual habitualmente associada a danos físicos ou mecânicos, formação de crosta e tunelização dos tecidos, drenagem serosa, sanguinolenta ou purulenta, eritema da pele; edema; vesículas; pele circundante macerada e anormal, aumento da temperatura da pele, odor; sensibilidade dolorosa aumentada. (ICN, 2005).
38. Fezes	<u>Substância corporal (ICN, 2005). Resíduo ou excremento do trato digestivo que se forma no intestino e é expelido através do reto (consiste de água, resíduos alimentares, bactérias e secreções intestinais e hepáticas). (ANDERSON; ANDERSON, 2000). Esterco, a matéria eliminada pelo intestino durante a defecação, consistindo em resíduos não-digeridos de alimentos, epitélio, muco intestinal, bactérias e material de desgaste de alimentos (STEDMAN, 1996). Sedimento de líquido, borra. Matérias fecais. (KOOGAN/HOUIASS, 1993).</u>
39. Flatulência	Presença de uma quantidade excessiva de gases no estômago e intestino, aumento de flato, abdome distendido associado à distensão de órgãos e dor fraca a moderada. (ICN, 2005).
40. Hábito alimentar	<u>Rotina. (ICN, 2005). Tendência ou maneira habitual de alimentar-se. (REY, 2003). Número de refeições diárias, tipos de alimentos ingeridos, preferências e aversões alimentares, intolerância a alimentos, restrições alimentares culturais ou orientadas por tratamento clínico, uso de suplementos alimentares, anorexia ou</u>

Termos constantes no Eixo Foco	Definição
	<u>outras alterações no apetite, ingestão habitual de líquidos ao dia.</u> (BARROS <i>et al</i> , 2002)
41. Hábito de repouso	Rotina (ICN, 2005). <u>Tendência ou maneira habitual de repousar.</u> (REY, 2003).
42. Hábito de sono	Rotina (ICN, 2005). <u>Tendência ou maneira habitual de dormir.</u> (REY, 2003).
43. Hematoma	Concentração e acumulação de sangue retido dentro dos tecidos, pele ou órgãos, associadas a um traumatismo ou hemóstase incompleta após intervenção cirúrgica, massa palpável, dor ao toque, pele dolorosa com coloração azul, esverdeado escuro ou amarelo. (ICN, 2005).
44. Hemorragia	Perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar. (ICN, 2005).
45. Higienizar-se	Autocuidado (ICN, 2005). <u>Cuidar para manter um padrão contínuo de higiene, manter o corpo limpo e bem arrumado, sem odores corporais, lavar regularmente as mãos, limpar os ouvidos, nariz e áreas perineais, manter a pele suave utilizando princípios para preservar e manter a limpeza.</u> (BESERRA, 2006).
46. Hiperglicemia	Desequilíbrio de líquidos ou eletrólitos (ICN, 2005). <u>Níveis elevados de glicose sérica.</u> (POTTER; PERRY, 1999). <u>Nível elevado de glicose sanguínea – nível de jejum superior a 126mg/dl; nível pós-prandial com 2 horas superior a 200mg/dl.</u> (SMELTZER; BARE, 2002). <u>Condição em que a concentração de glicose no plasma ou glicemia está acima de 7,05mmol/litro (ou 1,27 g/litro), em jejum.</u> (REY, 2003).
47. Hipertensão	Bombeamento do sangue para os vasos sanguíneos com pressão superior à normal. (ICN, 2005).
48. Hipoglicemia	Desequilíbrio de líquido ou eletrólito (ICN, 2005). <u>Níveis reduzidos de glicose sérica.</u> (POTTER; PERRY, 1999). <u>Glicemia baixa (menor que 50mg/dl) em uma pessoa com diabetes, em consequência da insulina excessiva de medicamento, alimento reduzido e/ou exercício em excesso que não foi compensado com o alimento.</u> (SMELTZER; BARE, 2002). <u>Condição potencialmente perigosa, que se caracteriza por níveis normalmente baixos de glicose sanguínea.</u> (BOUNDY <i>et al</i> , 2004). <u>Concentração de glicose no plasma ou glicemia abaixo de 2,78 mmol/litro (ou 0,50 g/litro).</u> (REY, 2003).
49. Hipotensão	Bombeamento do sangue para os vasos sanguíneos com pressão inferior à normal. (ICN, 2005).
50. Hipotermia	Diminuição da capacidade de regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, cianose do leito ungueal, hipertensão, piloereção associada a exposição prolongada ao frio, disfunção do sistema nervoso central ou sistema endócrino em condições de frio ou introdução artificial de temperaturas corporais

Termos constantes no Eixo Foco	Definição
	anormalmente baixas, por razões terapêuticas. (ICN, 2005).
51. Incontinência urinária	Fluxo involuntário de urina, incapacidade de controle dos esfíncteres vesical e uretral. (ICN, 2005).
52. Infecção	Invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antígeno-anticorpo. (ICN, 2005).
53. Inflamação	Processo patológico (ICN, 2005). <u>Reação à lesão celular (TIMBY, 2001). Conjunto de modificações que ocorrem nos organismos dos animais multicelulares, desencadeadas por qualquer tipo de lesão ou distúrbio de seu equilíbrio interno, traduzindo-se por alterações vasculares, histológicas e humorais, segundo um padrão básico e uniforme para a generalidade das espécies, e cuja evolução tende a reconstituir as estruturas lesadas, bem como restabelecer a homeostasia do organismo (REY, 2003). Resposta do tecido vivo vascularizado a uma agressão local, causando dor, rubor e calor. (SILVA; SILVA, 2003).</u>
54. Ingestão de alimentos	Processo de suprimento em nutrientes como proteínas, minerais, glicídios e vitaminas lipossolúveis necessárias para o crescimento, funcionamento normal e manutenção da vida. (ICN, 2005).
55. Ingestão de líquidos	Processo de suprimento em nutrientes líquidos e água, necessários para o crescimento, funcionamento normal e manutenção da vida. (ICN, 2005).
56. Inquietação	Sensação de intranqüilidade, cansaço e formigamento nos músculos, por vezes associada à contorção muscular e sensação de dor tipo picada. (ICN, 2005).
57. Insônia	Incapacidade crônica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante períodos de sono planejados apesar do posicionamento confortável num ambiente agradável; espertina, falta de sono; frequentemente associada a fatores psicológicos ou físicos como o <i>stress</i> emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas. (ICN, 2005).
58. Lesão	Trauma. (ICN, 2005). <u>Dano produzido num órgão ou numa estrutura. (BARSA, 2003). Alteração de um órgão ou funções de um indivíduo. (BUENO, ca. 1999). Uma anormalidade na estrutura da pele que resulta de ferimento ou doença. (CRAVEN; HIRNLE, 2006).</u>
59. Movimento	Processo do sistema musculoesquelético. (ICN, 2005). <u>Ação de deslocar ou deslocar-se. (KOOGAN/HOUIASS, 1993).</u>
60. Náusea	Sensação de enjôo e de vontade de vomitar, sensação desagradável vagamente referenciada ao epigástrico e abdome, ofensiva ao paladar ou ao olfato. (ICN, 2005).
61. Necrose	Morte tecidual associada a processo local inflamatório infeccioso ou maligno, ou a lesão mecânica dos tecidos; os estádios de acordo com a gravidade associada à duração da ausência de oxigênio do

Termos constantes no Eixo Foco	Definição
	tecido, vão desde a pele pálida e branca acompanhada de dor grande devido à afecção dos nervos superficiais até a necrose azul e negra da pele e perda da sensação e da dor devido a lesão dos nervos com alto risco de infecção da ferida, perda do tecido lesado e de partes do corpo. (ICN, 2005).
62. Orientação	Certeza das relações com o ambiente, em termos de tempo, como o ano, a estação, o mês, o dia, a hora exata; em termos de lugar, como país, província, cidade, local de trabalho ou casa e em termos de consciência da própria identidade, como a idade e data de nascimento e em termos de reconhecimento das pessoas em redor. (ICN, 2005).
63. Paralisia	Condição anormal caracterizada pela perda da função muscular, perda de sensibilidade ou ambas; perda da capacidade de mover o corpo ou partes do corpo acompanhada por perda do controle intestinal e vesical, e por dificuldade respiratória associada a agressão, lesão neurológica e muscular ou traumatismo vértebro-medular, doença ou envenenamento. (ICN, 2005).
64. Pele seca	Epiderme áspera, escamosa ou descamativa, pouco úmida, com riscos de rachaduras, principalmente nas mãos, pés e sobre as proeminências ósseas como cotovelos e joelhos. (ICN, 2005).
65. Peso	Dimensão física (ICN, 2005). <u>Dimensão física obtida através da mensuração da quantidade de massa corporal de um indivíduo.</u>
66. Preocupação	Dominar e ocupar a mente de forma a excluir outros pensamentos ou a estar mentalmente distraído. (ICN, 2005).
67. Pressão sanguínea	Pressão exercida pelo sangue circulante nas paredes dos vasos do coração e das articulações sistêmica e pulmonar. (ICN, 2005).
68. Prurido	Sensação de formigamento desagradável, sensação cutânea, seguida do impulso para coçar a pele ou o couro cabeludo. (ICN, 2005).
69. Queda	Descida rápida do corpo de um nível superior para um nível mais baixo, devido a perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o peso do corpo em diferentes posições. (ICN, 2005).
70. Regurgitação	Refluxo ou retorno de alimentos deglutidos, incapacidade de impedir o refluxo das substâncias do estômago para as vias aéreas, acompanhado pela inalação do conteúdo gástrico para as vias aéreas. (ICN, 2005).
71. Repouso	Redução recorrente da atividade corporal permanecendo acordado e consciente, posição imóvel enquanto acordado e consciente. (ICN, 2005).
72. Retenção urinária	Acumulação involuntária de urina na bexiga, esvaziamento incompleto da bexiga associado à perda da sua função muscular, efeitos secundários da medicação ou lesão da bexiga. (ICN, 2005).
73. Ritmo cardíaco	Ritmo. (ICN, 2005). <u>Sucessão dos batimentos cardíacos.</u> (SILVA; SILVA, 2003). <u>Sucessão regular dos batimentos do coração.</u> (REY,

Termos constantes no Eixo Foco	Definição
	2003).
74. Sangue	Substância corporal (ICN, 2005). <u>Líquido vermelho que circula nas veias e nas artérias dos vertebrados, e que transporta os elementos nutritivos e os produtos de eliminação de todas as células do organismo (KOOGAN/HOUASS, 1993). Tecido circulante do organismo, consistindo em um líquido amarelo – pálido ou amarelo-acinzentado; o plasma, no qual estão suspensas as células vermelhas (eritrócitos), brancas (leucócitos) e plaquetas. (STEDMAN, 1996). Líquido bombeado pelo coração através de todas as artérias, veias e capilares; líquido amarelo claro chamado de plasma e os elementos formadores, uma série de tipos de células diferentes. (ANDERSON; ANDERSON, 2000).</u>
75. Saúde	Processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social não meramente a ausência de doença ou enfermidade (ICN, 2005).
76. Sinal vital	Sinal (ICN, 2005). <u>Medidas de temperatura, pulso, frequência respiratória e pressão sanguínea. (TIMBY, 2001).</u>
77. Sofrimento	Sentimentos prolongados de enorme tristeza associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, isto é, sintomas físicos crônicos como a dor, desconforto ou lesão, <i>stress</i> psicológico crônico, má reputação ou injustiça. (ICN, 2005).
78. Sono	Redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída, e sensibilidade diminuída, mas prontamente reversível a estímulos externos. (ICN, 2005).
79. Taquicardia	Batimentos cardíacos rápidos, frequência cardíaca anormalmente alta, superior a 100 batimentos por minuto, nos adultos (ICN, 2005).
80. Temperatura	<u>Dimensão física (ICN, 2005). Grau de intensidade do calor, que é medido pelo termômetro. (SILVA; SILVA, 2003). Grandeza física que caracteriza, de modo objetivo, a sensação subjetiva de calor ou de frio produzida pelo contato com um objeto. A medida dessa grandeza, por meio de um termômetro, fornece indicações sobre as condições fisiológicas normais ou anormais de um organismo homeotérmico. (REY, 2003).</u>
81. Temperatura corporal	Calor corporal relacionado com o metabolismo do corpo mantido a um nível constante, com uma ligeira subida na temperatura corporal durante o período diurno em comparação com a temperatura corporal durante o sono ou repouso. (ICN, 2005).
82. Tontura	Sensação de desmaio ou sensação de incapacidade de manter o equilíbrio normal nas posições de pé ou sentado, associada a confusão, náuseas e fraqueza. (ICN, 2005).
83. Tosse	Expulsão súbita do ar dos pulmões após uma inspiração profunda e fechamento da glote; reflexo de proteção para limpar as vias aéreas, associado à irritação das mesmas. (ICN, 2005).

Termos constantes no Eixo Foco	Definição
84. Tremor	Tremulação rítmica não-intencional, tremor, contrações musculares involuntárias alternadas com relaxamento dos grupos musculares esqueléticos opostos, associado com tremores crescentes durante os movimentos intencionais em pessoas idosas, e determinadas famílias, com predisposição genética para doenças neurodegenerativas. (ICN, 2005).
85. Úlcera	Ferida aberta ou lesão, perda da camada mais profunda do tecido, lesão circunscrita semelhante a uma loca, com diminuição do aporte sanguíneo, tecido de granulação vermelho, necrose do tecido celular subcutâneo, odor na ferida, sensibilidade em redor da periferia, dor, crostas de tecido inflamado e necrótico associado a um processo inflamatório, infeccioso ou maligno. (ICN, 2005).
86. Úlcera de pressão	Dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada. (ICN, 2005).
87. Urina	Substância corporal. (ICN, 2005). O líquido e as substâncias excretadas pelo rim. (STEDMAN, 1996). Produto excretado dos rins (RANGEL, 197-). Líquido excrementício segregado pelos rins e coletado pela bexiga e que depois é expelido através da uretra. (KOOGAN/HOUIASS, 1993).
88. Visão	Capacidade de ver, devido a respostas a estimulação dos órgãos visuais; capacidade para ver. (ICN, 2005).

Quadro 05 – Definição dos 88 termos do Eixo Foco identificados na Clínica Médica do HULW/UFPB e classificados como constantes na CIPE® Versão 1. João Pessoa, 2006.

Das 88 definições dos termos constantes na CIPE® Versão 1, apresentadas no quadro acima, observou-se que 71 alcançaram o consenso do grupo de pesquisadoras do GEPFAE. As 17 relacionadas com os termos *Eliminação urinária*, *Fezes*, *Hábito alimentar*, *Hábito de repouso*, *Hábito de sono*, *Higienizar-se*, *Hiperglicemia*, *Hipoglicemia*, *Inflamação*, *Lesão*, *Movimento*, *Peso*, *Ritmo cardíaco*, *Sangue*, *Sinal Vital*, *Temperatura* e *Urina* não traziam clareza em seu enunciado, sendo decidido, pelo Grupo, acrescentar a definição baseado no significado que o termo adquire na prática profissional, para melhor compreensão do significado do termo, uma vez que esses termos são de grande representatividade na prática de enfermagem da Clínica Médica.

O termo *Eliminação urinária* é atribuído a uma das funções essenciais do corpo humano, exigindo das enfermeiras uma adequada compreensão da estrutura e função do sistema urinário, para que as mesmas possam intervir na promoção de

uma eliminação urinária normal e na prevenção de complicações urinárias. Por sua relevância, foi decidido defini-lo como *passagem excreção de urina, através do esvaziamento da bexiga, normalmente 4-6 vezes durante o dia, com uma quantidade média excretada sob condições dietéticas normais de aproximadamente 1.000 a 2.000ml nas 24 horas.*

Para o termo *Fezes*, a CIPE[®] Versão 1 o define apenas como substância corporal, e, na Clínica Médica, esse termo é um elemento de investigação diariamente observado nos pacientes pela Enfermagem, tanto para avaliação das funções de eliminação, como para preparo e coleta de exames. Por esse motivo, o Grupo o definiu como *Excremento do trato digestivo que se forma no intestino, constituído de água, resíduos alimentares, bactérias e secreções intestinais e hepáticas que é eliminado durante a defecação através do reto.*

O *Hábito alimentar* refere-se a uma das necessidades humanas, sendo avaliado no cliente tanto na admissão como diariamente, quanto a aceitação, preferências e restrições. É um aspecto que recebe atenção de toda a equipe de saúde, pois é através de uma adequada ingestão de nutrientes que o corpo constrói e mantém os tecidos corporais, como também fornece energia e regula os processos corporais. Dessa forma, foi mais bem definido como *Maneira habitual de alimentar-se, que inclui a aceitação, preferências e restrições.*

Os termos *Hábito de repouso* e *Hábito de sono* costumam ser avaliados conjuntamente na admissão e evolução diária, com o objetivo de se verificar se o sono e repouso são considerados satisfatórios ou não satisfatórios pelo paciente, anotando-se as diferenças observadas, em casa e no hospital. Os termos sono e repouso também compreendem uma das necessidades humanas e, por terem tão forte significado na prática de enfermagem, decidiu-se esclarecê-los, definindo-os como *maneira habitual de repousar-se e dormir, que inclui a quantidade, qualidade, período do dia e duração do evento, respectivamente.*

Higienizar-se é um termo do autocuidado, o qual a Enfermagem tem como meta da assistência, compreendendo assim as ações de *cuidar-se para manter um padrão contínuo de higiene, manter o corpo limpo e bem arrumado, sem odores corporais, lavar regularmente as mãos, limpar os ouvidos, nariz e áreas perineais, manter a pele suave utilizando princípios para preservar e manter a limpeza.*

Os termos *Hiperglicemia* e *Hipoglicemia* são termos essenciais que devem ser conhecidos na assistência a pacientes diabéticos, para que a Enfermagem possa agir com presteza e habilidade em relação aos indivíduos por eles acometidos. Dessa forma, eles precisam ser bastante precisos e claros, razões pelo qual o grupo sugeriu como: *Desequilíbrio de líquido ou eletrólito, caracterizado por níveis elevados de glicose sérica (> 7,05mmol/litro (ou 1,27 g/litro) em jejum e Desequilíbrio de líquido ou eletrólito, caracterizado por níveis reduzidos de glicose sérica (<2,78mmol/litro (ou 0,50 g/litro) em jejum, respectivamente.*

A Inflamação é uma ocorrência bastante freqüente em pacientes de Clínica Médica, tanto em pacientes crônicos como nos portadores de alguma lesão na pele, merecendo uma atenção e avaliação rigorosa, com o objetivo, tanto de prevenir, como de intervir no processo. Portanto, para que a Enfermagem esteja atenta a esse evento, é preciso que ela tenha segurança na sua tomada de decisão, razão pela qual foi considerada pelo grupo e melhor definida como *Processo patológico desencadeado por reação à lesão celular, caracterizado por alterações vasculares, histológicas e humorais, causando dor, rubor e calor.*

O termo *Lesão*, geralmente atribuído a alterações cutâneas, é um dos focos de atenção na avaliação de pele e mucosas, apresentando um importante recurso diagnóstico, por suas diversas características. Neste aspecto de pele, as lesões podem ser classificadas como primárias, secundárias e mistas. Sua definição então seria mais adequada como *uma anormalidade na estrutura da pele que resulta de ferimento ou doença.*

O termo *Movimento* é um dos aspectos importantes no exame do aparelho locomotor, fornecendo dados sobre o grau de mobilidade, sensibilidade e força motora, recebendo, então, melhor definição como *processo do sistema músculo-esquelético descrito pela ação de mover-se ou deslocar-se.*

O termo *Peso* é um indicador bastante preciso e utilizado por toda a equipe de saúde na Clínica Médica, servindo de parâmetro para cálculo de dietas, avaliação nutricional, cálculo de dosagens medicamentosas, resultados de exames, avaliação médica, e demais utilidades, ficando o termo definido como *Dimensão física obtida através da mensuração da quantidade de massa corporal de um indivíduo.*

O *Ritmo cardíaco* é um dos componentes de grande importância na avaliação cardiológica, tanto na admissão durante o exame físico, como no acompanhamento de pacientes cardiopatas, e até mesmo em situações de parada cardiorrespiratória. Por tudo isso as enfermeiras precisam estar capacitadas para identificarem o tipo de ritmo, que melhor foi definido como *Ritmo caracterizado pela sucessão dos batimentos cardíacos, tendo como valor normal no adulto de 60 a 80bpm, podendo ser rítmico ou regular e arrítmico ou irregular.*

O termo *Sangue* é também um elemento fundamental na investigação diagnóstica e também sinal de alerta, em várias situações clínicas, como a hemorragia. É um componente vital, que foi definido como *Substância corporal caracterizada como tecido circulante do organismo, constituído de um líquido amarelo claro chamado de plasma, no qual estão suspensas as células vermelhas (eritrócitos), brancas (leucócitos) e plaquetas.*

Sinal Vital é o termo que representa os parâmetros gerais do paciente, sendo sua verificação parte da rotina da Enfermagem, servindo de base para avaliação clínica do paciente e para resposta medicamentosa, como também para finalidade diagnóstica. Consiste na base de avaliação das funções do paciente, devendo a enfermeira ter em mente os valores normais de cada um, a fim de detectar qualquer alteração, que se constituem das *Medidas de temperatura, pulso, frequência respiratória e pressão sanguínea.*

A *Temperatura* é um importante componente dos sinais vitais, sendo indicativo de infecções. Sua verificação constitui uma das atividades de enfermagem mais frequentes na Clínica Médica. Dessa forma, o grupo a definiu melhor como *Dimensão física que caracteriza, de modo objetivo, a sensação subjetiva de calor ou de frio produzida pelo contato com um objeto. A medida dessa grandeza, por meio de um termômetro, fornece indicações sobre as condições fisiológicas normais ou anormais de um organismo homeotérmico.*

A *urina* também é um elemento de investigação observada diariamente nos pacientes, tanto pela Enfermagem como pelos outros profissionais de saúde, tendo sua importância relacionada com a avaliação da função renal, sendo observados volume e coloração, para fins laboratoriais. Por isso, esse termo deve ter clara definição como a descrita pelo grupo como, *Substância corporal de coloração amarelo citrino, segregada pelos rins, coletada pela bexiga e excretada pela uretra.*

No que diz respeito às definições dos termos constantes no eixo Julgamento foram seguidos os mesmos critérios das definições identificadas no eixo Foco. Das 8 definições dos termos constantes no eixo Julgamento na CIPE[®] Versão 1, apresentadas no quadro abaixo, observou-se que 6 alcançaram o consenso do grupo de pesquisadoras do GEPFAE. As duas definições relacionadas com os termos *Parcial* e *Total* não traziam clareza em seu enunciado, sendo decidido também, acrescentar a definição baseado no significado que o termo adquire na prática profissional, para melhor compreensão do significado do termo, uma vez que eles são de grande representatividade na prática de enfermagem da Clínica Médica.

Termos constantes no eixo Julgamento	Definição
1. Comprometido	Estado julgado como negativo, alterado, inadequado ou ineficaz. (ICN, 2005)
2. Diminuído	Falta; déficit; abaixo da média, ou abaixo da quantidade, intenção ou intensidade normais. (ICN, 2005).
3. Melhorado	Estado julgado como eficaz. (ICN, 2005)
4. Não	Estado de julgamento negativo. (ICN, 2005)
5. Normal	De acordo com a norma, típico, padrão, o estado habitual ou esperado. (ICN, 2005)
6. Parcial	Dimensão. (ICN, 2005). Que não abrange o todo. (BARSA, 2003). Que faz parte de um todo. (BUENO, ca.1999).
7. Sim	Estado de julgamento positivo. (ICN, 2005)
8. Total	Dimensão. (ICN, 2005). <u>Que constitui ou abrange um todo; completo, inteiro.</u> (BARSA, 2003).

Quadro 6 – Definição dos oito termos identificados na Clínica Médica do HULW/UFPB e classificados como constantes no Eixo Julgamento da CIPE[®] Versão 1. João Pessoa, 2006.

Os termos atribuídos a julgamento apresentam uma grande importância no julgamento clínico de um fenômeno de enfermagem, pois é através de seu uso que se classifica o grau de comprometimento ou efetividade do que está ocorrendo. Por isso, o termo *Parcial* foi definido como *Estado de julgamento que não abrange o todo* e o termo *Total* como *Estado de julgamento que constitui ou abrange um todo; completo, inteiro*.

Para os termos não constantes na CIPE[®] Versão 1, foram desenvolvidas as definições teóricas, tendo por base dicionários técnicos e da língua portuguesa, e a

literatura da área da saúde e da Enfermagem, obedecendo os critérios exigidos pela definição terminológica, como concisão, qualidade e originalidade. (PAVEL; NOLET, 2003).

Termos classificados como não constantes no eixo Foco	Definição
1. Abscesso	Cavidade contendo pus e circundada por tecido inflamado, formado como resultado de supuração em infecção localizada. (ANDERSON; ANDERSON, 2000). Coleção localizada de material purulento em cavidade neoformada e envolvida por tecido inflamado. (REY, 2003). Acúmulo de pus, contendo micróbios mortos, células sanguíneas mortas e fluido que emana da região infectada. (SILVA; SILVA, 2003). Acúmulo de pus numa cavidade do corpo. (KOOGAN/HOUIASS, 1993).
2. Agonia	Período que precede a morte e se encerra com ela, sendo caracterizado por diminuição progressiva das funções vitais, principalmente da circulação, que acarreta deficiente oxigenação cerebral, inatividade e inconsciência. (REY, 2003). Instante da vida que precede imediatamente a morte. Ânssia, angústia, aflição. (KOOGAN/HOUIASS, 1993). Angústia física ou emocional grave, ou aflição, como na dor. (ANDERSON; ANDERSON, 2000).
3. Anemia	Condição caracterizada pela redução da quantidade de hemoglobina funcional circulante total, sendo considerado o valor abaixo de 13g/100ml no homem e 12g/100ml na mulher. (REY, 2003). Diminuição abaixo dos valores normais de eritrócitos no sangue circulante e ou do seu conteúdo de hemoglobina. Fala-se de anemia quando a concentração de hemoglobina é inferior a 13g/100mL no homem e a 11g/100mL na mulher. (SILVA; SILVA, 2003). Distúrbio causado pela diminuição da hemoglobina no sangue. (POTTER; PERRY, 1999).
4. Anorexia	Diminuição ou falta de apetite, especialmente quando prolongada. (REY, 2003). Inapetência, aversão aos alimentos. (SILVA; SILVA, 2003). Perda de apetite. (TIMBY, 2001).
5. Apatia	Estado de indiferença. (SILVA; SILVA, 2003). Estado caracterizado por desinteresse geral, indiferença ou insensibilidade aos acontecimentos, falta de interesse ou de desejos. (REY, 2003).
6. Ardor	Estado de calor intenso; queimor; prurido. (KOOGAN; HOUIASS, 1993; BUENO, 1991). Qualidade ou estado de ardente; ardência. (BARSA, 2003).
7. Área de atrito	Área – medida de uma superfície. Atrito – resistência ao movimento quando um corpo desliza ou rola sobre outro (BARSA, 2003).
8. Arrepio	Tremor involuntário provocado por frio, acesso febril ou emoção. (SILVA; SILVA, 2003). Tremor do corpo, causado por frio ou medo; calafrio. (BARSA, 2003).
9. Astenia	Enfraquecimento pronunciado e geral que não guarda relação de causa e efeito com o trabalho ou com os esforços. (REY, 2003). Diminuição da força muscular, acompanhada de fraqueza. (SILVA;

Termos classificados como não constantes no eixo Foco	Definição
	SILVA, 2003).
10. Cheiro	Impressão produzida no olfato pelas partículas odoríferas. Odor, aroma, perfume. (BARSA, 2003).
11. Cianose	Coloração azulada dos tegumentos que se apresenta quando a quantidade de hemoglobina reduzida é maior que 5g/100ml de sangue capilar. (REY, 2003). Descoloração azulada da pele e membranas mucosas causada pela hemoglobina desoxigenada no sangue ou por defeito estrutural na hemoglobina. (POTTER; PERRY, 1999). Coloração azulada da pele. (SILVA; SILVA, 2003).
12. Coágulos	Porção de sangue que sofreu processo de coagulação pela formação de uma rede de fibrina a partir do fibrinogênio, em um local onde traumatismos ou lesões patológicas desencadearam a cascata de reações do mecanismo regulador. (REY, 2003).
13. Cooperação	Ato ou efeito de cooperar. (BARSA, 2003). Ajuda, auxílio, colaboração. (COSTA, 2000).
14. Corrimento vaginal	Inflamação da mucosa vaginal. (SILVA; SILVA, 2003). Secreção patológica que escorre da vagina. (BARSA, 2003).
15. Crostas	Alteração secundária da pele, consistindo em sangue, soro ou pus ressecados. (REY, 2003). Camada externa, de matéria sólida, formada pela solidificação das secreções. (SILVA; SILVA, 2003). Camada espessa que se forma na superfície de uma ferida; casca. (BARSA, 2003).
16. Deambulação	Ato fisiológico resultante dos movimentos pelos quais o corpo caminha. (SILVA; SILVA, 2003).
17. Debilidade	Estado de fraqueza ou falta de forças. (REY, 2003). Qualidade ou estado de débil; fraqueza, fragilidade. (BARSA, 2003).
18. Descamação	Eliminação dos elementos epiteliais mais externos da pele sob a forma de escamas ou membranas. (REY, 2003). Eliminação superficial da camada mais externa da pele em forma de escamas. Ocorre geralmente em pele ressecada. (SILVA; SILVA, 2003). Processo normal no qual as células mortas da camada cutânea epidérmica são desprezadas. (POTTER; PERRY, 1999).
19. Desconforto pós-prandial	Falta de conforto no período após as refeições. (BARSA, 2003).
20. Desorientação	Perturbação da consciência de si mesmo em relação aos elementos do meio exterior. Ato ou efeito de desorientar-se; falta de orientação. (REY, 2003).
21. Dieta	Regime alimentar com ingestão de alimentos que se faz visando preencher as necessidades do indivíduo sadio ou enfermo. (SILVA; SILVA, 2003).
22. Digestão	Conjunto dos processos que tornam os alimentos assimiláveis pela mucosa do tubo digestivo. (REY, 2003). Processo orgânico de fracionamento químico e físico dos alimentos até tornarem-se

Termos classificados como não constantes no eixo Foco	Definição
	compostos capazes de serem absorvidos pelas células do corpo. (SILVA; SILVA, 2003).
23. Disfagia	Sensação subjetiva de dificuldade para deglutir, devido ao retardo na progressão dos alimentos da faringe até o estômago, que, por vezes, acompanha-se de dor (REY, 2003). Dificuldade para engolir. (TIMBY, 2001). Incapacidade ou dificuldade de engolir. (SILVA; SILVA, 2003).
24. Dispneia de esforços	Um encurtamento da respiração ou dificuldade na respiração. (POTTER; PERRY, 1999).
25. Distensão abdominal	Estado caracterizado por um abdome distendido ou com convexidade acentuada, geralmente associado ao acúmulo de quantidades excessivas de flatos ou conteúdo intestinal líquido ou sólido, com sensação de plenitude e desconforto abdominais e da incapacidade de eliminar flatos ou fezes, que podem ser decorrentes de tumores, íleo paralítico ou falta de atividade física. (CRAVEN; HIRNLE, 2006).
26. Doença	Alteração do estado de saúde. Disfunção fisiológica ou patológica de um indivíduo. (REY, 2003). Processo anormal pelo qual qualquer aspecto do funcionamento da pessoa está diminuído ou comprometido quando comparado com a condição prévia. (POTTER; PERRY, 1999). Estado de desconforto que resulta quando a saúde de uma pessoa fica prejudicada. (TIMBY, 2001).
27. Dormência	Sensação de formigamento que se manifesta na superfície da pele. (BARSA, 2003).
28. Elasticidade	Propriedade que alguns corpos sólidos têm de voltar à sua forma original depois que cessa de atuar a força que os deformava. (BARSA, 2003) Propriedade de um corpo de se deixar distender, e depois retornar à sua forma original. (SILVA; SILVA, 2003).
29. Empachamento	Sensação desagradável provocada pelo abarrotamento do estômago. (BARSA, 2003).
30. Equimose	Extravasamento de sangue hipodérmico, que forma manchas na pele, em geral grandes, violáceas, de contornos irregulares e imprecisos. (REY, 2003). Mancha escura ou azulada em decorrência da infiltração de sangue no tecido subcutâneo. (SILVA; SILVA, 2003).
31. Erupção	Erupção na pele ou eritema de diferentes cores e protuberância, edema local, urticária, vesículas e prurido. (CIPE, 2003). Aparecimento rápido de lesões de diferentes tipos, na pele ou nas mucosas, principalmente quando manifestação local de doença exantemática. (REY, 2003). Lesão visível que aparece na pele. (SILVA; SILVA, 2003). Termo genérico para designar o aparecimento, na pele, de lesões localizadas ou generalizadas, como máculas, pápulas, vesículas ou púrpura. (COSTA, 2000).
32. Escabiose	Dermatite causada por <i>Sarcoptes scabiei</i> , ácaro da família <i>Sarcoptidae</i> que abre galerias nas camadas profundas da epiderme, localizando-se, de preferência, nas pregas interdigitais

Termos classificados como não constantes no eixo Foco	Definição
	ou dos punhos, cotovelos, axilas, tornozelos e pés, mas podendo estender-se às virilhas, aos órgãos genitais, às mamas. (REY, 2003). Moléstia cutânea causada por um aracnídeo. (SILVA; SILVA, 2003).
33. Espasmo	Contração muscular involuntária, súbita e intensa, muitas vezes acompanhada de dor, mas em geral de curta duração. (REY, 2003). Contração involuntária brusca e transitória de um ou mais músculos. (SILVA; SILVA, 2003).
34. Estado geral	Estado. Modo de ser ou estar. Situação ou disposição em que se acha uma pessoa ou uma coisa em dado momento. (BARSA, 2003).
35. Eupnéia	Respiração normal, sendo silenciosa, sem esforço e rítmica. (POTTER; PERRY, 1999). Diz-se de uma respiração normal, sem dificuldades respiratórias. (SILVA; SILVA, 2003).
36. Excesso de peso	Condição de peso corporal elevado e massa corporal normalmente 25 a 29,9% acima do peso ideal. (ABESO, 2006).
37. Fezes semilíquidas	Excremento do trato digestivo que se forma no intestino, expelido durante a defecação através do reto, de consistência semilíquida. (ANDERSON; ANDERSON, 2000).
38. Flacidez	Estado de relaxamento; ausência de tonicidade de um tecido ou órgão. (REY, 2003). Qualidade ou estado de flácido. (BARSA, 2003).
39. Fluido	Líquido que consiste em água, contendo compostos químicos chamados de eletrólitos, mais células sanguíneas e outras moléculas solúveis, distribuído em dois compartimentos principais: líquido intracelular (LIC), localizado dentro das células; e líquido extracelular (LEC), compreendendo todos os líquidos fora das células. (CRAVEN; HIRNLE, 2006).
40. Força muscular	Esforço ou empenho realizado pelos músculos. (BARSA, 2003).
41. Função cardíaca	Bombeamento do sangue através do coração. (CIPE, 2003).
42. Hematêmese	Vômito de sangue, que implica a existência de uma hemorragia situada no tubo digestivo, acima do ângulo duodeno-jejunal. (REY, 2003). Vômito de sangue indicando hemorragia gastrintestinal superior. (POTTER; PERRY, 1999).
43. Hematúria	Presença de sangue na urina, que pode ter sua origem nos rins, nos ureteres, na bexiga ou na uretra. (REY, 2003). Presença anormal de sangue na urina. (POTTER; PERRY, 1999).
44. Hemiparesia	Fraqueza muscular de uma metade do corpo.(POTTER; PERRY, 1999). Paralisia parcial ou fraqueza muscular que atinge uma só metade do corpo ou parte dela, em conseqüência de lesão dos centros nervosos ou das vias motoras do SNC. (REY, 2003). Diminuição da sensibilidade em um lado do corpo. (SILVA; SILVA, 2003).

Termos classificados como não constantes no eixo Foco	Definição
45. Hemiplegia	Paralisia total que atinge uma só metade do corpo ou parte dela, em consequência de lesão dos centros nervosos ou das vias motoras do SNC. (REY, 2003). Paralisia na metade do corpo. (SILVA; SILVA, 2003).
46. Hemorróidas	Massas vasculares na parte inferior do reto ou ânus que se afrouxaram do tecido conjuntivo em consequência da congestão nas veias no plexo hemorroidário. (NETTINA, 2003). Varicosidade no reto inferior ou ânus causada por congestão nas veias do plexo hemorroidário. (ANDERSON; ANDERSON, 2000). Pequenos vasos sanguíneos dilatados que ocorrem na região do ânus. (SILVA; SILVA, 2003). Dilatação permanente e ingurgitamento das veias dentro do revestimento do reto. (POTTER; PERRY, 1999).
47. Hiperemia	Acúmulo exagerado de sangue nos vasos de um órgão ou tecido, determinado pela dilatação das artérias e arteríolas e aumento do fluxo sanguíneo na rede capilar, que passa a apresentar vasodilatação e abertura dos capilares inativos. (REY, 2003). O mesmo que congestão sanguínea, levando à coloração avermelhada do local. (SILVA; SILVA, 2003).
48. Humor	Tonalidade fundamental da vida afetiva, cujos mecanismos reguladores receberam o nome de função tímica. (REY, 2003). Capacidade de perceber, apreciar ou expressar o que é cômico ou divertido. Disposição de espírito; estado de alma. (BARSA, 2003).
49. Icterícia	Síndrome caracterizada por hiperbilirrubinemia e deposição de pigmentos biliares no tegumento, o que empresta cor amarela mais ou menos intensa à pele e às mucosas dos pacientes. (REY, 2003). Descoloração amarelada da pele, membranas mucosas e esclerótica, causada por uma quantidade maior do que o normal de bilirrubinemia. (POTTER; PERRY, 1999). Coloração amarelada da pele em decorrência do aumento de pigmentos biliares no sangue e a sua impregnação na pele. (SILVA; SILVA, 2003).
50. Impaciência	Falta de paciência. Irritação nervosa. (BARSA, 2003). Frenesi; desespero; pressa; ira; sofreguidão. (BUENO, ca. 1999).
51. Infiltração	Deslocamento de um cateter endovenoso ou de uma agulha da veia para o espaço subcutâneo. (POTTER; PERRY, 1999). Qualquer modificação patológica de um órgão ou tecido marcada pela presença de produtos tais como líquidos orgânicos, líquidos injetados, gases ou outras substâncias orgânicas ou minerais, bem como por células que normalmente aí não se encontram. (REY, 2003). Acúmulo de substâncias anormais num órgão ou tecido (SILVA; SILVA, 2003).
52. Informação	Comunicação ou notícia trazida do conhecimento de uma pessoa ou do público. (BARSA, 2003). Notícia ou dados sobre alguém ou algo. (LUFT, 2001).
53. Letargia	Estado patológico de sono profundo, do qual o paciente pode ser despertado, mas para recair imediatamente no mesmo estado. (REY, 2003). Estado patológico caracterizado por sono profundo, mimetizando a morte, porém, sem interromper as funções vitais. (SILVA; SILVA, 2003).

Termos classificados como não constantes no eixo Foco	Definição
54. Lucidez	Funcionamento normal das faculdades mentais. (REY, 2003).
55. Magreza excessiva	Condição em que o indivíduo apresenta o tecido adiposo pouco desenvolvido. (REY, 2003). Estado nutricional caracterizado por escasso desenvolvimento do panículo adiposo subcutâneo. (SILVA; SILVA, 2003).
56. Mal-estar	Indisposição ou perturbação orgânica; doença de pouca gravidade. Ansiedade mal definida, inquietação. Constrangimento. (REY, 2003).
57. Manchas hiperocrômicas	Manchas na pele com excesso de pigmentação (SILVA; SILVA, 2003).
58. Melena	Evacuação intestinal de sangue negro ou fezes escuras, cor de borra de café, que indica um sangramento nas porções altas do tubo digestivo. (REY, 2003). Fezes com sangue. (SILVA; SILVA, 2003). Fezes anormalmente escuras, cor de petróleo, contendo sangue digerido, indicativo de sangramento gastrintestinal. (POTTER; PERRY, 1999).
59. Mobilização	Ato de colocar em atividade uma estrutura ósteo-articular, uma reserva metabólica ou um órgão, com finalidade de melhorar uma função. (COSTA, 2000).
60. Mucosa hipercorada	Mucosa com coloração acentuada.
61. Murmúrio vesicular	Ruído que se percebe normalmente à ausculta dos pulmões, produzido pela movimentação das paredes alveolares durante a inspiração e a expiração. (REY, 2003).
62. Nível de consciência	Grau de percepção imediata da própria atividade física ou psíquica. (BARSA, 2003).
63. Observação	Ato ou efeito de observar. Exame, análise. (REY, 2003).
64. Odor	Impressão produzida no olfato pelas emanções voláteis dos corpos. (FERREIRA, 1999). Impressão particular causada pelas substâncias químicas, voláteis hidrossolúveis ou lipossolúveis e percebida através das células olfatórias da mucosa nasal. (REY, 2003).
65. Oxigenação	Combinação ou saturação com oxigênio. (REY, 2003). Combinação com oxigênio. (SILVA; SILVA, 2003). Processo do sistema respiratório dependente da ventilação e da respiração. (TIMBY, 2001).
66. Palidez	Ausência de cor em qualquer órgão ou parte do corpo, mas, sobretudo na pele da face, como consequência de anemia ou de vasoconstrição periférica, queda da pressão arterial, frio ou estado emocional. (REY, 2003). Estado ou qualidade de pálido; descoramento. (BARSA, 2003).
67. Parestesia	Sensação anormal, como ardor, formigamento, prurido, percebidos na pele e sem motivo aparente, mas relacionados frequentemente com irritação ou trauma de nervos sensitivos ou raízes nervosas.

Termos classificados como não constantes no eixo Foco	Definição
	(REY, 2003). Toda sensação anormal de picadas, formigamento, ou ainda o distúrbio da sensibilidade que pode ser detectada pelo exame físico e que difere de uma hipo ou de uma hiperestesia, como, um erro na localização do estímulo ou um retardo na percepção do mesmo. (SILVA; SILVA, 2003).
68. Pele hipercorada	Pele com coloração acentuada.
69. Pele íntegra	Superfície externa natural, flexível e firme do corpo, com funções relacionadas com a elasticidade, textura e espessura, destinada a manter a camada interna da queratina intacta, hidratada, macia e nem muito quente nem fria. (CIPE, 2003).
70. Proteção	Ato ou efeito de proteger ou proteger-se. Abrigo, resguardo. (BARSA, 2003).
71. Pústulas	Lesão cutânea que se caracteriza pela elevação epidérmica circunscrita que contém um líquido purulento. (SILVA; SILVA, 2003).
72. Resfriado	Infecção aguda do trato respiratório superior causada principalmente pelos <i>Rhinovirus</i> (da família Piconaviridae), cujos membros respondem pela maioria dos casos. O quadro clínico manifesta-se (após 2-4 dias de incubação) por inflamação da mucosa e submucosa do nariz, garganta, tubas auditivas e olhos, com corrimento nasal seroso e depois mucoso, mal-estar, cefaléia, pouca ou nenhuma febre. (REY, 2003). Coriza. Doença causada por infecção virulenta que por si só não é perigosa, mas pode levar a certas doenças como bronquite, pneumonia. (SILVA; SILVA, 2003).
73. Respiração	Processo contínuo de troca molecular de oxigênio a dióxido de carbono dos pulmões para a oxidação celular regulada pelo centro da respiração no cérebro, receptores bronquiais e da aorta, bem como o mecanismo de difusão. (BESERRA, 2006).
74. Ressecamento	Tornar seco ou muito seco. (BARSA, 2003).
75. Rigidez	Dureza ou inflexibilidade, particularmente quando anormal ou patológica. (REY, 2003). Estado de inflexibilidade. (SILVA; SILVA, 2003).
76. Rouquidão	Distúrbio da fonação caracterizado pela voz rude e de tonalidade baixa, devido a uma inflamação ou a uma afecção da laringe. (REY, 2003). Aspereza na fala e dificuldade na pronúncia de palavras devidas ao embargo no órgão da fonação, rouquice. (SILVA; SILVA, 2003).
77. Ruídos hidroaéreos	Ruídos emitidos pelas vias digestivas em seu funcionamento normal. (COSTA, 2000).
78. Secreção	Descarga glandular de hormônio, substância química ou líquida em uma cavidade com um objetivo específico, órgão ou sangue na superfície da pele. (BESERRA, 2006).
79. Secreção purulenta	Secreção que contém ou produz pus.

Termos classificados como não constantes no eixo Foco	Definição
80. Seqüelas	Lesão orgânica ou alteração funcional que persiste depois da cura de uma doença ou de um traumatismo. (REY, 2003).
81. Taquipnéia	Distúrbio respiratório que se apresenta quando os movimentos respiratórios são anormalmente rápidos e superficiais. (REY, 2003). Respirações rápidas; acima de 20 por minuto em adultos. (TIMBY, 2001). Aceleração do ritmo respiratório. (SILVA; SILVA, 2003). Aumento da frequência respiratória, acima da frequência normal para o paciente; caracterizada por movimentos respiratórios rápidos e superficiais. (POTTER; PERRY, 2002).
82. Tensão	Estado de hiperexcitabilidade, nervosismo. (COSTA, 2000). Estado de ânimo; agitação iminente. (BUENO, ca. 1999).
83. Tosse produtiva	Resposta reflexiva à irritação nas vias aéreas, com produção de muco. (CRAVEN; HIRNLE, 2006).
84. Turgor	Elasticidade normal da pele causada pela pressão para o exterior das células e do líquido intersticial. (POTTER; PERRY, 1999). Resistência da pele. (TIMBY, 2001).
85. Transpiração	Secreção de suor pelas glândulas sudoríparas da pele e sua excreção, como parte dos mecanismos de regulação da temperatura do corpo. (REY, 2003). Excreção do suor produzido pelas glândulas sudoríparas, provocada por temperaturas ambientes elevadas, geralmente acima de 25° C, pela elevação da temperatura interna, ou, ainda, por fatores psíquicos. (SILVA; SILVA, 2003).
86. Vigília	Estado de alerta; aquele em que o indivíduo está pronto para agir. Insônia; condição em que o indivíduo não consegue conciliar o sono. (REY, 2003). Que ocorre quando acordado. (SILVA; SILVA, 2003) Estado de quem vela, permanece acordado, desperto. Privação ou falta de sono; insônia. (BARSA, 2003).

Quadro 7 – Definição teórica dos 86 termos do Eixo Foco identificados na Clínica Médica do HULW/UFPB e classificados como não constantes na CIPE® Versão 1. João Pessoa, 2006.

Para a elaboração das definições dos termos não constantes referentes ao Eixo Foco foram constatadas várias dificuldades em relação a obter clareza e objetividade das definições, que em sua maioria não expressavam o contexto da Enfermagem na Clínica Médica, como também, dificuldades em encontrar vários destes termos na literatura da área de saúde e de enfermagem.

Termos identificados como não constantes no eixo Julgamento	Definição
1. Abundante	Grande quantidade; fartura. (BARSA, 2003).
2. Acentuado	Saliente. Nítido, claro. Expresso com vigor. (BARSA, 2003).
3. Agradável	Que agrada. Que dá prazer aos sentidos. Aquilo que agrada. (BARSA, 2003).
4. Aumentado	A afirmação de que o fenômeno de enfermagem tem crescido, alargado ou expandido no tamanho. (CIPE, 2003).
5. Ausente	A ausência do fenômeno de enfermagem está confirmada. (CIPE, 2003).
6. Calmo	Em que há calma. Sossegado. (BARSA, 2003).
7. Constante	Incessante; contínuo. (LUFT, 2003).
8. Deficiente	Falho, imperfeito, insuficiente. (BARSA, 2003). Termo geral englobando toda e qualquer perturbação ou limitação de uma estrutura anatômica ou de uma função fisiológica ou psicológica, podendo causar ou não mau funcionamento do organismo como um todo. (REY, 2003).
9. Desacordado	Que perdeu os sentidos; desfalecido, desmaiado. (BARSA, 2003).
10. Descompensado	Que apresenta um tipo de insuficiência funcional. (BARSA, 2003). Desequilíbrio fisiológico devido à falência dos mecanismos compensadores, depois que o estresse produzido pelas modificações patológicas ultrapassa a capacidade do sistema de homeostasia. (REY, 2003).
11. Discreto	Que mal se percebe; suave, brando. Pequeno, diminuto. (BARSA, 2003).
12. Espessa	Denso, grosso. Compacto, consistente. (BARSA, 2003).
13. Espontâneo	Que se pratica de livre vontade; voluntário. (BARSA, 2003). Que se realiza por si mesmo, sem intervenção externa ou sem causa conhecida. (REY, 2003).
14. Estável	Que não varia; inalterável. (BARSA, 2003).
15. Forte	Que tem força; vigoroso, robusto. Intenso, violento. (BARSA, 2003).
16. Grave	Circunspecto, sério. Perigoso. Intenso, profundo. Suscetível de conseqüências sérias. (BARSA, 2003).
17. Hipoativo	Que apresenta um nível baixo de atividade motora, com reação lenta a qualquer estímulo. (LUCZYNSKI, 2006).
18. Intenso	Que atua com força, com energia; ativo, enérgico, veemente. Forte, violento, rude. (BARSA, 2003).
19. Irregular	Não regular; anormal, anômalo. Inconstante, vário, desigual.

Termos identificados como não constantes no eixo Julgamento	Definição
	(BARSA, 2003).
20. Moderado	Que não é exagerado. Que ocupa o meio termo entre oposições extremas. Que tem moderação ou prudência. (BARSA, 2003).
21. Pastoso	Que tem consistência de pasta. Viscosos, pegajoso. (BARSA, 2003).
22. Pouco	Que há em pouca quantidade; escasso, limitado. (BARSA, 2003).
23. Precário	Escasso, insuficiente. Que não oferece estabilidade ou segurança; frágil. (BARSA, 2003).
24. Presente	A presença do fenômeno de enfermagem está confirmada.(CIPE, 2003).
25. Preservado	Defendido, protegido, resguardado. (BARSA, 2003).
26. Satisfatório	Que satisfaz. Aceitável, razoável. (BARSA, 2003).
27. Severa	Rigoroso, rígido. Que exprime rigor ou severidade. Que requer circunspeção; importante, grave. (BARSA, 2003).
28. Volumoso	Que tem grande volume. (BARSA, 2003).

Quadro 8 – Definição teórica dos 28 termos do Eixo Julgamento identificados na Clínica Médica do HULW/UFPB e classificados como não constantes na CIPE® Versão 1. João Pessoa, 2006.

Da mesma forma que encontramos dificuldades em definir os termos não constantes relativos ao Eixo Foco, muito mais complexo foi definir os termos referentes ao Eixo julgamento, tendo em vista que eles devem exprimir uma qualidade ou grau de funcionalidade de algum fenômeno, e isoladamente não apresentam os significados correspondentes na literatura.

Essas definições foram reformuladas de maneira uniforme, por um grupo de pesquisadoras do GEPFAE, de forma a melhor representá-las dentro do contexto da Enfermagem, na Clínica Médica. O resultado desse processo de definição do termo constitui o último passo na primeira etapa da pesquisa, constituindo assim o banco de dados de termos da Clínica Médica, como mostra o quadro a seguir.

Eixo	Termo	Definição
Foco	Aceitação	Processo de gerir e controlar ao longo do tempo, eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão, restrição de comportamentos destrutivos.
	<i>Abscesso¹</i>	<i>Coleção localizada de material purulento constituído de micróbios mortos, células sanguíneas mortas e fluido que emana da região infectada, originada de uma infecção aguda ou crónica.</i>
	Agitação	Condição de excitação psicomotora sem motivo, atividade incessante, andar sem parar; descarga de tensão nervosa associada com ansiedade, medo ou stress mental.
	<i>Agonia</i>	<i>Estado físico ou emocional caracterizado por dor, ânsia, angústia ou aflição.</i>
	<i>Anemia</i>	<i>Condição caracterizada pela redução da quantidade de hemoglobina no sangue a níveis abaixo do normal, pelo decréscimo de produção de hemácias, aumento de destruição de glóbulos vermelhos, ou perda de sangue.</i>
	<i>Anorexia</i>	<i>Aversão aos alimentos, resultando na diminuição ou falta de apetite.</i>
	Ansiedade	Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trêmula.
	<i>Apatia</i>	<i>Estado caracterizado por desinteresse geral, pela indiferença ou insensibilidade aos acontecimentos.</i>
	Apetite	Sensação de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes, ou de um tipo específicos de alimentos.
	<i>Ardor</i>	<i>Sensação de calor ou queimação.</i>
	<i>Área de atrito</i>	<i>Superfície corpórea que recebe resistência quando a pessoa é movida ou reposicionada no leito ao ser puxada ou deixada escorregar para baixo no leito.</i>
	<i>Arrepio</i>	<i>Tremor involuntário provocado por frio, acesso febril ou emoção.</i>
	Arritmia	Variação do ritmo normal da contração auricular e ventricular do miocárdio associado com a função de marca-passo do nódulo sino-auricular.
	Ascite	Condição de acumulação anormal de líquido intraperitoneal com uma concentração elevada de proteínas e eletrólitos, aumento do perímetro abdominal, edema, diminuição do débito urinário; associado a doenças como cirrose, câncer,

¹ Termos em itálico representam os termos não constantes na CIPE® Versão 1.

	insuficiência cardíaca e parasitoses.
Asfixia	Interferência com a entrada do ar nos pulmões, cessação da respiração e sufocação.
Aspiração	Inalação de substâncias provenientes do exterior ou do estômago para as vias aéreas inferiores.
Astenia	<i>Diminuição da força muscular ou energia, acompanhada de fraqueza.</i>
Audição	Faculdade para ouvir devido às respostas a estímulos por parte dos órgãos auditivos; capacidade de ouvir.
Autocuidado	Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e atividades da vida diária.
Bradycardia	Batimentos cardíacos lentos, frequência do pulso inferior a 60 batimentos por minuto, nos adultos.
Caquexia	Condição de magreza, perda muscular, falta de forças e enfraquecimento habitualmente associada com mau estado geral e ou a doenças tais como câncer e a tuberculose.
Cheiro	<i>Odor, aroma ou perfume produzido no olfato pelas partículas odoríferas.</i>
Choro	Ação voluntária ou vocalização automática em resposta à dor, medo ou susto, ou resposta emocional à depressão ou luto.
Cianose	<i>Coloração azulada-escura ou púrpura da pele e das mucosas devido à oxigenação deficiente no sangue.</i>
Coágulos	<i>Porção de sangue que sofreu processo de coagulação, constituído geralmente de hemácias, leucócitos e plaquetas enredadas em uma rede de fibrina insolúvel.</i>
Cólica	Sensação de dor originada por espasmos de músculos lisos em órgãos ocos, como intestino, rim ou vias biliares; esta sensação de dor é habitualmente referida como contrações recorrentes tipo câimbras, sensação de compressão, dilaceração e de tormento; movimento corporal como flexão das pernas; choro intenso, abdômen distendido e não depressível.
Comunicação	Comportamento de dar ou trocar informação, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre indivíduos ou grupos usando comportamentos verbais e não-verbais, conversação face a face ou por meios de comunicação remota como o correio, correio eletrônico e telefone.
Confusão	Memória prejudicada com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa; desorientação, discurso incoerente, agitação, ausência de sentido de direção.
Consciência	Capacidade de resposta da mente, resultante de combinação dos sentidos de forma a manter a mente alerta, acordada e

	sensível ao ambiente exterior.
Constipação	Diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes excessivamente duras e secas.
Convulsão	Movimento muscular incontrolável, contrações involuntárias de um grupo de músculos; paroxístico e episódio associado a doenças convulsivas, concussão cerebral ou febre.
Cooperação	<i>Ato de ajudar ou colaborar em devida situação.</i>
Corrimento vaginal	<i>Secreção patológica que escorre da vagina.</i>
Crostas	<i>Camada externa de matéria sólida, formada pela solidificação das secreções em feridas.</i>
Deambulação	<i>Ato fisiológico resultante dos movimentos pelo qual o corpo caminha.</i>
Debilidade	<i>Estado de fraqueza ou falta de forças.</i>
Defecação	Movimento e evacuação através da defecação, habitualmente uma vez ao dia, de fezes moles e moldadas.
Deglutição	Passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esôfago.
Descamação	<i>Desprendimento dos elementos epiteliais mais externos da pele sob a forma de escamas ou membranas.</i>
Desconforto pós-prandial	<i>Falta de conforto abdominal no período após as refeições.</i>
Desidratação	Condição de desequilíbrio do volume de líquidos ou perda de líquidos orgânicos acompanhada de diminuição de débito urinário, urina concentrada, alteração dos eletrólitos, diminuição do turgor da pele, pele vermelha e seca, acinzentada e fria, mucosas secas, língua saburrosa, aumento da temperatura corporal, aumento da pressão sanguínea, pulso periférico rápido e fraco, aumento da frequência respiratória, globos oculares afundados e moles, afundamento das fontanelas (em crianças recém-nascidas e lactentes), irritabilidade e confusão.
Desorientação	<i>Perturbação da consciência de si mesmo em relação aos elementos do meio exterior.</i>
Diarréia	Passagem e defecação de fezes soltas, líquidas e não formadas; aumento da frequência de dejeção acompanhada de aumento dos ruídos intestinais, cólicas e urgência na defecação.
Dieta	<i>Regime alimentar com ingestão de alimentos que se faz visando preencher as necessidades do indivíduo sadio ou enfermo.</i>

<i>Digestão</i>	<i>Processo orgânico de fracionamento químico e físico dos alimentos até tornarem-se compostos capazes de serem absorvidos pelo trato gastrointestinal.</i>
<i>Disfagia</i>	<i>Incapacidade ou dificuldade de engolir, que comumente se associa a distúrbios obstrutivos ou distúrbios motores do esôfago.</i>
<i>Dispepsia</i>	<i>Vaga sensação de desconforto epigástrico após a alimentação, digestão dolorosa, plenitude gástrica, pirose, timpanismo, náuseas e perda de apetite.</i>
<i>Dispnéia</i>	<i>Movimento forçado da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigênio no sangue circulante, batimento de asa nasal, alterações na profundidade respiratória, sons respiratórios adventícios, sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons à percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácicos, expiração com lábios franzidos, frêmito e sensação de desconforto.</i>
<i>Dispnéia de esforços</i>	<i>Um encurtamento da respiração ou dificuldade na respiração causada por qualquer tipo de esforço físico.</i>
<i>Dispnéia Funcional</i>	<i>Falta de ar associada com atividade física, tal como exercício e caminhada.</i>
<i>Distensão abdominal</i>	<i>Estado caracterizado por um aumento de tensão na parede abdominal, causando desconforto, gerando uma sensação de empachamento.</i>
<i>Disúria</i>	<i>Dor uretral na bexiga com sensação de ardência ao urinar.</i>
<i>Doença</i>	<i>Condição de função vital anormal que envolve uma estrutura, uma parte, ou sistema de um organismo; enfermidade ou distúrbio específico que se caracteriza por um conjunto de sinais e sintomas reconhecíveis atribuíveis à hereditariedade, infecção, dieta ou ao ambiente.</i>
<i>Dor</i>	<i>Aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contato social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.</i>
<i>Dor por artrite</i>	<i>Sensação de dor com origem numa situação inflamatória de articulações edemaciadas; esta sensação é habitualmente referida como uma dor flutuante, intermitente, surda, aguda e latejante, durante a atividade, períodos de repouso e imobilidade.</i>
<i>Dormência</i>	<i>Sensação de formigamento que se manifesta na superfície da pele, decorrente de pressão sobre o nervo sensorial.</i>
<i>Elasticidade</i>	<i>Propriedade do tecido de readquirir sua forma e tamanho original após ser estirado, comprimido, ou, então, deformado.</i>

Eliminação	Movimento e evacuação de resíduos, sob a forma de excreção.
Eliminação urinária	Processo do sistema urinário caracterizado por uma inadequada passagem e excreção de urina através de esvaziamento da bexiga, normalmente 4-6 vezes durante o dia, com uma quantidade média excretada sob condições dietéticas normais de aproximadamente 1000 a 2000ml nas 24 horas.
Emoção	Sentimentos e disposições para manter ou abandonar ações tendo em conta sentimentos de consciência de prazer ou de dor; os sentimentos são conscientes ou inconscientes, expressos ou não expressos; os sentimentos básicos aumentam habitualmente em períodos de grande <i>stress</i> , por perturbação mental ou doença, e durante várias fases de transição da vida.
<i>Empachamento</i>	<i>Sensação desagradável provocada pela obstrução ou abarrotamento do estômago.</i>
<i>Equimose</i>	<i>Extravasamento de sangue hipodérmico, que forma manchas na pele, em geral grandes, violáceas, de contornos irregulares e imprecisos.</i>
<i>Erupção</i>	<i>Termo genérico para designar o aparecimento, na pele, de lesões localizadas ou generalizadas, como máculas, pápulas, vesículas ou púrpura.</i>
<i>Escabiose</i>	<i>Dermatite caracterizada por prurido cutâneo intenso e escoriações decorrentes de coçadura, localizando-se de preferência nas pregas interdigitais ou dos punhos, cotovelos, axilas, tornozelos e pés, mas podendo estender-se às virilhas, aos órgãos genitais, às mamas.</i>
<i>Espasmo</i>	<i>Contração muscular involuntária, súbita e intensa, muitas vezes acompanhada de dor, mas, em geral, de curta duração.</i>
<i>Estado geral</i>	<i>Situação ou disposição em que se acha um cliente.</i>
Estupor	Condição de sono profundo com resposta positiva a estímulos dolorosos.
<i>Eupnéia</i>	<i>Respiração normal, sendo silenciosa, sem esforço e rítmica.</i>
<i>Excesso de peso</i>	<i>Condição de peso corporal elevado e massa corporal normalmente 25 a 29,9% acima do peso ideal.</i>
Expectoração	Expulsão do muco, material mucopurulento ou líquidos da traquéia, brônquios e pulmões, tossindo ou cuspidando.
Fadiga	Sentimento de diminuição da força de resistência, sensação de aborrecimento, lassidão física ou mental, pouca atenção, nunca se sentir bem repousado, diminuição da força ou capacidade normal para trabalho físico ou psicológico.
Febre	Elevação anormal da temperatura corporal, alteração do centro termorregulador do termostato interno, associada a um aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e com ressalto ou confusão, agitação, cefaléia ou confusão, a rápida

	elevação da febre é acompanhada de calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca, a crise ou descida da febre é acompanhada por pele ruborizada quente e de suor.
Ferida	Lesão tecidual habitualmente associada a danos físicos ou mecânicos, formação de crosta e tunelização dos tecidos, drenagem serosa, sanguinolenta ou purulenta, eritema da pele; edema; vesículas; pele circundante macerada e anormal, aumento da temperatura da pele, odor; sensibilidade dolorosa aumentada.
Fezes	Excremento do trato digestivo que se forma no intestino, constituído de água, resíduos alimentares, bactérias e secreções intestinais e hepáticas que é eliminado durante a defecação através do reto.
<i>Fezes semilíquida</i>	<i>Excremento do trato digestivo que se forma no intestino, eliminado durante a defecação através do reto, com consistência semilíquida.</i>
<i>Flacidez</i>	<i>Estado de relaxamento ou ausência de tonicidade de um tecido ou órgão.</i>
Flatulência	Presença de uma quantidade excessiva de gases no estômago e intestino, aumento de flato, abdome distendido associado à distensão de órgãos e dor fraca a moderada.
<i>Fluido</i>	<i>Líquido que consiste em água, contendo compostos químicos chamados de eletrólitos, mais células sanguíneas e outras moléculas solúveis, distribuídos em líquido intracelular e líquido extracelular.</i>
<i>Força muscular</i>	<i>Esforço ou empenho realizado pelos músculos, que possibilita a realização de movimentos passivos e ativos do corpo.</i>
<i>Função cardíaca</i>	<i>Bombeamento do sangue através do coração.</i>
Hábito alimentar	Maneira habitual de alimentar-se, que inclui a aceitação, preferências e restrições.
Hábito de repouso	Maneira habitual de repousar, que inclui a quantidade, qualidade, período do dia e duração do evento.
Hábito de sono	Maneira habitual de dormir, que inclui a quantidade, qualidade, período do dia e duração do evento.
<i>Hematêmese</i>	<i>Vômito de sangue, que implica a existência de uma hemorragia gastrintestinal superior.</i>
Hematoma	Concentração e acumulação de sangue retido dentro dos tecidos, pele ou órgãos, associadas a um traumatismo ou hemóstase incompleta após intervenção cirúrgica, massa palpável, dor ao toque, pele dolorosa com coloração azul, esverdeado escuro ou amarelo.
<i>Hematúria</i>	<i>Presença de sangue na urina, que pode ter sua origem nos rins, nos ureteres, na bexiga ou na uretra.</i>

<i>Hemiparesia</i>	<i>Diminuição da sensibilidade ou fraqueza muscular que atinge uma só metade do corpo ou parte dela, em consequência de lesão dos centros nervosos ou das vias motoras do SNC.</i>
<i>Hemiplegia</i>	<i>Paralisia total que atinge uma só metade do corpo ou parte dela, em consequência de lesão dos centros nervosos ou das vias motoras do SNC.</i>
Hemorragia	Perda de uma grande quantidade de sangue num curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar.
<i>Hemorróidas</i>	<i>Massas vasculares na parte inferior do reto ou ânus que se afrouxaram do tecido conjuntivo em consequência da congestão nas veias no plexo hemorroidário.</i>
Higienizar-se	Ações de cuidar-se para manter um padrão contínuo de higiene, manter o corpo limpo e bem arrumado, sem odores corporais, lavar regularmente as mãos, limpar os ouvidos, nariz e áreas perineais, manter a pele suave utilizando princípios para preservar e manter a limpeza.
<i>Hiperemia</i>	<i>Acúmulo de sangue nos vasos de um órgão ou tecido, determinado pela dilatação das artérias e arteríolas e aumento do fluxo sanguíneo na rede capilar, que passa a apresentar vasodilatação e abertura dos capilares inativos, levando à coloração avermelhada do local.</i>
Hiperglicemia	Desequilíbrio de líquidos ou eletrólitos, caracterizado por níveis elevados de glicose sérica (> 7,05mmol/litro (ou 1,27 g/litro) em jejum.
Hipertensão	Bombeamento do sangue para os vasos sanguíneos com pressão superior à normal.
Hipoglicemia	Desequilíbrio de líquido ou eletrólito, caracterizado por níveis reduzidos de glicose sérica (<2,78mmol/litro (ou 0,50 g/litro) em jejum.
Hipotensão	Bombeamento do sangue para os vasos sanguíneos com pressão inferior à normal.
Hipotermia	Diminuição da capacidade de regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, cianose do leito ungueal, hipertensão, piloereção associada a exposição prolongada ao frio, disfunção do sistema nervoso central ou sistema endócrino em condições de frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas, por razões terapêuticas.
<i>Humor</i>	<i>Estado emocional prolongado que influencia a personalidade total do indivíduo e o funcionamento vital, capacitando-o a perceber, apreciar ou expressar o que é cômico ou divertido.</i>
<i>Icterícia</i>	<i>Coloração amarelada da pele, membranas mucosas e esclerótica, causada por uma quantidade maior do que o normal de pigmentos biliares no sangue.</i>

<i>Impaciência</i>		<i>Falta de paciência ou irritação nervosa.</i>
Incontinência urinária		Fluxo involuntário de urina, incapacidade de controle dos esfíncteres vesical e uretral.
Infecção		Invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antígeno-anticorpo.
<i>Infiltração</i>		<i>Deslocamento de um cateter endovenoso ou de uma agulha da veia para o espaço subcutâneo.</i>
Inflamação		Processo patológico desencadeado por reação à lesão celular, caracterizado por alterações vasculares, histológicas e humorais, causando dor, rubor e calor.
<i>Informação</i>		<i>Comunicação ou notícia trazida ao conhecimento de uma pessoa ou do público.</i>
Ingestão de alimentos	de	Processo de suprimento em nutrientes como proteínas, minerais, glicídios e vitaminas lipossolúveis necessárias para o crescimento, funcionamento normal e manutenção da vida.
Ingestão de líquidos	de	Processo de suprimento em nutrientes líquidos e água, necessários para o crescimento, funcionamento normal e manutenção da vida.
Inquietação		Sensação de intranqüilidade, cansaço e formigamento nos músculos, por vezes associada à contorção muscular e sensação de dor tipo picada.
Insônia		Incapacidade crônica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante períodos de sono planejados apesar do posicionamento confortável num ambiente agradável; espertina, falta de sono; frequentemente associada a fatores psicológicos ou físicos como o <i>stress</i> emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas.
Lesão		Uma anormalidade na estrutura da pele que resulta de ferimento ou doença.
<i>Letargia</i>		<i>Estado ou qualidade de ser indiferente, apático ou lento; torpor ou coma resultante de doença ou hipnose.</i>
<i>Lucidez</i>		<i>Funcionamento normal das faculdades mentais.</i>
<i>Magreza excessiva</i>		<i>Estado nutricional caracterizado por índice de massa corporal (IMC) <18,5.</i>
<i>Mal-estar</i>		<i>Indisposição ou perturbação orgânica, caracterizada por ansiedade mal definida e inquietação.</i>
<i>Manchas hiperocrômicas</i>		<i>Manchas na pele com excesso de pigmentação.</i>
<i>Melena</i>		<i>Evacuação intestinal de sangue negro ou fezes escuras, cor de borra de café, contendo sangue digerido, que indica um</i>

	<i>sangramento nas porções altas do tubo digestivo.</i>
<i>Mobilização</i>	<i>Ato de colocar em atividade uma estrutura ósteo-articular, uma reserva metabólica ou um órgão, com finalidade de melhorar uma função.</i>
Movimento	Processo do sistema musculoesquelético descrito pela ação de mover-se ou deslocar-se.
<i>Mucosa hiperconcorada</i>	<i>Mucosa com coloração acentuada.</i>
<i>Murmúrio vesicular</i>	<i>Ruído que se percebe normalmente à ausculta dos pulmões, produzido pela movimentação das paredes alveolares durante a inspiração e a expiração.</i>
Náusea	Sensação de enjôo e de vontade de vomitar, sensação desagradável vagamente referenciada ao epigástrico e abdome, ofensiva ao paladar ou ao olfato.
Necrose	Morte tecidual associada a processo local inflamatório infeccioso ou maligno, ou a lesão mecânica dos tecidos; os estádios de acordo com a gravidade associada à duração da ausência de oxigênio do tecido, vão desde a pele pálida e branca acompanhada de dor grande devido à afecção dos nervos superficiais até a necrose azul e negra da pele e perda da sensação e da dor devido a lesão dos nervos com alto risco de infecção da ferida, perda do tecido lesado e de partes do corpo.
<i>Nível de consciência</i>	<i>Grau relativo da percepção imediata da própria atividade física ou psíquica.</i>
<i>Observação</i>	<i>Ato ou efeito de observar. Exame, análise.</i>
<i>Odor</i>	<i>Impressão produzida no olfato pelas emanações voláteis dos corpos.</i>
Orientação	Certeza das relações com o ambiente, em termos de tempo, como o ano, a estação, o mês, o dia, a hora exata; em termos de lugar, como país, província, cidade, local de trabalho ou casa e em termos de consciência da própria identidade, como a idade e data de nascimento e em termos de reconhecimento das pessoas em redor.
<i>Oxigenação</i>	<i>Processo do sistema respiratório dependente da ventilação e da respiração.</i>
<i>Palidez</i>	<i>Ausência de cor em qualquer órgão ou parte do corpo, mas, sobretudo na pele da face, como consequência de anemia ou de vasoconstrição periférica, queda da pressão arterial, frio ou estado emocional.</i>
Paralisia	Condição anormal caracterizada pela perda da função muscular, perda de sensibilidade ou ambas; perda da capacidade de mover o corpo ou partes do corpo acompanhada por perda do controle intestinal e vesical, e por dificuldade respiratória associada a agressão, lesão neurológica e muscular ou traumatismo vértebro-medular,

	doença ou envenenamento.
<i>Parestesia</i>	<i>Sensação anormal, como ardor, formigamento, prurido, percebidos na pele e sem motivo aparente, mas relacionados frequentemente com irritação ou trauma de nervos sensitivos ou raízes nervosas.</i>
<i>Pele hipercorada</i>	<i>Pele com coloração acentuada.</i>
<i>Pele íntegra</i>	<i>Superfície externa natural, flexível e firme do corpo, com funções relacionadas com elasticidade, textura e espessura, destinada a manter a camada interna de queratina intacta, hidratada, macia e nem muito quente nem fria.</i>
<i>Pele seca</i>	<i>Epiderme áspera, escamosa ou descamativa, pouco úmida, com riscos de rachaduras, principalmente nas mãos, pés e sobre as proeminências ósseas como cotovelos e joelhos.</i>
<i>Peso</i>	<i>Dimensão física obtida através da mensuração da quantidade de massa corporal de um indivíduo.</i>
<i>Preocupação</i>	<i>Dominar e ocupar a mente de forma a excluir outros pensamentos ou a estar mentalmente distraído.</i>
<i>Pressão sanguínea</i>	<i>Pressão exercida pelo sangue circulante nas paredes dos vasos do coração e das articulações sistêmica e pulmonar.</i>
<i>Proteção</i>	<i>Ato ou efeito de proteger; ajuda, amparo, auxílio, socorro.</i>
<i>Prurido</i>	<i>Sensação de formigamento desagradável, sensação cutânea, seguida do impulso para coçar a pele ou o couro cabeludo.</i>
<i>Pústulas</i>	<i>Lesão cutânea que se caracteriza pela elevação epidérmica circunscrita que contém um líquido purulento.</i>
<i>Queda</i>	<i>Descida rápida do corpo de um nível superior para um nível mais baixo, devido a perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o peso do corpo em diferentes posições.</i>
<i>Regurgitação</i>	<i>Refluxo ou retorno de alimentos deglutidos, incapacidade de impedir o refluxo das substâncias do estômago para as vias aéreas, acompanhado pela inalação do conteúdo gástrico para as vias aéreas.</i>
<i>Repouso</i>	<i>Redução recorrente da atividade corporal permanecendo acordado e consciente, posição imóvel enquanto acordado e consciente.</i>
<i>Resfriado</i>	<i>Infecção aguda do trato respiratório superior, caracterizada por inflamação da mucosa e submucosa do nariz, garganta, tubas auditivas e olhos, com corrimento nasal seroso e depois mucoso, mal-estar, cefaléia, pouca ou nenhuma febre, assemelhando-se essas características às da gripe.</i>
<i>Respiração</i>	<i>Processo contínuo de troca molecular de oxigênio a dióxido de carbono dos pulmões para a oxidação celular regulada pelo centro da respiração no cérebro, receptores bronquiais e da</i>

	<i>aorta, bem como o mecanismo de difusão.</i>
<i>Ressecamento</i>	<i>Efeito de tornar seco ou muito seco.</i>
Retenção urinária	Acumulação involuntária de urina na bexiga, esvaziamento incompleto da bexiga associado à perda da sua função muscular, efeitos secundários da medicação ou lesão da bexiga.
<i>Rigidez</i>	<i>Estado ou condição de dureza, rigidez ou inflexibilidade.</i>
Ritmo cardíaco	Ritmo caracterizado pela sucessão dos batimentos cardíacos, tendo como valor normal no adulto de 60 a 80bpm, podendo ser rítmico ou regular e arrítmico ou irregular.
<i>Rouquidão</i>	<i>Estado de quem se acha rouco, caracterizado pela voz rude e de tonalidade baixa, com aspereza na fala e dificuldade na pronúncia das palavras devido a uma inflamação ou a uma afecção da laringe.</i>
<i>Ruídos hidroaéreos</i>	<i>Ruídos emitidos pelas vias digestivas em seu funcionamento normal.</i>
Sangue	Substância corporal caracterizada como tecido circulante do organismo, constituído de um líquido amarelo claro chamado de plasma, no qual estão suspensas as células vermelhas (eritrócitos), brancas (leucócitos) e plaquetas.
Saúde	Processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social não meramente a ausência de doença ou enfermidade.
<i>Secreção</i>	<i>Descarga glandular de hormônio, substância química ou líquida em uma cavidade com um objetivo específico, órgão ou sangue na superfície da pele.</i>
<i>Secreção purulenta</i>	<i>Secreção que contém ou produz pus.</i>
<i>Seqüelas</i>	<i>Lesão orgânica ou alteração funcional que persiste como resultado de uma doença, tratamento ou de um traumatismo.</i>
Sinal vital	Medidas de temperatura, pulso, frequência respiratória e pressão sanguínea.
Sofrimento	Sentimentos prolongados de enorme tristeza associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, isto é, sintomas físicos crônicos como a dor, desconforto ou lesão, <i>stress</i> psicológico crônico, má reputação ou injustiça.
Sono	Redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída, e sensibilidade diminuída, mas prontamente reversível a estímulos externos.
Taquicardia	Batimentos cardíacos rápidos, frequência cardíaca anormalmente alta, superior a 100 batimentos por minuto, nos

	adultos.
<i>Taquipnéia</i>	<i>Aumento da frequência respiratória, acima da frequência normal para o paciente; caracterizado por movimentos respiratórios rápidos e superficiais.</i>
Temperatura	Dimensão física que caracteriza, de modo objetivo, a sensação subjetiva de calor ou de frio produzida pelo contato com um objeto. A medida dessa grandeza, por meio de um termômetro, fornece indicações sobre as condições fisiológicas normais ou anormais de um organismo homeotérmico.
Temperatura corporal	Calor corporal relacionado com o metabolismo do corpo mantido a um nível constante, com uma ligeira subida na temperatura corporal durante o período diurno em comparação com a temperatura corporal durante o sono ou repouso.
<i>Tensão</i>	<i>Estado de hiperexcitabilidade, nervosismo.</i>
Tontura	Sensação de desmaio ou sensação de incapacidade de manter o equilíbrio normal nas posições de pé ou sentado, associada a confusão, náuseas e fraqueza.
Tosse	Expulsão súbita do ar dos pulmões após uma inspiração profunda e fechamento da glote; reflexo de proteção para limpar as vias aéreas, associado à irritação das mesmas.
<i>Tosse produtiva</i>	<i>Resposta reflexiva à irritação nas vias aéreas, com produção de muco.</i>
<i>Transpiração</i>	<i>Secreção de suor pelas glândulas sudoríparas da pele e sua excreção, como parte dos mecanismos de regulação da temperatura do corpo.</i>
Tremor	Tremulação rítmica não-intencional, tremor, contrações musculares involuntárias alternadas com relaxamento dos grupos musculares esqueléticos opostos, associado com tremores crescentes durante os movimentos intencionais em pessoas idosas, e determinadas famílias, com predisposição genética para doenças neurodegenerativas.
<i>Turgor</i>	<i>Elasticidade normal da pele causada pela pressão para o exterior das células e do líquido intersticial.</i>
Úlcera	Ferida aberta ou lesão, perda da camada mais profunda do tecido, lesão circunscrita semelhante a uma loca, com diminuição do aporte sanguíneo, tecido de granulação vermelho, necrose do tecido celular subcutâneo, odor na ferida, sensibilidade em redor da periferia, dor, crostas de tecido inflamado e necrótico associado a um processo inflamatório, infeccioso ou maligno.
Úlcera de pressão	Dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada.
Urina	<i>Substância corporal de coloração amarelo citrino, segregada pelos rins, coletada pela bexiga e excretada pela uretra.</i>

	Vigília	<i>Estado em que o indivíduo não consegue conciliar o sono, permanecendo acordado, desperto.</i>
	Visão	<i>Capacidade de ver, devido a respostas a estimulação dos órgãos visuais; capacidade para ver.</i>
Julgamento	Abundante	<i>Referente à grande quantidade.</i>
	Acentuado	<i>Que é saliente, nítido e claro, sendo expresso com vigor.</i>
	Agradável	<i>Que agrada, dando prazer aos sentidos.</i>
	Aumentado	<i>A afirmação de que o fenômeno de enfermagem tem crescido, alargado ou expandido no tamanho.</i>
	Ausente	<i>A ausência do fenômeno de enfermagem está confirmado.</i>
	Calmo	<i>Referente à calma ou sossego.</i>
	Comprometido	<i>Estado julgado como negativo, alterado, inadequado ou ineficaz.</i>
	Constante	<i>Que aparece de modo incessante, contínuo.</i>
	Deficiente	<i>Termo geral englobando toda e qualquer perturbação ou limitação de uma estrutura anatômica ou de uma função fisiológica ou psicológica, podendo causar ou não mau funcionamento do organismo como um todo.</i>
	Desacordado	<i>Que perdeu os sentidos; desfalecido, desmaiado.</i>
	Descompensado	<i>Que apresenta um tipo de insuficiência funcional.</i>
	Diminuído	<i>Falta e déficit; abaixo da média, ou abaixo da quantidade, intensão ou intensidade normais.</i>
	Discreto	<i>Que mal se percebe, caracterizando-se como suave, brando ou pequeno.</i>
	Espessa	<i>Referente a denso, grosso, compacto ou consistente.</i>
	Espontâneo	<i>Que se pratica de livre vontade, voluntário, sem intervenção externa ou sem causa conhecida.</i>
	Estável	<i>Que não varia; inalterável.</i>
	Forte	<i>Qualidade caracterizada por quem tem força, é vigoroso, robusto, intenso ou violento.</i>
	Grave	<i>Estado de saúde caracterizado como sério e perigoso, suscetível de conseqüências sérias.</i>
	Hipoativo	<i>Que apresenta um nível baixo de atividade motora, com reação lenta a qualquer estímulo.</i>
	Intenso	<i>Que atua com força, com energia; ativo, enérgico, veemente. Forte, violento, rude.</i>

<i>Irregular</i>	<i>Que não é regular, caracterizando-se como anormal, inconstante, desigual.</i>
Melhorado	Estado julgado como positivo, eficaz.
<i>Moderado</i>	<i>Que não é exagerado. Que ocupa o meio termo entre oposições extremas.</i>
Não	Estado de julgamento negativo.
Normal	De acordo com a norma, típico, padrão, o estado habitual ou esperado.
Parcial	Estado de julgamento que não abrange o todo.
<i>Pastoso</i>	<i>Que tem consistência de pasta, viscoso ou pegajoso.</i>
<i>Pouco</i>	<i>Que há em pouca quantidade; escasso, limitado.</i>
<i>Precário</i>	<i>Que é escasso, insuficiente, não oferecendo estabilidade ou segurança.</i>
<i>Presente</i>	<i>A presença do fenômeno de enfermagem está confirmada.</i>
<i>Preservado</i>	<i>Defendido, protegido, resguardado.</i>
<i>Satisfatório</i>	<i>Que satisfaz. Aceitável, razoável.</i>
<i>Severa</i>	<i>Rigoroso, rígido. Que exprime rigor ou severidade. Que requer circunspeção; importante, grave.</i>
Sim	Estado de julgamento positivo.
Total	Estado de julgamento que constitui ou abrange um todo; completo, inteiro.
<i>Volumoso</i>	<i>Que tem grande volume.</i>

Quadro 9 – Banco de dados dos termos identificados na Clínica Médica e classificados como constantes e não constante nos Eixos de Foco e Julgamento da CIPE® Versão 1. João Pessoa, 2006.

4.2 Construção da Nomenclatura de Diagnósticos de Enfermagem da Clínica Médica do HULW/UFPB

4.2.1 Nomenclatura de Diagnósticos de Enfermagem da Clínica Médica do HULW/UFPB

Essa etapa de construção dos diagnósticos obedeceu a várias recomendações e procedimentos terminológicos buscando-se representar, da melhor forma, as necessidades de assistência dos clientes da Clínica Médica, para que, dessa forma, essa nomenclatura ofereça aos profissionais de enfermagem o instrumento de que necessitava para efetivação de uma importante etapa da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), na Clínica Médica, ou seja, a etapa diagnóstica, como também, oferecer subsídios para as etapas subseqüentes.

Inicialmente, considerou-se a forma estrutural do diagnóstico de enfermagem, que foi construído de acordo com as recomendações da CIPE® Versão 1 e da ISO 18.104, ou seja, deve conter um termo do Eixo Foco e um termo do Eixo Julgamento.

Quanto à base teórica, resgatou-se o referencial teórico do Projeto de Sistematização da Assistência de Enfermagem da Clínica Médica, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, buscando-se estabelecer relações com os componentes do Instrumento de coleta de dados da Clínica, o qual também se baseia nesse referencial teórico.

Quanto à organização, os diagnósticos foram classificados de acordo com as 3 categorias de necessidades: necessidades de nível psicobiológico, necessidades de nível psicossocial e necessidades de nível psicoespiritual.

Para o direcionamento do processo de construção, buscou-se uma maior aproximação do verdadeiro perfil da clientela a que se destina essa nomenclatura, utilizando-se, nesta pesquisa, como fonte de dados, o trabalho de Bittencourt (2003) onde foram identificados, na Clínica Médica, os termos mais freqüentes relacionados com fenômenos de enfermagem, como *Eliminação, Temperatura corporal, Repouso, Consciência, Orientação, Respiração, Pressão sanguínea, Febre, Appetite,*

Eliminação urinária, Dor e Sono; além do trabalho de Lima; Luckwü e Furtado (2006) que identificaram os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes nessa clientela, denominados utilizando a Taxonomia da NANDA, como: *Integridade tissular prejudicada, Risco de infecção, Ansiedade, Intolerância à atividade, Conhecimento deficiente, Mobilidade física prejudicada, Padrão do sono perturbado, Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais e Dor (aguda e crônica)*, como também, foi levada em conta a experiência da pesquisadora como enfermeira assistencial da referida clínica.

Como resultado de todo esse processo e considerando-se todos os critérios apresentados acima, obteve-se uma lista de 41 diagnósticos de enfermagem, que, nesta pesquisa, foi considerada a Nomenclatura de Diagnósticos de Enfermagem para a Clínica Médica do HULW/UFPB.

NOMENCLATURA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA MÉDICA DO HULW/UFPB

NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS

1 Oxigenação

1.1 Respiração aumentada: Estado caracterizado pelo aumento do processo contínuo de troca molecular de oxigênio e dióxido de carbono, dos pulmões para a oxidação celular, regulada pelo centro da respiração no cérebro, pelos receptores bronquiais e da aorta, bem como pelo mecanismo de difusão.

1.2 Respiração diminuída: Estado caracterizado pela diminuição do processo contínuo de troca molecular de oxigênio e dióxido de carbono dos pulmões para a oxidação celular regulada pelo centro da respiração no cérebro, pelos receptores bronquiais e da aorta, bem como pelo mecanismo de difusão.

2 Hidratação

2.1 Ingestão de líquidos aumentada: Estado caracterizado pelo aumento do processo de suprimento em nutrientes líquidos e água, necessários para o crescimento, funcionamento normal e manutenção da vida.

2.2 Ingestão de líquidos diminuída: Estado caracterizado pela diminuição do processo de suprimento em nutrientes líquidos e água, necessários para o crescimento, funcionamento

normal e manutenção da vida.

3 Nutrição

3.1 Ingestão de alimentos aumentada: Estado caracterizado pelo aumento do processo de suprimento em nutrientes como proteínas, minerais, glicídios e vitaminas lipossolúveis necessárias para o crescimento, funcionamento normal e manutenção da vida.

3.2 Ingestão de alimentos diminuída: Estado caracterizado pela diminuição do processo de suprimento em nutrientes como proteínas, minerais, glicídios e vitaminas lipossolúveis necessárias para o crescimento, funcionamento normal e manutenção da vida.

3.3 Excesso de peso: Estado caracterizado por peso corporal elevado e massa corporal normalmente 25 a 29,9% acima do peso ideal.

3.4 Magreza excessiva: Estado caracterizado pelo estado nutricional com IMC < 18,5.

3.5 Apetite prejudicado: Estado caracterizado por uma inadequada sensação de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes, ou de um tipo específico de alimentos.

4 Eliminação

4.1 Eliminação prejudicada: Estado caracterizado pelo inadequado movimento e evacuação de resíduos, sob a forma de excreção.

4.2 Constipação: Estado caracterizado pela diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes excessivamente duras e secas.

4.3 Incontinência urinária: Estado caracterizado pela presença de fluxo involuntário de urina, incapacidade de controle dos esfíncteres vesical e uretral.

4.4 Retenção urinária: Estado caracterizado pela acumulação involuntária de urina na bexiga, esvaziamento incompleto da bexiga associado à perda da sua função muscular, efeitos secundários da medicação ou lesão da bexiga.

4.5 Eliminação urinária prejudicada: Processo do sistema urinário caracterizado por uma inadequada passagem e excreção de urina através de esvaziamento da bexiga, normalmente 4-6 vezes durante o dia, com uma quantidade média excretada sob condições dietéticas normais de aproximadamente 1000 a 2000ml nas 24 horas.

4.6 Disúria: Estado caracterizado por dor uretral na bexiga com sensação de ardência ao urinar.

4.7 Hematúria: Estado caracterizado pela presença de sangue na urina, que pode ter sua

origem nos rins, nos ureteres, na bexiga ou na uretra.

4.9 Corrimento vaginal: Estado caracterizado pela presença de secreção patológica que escorre da vagina.

5 Sono e repouso

5.1 Hábito de sono prejudicado: Estado caracterizado por uma modificação na maneira habituar de dormir.

5.2 Hábito de repouso prejudicado: Estado caracterizado por uma modificação maneira habitual de repousar.

6 Motilidade

6.1 Mobilização prejudicada: Estado caracterizado pelo inadequado ato de colocar em atividade uma estrutura ósteo-articular, uma reserva metabólica ou um órgão, com finalidade de melhorar uma função.

6.2 Deglutição deficiente: Estado caracterizado por uma deficiente passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esôfago.

7 Cuidado corporal

7.1 Higiene prejudicada: Estado caracterizado pelo inadequado cuidar para manter um padrão contínuo de higiene, manter o corpo limpo e bem arrumado, sem odores corporais, lavar regularmente as mãos, limpar os ouvidos, nariz e áreas perineais, manter a pele suave utilizando princípios para preservar e manter a limpeza.

8 Integridade cutâneo-mucosa

8.1 Pele íntegra prejudicada: Estado caracterizado por alteração da superfície externa natural, flexível e firme do corpo, com funções relacionadas com elasticidade, textura e espessura, destinada a manter a camada interna de queratina intacta, hidratada, macia e nem muito quente nem fria.

8.2 Pele seca: Estado caracterizado pela presença de epiderme áspera, escamosa ou descamativa, pouco úmida, com riscos de rachaduras, principalmente nas mãos, pés e sobre as proeminências ósseas como cotovelos e joelhos.

8.3 Úlcera de pressão: Estado caracterizado pela presença de dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão

inadequada.

8.4 Prurido: Estado caracterizado pela sensação de formigamento desagradável, sensação cutânea, seguida do impulso para coçar a pele ou o couro cabeludo.

9 Regulação térmica

9.1 Temperatura corporal aumentada: Estado caracterizado por um aumento do calor corporal relacionado com o metabolismo do corpo mantido a um nível constante, com uma ligeira subida na temperatura corporal durante o período diurno em comparação com a temperatura corporal durante o sono ou repouso.

9.2 Temperatura corporal diminuída: Estado caracterizado por uma diminuição do calor corporal relacionado com o metabolismo do corpo mantido a um nível constante, com uma ligeira subida na temperatura corporal durante o período diurno em comparação com a temperatura corporal durante o sono ou repouso.

10 Regulação vascular

10.1 Função cardíaca prejudicada: Estado caracterizado por um deficiente bombeamento do sangue através do coração.

10.2 Pressão sanguínea aumentada: Estado caracterizado por um aumento da pressão exercida pela circulação do sangue nas paredes dos vasos dos circuitos sistêmico e pulmonar e do coração.

10.3 Pressão sanguínea diminuída: Estado caracterizado por uma diminuição da pressão exercida pela circulação do sangue nas paredes dos vasos dos circuitos sistêmico e pulmonar e do coração.

11 Locomoção

11.1 Deambulação prejudicada: Estado caracterizado por um ineficaz ato fisiológico resultante dos movimentos pelos quais o corpo caminha.

12 Percepção visual

12.1 Visão diminuída: Estado caracterizado pela diminuição da capacidade de ver, devido a respostas a estimulação dos órgãos visuais; capacidade para ver.

13 Percepção auditiva

13.1 Audição diminuída: Estado caracterizado pela diminuição da faculdade para ouvir devido às respostas a estímulos por parte dos órgãos auditivos; capacidade de ouvir.

14 Percepção neurológica

14.1 Nível de consciência diminuído: Estado caracterizado pela diminuição do grau relativo da percepção imediata da própria atividade física ou psíquica.

15 Percepção dolorosa

15.1 Dor intensa: Estado caracterizado pelo intenso aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contato social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.

15.2 Dor moderada: Estado caracterizado pelo moderado aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contato social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.

15.3 Dor discreta: Estado caracterizado pelo discreto aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contato social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

1 Segurança

1.1 Ansiedade: Estado caracterizado por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trêmula.

2 Comunicação

2.1 Comunicação prejudicada: Estado caracterizado por inadequadas ações de dar ou trocar informação, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre pessoas ou grupos de pessoas utilizando-se comportamentos verbais e não-verbais, conversa face a face ou medidas de comunicação remota, tais como o correio tradicional, correio eletrônico e telefone.

3 Orientação no tempo e no espaço

3.1 Orientação prejudicada: Estado caracterizado por inadequada forma de obter certeza das relações com o ambiente, em termos de tempo, como o ano, a estação, o mês, o dia, a hora exata; em termos de lugar, como país, província, cidade, local de trabalho ou casa e em termos de consciência da própria identidade, como a idade e data de nascimento e em termos de reconhecimento das pessoas em redor.

Quadro 10 - Nomenclatura de Diagnósticos de Enfermagem da Clínica Médica do HULW/UFPA. João Pessoa, 2006.

Segundo a OPAS (2001), existem dois tipos de terminologias: combinatória e enumerativa. A terminologia combinatória, na qual a CIPE[®] está inserida, consiste em combinar conceitos simples (ou conceitos atômicos) e transformá-los em conceitos complexos (moleculares). Por exemplo, os termos “sono” e “perturbado” combinam-se no conceito complexo “sono perturbado”. Com a criação do Banco de Dados de Termos da Clínica Médica existem inúmeras possibilidades de se fazer combinações de conceitos simples em conceitos complexos, ou seja, fazer afirmativas diagnósticas.

Como nesta pesquisa, meu objetivo era tornar esta nomenclatura numa ferramenta de trabalho para os profissionais de enfermagem utilizar na efetivação da etapa diagnóstica da Sistematização da Assistência de Enfermagem da Clínica Médica, foi levado em consideração, como já foi dito anteriormente, o referencial teórico do Projeto de Sistematização da Assistência de Enfermagem da Clínica Médica, ou seja, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, estabelecendo relações com os componentes do Instrumento de coleta de dados da Clínica, o que levou a classificação dos diagnósticos nas categorias de necessidades psicobiológicas e psicossociais. Foi considerado também, o perfil da clientela a que se destina essa nomenclatura, e as necessidades de assistência dos clientes da Clínica Médica.

Ao considerar todos esses aspectos, foi observado que o instrumento da Clínica Médica não contempla a necessidade psicoespiritual, em virtude deste fato não foi feita nenhuma afirmativa diagnóstica para essa categoria de necessidade. Deve ser considerado também que nenhum dos termos identificados com mais

freqüência na Clínica permite a identificação de diagnóstico nesta área. Este fato merece ser mais pesquisado para que se possa identificar a partir do instrumento de coleta de dados indicadores empíricos que levem a constatação do desequilíbrio da necessidade psicoespiritual e, conseqüentemente, a identificação de diagnósticos de enfermagem nessa área. De qualquer modo, este fato deve provocar uma reflexão sobre a prática de enfermagem junto a pessoas internadas na Clínica Médica, pois como salientam Bub e Liss (2006), o cuidado de enfermagem precisa ser realizado de forma deliberada, intencional, refletida, atenciosa, delicada, responsável e diligente; o que difere do simples tratar de doenças que considera apenas os sinais e sintomas.

Apesar da intenção inicial de construir e validar essa nomenclatura, não possível a realização da etapa de validação devido aos prazos do curso, ficando a mesma para estudos posteriores. Vale ressaltar que o processo de elaboração deste estudo representou uma positiva troca de experiências entre as pessoas envolvidas nesta pesquisa, propiciando uma real possibilidade de campos de estudos, bem como a apropriação dessa nomenclatura como instrumento de trabalho e produção do conhecimento pela equipe de enfermagem da Clínica Médica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática da Enfermagem, inserida no crescente movimento científico da profissão, vem, cada vez mais, ressaltando a preocupação com os registros e a conscientização da importância de se documentar a assistência de enfermagem, considerando que a informação é o elemento fundamental para se organizar um modelo de assistência estruturado.

Nesse contexto da informação, é destacado o importante papel da terminologia, que traz consideráveis melhoras para a documentação da prática, através de sua metodologia na padronização da linguagem. Esses aspectos vêm sendo considerados, na Enfermagem, e têm-se evidenciado através dos diversos sistemas de classificação da prática da Enfermagem.

Entre os diversos sistemas de classificação, tem sido destacada a CIPE[®], que na sua Versão 1, utilizada nesta pesquisa, traz a possibilidade de se construir uma terminologia brasileira, quando aproveitamos os nossos termos, haja vista que nenhuma terminologia pode ser constituída apenas de termos técnicos, porque na nossa prática cotidiana utilizamos termos advindos da língua natural.

Apesar da CIPE[®] Versão 1 apresentar grandes mudanças em sua estrutura, e trazer novas perspectivas de abordagens, a implementação de tecnologias como a CIPE[®], na prática profissional, ainda apresenta diversas dificuldades decorrentes de fatores econômicos vivenciados pelas Instituições de Saúde na Região Nordeste, uma vez que, para sua efetiva operacionalização, requer instrumental computacional, maior quantidade de profissionais, entre outros fatores.

Acredita-se que essa Nomenclatura possibilitará importantes contribuições para o Projeto de Sistematização da Assistência de Enfermagem do HULW/UFPB, especialmente para o projeto da Clínica Médica, tendo em vista que na primeira etapa, na qual foi construído o Banco de Dados de Termos da Clínica Médica, foram reproduzidos os termos e conceitos atribuídos à área de atenção que é relevante para a prática profissional, como também a opinião ou determinação clínica

relacionadas com o foco da prática da Enfermagem, sendo esses termos e conceitos terem sido identificados na prática profissional dos componentes da referida clínica.

Portanto, esse produto terminológico, o banco de dados, não só poderá ser importante pelo fato de os componentes da Enfermagem reconhecerem sua própria linguagem da prática profissional, mas principalmente, por constituir um instrumento terminológico para solucionar problemas de informação e comunicação.

Outro ponto observado foi que, dos 210 termos que compuseram o Banco de Dados de Termos da Clínica Médica, foi constatado que 96 termos eram constantes na CIPE[®] Versão 1, o que evidencia a utilização de termos de sistemas de classificação na prática de enfermagem e 114 termos não constantes, evidenciando-se a necessidade da continuação da pesquisa, visando à validação desses termos, para sua posterior inclusão nesse sistema de classificação.

Destacando-se agora a segunda etapa da pesquisa, a construção da nomenclatura de diagnósticos, é importante ressaltar que ela poderá representar um relevante instrumento no processo de implementação da SAE, na Clínica Médica, gerando uma real possibilidade na melhoria da estruturação da qualidade da assistência, uma vez que retrata as reais necessidades dos clientes da referida clínica e possibilita, através desses diagnósticos, subsídios para a realização de uma nomenclatura de ações de enfermagem e a continuação do processo de enfermagem.

Merece ser enfatizado, também, que a estrutura organizacional da nomenclatura diagnóstica, que, nesta pesquisa, foi realizada de acordo com as necessidades humanas básicas de Horta, referencial que norteia o Projeto de Sistematização da Assistência de Enfermagem da Clínica Médica, e de acordo com as normas da CIPE[®] Versão 1 e da ISO 18.104, facilitará a construção de software para a informatização da SAE, na Clínica Médica.

Dessa forma, verifica-se que, a partir dos resultados obtidos, os objetivos pretendidos foram alcançados, provocando-me, assim, uma enorme satisfação, tanto como pesquisadora como enfermeira assistencial do serviço contemplado com esta pesquisa, por acreditar que poderei estar contribuindo para a sistematização da assistência de enfermagem, para o projeto de Identificação de termos da linguagem profissional para inserção em sistemas de informação: instrumental tecnológico para

a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e para o processo de construção de uma terminologia brasileira.

Assim, as implicações desta pesquisa podem ser visualizadas na assistência de enfermagem, pela utilização do Banco de Dados e pela Nomenclatura Diagnóstica na operacionalização da SAE na Clínica Médica; na pesquisa, através de estudos de validação dos termos do Banco de Dados não constantes na CIPE[®], estudos de validação clínica dos diagnósticos de enfermagem, estudos de construção de uma nomenclatura de ações de enfermagem da Clínica Médica, construção de software para informatização da SAE. E no ensino, através da possibilidade de aplicação prática da nomenclatura diagnóstica por alunos da Graduação, durante os estágios práticos, nas atividades da SAE, na Clínica Médica.

REFERÊNCIAS

- ABESO. **Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica**. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/calc_imc.htm> Acesso em: 19ago2006.
- ANDERSON, K.; ANDERSON, L.E.; MOSBY. **Dicionário de Enfermagem**. São Paulo: Roca, 2000.
- ANDRADE, M.M. **LEXICOLOGIA, TERMINOLOGIA**: definições, finalidades, conceitos operacionais. Campo Grande: UFMS, 2001. p.191-200.
- ARARUNA, J. F. **Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos e as ações na linguagem especial da enfermagem na Clínica Obstétrica do HU/UFPB**. 2002. 32 f. Iniciação científica (Graduando em Enfermagem Geral) - Universidade Federal da Paraíba.
- AZEVEDO, M.F.; FIGUEIREDO, J.E.F. **Documentação**. Série Incrivelmente Fácil. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- BARROS, A.L.B.L. *et al.* **Anamnese e exame físico**: Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BARSA. Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Balsa Planeta, 2003. 1120p.
- BESERRA, P. J. F.; NUNES, W.C.A.N. **Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos e as ações na linguagem especial da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva do HU/UFPB**. 2003. 45 f. Iniciação científica (Graduando em Enfermagem Geral) - Universidade Federal da Paraíba.
- BESERRA, P. J. F. **Mapeamento de termos atribuídos às ações de enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem da Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB**. 2003. 43f. Monografia (Graduação) – Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- BESERRA, P. J. F. **Significado e utilidade para a prática profissional de termos atribuídos a fenômenos de enfermagem**. João Pessoa – PB. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba. 2006.
- BITTENCOURT, G. K. G. D.; ARARUNA, J. F. **Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos e as ações na linguagem especial da enfermagem na Clínica Doenças Infecto Contagiosa do HU/UFPB**. 2003. 45 f.

Iniciação científica (Graduando em Enfermagem Geral) - Universidade Federal da Paraíba.

BITTENCOURT, G. K. G. D. **Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem da Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB**. 2003. 43f. Monografia (Graduação) – Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

BITTENCOURT, G.K.G.D. *et al.* Fenômenos identificados nos registros de enfermagem da Clínica Médica de um hospital de ensino. **Rev. Nursing**, v.88, n.8, p.432-436, set. 2005.

BITTENCOURT, G.K.G.D. **Significado e utilidade para a prática profissional de termos atribuídos a ações de enfermagem**. João Pessoa – PB. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba. 2006.

BOUNDY, J. et al. **Enfermagem Médico-cirúrgica**. 3 ed. v.1., Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996, 24p.

BUB, M.B.; LISS, P. **Metodologias do cuidado de enfermagem**. Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto: PROENF/ABEn – Ciclo1, módulo 2 (2006) – Porto Alegre: Artmed/Pan-americana Editora, 2006.

BUENO, S. **Dicionário Silveira Bueno**. São Paulo: Editora didática Paulista, ca. 1999.

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

COENEN, A. et al. Collaborative efforts for representing nursing concepts in computer-based systems: international perspectives. **JAMIA**, v. 8, n. 3, p.202-211, may/jun, 2001.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Beta 2**. Tradução Heimar de Fátima Marin. São Paulo, 2003. 302p. / Título original: ICNP Beta 2: International Classification for Nursing Practice.

COSTA, F. **Grande Dicionário de Enfermagem Atual**. Rio de Janeiro: REVIC Editorial Ltda., 2000.

CRAVEN; R. F.; HIRNLE, C.J. **Fundamentos de Enfermagem: saúde e funções humanas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio Eletrônico Século XXI**. Versão 3.0 Lexikon Informática Ltda., 1999.

FURTADO, L.G. **Processo de enfermagem e uma proposta para sua abordagem incluindo os diagnósticos de enfermagem a partir da CIPE Versão Beta**. 2001. Monografia (Graduação). Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – PB.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. **Processo de Enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar**. In: SANTOS et al. *Enfermagem Assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções*. São Paulo: Atheneu, 2004. (Série atualização em enfermagem) v.2. p.37-63.

HWANG, J. *et al.* Integrating nursing diagnostic concepts into the medical entities dictionary using the ISO reference terminology model for nursing diagnosis. **JAMIA**, v.10, n.4, jul/aug. 2003.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. **International Classification for Nursing Practice – Beta Version**. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses. 1999

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. **International Classification for Nursing Practice – Version 1**. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses. 2005

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. **ICNP Bulletin**. n. 1. June, 2006. Disponível em: <www.icn.ch>. Acesso em: 20 ago. 2006.

INTERNATIONAL STANDARDS ORGANIZATION. **International Standard ISO 18104: Integration of a reference terminology model for nursing**. Geneva, Switzerland: International Standards Organization; 2003.

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

KRIEGER, M.G.; FINATTO, M.J.B. **Introdução à Terminologia: teoria & prática**. São Paulo: Contexto, 2004.

KOOGAN/HOUIASS. **Enciclopédia e Dicionário**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

LARA, M.L.G. **Elementos de terminologia**. São Paulo: ECA-USP, 2005. (Material didático)

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

LARA, M.L.G. **A Terminologia (e as terminologias) e a documentação**. In: VII SIMPÓSIO IBERO-AMERICANO DE TERMINOLOGIA, 2003, Lisboa. Terminologia e indústrias da língua. Lisboa: ILTEC, 2003.

LIMA, C.L.H.; LUCKWU, D.M.; FURTADO, L.G. Identificação de diagnósticos de enfermagem mais freqüentes em pacientes de Clínica Médica. In: VIII SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – SINADEN, 2006, João Pessoa – Pb. **Anais do VIII SINADEN**. ISBN 8599135-78

LUCZYNSKI, F. **Dislexia**. Disponível em: <<http://www.dislexia.com.br>> Acesso em : 18 dez. 2006.

LUFT, C.P. **Minidicionário LUFT**. São Paulo: Editora Ática, 2001.

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

MARIN, H.F. **Os componentes de enfermagem do prontuário eletrônico do paciente**. In: O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. OPAS/OMS, 2003. p.51-57.

MARIN, H.F. Vocabulários em enfermagem: revisão e atualização. **Rev. Nursing**, v.4, n.32, jan., 2001.

MARTIN, K. S.; SCHEET, N.J. **The Omaha System** – A pocket guide for Community Health Nursing. Philadelphia, PA: W.D. Saunders, 1992. p. 1-50.

MARTIN, K.S. The Omaha System. In: RANTZ, M. J.; LeMONE, P. **Classification of Nursing Diagnosis** – Proceedings of the Twelfth Conference, North American Nursing Diagnosis Association. Califórnia: CINAHL Information Systems, p. 16-21, 1997.

MCCLOSKEY, J.C.; BULECHEK, G.M. (org.) **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. Trad. Regina Garcez. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1089p.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 1999-2000**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2003-2004**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

NETTINA, S.M. **BRUNNER Prática de Enfermagem 7 ed. V.2**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

NÓBREGA, M. M. L. *et al.* **Projeto de sistematização da assistência de enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley**. João Pessoa: UFPB, 1998.(mimeo)

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

NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. **Identificação de termos da linguagem profissional para inserção em sistemas de informação: instrumental tecnológico para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.** João Pessoa, 2000. (mimeo)

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, p.227 – 230. 2005.

NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. **Terminologias em Enfermagem: Desenvolvimento e perspectivas de incorporação na prática profissional.** In: ALBUQUERQUE, L.M.; CUBAS, M.R. Cipescando em Curitiba: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba: ABEn, 2005a.

NÓBREGA, M.M.L.; GUTIÉRREZ, M.G.R. **Equivalência Semântica da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE – Versão Alfa.** João Pessoa: Idéia, 2000a. 108p.

NÓBREGA, M.M.L.; GUTIÉRREZ, M.G.R. Sistemas de classificação em enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. (org.) **Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo.** João Pessoa: ABEn; Idéia, 2000b. 240p.

NÓBREGA, M.M.L.; GUTIÉRREZ, M.G.R. **Classificação Internacional da Prática de Enfermagem – CIPE/CIE: Uma visão geral da Versão Alfa e considerações sobre a construção da Versão Beta.** In: A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC. Brasília, ABEn [Série Didática: Enfermagem no SUS] 1999. p. 08-33.

NUNES, W.C.A.N. **Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos e as ações na linguagem especial da enfermagem na Clínica Pediátrica do HU/UFPB.** 2002. 42 f. Iniciação científica (Graduando em Enfermagem Geral) - Universidade Federal da Paraíba.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALLUD. **Desarrollo de sistemas normalizados de información de enfermería.** Washington, D. C.: OPAS, 2001. 160p.

PAVEL, S.; NOLET, D. **Manual de terminología.** Public Works and Government Services: Canadá, 2003.

POTTER, P.A. PERRY, A.G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática. Clínica e prática hospitalar.** 3 ed. São Paulo: livraria Santos Editora, 2002.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, processo e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

RANGEL, M. **Dicionário de termos médicos e de enfermagem.** Rio de Janeiro: Ed. Universo, 197-.

REY, L. **Dicionário de termos técnicos de Medicina e Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 370.

SABA, V. *et al.* Nursing language – terminology models for nursing. By the steering committee for ISO/FDIS 18104. **ISO Bulletin**. Sep. p.16-18, 2003.

SABA, V.K. **The Classifications oh home health nursing diagnoses and interventions**. Georgetown University, School of Nursing, 1990. 45p.

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

SANTOS, K. K. G. **Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos e as ações de enfermagem na linguagem dos componentes da equipe de enfermagem na Clínica Cirúrgica do HULW/UFPB**. 2004. 45 f. Iniciação científica (Graduando em Enfermagem Geral) - Universidade Federal da Paraíba.

SILVA, C.R.L.; SILVA, R.C.L. **Compacto Dicionário de Enfermagem**. São Caetano do Sul: Difusão Enfermagem, 2003.

SMELTZER; S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Medico-Cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

STEDMAN **Dicionário Médico**. 25 ed. Rio de Janeiro, 1996.

TIMBY, B.K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

TRISTÃO, A.N.D. et al. Sistema de classificação facetada e tesouros: instrumentos para organização do conhecimento. **Ci. Inf.**, Brasília, v.33, n.2, p. 161-171, maio/ago. 2004.

VIRGÍNIO, N. A. **Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados**. João Pessoa. 2003. 142f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

APÊNDICE A

Classificação dos termos da Clínica Médica constantes na CIPE® Versão 1, por eixos

Eixo 1- FOCO
1. Aceitação
2. Agitação
3. Ansiedade
4. Apetite
5. Arritmia
6. Ascite
7. Asfixia
8. Aspiração
9. Audição
10. Autocuidado
11. Bradicardia
12. Caquexia
13. Choro
14. Cólica
15. Comunicação
16. Confusão
17. Consciência
18. Constipação
19. Convulsão
20. Defecação
21. Deglutição
22. Desidratação
23. Diarréia
24. Dispepsia
25. Dispnéia
26. Disúria
27. Dispnéia funcional
28. Dor
29. Dor por artrite
30. Eliminação
31. Eliminação urinária
32. Emoção
33. Estupor
34. Expectoração
35. Fadiga
36. Febre
37. Ferida
38. Fezes
39. Flatulência
40. Hábito alimentar
41. Hábito de repouso
42. Hábito de sono
43. Hematoma
44. Hemorragia
45. Higienizar-se

Eixo 1- FOCO
46. Hiperglicemia
47. Hipertensão
48. Hipoglicemia
49. Hipotensão
50. Hipotermia
51. Incontinência urinária
52. Infecção
53. Inflamação
54. Ingestão de alimentos
55. Ingestão de líquidos
56. Inquietação
57. Insônia
58. Lesão
59. Movimento
60. Náusea
61. Necrose
62. Orientação
63. Paralisia
64. Pele seca
65. Peso
66. Preocupação
67. Pressão sanguínea
68. Prurido
69. Queda
70. Regurgitação
71. Repouso
72. Retenção urinária
73. Ritmo cardíaco
74. Sangue
75. Saúde
76. Sinal vital
77. Sofrimento
78. Sono
79. Taquicardia
80. Temperatura
81. Temperatura corporal
82. Tontura (vertigem)
83. Tosse
84. Tremor
85. Úlcera
86. Úlcera de pressão
87. Urina
88. Visão

Eixo 2 – JULGAMENTO

1. Comprometido
2. Diminuído
3. Melhorado
4. Não
5. Normal
6. Parcial
7. Sim
8. Total

Eixo 3 – MEIOS

1. Antibiótico
2. Cadeiras de rodas
3. Cateter
4. Cateter urinário
5. Cateter venoso
6. Cirurgia
7. Colchão de água
8. Derivados do sangue (sangue e derivados)
9. Fralda
10. Grades da cama
11. Hemodiálise
12. Hemoterapia
13. Insulina
14. Leito (cama)
15. Lençol (roupa de cama)
16. Material
17. Medicamento
18. Monitor cardíaco
19. Oxigenoterapia
20. Pomada (creme)
21. Quimioterapia
22. Respirador
23. Serviço de enfermagem
24. Serviço de fisioterapia
25. Serviço de nutrição
26. Serviço médico
27. Tampão
28. Tubos (tubo)
29. Umidificador
30. Vacina

Eixo 4 – AÇÃO

1. Administrar
2. Aplicar
3. Aspirar
4. Assistir
5. Atender
6. Avaliar
7. Controlar
8. Dar (ato de dar)

9. Documentar
10. Drenar
11. Elevar
12. Estimular
13. Evoluir (Avaliar)
14. Examinar
15. Higienizar (Cuidar da higiene)
16. Iniciar
17. Instalar
18. Intubar
19. Isolar
20. Lavar
21. Manter
22. Mobilizar
23. Observar (Apreciar)
24. Oferecer
25. Orientar (Guiar)
26. Pesar
27. Preparar
28. Prescrever
29. Promover
30. Puncionar
31. Regular (Adequar)
32. Relatar
33. Solicitar (Requisitar)
34. Transferir
35. Trocar
36. Verificar

Eixo 5 – TEMPO

1. Dia
2. Exame
3. Freqüente
4. Presente
5. Queda

Eixo 6 – LOCALIZAÇÃO

1. Abdome
2. Artéria
3. Braço
4. Cabeça
5. Capilar
6. Central
7. Corpo
8. Coxa
9. Dedo
10. Direito (a)
11. Esquerda
12. Estômago
13. Face
14. Flanco
15. Hospital
16. Inferior (Abaixo)
17. Intestino
18. Lábio

Eixo 6 – LOCALIZAÇÃO
19. Língua
20. Mama
21. Mão
22. Membrana mucosa (mucosa)
23. Músculo
24. Nádegas
25. Nariz
26. Olho
27. Osso
28. Ouvido
29. Pé
30. Pele
31. Periférico
32. Perna
33. Posição corporal
34. Pulmão

Eixo 6 – LOCALIZAÇÃO
35. Pulso
36. Superior
37. Tórax
38. Tronco
39. Veia
40. Via aérea

Eixo 7 – CLIENTE
1. Adulto
2. Família
3. Idoso
4. Irmão
5. Paciente (doente)

APÊNDICE B

Classificação dos termos identificados nos registros de enfermagem da Clínica Médica e classificados como não constantes na CIPE[®] Versão 1, por eixos.

Eixo 1- FOCO	Eixo 1- FOCO
1. Abscesso	46. Hemorróidas
2. Agonia	47. Hiperemia
3. Anemia	48. Humor
4. Anorexia	49. Icterícia
5. Apatia	50. Impaciência
6. Ardor	51. Infiltração
7. Área de atrito	52. Informação
8. Arrepio	53. Letargia
9. Astenia	54. Lucidez
10. Cheiro	55. Magreza excessiva
11. Cianose	56. Mal-estar
12. Coágulos	57. Manchas hiperocrômicas
13. Cooperação	58. Melena
14. Corrimento vaginal	59. Mobilização
15. Crostas	60. Mucosa hipercorada
16. Deambulação	61. Murmúrio vesicular
17. Debilidade	62. Nível de consciência
18. Descamação	63. Observação
19. Desconforto pós-prandial	64. Odor
20. Desorientação	65. Oxigenação
21. Dieta	66. Palidez
22. Digestão	67. Parestesia
23. Disfagia	68. Pele hipercorada
24. Dispnéia de esforços	69. Pele íntegra
25. Distensão abdominal	70. Proteção
26. Doença	71. Pústulas
27. Dormência	72. Resfriado
28. Elasticidade	73. Respiração
29. Empachamento	74. Ressecamento
30. Equimose	75. Rigidez
31. Erupção	76. Rouquidão
32. Escabiose	77. Ruídos hidroaéreos
33. Espasmo	78. Secreção
34. Estado geral	79. Secreção purulenta
35. Eupnéia	80. Seqüelas
36. Excesso de peso	81. Taquipnéia
37. Fezes semilíquidas	82. Tensão
38. Flacidez	83. Tosse produtiva
39. Fluido	84. Transpiração
40. Força muscular	85. Turgor
41. Função cardíaca	86. Vigília
42. Hematêmese	
43. Hematúria	
44. Hemiparesia	
45. Hemiplegia	
	Eixo 2 - JULGAMENTO
	1. Abundante

Eixo 2 - JULGAMENTO	
2. Acentuado	
3. Agradável	
4. Aumentado	
5. Ausente	
6. Calmo	
7. Constante	
8. Deficiente	
9. Desacordado	
10. Descompensado	
11. Descorado	
12. Discreto	
13. Espessa	
14. Espontâneo	
15. Estável	
16. Forte	
17. Grave	
18. Hipoativo	
19. Intenso	
20. Irregular	
21. Moderado	
22. Pastoso	
23. Pouco	
24. Precário	
25. Preservado	
26. Satisfatório	
27. Severa	
28. Volumoso	

Eixo 3 - MEIOS	
27. Mielograma	
28. Nebulização	
29. Orotraqueal	
30. Oxigênio	
31. Oxigenioterapia	
32. Oxímetro de pulso	
33. Paracentese de alívio	
34. Plasma fresco	
35. Prescrição médica	
36. Preservativo	
37. Pulsoterapia	
38. Punção venosa	
39. Quadro clínico	
40. Queixas	
41. Retorno	
42. Sedação	
43. Sensação	
44. Sistema de pronto atendimento	
45. Solicitações verbais	
46. Solução	
47. Sonda vesical	
48. Sopro	
49. Tratamento clínico	
50. Venóclise	
51. Ventilação mecânica	
52. Zumbido	

Eixo 3 - MEIOS	
1. Anticonvulsivante	
2. Apoio psicológico	
3. Asseio	
4. Banho de assento	
5. Banho no leito	
6. Biópsia	
7. Cama de grade	
8. Cânula de guedel	
9. Circunferência abdominal	
10. Contato	
11. Copo	
12. Cuidados intensivos	
13. Curativo	
14. Dissecção	
15. Esparadrapo	
16. Gavagem	
17. Gemido	
18. Gestos	
19. Glicemia	
20. Glicemia capilar	
21. Glicosimetria	
22. Intercorrências	
23. Lavagem gástrica	
24. Lavagem intestinal	
25. Massagem	
26. Maca	

Eixo 4 - AÇÃO	
1. Aceitar	
2. Acomodar	
3. Acompanhar	
4. Admitir	
5. Aferir	
6. Aguardar	
7. Ajudar	
8. Antecipar	
9. Apresentar	
10. Atentar	
11. Auxiliar	
12. Colocar	
13. Comunicar	
14. Conduzir	
15. Conhecer	
16. Conseguir	
17. Deambular	
18. Extubar	
19. Fazer	
20. Ficar	
21. Fornecer	
22. Hidratar	
23. Indicar	
24. Medicar	
25. Mudar	
26. Passar	

Eixo 4 - AÇÃO
27. Permanecer
28. Procurar
29. Reagir
30. Realizar
31. Recusar
32. Renovar
33. Repassar
34. Responder
35. Retirar
36. Retomar
37. Seguir
38. Submeter
39. Tomar
40. Usar
41. Verbalizar

Eixo 5 - TEMPO
1. Senilidade

Eixo 6 - LOCALIZAÇÃO
1. Abdome globoso
2. Abdome semigloboso
3. Abdome volumoso
4. Ambiente
5. Baixo ventre
6. Banheiro
7. Bilateral
8. Cabeceira
9. Cadeira
10. Clínica médica
11. Coluna vertebral
12. Enfermaria
13. Escara
14. Esôfago
15. Esterno
16. Externo
17. Extremidade
18. Fístula
19. Hemitórax
20. Hospital de urgência
21. Inferior direito
22. Inferior esquerdo
23. Interno
24. Intramuscular (via)
25. Intravenosa (via)
26. Joelho
27. Jugular
28. Laboratório
29. Lado
30. Lateral
31. Manchas hiperocrômicas
32. Membro
33. Membro inferior direito

Eixo 6 - LOCALIZAÇÃO
34. Membro inferior esquerdo
35. Membro superior direito
36. Membro superior esquerdo
37. Nódulo
38. Nuca
39. Ocular (via)
40. Oral (via)
41. Orotraqueal (via)
42. Ombro
43. Posicionamento do corpo
44. Recepção hospitalar
45. Reto
46. Retroesternal
47. Rim
48. Setor
49. Subclávia
50. Superior direito
51. Superior esquerdo
52. Tópica (via)
53. Tumor
54. Tremor
55. Unidade
56. Uretral (via)
57. Vagina
58. Varizes
59. Veia periférica
60. Vesícula

Eixo 7 - CLIENTE
1. Acompanhante
2. Esposo
3. Filho
4. Genitora
5. Jovem
6. Paraplégico
7. Portador

ANEXO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

CERTIDÃO

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada em 31/01/06 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado Construção e validação de uma nomenclatura especializada de diagnósticos de enfermagem para clínica médica do HULW/UFPB, protocolo número:011/06, da pesquisadora: Luciana Furtado.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nas termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução, já citada.

João Pessoa, 04 de setembro de 2006.


Solange Fátima Geraldo da Costa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - HULW