









Subconjuntos terminológicos da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem: uma revisão integrativa da literatura

Terminological subsets of the International Classification for Nursing Practice: an integrative literature review

Subconjuntos terminológicos de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería: una revisión integrativa de la literatura

Como citar este artigo:

Querido DL, Christoffel MM, Nóbrega MML, Almeida VS, Andrade M, Esteves APVS. Terminological subsets of the International Classification for Nursing Practice: an integrative literature review. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03522. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018030103522>

-  Danielle Lemos Querido¹
-  Marialda Moreira Christoffel²
-  Maria Miriam Lima da Nóbrega³
-  Viviane Saraiva de Almeida¹
-  Marilda Andrade⁴
-  Ana Paula Vieira dos Santos Esteves¹

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

⁴ Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, RJ, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To characterize the scientific production available in the literature on the construction of terminological subsets of ICNP® with emphasis on the clientele and/or health priority to which the subsets are intended, the theoretical reference used and the validation process of constructed statements. **Method:** An integrative review of the literature with bibliometric approach of publications between 2008 and 2017. **Results:** Thirty-five (35) publications were included for analysis. Most of the studies were linked to postgraduate programs of universities in Northeast Brazil. Regarding the attended clientele, there was a trend towards the care of cancer, older adult and child/adolescent patients. For the theoretical reference for constructing the subset, there was a trend towards using the Basic Human Needs model. The validation process was not described in all studies. **Conclusion:** The importance of constructing terminological subsets of ICNP® aimed at priority health clientele is reinforced in order to enhance the use of this terminology. The methodological course should be based on specific methodologies, and the construction process should be parallel to the validation process.

DESCRIPTORS

Nursing Care; Classification; Standardized Nursing Terminology; Nursing Diagnosis; Review.

Autor correspondente:

Danielle Lemos Querido
Rua das Laranjeiras, 180
CEP 22240-001 – Laranjeiras, RJ, Brasil
danyquerido@me.ufrj.br

Recebido: 25/07/2018
Aprovado: 01/10/2018

INTRODUÇÃO

Os subconjuntos terminológicos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), ou Catálogos CIPE®, são agrupamentos de enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem apropriados para áreas particulares de cuidados, favorecendo a adoção de linguagem universal acessível aos enfermeiros⁽¹⁾. A construção desses subconjuntos tem contribuído para a propagação de uma linguagem padronizada, utilizada pelos enfermeiros de todo o mundo, como recurso tecnológico capaz de fortalecer os propósitos da profissão no cuidado do ser humano durante o processo de saúde-doença⁽²⁾.

Os subconjuntos, cujo desenvolvimento foi incentivado pelo *International Council of Nurses* (ICN), ou Conselho Internacional de Enfermeiros, somente após o ano de 2008, facilitam a integração da CIPE® ao processo de trabalho desses profissionais em diferentes contextos, transformando-se em referência durante sua prática assistencial. Eles podem ser direcionados a clientela ou prioridades de saúde, e tornam-se importantes à medida que atendem à necessidade específica de áreas particulares do cuidado, direcionando a construção de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem apropriados para cada área⁽³⁾.

Nesse contexto, a clientela ou o paciente pode ser definido como o sujeito a quem o diagnóstico se refere ou o beneficiário da intervenção de enfermagem, podendo ser incluídos indivíduos, família e comunidades que recebem cuidados de enfermagem. As prioridades de saúde podem se encaixar nas condições de saúde (ex.: diabetes, tuberculose), especialidades de cuidado clínico (ex.: saúde da mulher, cuidados oncológicos) e fenômenos de enfermagem (ex.: dor, incontinência urinária)⁽³⁻⁴⁾.

Na *homepage* do ICN encontram-se os subconjuntos terminológicos da CIPE® desenvolvidos em alguns países da América do Norte e do Sul, Oceania e Europa, tais como: enfermagem de desastres, cuidados críticos, processo familiar, enfermagem comunitária, manejo da dor pediátrica, adesão ao tratamento, hipertensão, demência em cuidados comunitários e saúde mental⁽⁵⁾.

A divulgação desses subconjuntos em âmbito internacional promove a adoção de uma linguagem padronizada e própria da Enfermagem para diagnosticar e avaliar o resultado da sua assistência, e nele intervir. O enfermeiro, quando adota um vocabulário único em relação aos elementos que descrevem sua prática clínica, facilita o processo de comunicação e fornece maior visibilidade ao seu trabalho⁽²⁾.

Além da identificação da clientela e/ou prioridade de saúde, consideram-se pré-requisitos para a construção de subconjuntos terminológicos da CIPE® a escolha de um referencial teórico para sua estruturação. Esse referencial funciona como alicerce para a estrutura do subconjunto e pode ser originário de teorias da própria Enfermagem, ou não. Além disso, esse referencial pode unir duas ou mais teorias⁽⁴⁾.

Para organizar a criação desses subconjuntos, o ICN disponibilizou em 2008 uma diretriz constituída por 10 etapas. Em 2010, duas pesquisadoras do ICN apresentaram uma

metodologia para o desenvolvimento de subconjuntos composta de seis passos, vinculada às três fases do ciclo de vida da terminologia CIPE® – pesquisa e desenvolvimento; manutenção e operação; e disseminação e educação⁽⁵⁾. Além dessas metodologias, existe ainda uma terceira, que trata de um compilado das duas primeiras, desenvolvida por pesquisadoras da Universidade Federal da Paraíba e colaboradoras⁽⁵⁾.

O ICN prevê em seu método a identificação da clientela e/ou prioridade de saúde; a documentação da importância para a Enfermagem do grupo de clientes e/ou prioridade de saúde; contato com o ICN; utilização do modelo de sete eixos; identificação de evidência e literatura; desenvolvimento de aplicações de suporte; teste ou validação dos enunciados construídos; adição, retirada ou revisão dos enunciados; trabalho com o ICN para a publicação do subconjunto; e auxílio do ICN na divulgação do subconjunto. Já a segunda metodologia, proposta pelas duas pesquisadoras do ICN alguns anos depois da primeira, prevê identificação da clientela e/ou prioridade de saúde; coleta de termos e conceitos; mapeamento entre os conceitos identificados e a CIPE®; modelagem de novos conceitos; finalização; e, por fim, disseminação do subconjunto. O método brasileiro preconiza a identificação da clientela e/ou prioridade de saúde; a justificativa da importância para a enfermagem; a escolha do modelo teórico; o mapeamento entre os termos identificados e a CIPE®; a construção dos enunciados; a validação dos enunciados construídos; e a estruturação do subconjunto⁽⁵⁾.

Na construção de um subconjunto é possível identificar as reais e potenciais necessidades da clientela, planejando de forma mais eficaz a assistência prestada e permitindo que os enfermeiros elaborem um plano de cuidados mais completo. Sobretudo, o uso de uma linguagem padronizada resulta em registros mais claros e objetivos, garantindo maior fidedignidade à instituição e visibilidade profissional⁽⁶⁾.

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo caracterizar a produção científica e acadêmica disponível na literatura sobre a construção de subconjuntos terminológicos da CIPE®, com ênfase na clientela e/ou prioridade de saúde a quem se destinam os subconjuntos, no referencial teórico utilizado e no processo de validação dos enunciados construídos.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura com abordagem bibliométrica. Os estudos com essa abordagem permitem a sistematização das pesquisas desenvolvidas em um determinado campo de conhecimento cartografando a origem de conceitos existentes, apontando os referenciais teóricos utilizados para alicerçar as discussões e levantando o percurso metodológico utilizado. Além disso, isso permite um aprofundamento do fenômeno investigado e aponta lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas⁽⁷⁻⁸⁾.

Procurou-se caracterizar a produção científica disponível na literatura sobre a construção de subconjuntos terminológicos da CIPE® seguindo as etapas bibliométricas: busca de

publicações nas bases de dados; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; extração dos dados dos estudos selecionados; e análise e interpretação das pesquisas com síntese do conhecimento extraído.

O estudo foi desenvolvido a partir da questão norteadora: como se caracteriza a produção científica e acadêmica disponível na literatura sobre a construção de subconjuntos terminológicos da CIPE®?

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Foram selecionados para análise apenas as publicações dos últimos 10 anos. Dentro desse recorte temporal, incluíram-se as publicações que versavam sobre a construção de subconjuntos terminológicos da CIPE® ou que apresentavam pelo menos a construção de diagnósticos e intervenções

de enfermagem, conceitos essenciais para a apresentação dos subconjuntos. As publicações deveriam estar na língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Foram excluídos da investigação aqueles estudos que não continham resultados (nota prévia) e que não versavam sobre a temática. Para as publicações que não apresentavam texto completo disponível foram adotadas estratégias para aquisição desse material por meio do contato com os autores e/ou a solicitação das publicações por intermédio de bibliotecárias de uma instituição federal de ensino.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em setembro de 2017. Para a seleção das publicações, foram consultadas algumas bases de dados e biblioteca virtual conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Estratégia de busca para revisão integrativa – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

Base	Tipos de publicações	Palavras-chave	Descritores
Biblioteca Virtual de Saúde – Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS)	Artigos científicos	--	Enfermagem AND Classificação AND Terminologia
<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)</i>	Artigos científicos	<i>International Classification for Nursing Practice OR standardized Nursing terminology OR ICNP® OR subset ICNP® OR subset for ICNP® OR ICNP® term</i>	--
Pubmed	Artigos científicos	<i>Nursing terminology OR Terminolog* subset ICNP® OR Construction terminology subsets OR Terms and specialized Nursing language</i>	--
Scopus	Artigos científicos	<i>International Classification for Nursing Practice OR standardized Nursing terminology OR ICNP® OR subset ICNP® OR subset for ICNP® OR ICNP® term</i>	--
Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)	Teses e Dissertações	“Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem”	--

ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Para caracterizar a produção científica disponível na literatura sobre o uso de subconjuntos terminológicos da CIPE®, os dados foram obtidos a partir do acesso a cada uma das publicações e, simultaneamente, sistematizados em um instrumento no formato de tabela do Microsoft Excel® com os respectivos campos: título do estudo, ano de publicação, programa de pós-graduação a que se vincula o estudo, clientela/prioridade de saúde a quem se destina os subconjuntos, referencial teórico utilizado e descrição do processo de validação (índices utilizados, número de especialistas) dos enunciados construídos.

Além disso, foi utilizada a estatística descritiva conduzida no mesmo *software* para destacar alguns dados que foram expressos em forma de frequência relativa.

ASPECTOS ÉTICOS

Não foi necessária a apresentação do estudo a um Comitê de Ética em Pesquisa, por não se enquadrar na definição de “pesquisas envolvendo seres humanos”, conforme a Resolução 466/12, uma vez que esta revisão se utiliza de estudos de livre acesso. Por esse mesmo motivo justifica-se

a dispensa do uso de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram encontradas 1.164 produções por meio da busca realizada por duas pesquisadoras, de forma independente, na BVS (LILACS), CINAHL, Pubmed e Scopus. Dessas produções, apenas 441 encontravam-se dentro do recorte temporal preestabelecido de 10 anos e foram submetidas à análise de título e resumo. Uma terceira pessoa foi convidada a analisar a relevância dos estudos selecionados, visto que as duas pesquisadoras inicialmente divergiram de opinião quanto a 11 estudos por acreditarem que não respondiam à questão norteadora da revisão. Portanto, esta última pesquisadora definiu, após sua avaliação, os estudos que finalmente seriam analisados (140) com leitura na íntegra.

Com relação à busca realizada no Banco de Teses e Dissertações, do portal de periódicos da CAPES, foram encontrados 110 estudos. Desses, apenas 84 encontravam-se dentro do recorte temporal preestabelecido de 10 anos e foram submetidos à análise de título e resumo. Uma terceira pessoa foi convidada a analisar a relevância dos estudos

selecionados, visto que as pesquisadoras divergiram de opinião em 10 estudos por acreditarem que não respondiam à questão norteadora da revisão. Após a decisão final desta pesquisadora, definiu-se que 46 estudos seriam analisados com leitura na íntegra.

Antes da leitura na íntegra, foram retiradas as publicações duplicadas e incompletas (somente resumo disponível) e procedeu-se à leitura de 100 publicações. Dessas publicações, 35 foram eleitas para constituir o *corpus* de análise, conforme a figura abaixo (Figura 1).

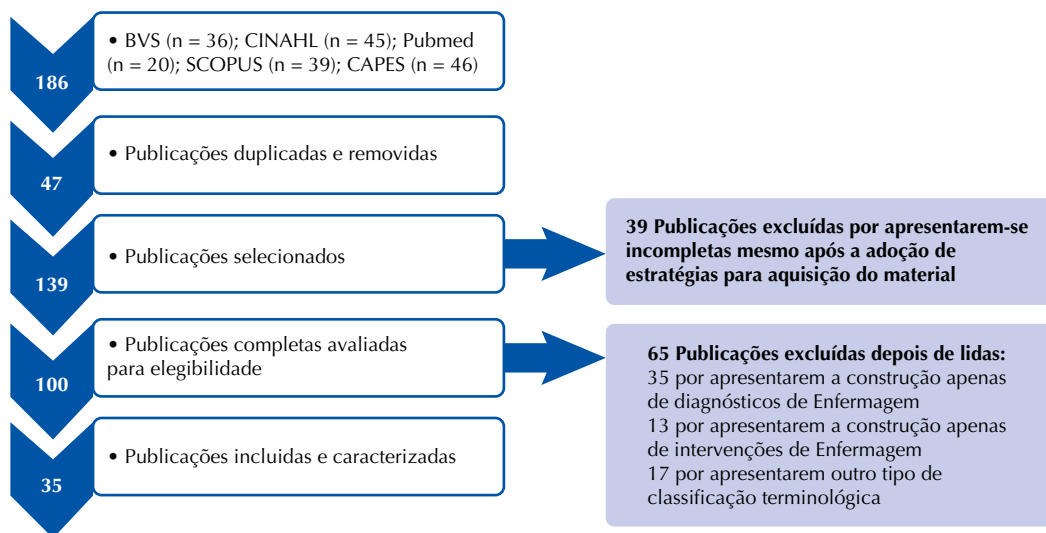


Figura 1 – Fluxograma de identificação, seleção e inclusão das publicações investigadas – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

Do total de estudo encontrados, 31 (88,6%) deles estavam vinculados a programas de pós-graduação, ou seja, eram dissertações, teses ou artigos derivados diretamente dessas pesquisas.

Entre a clientela e/ou prioridade de saúde a quem se destina a construção desses subconjuntos, encontrou-se uma

tendência para o cuidado do paciente oncológico (20%), do idoso (20%) e da criança/adolescente (11,44%); seguido dos portadores de HIV/AIDS (5,71%), portadores de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) (5,71%), pacientes de clínica cirúrgica (5,71%), e outros (Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição dos estudos encontrados de acordo com o ano de publicação, instituição a que se encontra vinculado o programa de pós-graduação, prioridade de saúde/clientela e referencial teórico – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

Autor/Ano	Instituição	Prioridade de saúde/ clientela	Referencial teórico
Araújo AA ⁽⁹⁾ ; 2009	UFPB	Pacientes portadores de ICC	Modelo fisiopatológico da Insuficiência Cardíaca Congestiva
Carvalho MWA ⁽¹⁰⁾ ; 2009	UFPB	Pacientes oncológicos	Modelo teórico para o cuidar de Enfermagem em dor oncológica
Medeiros ACT ⁽¹¹⁾ ; 2011	UFPB	Pacientes oncológicos	Teoria do Modelo de Vida
Lins GAI ⁽¹²⁾ ; 2012	UnB	Cuidado ecológico e ocupacional	Teoria de Tornar-se Humano
Nóbrega RV ⁽¹³⁾ ; 2012	UFPB	Pacientes com hipertensão arterial sistêmica	Teoria das Necessidades Humanas Básicas e Modelo de Atenção Crônica
Torres E ⁽¹⁴⁾ ; 2012	UFF	Portadores de HIV/Aids	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
Silva ES ⁽¹⁵⁾ ; 2013	UFES	Portadores de colostomia	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
Nascimento DM ⁽¹⁶⁾ ; 2013	UFPB	Pacientes submetidos à prostatectomia	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
Medeiros ACT, Nóbrega MML ⁽¹⁷⁾ ; 2013	UFPB	Idosos	Teoria do Modelo de Vida
Fialho LFG ⁽¹⁸⁾ ; 2013	UFF	Pacientes oncológicos	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
Fonseca VM ⁽¹⁹⁾ ; 2013	UFES	Pacientes oncológicos	Teoria do Sistema de Apoio e Educação
Araújo AA, Nóbrega MML, Garcia TR ⁽²⁰⁾ ; 2013	UFPB	Pacientes portadores de ICC	Modelo fisiopatológico da Insuficiência Cardíaca Congestiva
Lins TH, Lima AAXBC, Verfssimo RCSS, Oliveira JM ⁽²¹⁾ ; 2013	Sem ligação	Vítimas de trauma – serviço de atendimento pré-hospitalar	Não menciona

continua...

...continuação

Autor/Ano	Instituição	Prioridade de saúde/ clientela	Referencial teórico
Medeiros ACT ⁽²²⁾ ; 2014	UFPB	Idosos	Teoria do Modelo de Vida
Clares JWB ⁽²³⁾ ; 2014	UECE	Idosos	Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais
Furtado LG ⁽²⁴⁾ ; 2014	UFPB	Pacientes com diabetes <i>mellitus</i> na atenção especializada	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
Oliveira JMM ⁽²⁵⁾ ; 2014	UFPB	Idosos	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
Cavalheiro MA ⁽²⁶⁾ ; 2014	PUC Paraná	Assistência de Enfermagem na atenção primária à saúde	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
Albuquerque IM ⁽²⁷⁾ ; 2014	USP	Crianças – adolescentes	Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva
Silva RS ⁽²⁸⁾ ; 2014	UFBA	Pacientes oncológicos	Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade
Queiroz SMB ⁽²⁹⁾ ; 2014	UECE	Idosos	Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais
Buchhorn SMM ⁽³⁰⁾ ; 2014	USP	Crianças – adolescentes	Referenciais de desenvolvimento humano e de necessidades essenciais da infância
Castro MCF ⁽³¹⁾ ; 2015	UFF	Pacientes oncológicos	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
Głowacka M, Kalinowska A ⁽³²⁾ ; 2015	Internacional	Pacientes com esclerose múltipla	Não menciona
Laukvik LB, Molstad K, Fossum M ⁽³³⁾ ; 2015	Internacional	Pacientes com demência	Não menciona
Castro MCF, Fuly PSC, Garcia TR, Santos MLSC ⁽³⁴⁾ ; 2016	UFF	Pacientes oncológicos	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
Martins TG ⁽³⁵⁾ ; 2016	UFS	Crianças – adolescentes	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
Souza GLL, Silva KL, Medeiros ACT, Nóbrega MML ⁽³⁶⁾ ; 2016	UFPB	Crianças - adolescentes	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
Tosin MHS ⁽³⁷⁾ ; 2016	UFF	Pacientes com doença de Parkinson em reabilitação	Modelo de competências do enfermeiro reabilitador
Neto VLS ⁽³⁸⁾ ; 2016	UFRN	Portadores de HIV/Aids	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
Vieira MM, Oliveira DMN, Carvalho MWA, Nóbrega MML ⁽³⁹⁾ ; 2016	UFPB	Pacientes da clínica cirúrgica de um hospital-escola	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
Siqueira MCF ⁽⁴⁰⁾ ; 2017	UFPB	Portadores de HIV/Aids	Teoria do Sistema de Apoio e Educação
Cunha ACR ⁽⁴¹⁾ ; 2017	UFPB	Pacientes da clínica cirúrgica de um hospital-escola	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
Carvalho MWA ⁽⁴²⁾ ; 2017	UFPB	Pacientes oncológicos	Modelo para o cuidar de Enfermagem em dor oncológica e Teoria do Conforto
Liu L, Coenen A, Tao H, Jansen KR, Jiang AL ⁽⁴³⁾ ; 2017	Internacional	Gestantes em pré-natal	Não menciona

Legenda: Universidade Estadual do Ceará (UECE); Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Universidade Federal de Sergipe (UFS); Universidade de Brasília (UnB); Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); Universidade de São Paulo (USP); Universidade Federal Fluminense (UFF); Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC Paraná).

Com relação ao modelo teórico do estudo, houve uma tendência para o uso do referencial das Necessidades Humanas Básicas, com 15 publicações (42,9%). Esses subconjuntos foram destinados a hipertensos na atenção básica, portadores de HIV/Aids, pessoas com colostomia, clientes submetidos à prostatectomia, pacientes com mieloma múltiplo e outros, pessoas com diabetes *mellitus* na atenção especializada, pessoa idosa institucionalizada, assistência de enfermagem na atenção primária à saúde, pacientes em cuidados paliativos com feridas tumorais, lactentes com alergia à proteína do leite de vaca, crianças hospitalizadas e pacientes da clínica cirúrgica de um hospital-escola.

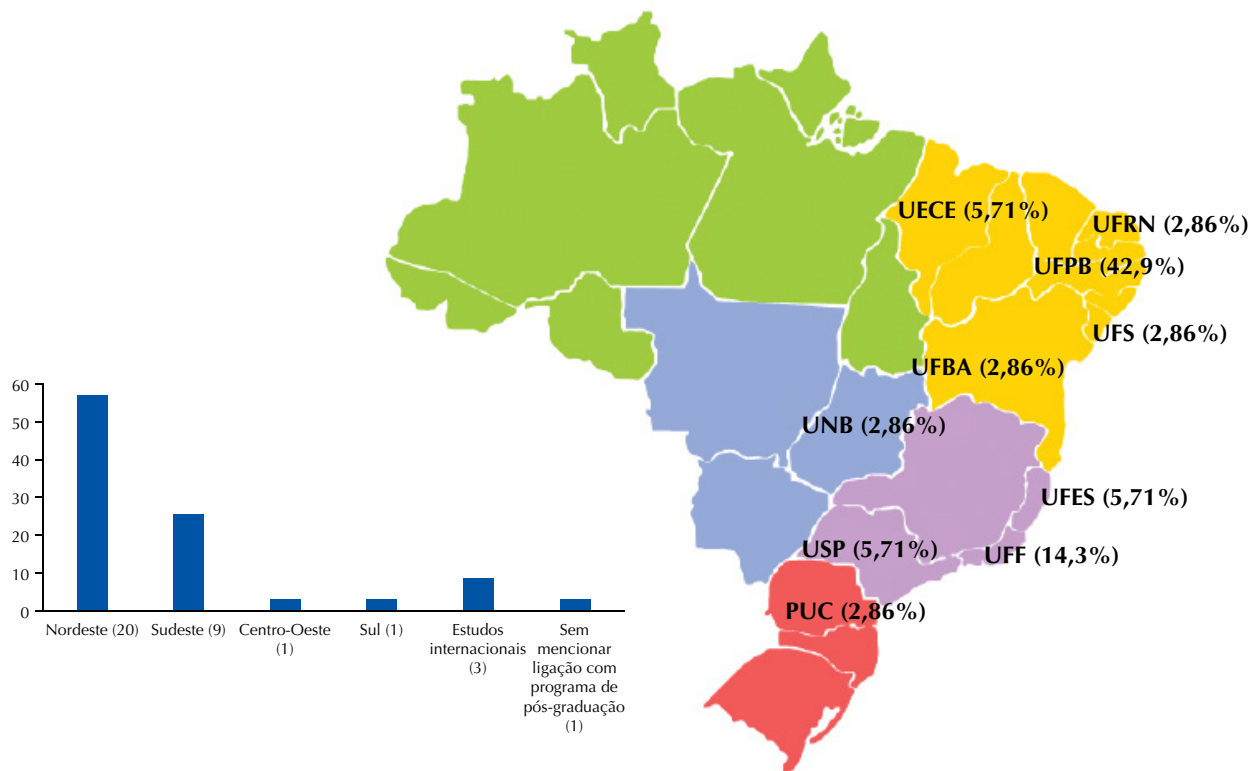
Observou-se que esse referencial teórico se adequou a diferentes clientelas e foi utilizado para organizar as

propostas de diagnóstico/resultados e intervenções de Enfermagem dentro das necessidades humanas básicas afetadas correspondentes.

A principal língua de divulgação dessas publicações foi o português^(9-31,34-42) (91,4%), seguida do inglês^(32-33,43) (8,6%). Das 35 publicações encontradas, o maior número foi divulgado no ano de 2014⁽²²⁻³⁰⁾ (25,71%), seguido dos anos de 2013⁽¹⁵⁻²¹⁾ (20%) e 2016⁽³⁴⁻³⁹⁾ (17,14%). Grande parte das publicações foi dissertações de mestrado acadêmico^(9-14,16,23,25-26,29,35,38,40-41) (42,9%), seguidas de artigos^(17,20-21,32-34,36,39,43) (25,7%), teses de doutorado^(22,24,27-28,30,42) (17,1%) e dissertações de mestrado profissional^(15,18-19,31,37) (14,3%).

Dentro do recorte temporal estabelecido, os subconjuntos mais antigos encontrados foram o “Catálogo CIPE® para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva” e “Catálogo CIPE® para dor oncológica”, ambos datando de 2009 e vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF-UFPB).

Em relação à distribuição geográfica, a maioria dos estudos ficou concentrada nas universidades do Nordeste brasileiro^(9-11,13,16-17,20,22-25,28-29,35-36,38-42) (57,14%). O restante foi distribuído entre as regiões Sudeste^(14-15,18-19,27,30-31,34,37) (25,71%); Centro-Oeste⁽¹²⁾ (2,86%) e Sul⁽²⁶⁾ do país (2,86%) (Figura 2). Houve ainda estudos que não estavam vinculados a programas de pós-graduação e outros estudos internacionais (11,43%).



Legenda: Universidade Estadual do Ceará (UECE); Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Universidade Federal de Sergipe (UFS); Universidade de Brasília (UnB); Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); Universidade de São Paulo (USP); Universidade Federal Fluminense (UFF); Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC Paraná).

Figura 2 – Abrangência geográfica da construção de subconjuntos terminológicos da CIPE® – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

Algumas publicações apresentavam ligação entre si^(9-11,17,20,22,31,34,42) (ou porque os artigos derivavam de estudos desenvolvidos nos programas de pós-graduação^(9-20,31,34), ou porque os estudos foram divididos em duas partes^(10-11,17,22,42)). Aqueles divididos em duas partes iniciavam no mestrado levantando os termos relevantes para a prática assistencial a uma determinada clientela e construíam os conceitos. No doutorado, esses estudos foram concluídos a partir da validação do banco de diagnósticos e intervenções de enfermagem e estruturação do subconjunto. Com relação ao processo de validação, identificou-se que alguns estudos não o mencionaram^(9-12,14-15,17,19-21,26-27,29,32,36,39).

Foram encontrados estudos que empregaram a validação dos conceitos construídos aplicando o índice de concordância (IC)^(10,13,17-19,21,24-27), índice de validação de conteúdo (IVC)^(11-12,22) ou algum tipo de validação por consenso^(9,14,23). Identificaram-se também três estudos que apresentaram a utilização do IC e

do IVC na mesma pesquisa, em diferentes momentos^(15-16,20). A validação clínica foi mencionada apenas por três pesquisas^(22,41,42) e foi realizada a partir de estudos de caso clínicos.

Os estudos que utilizaram o IC consideraram válidos os conceitos com variação de concordância de $\geq 75\%$ ⁽²⁴⁾ a 100%⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Os que utilizaram o IVC julgaram como válidos os conceitos com escore de $\geq 0,5$ a $\geq 0,8$. As pesquisas que empregavam o IC e o IVC em diferentes etapas^(15-16,20), utilizaram como escore um IC mínimo $\geq 80\%$ e um IVC mínimo de $\geq 0,6$. Os profissionais que participaram dos processos de validação possuíam *expertise* na área temática do estudo e/ou na CIPE®. Os especialistas preenchiam formulários com escalas do tipo Likert e apresentavam seu grau de concordância sobre a validade do conteúdo dos diagnósticos/resultados e intervenções construídas. O mínimo de profissionais utilizados para essa validação também variou muito, de cinco⁽²³⁾ a 51⁽³⁰⁾ enfermeiros.

DISCUSSÃO

Para facilitar a compreensão das publicações analisadas, após a leitura e análise crítica, o conteúdo foi organizado em quatro categorias temáticas, apresentadas a seguir.

ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PUBLICAÇÕES E OS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO

A concentração de pesquisas relacionadas ao desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE® na região Nordeste se dá, muito provavelmente, devido à localização do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® no Brasil, situado na cidade de João Pessoa, Paraíba, e vinculado ao PPGENF/UFPB. A proposta de criação do Centro foi encaminhada ao Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) em 2007. Em julho deste mesmo ano a proposta foi aprovada, considerando-o um Centro acreditado pelo CIE⁽⁴⁴⁾. Atualmente, são 15 os Centros CIPE® acreditados pelo CIE em todo o mundo: três localizados na América do Norte, dois na América do Sul, seis na Europa, três na Ásia, e um Oceania⁽⁶⁾.

No Brasil, esse centro é responsável pelo avanço de diversas pesquisas nessa área e apoia, mesmo a distância, pesquisadores de diferentes partes do país, além de estar acessível à participação e cooperação de pessoas ou grupos interessados em construir sistemas de registro dos elementos da prática usando a CIPE® e em tornar essa classificação um instrumental tecnológico útil para a prática de Enfermagem no local do cuidado⁽⁴⁴⁾. Além disso, uma das diretoras do centro CIPE® é responsável pela tradução dessa terminologia, o que fortalece ainda mais a concentração de pesquisas na região onde está situada o centro.

Nesse sentido, fica clara a importância dos programas de pós-graduação para o desenvolvimento de pesquisas, principalmente na área da saúde, pois, apesar de nem sempre haver no campo do saber e da prática científica e tecnológica conceitos, metodologias ou ferramentas para a produção de soluções por meio da pesquisa, é mediante o conhecimento disponível que se pode oferecer a informação atualizada para a tomada de decisão⁽⁴⁵⁾.

Infelizmente, depois de um raro ciclo de financiamento contínuo à pesquisa e pós-graduação experimentado por vários estados brasileiros entre 2007 e 2014, uma nova fase com recursos mais enxutos se instalou. Depois da crise econômica de 2015, houve um corte de financiamento de auxílios de pesquisa e bolsas em praticamente todas as agências federais e estaduais de fomento à pesquisa, dificultando a produção e destilação do conhecimento⁽⁴⁶⁾.

Essa produção de conhecimento e o retorno dos resultados das pesquisas para a sociedade são primordiais para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Um subconjunto construído para o paciente com dor oncológica, desenvolvido no programa de pós-graduação da UFPB, foi defendido inicialmente em 2009 (no mestrado), e a publicação do resultado de sua validação clínica só ocorreu no ano de 2017, com a defesa da tese de doutorado^(10-11,42). Tal fato demonstra que um estudo iniciado em um programa de pós-graduação pode demorar anos para ser concluído. Os incentivos às pesquisas

são primordiais para a sua conclusão, e seus desfechos devem impactar diretamente a qualidade da assistência.

Esse exemplo supracitado encaixa-se na classificação de publicações que estavam associadas entre si, pois fazia parte de estudos subdivididos em duas fases. Tal estratégia torna-se adequada, pois o caminho para a construção dos subconjuntos é longo, e sua elaboração pode ser fracionada em partes para facilitar o processo. A dedicação para construir um subconjunto torna-se mais leve com o apoio dos programas de pós-graduação.

Os trabalhos desenvolvidos são tão complexos que os artigos científicos publicados na literatura derivados de estudos que construíram diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem muitas vezes não conseguem apresentar o conteúdo completo dessa construção em uma única publicação, e também apresentam apenas parte do estudo original que foi desenvolvido. O conteúdo essencial, que seria o grupo de conceitos construídos (diagnósticos e intervenções de enfermagem), aparece mais comumente na íntegra nas teses e dissertações.

CLIENTELA E/OU PRIORIDADE DE SAÚDE A QUEM SE DESTINA A CONSTRUÇÃO DOS SUBCONJUNTOS

O cliente é definido como o sujeito a quem os conceitos construídos de diagnóstico/resultados e intervenções de enfermagem são destinados, podendo ser incluídos indivíduos, famílias e comunidades. Já a prioridade de saúde é entendida como as condições de saúde, ambientes ou especialidade de cuidado clínico de Enfermagem⁽⁴⁾.

Nesse sentido, a clientela e/ou prioridade de saúde contemplados pelos subconjuntos construídos foram pacientes oncológicos^(10,18-19,28,31,34,42), idosos^(11,17,22,25,29,40) e crianças/adolescentes^(27,30,35-36), que apareceram mais de um vez nas publicações analisadas, reforçando a ideia de que fazem parte de um cenário singular e necessitam de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem específicas para cada situação.

As pesquisas envolvendo esses clientes devem ser priorizadas segundo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa, que é definida como um instrumento de gestão pelo qual o Ministério da Saúde detalha as prioridades de pesquisa. Nela existem subagendas envolvendo vários campos disciplinares que contemplam temas prioritários de pesquisa⁽⁴⁵⁾.

São 24 subagendas constituintes da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, publicada em 2015, e dentre elas destacam-se temáticas como: Saúde do Idoso, Doenças Não Transmissíveis e Saúde da Criança e do Adolescente. Em relação à saúde do idoso, são considerados aspectos referentes à magnitude, à dinâmica e à compreensão dos problemas de sua saúde e dos mecanismos das doenças associadas ao processo de envelhecimento, além de avaliação de políticas, programas, serviços e tecnologias. Na gama de doenças não transmissíveis, as neoplasias ganham notoriedade em relação aos fatores associados à morbimortalidade, qualidade de vida, programas de prevenção primária, atenção a pacientes em cuidados paliativos, dentre outros⁽⁴⁵⁾.

Quanto à clientela de crianças e adolescentes, deve existir um grande interesse em relação a pesquisas que envolvam

o período perinatal e o primeiro ano de vida, a infância e a adolescência, com alguns destaques, como o desenvolvimento e a avaliação de estratégias de prevenção e reabilitação de criança portadora de deficiência, a prevenção de fatores de risco na adolescência e a promoção de saúde na escola, domicílio e comunidade⁽⁴⁵⁾.

Especificamente na infância, as taxas de mortalidade no Brasil, apesar de consistente redução, ainda eram elevadas em 2015, associadas a causas evitáveis relacionadas ao cuidado em saúde na gestação, parto e nascimento, e necessitam de políticas públicas intersetoriais e de saúde específicas que devem ser continuadas e aprimoradas para a maior redução da mortalidade⁽⁴⁷⁾. Percebe-se, então, que a inclusão dessa clientela de crianças como prioridades de pesquisa pode gerar novos conhecimentos e contribuir com resultados positivos para a diminuição dessas taxas.

A enfermagem deve estar inserida e alinhada diretamente às políticas de saúde de uma forma geral. Pensar as prioridades de pesquisa em enfermagem significa apontar focos de interesse e de investimentos sobre os quais o conjunto de pesquisadores deve estabelecer consensos, buscando um cuidado de excelência⁽⁴⁸⁾. Percebe-se que os subconjuntos desenvolvidos vão ao encontro das prioridades de pesquisa em saúde. Os autores conseguiram destacar a importância de seus estudos para essa clientela em suas publicações, as quais, a partir de evidências científicas construídas em conjunto, obtiveram subsídios para elaborar intervenções de enfermagem efetivas e eficazes para o cuidado, o que é primordial para a tomada de decisão e para a documentação consistente da prática da enfermagem⁽³⁴⁾.

MODELO TEÓRICO PARA SUBSIDIAR A CONSTRUÇÃO DOS SUBCONJUNTOS

A escolha de um modelo teórico para ancorar a elaboração do subconjunto tem um papel fundamental para sua aplicação, pois esse modelo sustenta a justificativa da relevância do estudo para o conhecimento da enfermagem e, ao ser aplicado à prática, poderá orientar mudanças no modelo assistencial. Apesar de não ser obrigatório, quando esse modelo teórico é construído a partir de teorias de enfermagem, o subconjunto poderá potencializar uma práxis de cuidado baseada no conhecimento específico da profissão⁽⁵⁾. Logo, convém que o modelo teórico para o subconjunto seja desenvolvido a partir de um referencial teórico. Sem a adoção de uma estrutura complexa ou modelo teórico os riscos de não apreender a amplitude do fenômeno se perdem, podendo produzir práticas compartimentalizadas⁽⁴⁹⁾.

No Brasil, desenvolveu-se na década de 1970 um modelo de processo de enfermagem baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, que se tornou conhecido e utilizado por inúmeras instituições, colaborando para uma prática menos intuitiva e mais científica⁽⁵⁰⁾. Tal teoria baseia-se nas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, propondo uma metodologia para o processo de enfermagem focada no ser humano integral e na busca do equilíbrio bio-psico-socioespiritual⁽⁵¹⁾ e, por esse motivo, foi apresentada como forma de organização dos diagnósticos/resultados e intervenções de Enfermagem em

15^(13-16,18,24-26,31,34-36,38,39,41) das 35 publicações analisadas. Esses estudos catalogaram os diagnósticos construídos e os alocaram dentro de cada necessidade humana básica afetada que os representava. Logo a seguir, intervenções foram construídas para cada diagnóstico, descortinando um plano terapêutico de cuidado específico para a clientela identificada.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas foi utilizada, ainda, associada a outros modelos dentro do mesmo estudo^(13,35). No subconjunto terminológico da CIPE[®] para lactentes com alergia à proteína do leite de vaca⁽³⁵⁾, a teoria, agregada a conceitos elaborados por outras pesquisadoras, foi utilizada para subsidiar o estudo⁽³⁶⁾ a partir de uma adequação no número, nos títulos e na forma e/ou conteúdo das definições das necessidades humanas. Já no subconjunto terminológico da CIPE[®] para hipertensos na atenção básica⁽¹³⁾, agregou-se o modelo de atenção crônica à Teoria das Necessidades Humanas Básicas, pois, além da teoria, foi necessária uma aproximação entre o profissional de saúde e o cliente hipertenso, possibilitando um resultado positivo no atendimento de suas necessidades de saúde.

Outras teorias e modelos também foram utilizados, como o modelo fisiopatológico da ICC^(9,20) e o modelo teórico para o cuidar de enfermagem em dor oncológica^(10,42). O primeiro modelo se aplica especificamente a clientes com ICC ao classificar os principais sinais e sintomas de acordo com os dados clínicos relevantes da doença – edema, taquicardia, dispnéia e congestão⁽²⁰⁾. Já o modelo de dor oncológica foi desenvolvido a partir de indicadores empíricos, identificados na revisão da literatura do estudo, e se constituiu como alicerce para a construção e organização dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem^(10,42). Este modelo foi associado à Teoria do Conforto para a continuação da temática em uma tese de doutorado para a autora apresenta a ideia de que o conforto é um termo mais amplo em comparação à dor, apresentando elementos de origem física, espiritual, sociocultural, ambiental e psicológica⁽⁴²⁾.

A Teoria do Modelo de Vida, apresentada no subconjunto terminológico para a pessoa idosa, aparece em três publicações interligadas, que se referem ao mesmo estudo de base iniciado no mestrado e terminado no doutorado. Essa teoria caracteriza-se por encarar os indivíduos como aptos a realizar algumas atividades básicas, como: manutenção do ambiente seguro, respiração, alimentação, eliminação, comunicação, higiene pessoal e do vestiário, controle da temperatura corporal, trabalho e diversão, expressão da sexualidade, sono e morte⁽¹¹⁾.

A Teoria de Tornar-se Humano surge no subconjunto voltado para o cuidado ecológico e ocupacional e propõe um modelo de mudança e atitudes de saúde baseado na inter-relação do indivíduo com a realidade, em busca de padrões de qualidade de vida adequados às percepções de risco ambiental e ocupacional. Com essa teoria, o enfermeiro busca compreender os problemas de enfermagem no processo de estar com a pessoa, e não fazer pela pessoa⁽¹⁵⁾.

A Teoria do Sistema de Apoio e Educação foi escolhida em dois estudos, e sua utilização é justificada por considerar que a enfermagem é exigida pelo adulto a partir da ausência da sua capacidade de manter continuamente a quantidade e

qualidade do autocuidado, associada à realização de medidas que interferem diretamente na gênese da enfermidade ou enfrentamento dos seus efeitos^(19,40).

No estudo desenvolvido para vítimas de trauma durante o atendimento pré-hospitalar, foi empregado como referencial o chamado Modo Fisiológico do Modelo de Adaptação⁽²¹⁾, que se integra ao estudo, pois nele o indivíduo é um sistema capaz de se adaptar ao receber os cuidados de enfermagem. A pessoa humana é um sistema holístico de adaptação, por sua vez, o meio ambiente é visto como um fator que influencia ou permeia o desenvolvimento e o comportamento do sistema humano adaptativo⁽⁵²⁾.

Dois dos estudos^(23,29), originados do mesmo programa de pós-graduação (da Universidade Estadual do Ceará) e que tinham o idoso como clientela atendida, optaram por utilizar uma teoria na qual o cuidado de enfermagem embasado em tecnologias próprias deve ser fundamentado nas Necessidades Humanas Fundamentais, possibilitando ações reflexivas. O uso dessa teoria justifica-se pela sua aplicabilidade destacada no cuidado ao idoso, no qual o profissional pode embasar sua prática aprofundada no conhecimento de alterações peculiares do envelhecimento, desempenhando atividades favoráveis à saúde e recuperação do idoso. Essa teoria considera o ser humano como sujeito único e complexo, possibilitando a abordagem do idoso sob uma perspectiva individual e integral⁽²⁹⁾.

Um dos estudos realizados com a clientela infantil⁽³⁰⁾ utilizou diferentes referenciais para a construção dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem (referenciais de desenvolvimento humano e o referencial de necessidades essenciais da infância)⁽⁵³⁾. Nessa proposta, o desenvolvimento ocorre pela interação constante, ativa e bilateral entre a criança e o ambiente imediato. Nesse sentido, as crianças têm necessidades básicas, sociais e emocionais indissociáveis e, quando não contempladas em tempo hábil, essas necessidades influenciam de forma negativa o seu desenvolvimento, alterando significativamente sua vida quando adultas⁽³⁰⁾.

Outro modelo utilizado e identificado em uma das publicações selecionadas⁽²⁸⁾ foi o Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade, que considera três grandes áreas de influência sobre as percepções individuais acerca da dignidade: preocupações relacionadas com a doença, que envolvem situações resultantes diretamente da doença; o repertório de conservação da dignidade, representado pelas influências relacionadas aos recursos psicológicos e espirituais do paciente; e o inventário de dignidade social, que compreende as influências ambientais que podem afetar a dignidade.

A Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) foi escolhida como teoria e método para a construção do subconjunto terminológico da CIPE® para crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica⁽²⁷⁾. A escolha deu-se devido ao processo de desenvolvimento das intervenções de Enfermagem, que deve ocorrer por meio de uma metodologia dinâmica, em conformidade com a compreensão do materialismo histórico e dialético, considerando a cinesia constante da história e das transformações sociais⁽⁵⁴⁾.

O modelo de competências do enfermeiro reabilitador proposto pela *Association of Rehabilitation Nurses* apareceu no subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação. O modelo se adapta ao estudo, pois prevê competências essenciais, presentes em domínios que englobam liderança, cuidado interprofissional, intervenções lideradas pelo enfermeiro e promoção de uma vida com sucesso, além de serem capazes de nortear enfermeiros em nível mundial para a prática clínica da reabilitação⁽⁵⁵⁾.

Depois dessa análise geral, percebe-se que os referenciais teóricos adotados procuraram se ajustar às clientelas atendidas e à filosofia da instituição à qual o estudo estava vinculado, ademais, precisavam fornecer a melhor estrutura para organizar os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, na perspectiva dos autores. Quanto à associação e complementação de modelos e referenciais, observa-se que essa compilação permitiu o ajuste dos estudos no sentido de atender a seus objetivos e promover um resultado aplicado à prática, facilitando a construção de uma ferramenta para a sistematização do cuidado.

A escolha do modelo teórico foi essencial para fundamentar o desenvolvimento do subconjunto e concorda-se com o que é proposto pelo Centro CIPE® Brasil e pelo modelo proposto por pesquisadoras brasileiras para a construção de subconjuntos terminológicos da CIPE®⁽⁵⁾. É esse referencial que vai guiar a coleta de dados e, conseqüentemente, o julgamento clínico do enfermeiro para a elaboração dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, destacando a importância de uma escolha adequada⁽⁵⁶⁾.

Logo, para que um conjunto de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem se sustente, é essencial a escolha de um referencial teórico adequado, o qual deve ser apresentado nas publicações acadêmicas e científicas, já que esses referenciais serão a base de construção do modelo teórico dos subconjuntos.

PROCESSO DE VALIDAÇÃO DOS CONCEITOS CONSTRUÍDOS

Todas as metodologias descritas para a construção dos subconjuntos terminológicos da CIPE® preveem a etapa de validação dos conceitos construídos, destacando uma importância ímpar para essa fase, em que um grupo de especialistas irá expressar seu grau de concordância em relação à construção dos diagnósticos/resultados de enfermagem⁽⁵⁾. Nesse sentido, essa etapa torna-se obrigatória quando se trata do desenvolvimento de um subconjunto.

De fato, existe uma falta de especificação dos passos percorridos para a construção dos catálogos CIPE®, dificultando a reprodutibilidade dos métodos por diferentes pesquisadores⁽⁴⁾. Em especial, a etapa de validação não foi apresentada em uma grande parte dos estudos, constituindo uma fragilidade nas pesquisas.

A etapa de validação é essencial e deve ser minuciosa, envolvendo a busca adequada de especialistas, os quais deverão possuir disponibilidade para participar do processo que, por si só, é moroso e requer tempo qualitativo do especialista⁽⁵⁾. Além da participação dos especialistas, esse processo demanda recursos, e a metodologia dessa validação fica a

critério do pesquisador, não havendo uma determinação do ICN sobre a obrigatoriedade de nenhuma metodologia específica⁽⁴⁾. Para superar esse limite, discute-se que outras estratégias devem ser incorporadas, entre elas o processo de validação por consenso entre especialistas⁽⁵⁾.

Em alguns estudos, a validação não ocorreu inicialmente (dissertação de mestrado), mas na continuidade (tese de doutorado) foi apresentada uma etapa consistente de validação. Em outros estudos, o processo de validação não estava nos objetivos. A validação propicia o refinamento e aprimoramento das classificações, o que favorece o pensamento crítico e reforça a tomada de decisões por parte do enfermeiro, além de melhorar a comunicação e o registro de Enfermagem em linguagem padronizada⁽⁵⁷⁾.

Os índices mais utilizados no processo de validação foram o IC e o IVC. O primeiro índice constitui uma medida simples de concordância interobservadores, empregado para calcular a porcentagem de concordância entre os juízes (% concordância = número de participantes que concordaram totalmente com o item/número total de participantes x 100). Essa taxa é interpretada considerando que um resultado maior ou igual a 90% de concordância significa adequação dos domínios. Quando o resultado for menor que 90%, o domínio precisa ser discutido e alterado⁽⁵⁸⁾. Percebeu-se, na revisão, que alguns estudos não utilizaram esse índice de 90%, o que pode tornar vulnerável todo o processo.

Quanto ao IVC, este é utilizado para medir a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. O índice é calculado com a utilização de uma escala tipo Likert de 4 pontos ordinais. Para avaliar a relevância/representatividade do item, os juízes poderão escolher as seguintes respostas: 1 = não relevante ou não representativo; 2 = item necessita de uma grande revisão para ser representativo; 3 = item necessita de uma pequena revisão para ser representativo; ou 4 = item relevante ou representativo⁽⁵⁸⁾.

Os itens que recebem pontuação "1" ou "2" devem ser revisados ou eliminados. O índice é calculado a partir da somatória das respostas "3" e "4" de cada juiz em cada item. Essa soma é, então, dividida pelo número total de respostas. A taxa de concordância aceitável para a avaliação dos itens individualmente deve ser superior a 0,78, e, quando se tratar de validação de novo instrumento, deve ter uma concordância mínima de 0,80⁽⁵⁸⁾. Entre os estudos avaliados, um apresentou como válido os conceitos com IVC mínimo $\geq 0,5$.

O mínimo de profissionais utilizados para essa validação variou muito: de cinco⁽²³⁾ a 51⁽³⁰⁾ enfermeiros. A avaliação de conteúdo deve ser realizada por um quantitativo de cinco a 10 juízes especialistas na área do instrumento de medida⁽⁵⁸⁾. Para validar os diagnósticos/resultados de enfermagem da CIPE®, os pesquisadores encontram dificuldades, como a disponibilidade limitada dos especialistas em contribuir para o estudo devido aos inúmeros compromissos em que estão envolvidos. Sendo assim, os autores realizam seus estudos com um número de especialistas muito inferior ao recomendado⁽³⁰⁾. Percebe-se que, mesmo com dificuldades, os autores conseguiram uma boa condução dos estudos em relação ao quantitativo de especialistas.

Os especialistas devem possuir no mínimo a titulação acadêmica de mestrado. Além disso, devem utilizar terminologias de diagnósticos de Enfermagem (preferencialmente a CIPE®) e se dedicar direta ou indiretamente à prioridade de saúde que está sendo pesquisada, seja na assistência, no ensino ou na pesquisa⁽⁴⁾.

Além da validação com os peritos, cabe ressaltar que o ICN considera, como um dos passos importantes no processo de elaboração dos subconjuntos, validar os enunciados do catálogo CIPE® com a população de clientes especificada⁽³⁾. A validação clínica é uma etapa decisiva para analisar a efetividade e operacionalidade dessa ferramenta na prática da Enfermagem, e pode ser realizada a partir de estudos de casos clínicos⁽⁴⁾.

A finalidade maior do subconjunto é aplicá-lo na prática. Nesse sentido, essa etapa de validação clínica torna-se essencial para consolidar a terminologia entre os enfermeiros que atuam diretamente na assistência, aproximando os conhecimentos gerados na academia com a prática clínica do enfermeiro.

CONCLUSÃO

O presente estudo forneceu um panorama dos subconjuntos terminológicos da CIPE® disponíveis na literatura, enfatizando a associação entre as publicações e os programas de pós-graduação, a clientela e/ou prioridade de saúde a quem se destina a construção dos subconjuntos, o modelo teórico para subsidiar a construção dos subconjuntos e o processo de validação dos conceitos construídos.

Observa-se a importância dos programas de pós-graduação no incentivo ao desenvolvimento desses subconjuntos, indo ao encontro das recomendações do Conselho Internacional de Enfermeiros, potencializando a utilização da CIPE® e contribuindo para uma prática sistematizada e segura. Nesse cenário, destaca-se o PPGENF da UFPB, onde o Centro CIPE® Brasil, acreditado pelo ICN, está alocado.

A clientela de saúde deve estar dentro da agenda de prioridades de pesquisa, fortalecendo-as. Os subconjuntos encontrados tenderam para o cuidado do paciente oncológico, do idoso e da criança/adolescente, que se apresentam como populações que devem ser priorizadas. Quanto ao modelo teórico, a grande maioria dos estudos apresentou um modelo em consonância com a filosofia institucional e a clientela de saúde. O processo de validação é essencial para dar robustez ao subconjunto, porém, não estava descrito em grande parte das publicações encontradas, o que fragiliza o estudo e pode dificultar a generalização dos resultados e sua aplicação em diferentes cenários. A falta de validação apresenta-se como a principal lacuna encontrada nos estudos, impedindo que o subconjunto possa refletir exatamente aquilo a que se propõe.

A construção de um catálogo, independentemente da clientela a que se destina, pode trazer contribuições significativas para a prática assistencial, e por isso esse desenvolvimento deve estar pautado em uma metodologia oportuna, alicerçado em um modelo teórico adequado e validado para que possa funcionar como uma ferramenta potencial para responder aos desafios da assistência de Enfermagem.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a produção científica disponível na literatura sobre a construção de subconjuntos terminológicos da CIPE® com ênfase na clientela e/ou prioridade de saúde a quem se destinam os subconjuntos, o referencial teórico utilizado e o processo de validação dos enunciados construídos. **Método:** Revisão integrativa da literatura com abordagem bibliométrica de publicações entre 2008 e 2017. **Resultados:** Foram incluídas para análise 35 publicações. A maioria dos estudos estava vinculada a programas de pós-graduação de universidades do Nordeste brasileiro. Quanto à clientela atendida, houve uma tendência para o cuidado do paciente oncológico, do idoso e da criança/adolescente. Quanto ao referencial teórico para a construção do subconjunto, houve uma tendência para o uso do modelo das Necessidades Humanas Básicas. O processo de validação não foi descrito em todos os estudos. **Conclusão:** Reforça-se a importância da construção de subconjuntos terminológicos da CIPE®, voltados às clientelas prioritárias de saúde, para potencializar o uso dessa terminologia. O percurso metodológico deve ser pautado nas metodologias específicas, e o processo de construção deve ser paralelo ao de validação.

DESCRIPTORIOS

Cuidados de Enfermagem; Classificação; Terminologia Padronizada em Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Revisão.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar la producción científica disponible en la literatura acerca de la construcción de subconjuntos terminológicos de la CIPE® con énfasis en la clientela y/o prioridad sanitaria a que se destinan los subconjuntos, el marco de referencia teórico utilizado y el proceso de validación de los enunciados construidos. **Método:** Revisión integrativa de la literatura con abordaje bibliométrico de publicaciones entre 2008 y 2017. **Resultados:** Fueron incluidas para análisis 35 publicaciones. La mayoría de los estudios estaba vinculada a programas de posgrado de universidades del Nordeste brasileño. En cuanto a la clientela atendida, hubo una tendencia hacia el cuidado del paciente oncológico, la persona mayor y el niño/adolescente. En cuanto al marco de referencia para la construcción del subconjunto, hubo una tendencia hacia el empleo del modelo de las Necesidades Humanas Básicas. El proceso de validación no fue descrito en todos los estudios. **Conclusión:** Se refuerza la importancia de la construcción de subconjuntos terminológicos de la CIPE®, dirigidos a las clientelas prioritarias de salud, a fin de potenciar el uso de esa terminología. El recorrido metodológico debe pautarse en las metodologías específicas, y el proceso de construcción debe ser paralelo al de validación.

DESCRIPTORIOS

Atención de Enfermería; Clasificación; Terminología Normalizada de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Revisión.

REFERÊNCIAS

1. Nóbrega MML. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®. João Pessoa: Ideia; 2011.
2. Clares JWB, Freitas MC, Guedes MVC, Nóbrega MML. Construction of terminology subsets: contributions to clinical nursing practice. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):965-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400027>
3. International Council of Nurses (ICN). Guidelines for ICNP® Catalogue development. [Internet]. Geneva; 2009 [cited 2017 July 20]. Available from: http://www.icn.ch/images/stories/documents/programs/icnp/icnp_catalogue_development.pdf
4. Nóbrega MML, Cubas MR, Egry EY, Nogueira LGF, Carvalho CMG, Albuquerque LM. Desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE® no Brasil. In: Cubas MR, Nóbrega MML. Atenção Primária em Saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p. 3-24.
5. Carvalho CMG, Cubas MR, Nóbrega MML. Brazilian method for the development terminological subsets of ICNP®: limits and potentialities. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(2): 430-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0308>
6. Garcia TR. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed; 2017.
7. Chueke GV, Amatucci M. O que é bibliometria? Uma introdução ao fórum. *Rev Eletr Negócios Intern*. 2015;10(2):1-5. DOI:<http://dx.doi.org/10.18568/1980-48651021-52015>
8. Medeiros-Costa ME, Maciel RH, Rêgo DP, Lima LL, Silva MEP, Freitas JG. Occupational Burnout Syndrome in the nursing context: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03235. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016023403235>
9. Araújo AA. Catálogo CIPE® para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde; 2009.
10. Carvalho MWA. Catálogo CIPE® para dor oncológica [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde; 2009.
11. Medeiros ACT. Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos: proposta de subconjunto terminológico da CIPE® [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde; 2011.
12. Lins GAI. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a prática de enfermagem no âmbito do cuidado ecológico e ocupacional [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.
13. Nóbrega RV. Proposta de subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® para hipertensos na atenção básica [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde; 2012.
14. Torres E. Sistematização da assistência de enfermagem: propondo um protótipo de catálogo CIPE® para HIV/AIDS [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2012.
15. Silva ES. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para a pessoa com colostomia: uma tecnologia do cuidado [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2013.

16. Nascimento DM. Proposta de subconjunto terminológico da CIPE® para clientes submetidos à prostatectomia [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde; 2013.
17. Medeiros ACT, Nóbrega MML. Terminological subsets of the International Classification for Nursing Practice - ICNP® for senior patients: a methodological study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2017 Sept 20]; 12 Suppl: 590-92. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4447>
18. Fialho LFG. Subconjunto de conceitos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem para o cuidado aos pacientes com mieloma múltiplo [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2013.
19. Fonseca VM. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes em tratamento quimioterápico [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2013.
20. Araújo AA, Nóbrega MML, Garcia TR. Nursing diagnoses and interventions for patients with congestive heart failure using the ICNP®. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2017 Sept 20]; 47(2): 380-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_16.pdf
21. Lins TH, Lima AAXBC, Veríssimo RCSS, Oliveira JM. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE®. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2017 set. 20]; 15(1):34-43. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a04.pdf
22. Medeiros ACT. Validação do subconjunto terminológico da CIPE® para a pessoa idosa [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde; 2014
23. Clares JWB. Proposta de subconjunto terminológico da CIPE® para a prática clínica de enfermagem ao idoso na atenção básica [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2014.
24. Furtado LG. Subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com diabetes mellitus na atenção especializada [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde; 2014.
25. Oliveira JMM. Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® para a pessoa idosa institucionalizada [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde; 2014.
26. Cavalheiro MA. Subconjunto terminológico da classificação internacional para as práticas de enfermagem (CIPE®) para assistência de enfermagem na atenção primária à saúde. [dissertação]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica; 2014
27. Albuquerque IM. Construção de um subconjunto terminológico da CIPE® para crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014
28. Silva RS. Enfermagem em cuidados paliativos para um morrer com dignidade: subconjunto terminológico CIPE® [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2014.
29. Queiroz SMB. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em idosos com traumas musculoesqueléticos de membros inferiores: fundamentos para a prática clínica do enfermeiro [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2014.
30. Buchhorn SMM. Construção de um catálogo CIPE® (classificação internacional para a prática de enfermagem) para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
31. Castro MCF. Subconjunto terminológico CIPE® para pacientes em cuidados paliativos com feridas tumorais [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2015.
32. Glowacka M, Kalinowska A. Shaping nursing professional skills with the use of the method of nursing process as well as diagnoses and nursing interventions according to ICNP Oriented on the female patient with multiple sclerosis. *JNNN*. 2015;4(2):76-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.15225/PNN.2015.4.2.5>
33. Laukvik LB, Molstad K, Fossum M. The construction of a subset of ICNP® for patients with dementia: a Delphi consensus and a group interview study. *BMC Nurs*. 2015;14:49. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-015-0100-z>
34. Castro MCF, Fuly PSC, Garcia TR, Santos MLSC. ICNP® terminological subgroup for palliative care patients with malignant tumor wounds. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(3):340-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600047>
35. Martins TG. Subconjunto terminológico da CIPE® para lactentes com alergia à proteína do leite de vaca [dissertação]. Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; 2016.
36. Souza GLL, Silva KL, Medeiros ACT, Nóbrega MML. Nursing diagnostics and interventions using ICNP® in hospitalized children. *Rev Enferm UFPE on line*. 2013;7(1):111-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201316>
37. Tosin MHS. Subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com doença de parkinson em reabilitação [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2016.
38. Souza Neto VL. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® para pessoas vivendo com AIDS [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016.
39. Vieira MM, Oliveira DMN, Carvalho MWA, Nóbrega MML. Diagnostics, results and nursing interventions for patients in the surgical clinic of a university hospital. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016;10(12):4517-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201612>
40. Siqueira MCF. Proposta de subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/AIDS. [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde; 2017.
41. Cunha ACR. Validação da nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a clínica cirúrgica do Hospital Universitário da UFPB [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde; 2017.
42. Carvalho MWA. Validação do subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com dor oncológica [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde; 2017.
43. Liu L, Coenen A, Tao H, Jansen KR, Jiang AL. Developing a prenatal nursing care International Classification for Nursing Practice catalogue. *Int Nurs Rev*. 2016;64:371-8.

44. Garcia TR, Nóbrega MML. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(n.esp):142-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700018>
45. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de prioridades de pesquisa em saúde. Brasília: MS; 2015.
46. Moura EG, Camargo Junior KR. Crise no financiamento da pesquisa e pós-graduação no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017;33(4):e00052917. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00052917>
47. França EB, Lansky S, Rego MAS, Malta DC, França JS, Teixeira R, et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20 Supl.1:46-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720170005000>
48. Oliveira DC. Prioridades de pesquisa em enfermagem e as linhas de pesquisa: dando continuidade ao debate. *Rev Enferm UERJ.* 2014;22(5):712-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.12771>
49. Primo CC, Resende FZ, Garcia TR, Duran ECM, Brandão MAG. Subconjunto terminológico da CIPE® para assistência à mulher e à criança em processo de amamentação. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2017-0010. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0010>
50. Benedet SA, Gelbcke FL, Amante LN, Padilha MIS, Pires DP. Nursing process: systematization of the nursing care instrument in the perception of nurses. *Rev Online Pesq Cuid Fundam.* 2016;8(3):4780-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4780-4788>
51. Horta WA. Processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
52. Diaz LJR, Cruz DALM. Adaptation model in a controlled clinical trial involving family care givers of chronic patients. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(4):e0970017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720170000970017>
53. Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades da criança: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed; 2002.
54. Egly EY, Apostolico MR, Morais TCP. Reporting child violence, health care flows and work process of primary health care professionals. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018;23(1):83-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>
55. Vaughn S, Mauk KL, Jacelon CS, Larsen PD, Rye J, Wintersgill W, et al. The competency model for professional rehabilitation nursing. *Rehabil Nurs.* 2016;41(1):33-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/rnj.225>
56. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEn; 2009 [citado 2018 jan. 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.htmlcofen 2009
57. Correia MDL, Duran ECM. Conceptual and operational definitions of the components of the nursing diagnosis Acute Pain. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2017;25:e2973. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2330.2973>
58. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(3):925-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>

