

CIPE®: UMA LINGUAGEM PADRONIZADA PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

TELMA RIBEIRO GARCIA
CLAUDIA C. BARTZ
AMY M. COENEN

INTRODUÇÃO

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é uma *terminologia padronizada*, ampla e complexa, que representa o domínio da prática de enfermagem no âmbito mundial. É considerada, também, uma *tecnologia de informação* que proporciona a coleta, o armazenamento e a análise de dados de enfermagem em uma variedade de cenários, linguagens e regiões geográficas, no âmbito mundial, contribuindo para que a prática dos profissionais da enfermagem seja eficaz e, sobretudo, se torne visível no conjunto de dados sobre saúde e reconhecida pela sociedade.¹

Ao facilitar a representação do domínio da prática da enfermagem em todo o mundo e em todos os níveis de apoio à informação, a CIPE® tem assumido importância em um dos pilares de atuação do CIE – a área de *Projetos* –, sendo um componente essencial do *e-Health*, que objetiva o uso das tecnologias de informação e comunicação (TICs) nos sistemas de atenção à saúde. Precisamos, pois, atentar para sua evolução e estudar e aplicar seus conceitos em nossa prática cotidiana.

Neste capítulo, faz-se uma breve retrospectiva histórica sobre os avanços do conhecimento sobre a CIPE®, ressaltando-se os fatos marcantes em sua evolução no período de 1989 a 2017, o Programa CIPE®

e os componentes que dão sustentação ao ciclo de vida da terminologia e, por fim, as orientações para a construção de afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, tendo como linha a ISO 18104:2014. Conclui-se afirmando que a CIPE® tem demonstrado ser uma tecnologia de informação que, durante a execução do Processo de Enfermagem, facilita o raciocínio clínico e a documentação padronizada do cuidado prestado ao paciente, seja em prontuários eletrônicos ou em sistemas manuais de registros; e que os dados e as informações resultantes dessa documentação podem/devem ser usados na elaboração de políticas de saúde e de educação em enfermagem; no planejamento e gerenciamento do cuidado de enfermagem; e na análise do impacto que as ações de enfermagem exercem sobre as condições de saúde e bem-estar das pessoas.

EVOLUÇÃO DA CIPE® 1989 A 2017

A construção da CIPE® teve início quando foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Representantes (CNR-CIE), durante a realização do Congresso Quadrienal do CIE ocorrido em 1989, em Seul, na Coreia, uma Resolução que previa o desenvolvimento de uma classificação internacional dos elemen-

tos da prática profissional. A aprovação dessa Resolução acolhia a preocupação expressa por grupos de enfermeiras(os) sobre a dificuldade para se nomear as situações ou problemas com que a Enfermagem lidava em seu cotidiano, devido à falta de uma *linguagem padronizada*. A Resolução também acolhia as dificuldades percebidas por esses profissionais para descrever a contribuição específica da enfermagem para a solução, o alívio e a prevenção de problemas de saúde, ou para a promoção de modos saudáveis de vida. A falta de atenção dada ao desenvolvimento de uma linguagem comum para a enfermagem começava a ser vista como uma desvantagem para a profissão, razão por que a frase pronunciada à época por Norma Lang se tornou emblemática: “Se não podemos descrever [a enfermagem], não podemos exercer controle sobre ela, obter financiamentos, ensinar, pesquisar ou inseri-la em políticas públicas”.²

Antes do início, propriamente dito, da construção da CIPE[®], foram realizados um levantamento na literatura da área e uma pesquisa junto às Associações vinculadas ao CIE, para identificar que sistemas de classificação em enfermagem eram conhecidos e usados nos diferentes países; e a familiaridade que se tinha com outros sistemas de classificação, a exemplo da Classificação Internacional de Doenças (CID), que faz parte da Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS). Objetivava-se, também, saber se havia, de fato, interesse na construção do sistema de classificação previsto na Resolução do CNR-CIE. Como resultado, o CIE divulgou, em 1993, o documento *Próximo avanço da enfermagem: uma Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem CIPE (Nursing's next advance: an International Classification for Nursing Practice ICNP)*, em que estão identificados 14 sistemas de classificação em enfermagem, desenvolvidos na Austrália, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Suécia e Estados Unidos. Além disso, constatou-se que a enfermagem, nas diversas regiões e países do mundo, valorizava a ideia do desenvolvimento de um sistema de classificação que a representasse no âmbito mundial.²

Em dezembro de 1996, o CIE divulgou a *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão Alfa: Um Marco Unificador*, contendo duas classificações. A primeira delas, a Classificação dos Fenômenos de Enfermagem, era monoaxial, com os termos arranjados de forma hierárquica. A segunda, a Classificação das Intervenções de Enfermagem, era multiaxial, com os termos organizados segundo os eixos: tipos de ação, objetos, abordagens, meios, local do corpo e tempo/lugar.³ Quanto aos *resultados de enfermagem*, afirmava-se ser esse um termo problemático, pois os resultados deveriam visar o paciente ou cliente, em vista do que seria preferencial a expressão *resultados sensíveis à enfermagem*; e que os *resultados* deveriam conotar tanto a prevenção e a estabilização como a melhoria ou a resolução de um problema/diagnóstico de enfermagem. Ressaltava-se, ainda, ser importante distinguir entre *resultados*, *resultados esperados* e *metas*.⁴

Na continuidade, foram publicadas as versões Beta e Beta 2, respectivamente em 1999 e 2001, sendo necessário destacar que a versão Beta 2 representou muito mais uma revisão editorial (revisão gramatical; correções ou alterações em códigos; e correções em definições) do que propriamente uma nova versão da CIPE[®].⁵

Nas versões Beta e Beta 2, houve uma mudança na denominação da Classificação de Intervenções de Enfermagem, que passou a ser denominada Classificação de Ações de Enfermagem. Argumentava-se à época que, embora toda *intervenção de enfermagem* seja uma *ação de enfermagem*, nem toda *ação de enfermagem* é, necessariamente, uma *intervenção de enfermagem*. Segundo esse argumento, *ação de enfermagem* estava sendo entendida como um conceito mais abrangente, organizador das *intervenções de enfermagem*. Em vista disso, definiu-se *ação de enfermagem* como o “desempenho de enfermeiras(os) na prática”; e *intervenção de enfermagem* como “[...] uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem”.⁵

Outra alteração que ocorreu nas versões Beta e Beta 2 foi a adoção de enfoque multiaxial para ambas as Classificações, a dos Fenômenos e a das Ações de Enfermagem, cada uma com oito eixos. Os oito eixos da Classificação dos Fenômenos de Enfermagem eram: foco da prática de enfermagem, julgamento, frequência, duração, topologia, local do corpo, probabilidade e portador. Os oito eixos da Classificação das Ações de Enfermagem eram: tipo de ação, alvo, meios, tempo, topologia, localização, via e beneficiário.⁵

O enfoque multiaxial das duas Classificações, a de Fenômenos e a de Ações de Enfermagem, passou a permitir combinações de termos de distintos eixos, proporcionando maior solidez à CIPE® e diversificando a expressão de seus conceitos. Os termos desses eixos podem ser utilizados para elaborar afirmativas de diagnósticos/resultados de enfermagem e de intervenções de enfermagem, o que caracteriza a CIPE® como uma **terminologia combinatória**, em que conceitos simples (atômicos) se combinam para formar conceitos mais complexos (moleculares). Exemplo: os conceitos simples (atômicos) “sono”, do eixo *foco da prática de enfermagem*, e “perturbado”, do eixo *julgamento*, podem ser combinados para formar o conceito complexo (molecular) “sono perturbado”, um diagnóstico de enfermagem (Quadro 1).

Nas versões Beta e Beta 2, *fenômeno de enfermagem* foi definido como “aspecto de saúde relevante para a prática de enfermagem”; e *diagnóstico de enfermagem* como o

“[...] título atribuído pela(o) enfermeira(o) a uma decisão sobre um fenômeno que é o foco de intervenções de enfermagem”. Por seu turno, *resultado de enfermagem* foi definido como “[...] a medida ou o estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos no tempo, após uma intervenção de enfermagem”.⁵ Ou seja, os *resultados de enfermagem* passavam a ser compreendidos, a partir de então, como possíveis mudanças ocorridas nos diagnósticos de enfermagem em resposta a intervenções de enfermagem, identificadas em pontos distintos no tempo.⁴ As versões Beta e Beta 2 apresentaram uma representação gráfica da dinâmica dos *resultados de enfermagem* em resposta às intervenções de enfermagem (Figura 1).

A utilização das versões Beta e Beta 2 na prática profissional evidenciou que sua estrutura dificultava o alcance da meta de um sistema de linguagem unificada de enfermagem; e que não estava satisfazendo as necessidades das(os) enfermeiras(os). Partindo dessa constatação, o Comitê de Aconselhamento Estratégico da CIPE® desenvolveu uma investigação entre líderes mundiais no domínio de vocabulários usados em cuidados de saúde, com a finalidade de assegurar que a CIPE® Versão 1.0, cuja construção já havia sido iniciada, fosse, de fato e de direito, consistente com os vocabulários e normas existentes.⁷

Entre as principais recomendações dos participantes da investigação, afirmava-se ser imperativo prover uma base mais formal para a CIPE® e usar um *software* que fosse capaz, entre outros critérios, de evitar

Quadro 1

Combinação de conceitos simples (atômicos) para formação de um *diagnóstico de enfermagem* (conceito molecular)

“sono”		“perturbado”		“sono perturbado”
Conceito atômico	+	Conceito atômico	=	Conceito molecular
<i>Foco da prática de enfermagem</i>		<i>Julgamento</i>		Diagnóstico de enfermagem

Fonte: Garcia.⁶

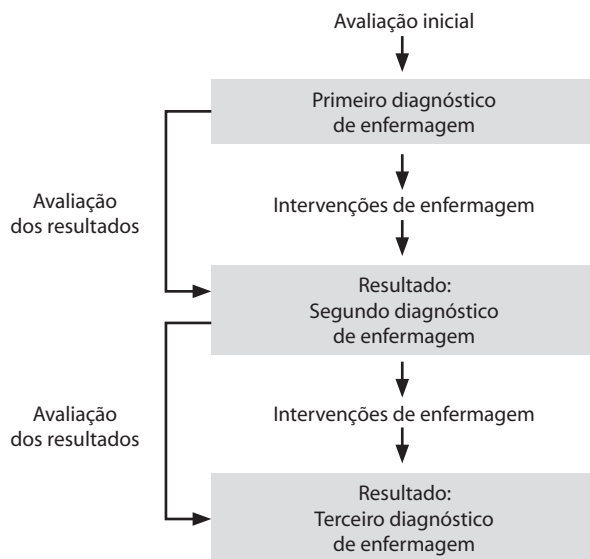


Figura 1 Dinâmica dos *resultados de enfermagem* em resposta a intervenções de enfermagem.

Fonte: International Council of Nurses.⁵

a redundância e a ambiguidade entre os termos da classificação. Assim, para a construção da Versão 1.0, divulgada em 2005, utilizou-se a Web Ontology Language (WOL) em um ambiente de desenvolvimento de ontologia, o *software Protegé*.^{7,8} Ressalte-se que essa abordagem formal, ontológica, para lidar com os conceitos do domínio da enfermagem, diferenciava a CIPE® de outros sistemas de classificação de enfermagem.⁹

A Versão 1.0, divulgada em 2005, torna a CIPE® mais do que um mero vocabulário especializado. Desde então, ela permite a acomodação de vocabulários existentes, por meio do mapeamento cruzado, o que a caracteriza como um *marco unificador* dos diferentes sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem. Além disso, como uma terminologia combinatória, a CIPE® permite o desenvolvimento de novos vocabulários, locais, e, como uma terminologia de referência, permite a identificação de relacionamentos entre conceitos e vocabulários disponíveis.^{7,8}

Uma das principais novidades da CIPE® Versão 1.0 foi o modelo de organização dos

termos nela contidos. As versões Beta e Beta 2 estavam estruturadas em duas classificações (a de Fenômenos e a de Ações de Enfermagem), com um total de dezesseis eixos, ao passo que a CIPE® Versão 1.0 contém uma única estrutura de classificação, organizada em sete eixos – o *Modelo de Sete Eixos* (Figura 2).

A nova estrutura simplificou a representação e resolveu, significativamente, os problemas de redundâncias e ambiguidades de termos, aspectos inerentes às versões Beta e Beta 2. Os sete eixos da CIPE® Versão 1.0 estão definidos e exemplificados no Quadro 2.

O Modelo de Sete Eixos facilita a composição de afirmativas, que podem ser organizadas de modo a se ter acesso rápido a agrupamentos de “enunciados preestabelecidos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem” – os *Catálogos CIPE®*, direcionados a clientela (indivíduo, família e comunidade), a prioridades de saúde (relacionadas a condições específicas de saúde, ambientes ou especialidades de cuidado) ou a fenômenos de enferma-

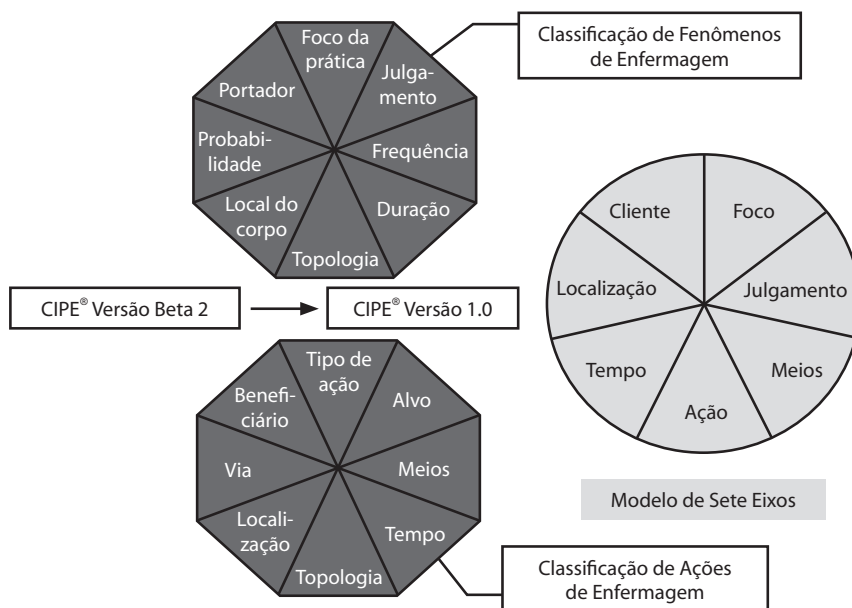


Figura 2 Da CIPE® Versão Beta 2 para o Modelo dos Sete Eixos da Versão 1.0.

Fonte: International Council of Nurses.⁷

Quadro 2

Eixos da CIPE® Versão 1.0

Eixo	Definição	Exemplos de termos
Foco	Área de atenção relevante para a enfermagem	Dor – Eliminação – Expectativa de vida – Conhecimento
Julgamento	Opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem	Risco de – Aumentado – Interrompido – Melhorado
Meios	Maneira ou método de executar uma intervenção	Bandagem – Cateter urinário – Técnica de respiração
Ação	Processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente	Promover – Encorajar – Entrevistar – Aliviar
Tempo	O momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência	Admissão – Período Pré-natal – Intermitente
Localização	Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenções	Anterior – Cavidade torácica – Creche – Hospital-dia
Cliente	Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção de enfermagem	Criança – Pai – Família – Comunidade

Fonte: International Council of Nurses.⁷

gem. Os *Catálogos CIPE*[®] podem originar dados a serem usados para apoiar e melhorar a prática clínica, o processo de tomada de decisão, a pesquisa e a formação profissional. Além disso, têm o potencial de contribuir para a expansão do uso da CIPE[®] no âmbito mundial, uma vez que permitem focalizar as variações culturais e linguísticas, locais, regionais e nacionais; os conjuntos de afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem neles contidos podem ser usados em qualquer país em que se tenha traduzido a CIPE[®], pois os códigos para essas afirmativas são sempre os mesmos.⁹⁻¹²

É possível o acesso a *Catálogos CIPE*[®] já aprovados no portal eletrônico do CIE (<<http://www.icn.ch/what-we-do/icnp-download/>>). Além de dois *Catálogos* contendo os termos pré-coordenados de diagnósticos/resultados e de intervenções de enfermagem da CIPE[®], há outros, focalizando temas específicos, já disponíveis para uso e validação clínica: adesão ao tratamento, cuidado de crianças com HIV e AIDS, cuidados paliativos, enfermagem comunitária, enfermagem em desastres naturais, indicadores de resultados de enfermagem, manejo da dor pediátrica e cuidado de enfermagem no pré-natal.

Há, ainda, outros tipos de *Catálogos CIPE*[®],* como as tabelas de equivalência entre afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem da CIPE[®] e da SNOMED-CT (*Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms*); e a tabela de equivalência entre os diagnósticos de enfermagem da CIPE[®] e a Classificação de Cuidados Clínicos (CCC) de Virgínia Saba.

No portal eletrônico do CIE também é possível o acesso a versões preliminares de *Catálogos CIPE*[®] ainda em desenvolvimento: cuidados a clientes pediátricos hos-

pitalizados, cuidados especiais em creche, cuidados pós-operatórios a pessoas com artroplastia total do quadril, prevenção de úlcera por pressão e saúde mental de adultos hospitalizados.

Em 2008, entendendo a importância de promover a inserção de dados de enfermagem nos sistemas de informação em saúde, o CIE divulgou o *Guia para desenvolvimento de Catálogos CIPE*[®]. Entre as recomendações constantes nesse *Guia*, destaca-se que, durante o processo de desenvolvimento de um *Catálogo CIPE*[®], ao serem propostos novos conceitos (afirmativas preestabelecidas de diagnósticos/resultados e de intervenções de enfermagem), estes devem ser submetidos para análise da possibilidade de inserção na CIPE[®]. Também podem ser encaminhados para análise conceitos já constantes na CIPE[®], quando há sugestão de alguma mudança (acréscimo ou retirada) em seu conteúdo ou a recomendação de sua desativação.¹²

Uma das grandes metas da construção da CIPE[®] é que seu uso possa prover o intercâmbio de dados entre populações, ambientes de prestação de cuidado, linguagens e lugares geográficos distintos. Os *Catálogos CIPE*[®] podem facilitar o alcance dessa meta. Ressalte-se ainda que, com a possibilidade de elaboração de enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, a CIPE[®] passou a se caracterizar, além de **combinatória**, como uma **terminologia enumerativa**. Além dos **conceitos primitivos**, dispostos no Modelo de Sete Eixos, a Versão 1.0 já previa a elaboração de **conceitos pré-coordenados** – de diagnósticos/resultados e de intervenções de enfermagem.

Após a Versão 1.0, em 2005, mais seis versões da CIPE[®] foram divulgadas até o momento: a Versão 1.1 (em 2008), a Versão 2.0 (em 2009), a Versão 2011, a Versão 2013, a Versão 2015 e, mais recentemente, por ocasião do Congresso do CIE ocorrido em Barcelona, na Espanha, a Versão 2017. Nessas versões, mantém-se a representação multiaxial (Modelo de Sete Eixos) para organizar os conceitos primitivos do domínio da enfermagem

* Observe-se que há diferentes **tipos** de Catálogos CIPE[®] disponibilizados no portal eletrônico do CIE: Mapeamento Cruzado entre Terminologias (*Terminology Cross-mapping*), Subconjunto Terminológico (*Terminology Subset*), Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem (*Nursing Minimum Data Set*) e Tabela de Equivalência (*Equivalency Table*).

e, além disso, apresentam-se conjuntos de conceitos pré-coordenados, de diagnósticos/resultados e de intervenções de enfermagem, para facilitar a elaboração de *Catálogos CIPE®*.

A Figura 3 demonstra a progressão do número total de conceitos da CIPE®, entre 2005 e 2017. Como se pode visualizar, este é um processo contínuo em que, progressivamente, se contará com um número maior de termos adicionados à CIPE®, para uma representação cada vez mais completa do domínio de atuação da enfermagem.

Em relação aos conceitos da CIPE®, o que se tem observado é que, à medida que aumenta o número de *conceitos pré-coordenados* (diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem), tem diminuído a participação percentual de *conceitos primitivos*, inseridos no Modelo de Sete Eixos. Em 2005, quando foi divulgada a Versão 1.0, a participação percentual de *conceitos primitivos* era de 83%, passando para 55,7% na Versão 2017. Por seu turno, a participação percentual de *conceitos pré-coordenados* era de 17% na Versão 1.0, passando a 44,3% na Versão 2017.

Vale ressaltar que, desde a Versão

2015 da CIPE®, 10 termos, por seu caráter de abstração, e tendo em vista que a partir deles se organizam os outros termos da classificação, passaram a constituir um grupo denominado de *Conceitos organizadores* (*Organizing Concepts* – OC). São eles:

Intervenção; Intervenção em Processo Não Corporal e em Processo Não Psicológico; Intervenção em Processo Corporal; Intervenção em Processo Psicológico; Diagnóstico e Resultado; Diagnóstico e Resultado, Melhorados; Diagnóstico e Resultado, Negativos; Diagnóstico e Resultado Não Corporal e Não Psicológico; Diagnóstico e Resultado, Positivos; Diagnóstico e Resultado de Processo Psicológico.

A nova versão contém 4.326 termos distribuídos entre 10 Conceitos organizadores, 1.915 Conceitos pré-coordenados (relativos a diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem) e 2.401 Conceitos primitivos. A Tabela 1 ilustra a distribuição de conceitos na Versão 2017.

Entre as principais novidades da CIPE® Versão 2017, enumeram-se:

1. **Inclusão** de 114 novos conceitos: 91 conceitos pré-coordenados (47 diagnósticos/resultados de enfermagem e 44 intervenções de enfermagem) e 23 conceitos primitivos (22 no eixo Foco e 1 no eixo Meios).
2. **Alteração editorial** (exceto no código) em 25 conceitos, a maioria das quais na grafia (18 – 72%, como *Dyspnea*, alterado para *Dyspnoea*; *Instruction Material*, alterado para *Instructional Material*; etc). Em sete (28%), as alterações editoriais visavam corrigir imprecisões conceituais: Problema Ambiental (DE/RE), Nível de Gli-

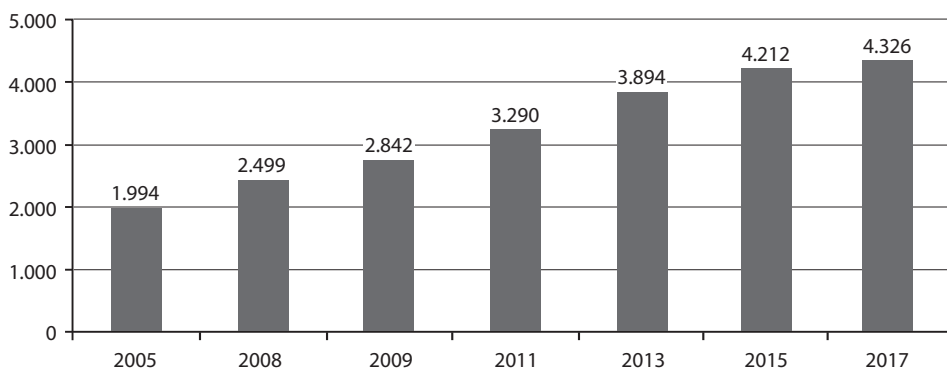


Figura 3 Evolução do número total de conceitos da CIPE®, por versão divulgada, 2005 a 2017.

Fonte: Garcia e colaboradores,¹³ atualizado com dados da Versão 2017.

TABELA 1

Distribuição e número de ocorrências de conceitos da CIPE® Versão 2017 (n=4.326)

Conceitos da CIPE® Versão 2017	Número de ocorrências
Conceitos organizadores	10
Conceitos pré-coordenados	1.915
Diagnósticos/Resultados de enfermagem	852
Intervenções de enfermagem	1.063
Conceitos primitivos	2.401
Foco	1.418
Julgamento	45
Ação	232
Localização	259
Meios	346
Tempo	69
Cliente	32
Total	4.326

Fonte: Planilha de termos da CIPE® Versão 2017, recebida do CIE em 05 abr. 2017, para tradução.

cose Sanguínea, nos Limites Normais (DE/RE), Cateterizar Bexiga Urinária (IE), Executar Desimpactação Fecal (IE), Orientar sobre Técnica de Desimpactação Fecal (IE), Técnica de Desimpactação Fecal (M) e Impactação Fecal (F)..

- Inativação** de quatro conceitos, com os respectivos códigos: 10028044 – Função do Sistema Imunológico, Eficaz; 10040670 – Bom Humor; 10038448 – Manejo (Controle) da Doença, por si próprio; e 10038453 – Manejo (Controle) do Sintoma, por si próprio.
- Reposição/Realocação** de três dos conceitos inativados, que receberam novos códigos: 10047471 – Função do Sistema Imunológico, Eficaz; 10050015 – Bom Humor; 10046844 – Manejo (Controle) da Doença, por si próprio.

Esses são aspectos que interessam especialmente a desenvolvedores de sistemas de informação, e a que somente se tem acesso ao fazer o *download* da versão completa da CIPE®, o que inclui planilhas específicas para cada caso mencionado.

PROGRAMA CIPE®

Desde o lançamento da Versão Alfa, há 21 anos, várias pesquisas e experiências de aplicação da CIPE® na prática profissional estão em andamento, no âmbito mundial. No ano de 2000, o CIE formalizou o *Programa CIPE®*, vinculando-o à área de *Prática Profissional*, que, à época, junto com a área de *Regulação* e a de *Bem-Estar Socioeconômico*, constituíam os Pilares de atuação do Conselho. Atualmente, por considerar as políticas de ação que desenvolve para promover o avanço da enfermagem, das(os) enfermeiras(os) e da saúde; as parcerias que estabelece; o apoio ativo a ideias ou causas específicas; o desenvolvimento de lideranças; a formação de redes de trabalho; a promoção de congressos e a elaboração de projetos especiais, o CIE identificou três áreas-chave, que passou a denominar como seus Pilares de atuação – a área de *Projetos*, a de *Política de Enfermagem* e a de *Advocacy*. Mais recentemente, foram acrescentadas as áreas de *Educação* e de *Eventos*.*

* Disponível em: < <http://www.icn.ch/what-we-do/what-we-do/> > Acesso em: 20 jul. 2017.

Na área de *Projetos*, que nos interessa mais de perto, estão incluídos: o Desenvolvimento de Liderança; o Fundo Educacional para Crianças do Sexo Feminino (ou para Meninas); a Biblioteca Móvel; os Centros de Bem-Estar para Trabalhadores de Atenção à Saúde; e, por fim, o *e-Health*, em cujo âmbito está inserido o *Programa CIPE®*.

Em seus aspectos organizativos, o *Programa CIPE®* envolve três componentes – pesquisa e desenvolvimento; manutenção e operações; disseminação e educação –, os quais, atuando de modo articulado, dão sustentação ao *Ciclo de vida da terminologia* (Figura 4). Cada componente envolve múltiplos processos e requer diferentes ferramentas para realizar as tarefas e gerar os produtos que lhes são próprios.^{8,9}

No componente *Pesquisa e Desenvolvimento*, os estudos sobre a CIPE® envolvem a validação de conceitos, abrangência e ampliação de seu conteúdo, análises semânticas, aplicação e utilidade prática,^{8,9} entre outros, que representam uma importante fonte para o desenvolvimento e fortalecimento da terminologia.

Em *Manutenção e Operações*, componente essencial do ciclo de vida da CIPE®, tem-se dado atenção à prática baseada em evidências; à melhoria constante da qualidade do conteúdo e à conformação com os padrões internacionais para desenvolvimento de terminologias.^{8,9} Os processos

envolvidos nesse componente orientam a revisão de conteúdo e o lançamento de novas versões, em que se busca a inserção de conteúdos que reflitam mudanças ocorridas na prática de enfermagem e/ou uma melhor compreensão de termos já constantes, bem como a adição de termos que preenchem lacunas existentes e a remoção de termos redundantes ou desatualizados, além de assegurar que a CIPE® seja/esteja compatível com o desenvolvimento da ciência de enfermagem, das ciências da classificação e da informática e do cuidado de saúde.

Em relação ao componente *Disseminação e Educação*, considera-se que somente se avalia o potencial e a qualidade de uma terminologia, como de qualquer outra tecnologia de informação, a partir da familiaridade que se demonstre ter com sua aplicação no sistema de atenção à saúde,^{8,9} isto é, com seu uso na prática profissional, seja por meio do registro em prontuários eletrônicos ou em sistemas manuais de informação. Para isso, considera-se necessário que se esteja atento às recomendações do CIE para a elaboração de afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, foco do item abordado mais adiante.

Em 2003, como parte da tarefa de coordenar a disseminação e utilização da CIPE®, entre outras atividades relacionadas ao *Ciclo de vida da terminologia*, o CIE começa a desenvolver, por intermédio do Programa CIPE®, a ideia de acreditação de Centros para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE®, dando-se particular atenção ao processo de submissão de propostas, critérios para avaliação, escopo de trabalho e responsabilidades desses Centros.¹⁴

Um *Centro CIPE® Acreditado pelo CIE* é uma Instituição, Faculdade, Departamento, Associação Nacional ou grupo semelhante, que preenche os critérios do CIE para ser designado como Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE®. Esses Centros são considerados elementos importantes não somente para o desenvolvimento da profissão, mas também para a produção de informação e conhecimento com potencial para influenciar a enfermagem nos anos futuros. Nesse contexto, ressalta-se a visão da CIPE®



Figura 4 Ciclo de vida da terminologia CIPE®.

Fonte: International Council of Nurses.⁸

como parte integral da infraestrutura global de informação sobre as políticas e práticas de cuidado à saúde.¹⁵

Cada Centro CIPE® identifica suas especificidades de trabalho (tradução, validação, aplicação, identificação de novos termos para inserção na CIPE®, etc.), espaço geográfico de atuação (local, regional, nacional, interinstitucional, etc.) ou âmbito de organização (área de especialização, experiência em pesquisa, etc.). Trabalhando em seus próprios projetos e, ao mesmo tempo, comunicando-se entre si, constituem o *Consórcio de Centros CIPE®*, fortalecendo a enfermagem, seja no âmbito local, regional ou global.¹⁵

Há, hoje,* quinze *Centros CIPE® Acreditados pelo CIE* em todo o mundo, assim distribuídos: três na América do Norte, estando um deles localizado nos Estados Unidos e dois no Canadá; dois na América do Sul, um localizado no Chile e um no Brasil; seis na Europa, sendo um sediado em Berlim, um na Polônia, um na Itália, um em Portugal, um na Irlanda e um na Noruega; três na Ásia, estando um no Irã, um na Coreia e um em Singapura; e um na Oceania, localizado na Austrália. São eles:

1. Centro Chileno para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE®, localizado no Departamento de Enfermagem da Universidade de Concepción, Chile.
2. Centro Coreano para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE®, localizado na Faculdade de Enfermagem da Universidade Nacional de Seul.
3. Centro de Enfermagem em Desastres do Programa de Pesquisa da Universidade Flinders, localizado em Adelaide, Austrália.
4. Centro do Grupo de Língua Alemã de Usuários da CIPE®, sediado em Berlim, é composto pelas Associações Nacionais de Enfermagem da Áustria, Alemanha e

Suíça, e por três grupos de usuários da CIPE® desses países.

5. Centro Franco-Canadense para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE®, localizado na Escola de Enfermagem da Universidade Sherbrooke, em Quebec, Canadá.
6. Centro Italiano para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE®, localizado na Unidade de Pesquisa em Enfermagem do Departamento de Saúde Pública e Doenças Infecciosas da Universidade Sapienza de Roma.
7. Centro Norueguês para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE®, localizado no Departamento de Ciência da Saúde e Enfermagem da Universidade de Agder, Kristiansand, Noruega.
8. Centro para Descoberta de Conhecimento sobre Dados Mínimos de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de Minnesota, Estados Unidos.
9. Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® da Associação Iraniana de Enfermagem, localizado em Teerã, no Irã.
10. Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® da RNAO, localizado em Ontário, no Canadá, e vinculado à Associação de Enfermeiras(os) Registradas(os) de Ontário (*Registered Nurses' Association of Ontario – RNAO*).
11. Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® da Universidade Federal da Paraíba, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, Brasil.
12. Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® da Universidade Médica de Łódź, Polônia.
13. Centro para Pesquisa e Desenvolvimento de Sistemas de Informação da Escola de Enfermagem do Porto, Portugal.
14. Grupo de Usuários da CIPE® da Escola de Enfermagem e Ciências Humanas da Universidade da Cidade de Dublin, Irlanda.
15. Programa de Pesquisa em Enfermagem Salutogênica (SUN), localizado no Centro de Estudos de Enfermagem Alice Lee (ALCNS), Escola de Medicina Yong Loo Lin (NUSMed) da Universidade Nacional de Singapura (NUS).

* Disponível em: < <http://www.icn.ch/what-we-do/icn-accredited-centres-for-icnpr-research-a-development/> >. Acesso em 20 jul. de 2017.

Entre as *vantagens* de ser um Centro CIPE® acreditado pelo CIE incluem-se o reconhecimento internacional, as oportunidades de colaboração como membro do *Consórcio de Centros CIPE®* e a possibilidade de participar na tomada de decisão sobre assuntos que focalizam o desenvolvimento e disseminação da CIPE®. Entre as *obrigações* estão as de ser coerente com a missão global do CIE e com a visão e metas estratégicas estabelecidas para a CIPE®.^{14,15}

ELABORAÇÃO DE AFIRMATIVAS DE DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Desde a Versão 1.0, divulgada em 2005, as orientações para a construção de afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem estiveram baseadas nos termos do Modelo de Sete Eixos da CIPE® e, particularmente, na ISO 18104, da Organização Internacional para Padronização (*International Organization for Standardization*). À época, eram aplicadas as orientações da primeira edição dessa norma, a ISO 18104:2003, que objetivava “[...] estabelecer um modelo de terminologia de referência de enfermagem coerente com as metas e objetivos de outros modelos específicos de terminologia em saúde, de modo a fornecer um modelo de referência em saúde mais unificado”.¹⁶

Segundo análise de Marin e colaboradores,¹⁷ a finalidade da ISO 18104:2003 era harmonizar as várias terminologias usadas pela(os) enfermeiras(os) para a documentação de dados dos pacientes, por se entender que uma terminologia de referência facilitaria o mapeamento dos termos de enfermagem com outras terminologias de saúde, promovendo-se, desse modo, a integração dos registros de enfermagem aos sistemas de informação em saúde.

A aplicação da ISO 18104:2003 foi essencial para o desenvolvimento e padronização da CIPE®, e para que as(os) enfermeiras(os) desenvolvessem diagnósticos/resultados e intervenções de enferma-

gem necessários à prática cotidiana. Ressalte-se que o principal objetivo daquela norma ainda continua válido, especialmente no que diz respeito ao apoio à comunicação interdisciplinar. Entretanto, no período de 2008-2009, essa norma passou por um processo de revisão, de que participaram peritos, representantes de países membros da ISO e representantes da indústria e de organizações da enfermagem.¹⁸

A segunda edição da norma, aprovada em 2014, aborda as conclusões e recomendações feitas durante uma revisão abrangente da primeira edição. Atendendo as recomendações, duas categorias redundantes foram removidas (*dimensão e recipiente do cuidado*), além de terem sido feitas outras alterações, tanto para corrigir erros identificados no decorrer da aplicação da versão anterior, como para esclarecer e atualizar definições de termos. A nova edição define estruturas categoriais de expressões terminológicas para representar diagnósticos de enfermagem e ações de enfermagem, de modo a estar em conformidade com os processos correntes de desenvolvimento de terminologias, e para refletir a prática contemporânea da enfermagem.¹⁸

Estrutura categorial para representar diagnósticos de enfermagem

Na ISO 18104:2014, um *diagnóstico de enfermagem* é considerado um “título atribuído a um achado, evento, situação ou outro aspecto de saúde, resultantes de uma coleta de dados (*assessment*), para indicar que são considerados pela(o) enfermeira(o) e pelo sujeito do cuidado como merecedores de atenção.”¹⁸ A Figura 5 contém uma representação gráfica da estrutura categorial para diagnósticos de enfermagem.

Uma afirmativa diagnóstica de enfermagem pode ser expressa como um *juízo* sobre um *foco* (p.ex.: mobilidade limitada, nutrição deficitária), ou como uma expressão simples de um *achado clínico* representando um estado alterado, um pro-

cesso alterado, uma estrutura alterada, uma função alterada ou um comportamento alterado que se observou em um sujeito do cuidado (p.ex.: ferida, náusea, dor e depressão). Para o primeiro tipo de expressão (*juízo* sobre um *foco*), são obrigatórios um descritor para *juízo* e um descritor para o *foco*. O *foco* pode ser qualificado, ainda, pelo *lugar* em que ocorre (p.ex.: integridade tissular do calcanhar esquerdo).¹⁸

A afirmativa diagnóstica de enfermagem pode ter um potencial associado, indicando que há um *risco de* ou *chance de* ocorrência de um diagnóstico de enfermagem. Um *risco* é um *potencial* para ocorrência de um diagnóstico negativo (p.ex.: risco de depressão, risco de úlcera por pressão); uma *chance* (ou oportunidade) é um *potencial* para ocorrência de um diagnóstico positivo (p.ex.: chance de peso corporal reduzido, chance de interação social melhorada). Uma afirmativa diagnóstica de enfermagem também pode estar associada a um *sujeito da informação* que não seja o *sujeito do registro* (normalmente, o paciente) – p.ex.: estresse

do cuidador, competências parentais pobres. Uma afirmativa diagnóstica de enfermagem pode ser qualificada por *grau* (leve, moderado, severo – p.ex.: ansiedade moderada, dor severa), *curso clínico* (agudo, crônico, súbito – p.ex.: infecção aguda, redução súbita no peso corporal) e *tempo* (p.ex.: náusea matinal).¹⁸

Estrutura categorial para representar ações de enfermagem

Na ISO 18104:2014, *ação de enfermagem* é considerada, de modo geral, como “atos intencionais aplicados a um ou mais alvos, por meio de uma ação.” Mais particularmente, o termo é entendido como “atos realizados por uma(um) enfermeira(o), ou sob sua orientação, com a intenção de, direta ou indiretamente, melhorar ou manter a saúde de uma pessoa, grupo ou população.”¹⁸

Na norma em tela, ressalta-se que o termo *intervenção de enfermagem* às vezes

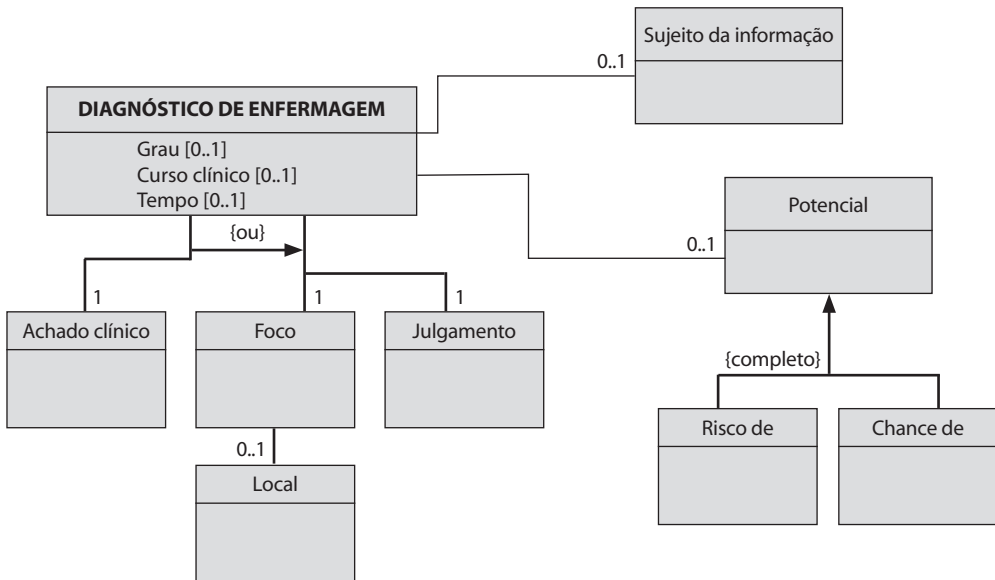


Figura 5 Estrutura categorial para representar diagnósticos de enfermagem.

Fonte: Traduzida e reproduzida da ISO 18104:2014,¹⁸ mediante autorização expressa da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT.

é usado como sinônimo de *ação de enfermagem*. Citam como exemplos: a CIPE®, em que se define *ação de enfermagem* como o “desempenho de enfermeiras(os) na prática” e *intervenção de enfermagem* como “uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem”; a Classificação de Cuidados Clínicos, de Virgínia K. Saba, em que *intervenção de enfermagem* é definida como “uma ação de enfermagem, um tratamento, um procedimento, atividade ou serviço, designado a atingir um resultado para um diagnóstico médico ou de enfermagem, pelo qual a(o) enfermeira(o) é responsável”; e a Classificação de Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification – NIC), que define o termo intervenção de enfermagem como “qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado por uma(um) enfermeira(o) para melhorar os resultados obtidos pelo paciente/cliente”. Concluem que esses exemplos não abrangem, explicitamente, ações de coleta de dados (*assessment*) ou de avaliação, considerados componentes-chave da prática profissional e incluídos nos registros de enfermagem. Do mesmo modo, não incluem o planejamento da assistência e de outras atividades de coordenação de cuidado. Por essas razões, justificam que, na ISO 18104:2014, o termo *ação de enfermagem* é usado “para incluir a coleta de dados (*assessment*), avaliação e planejamento de ações, bem como intervenções mais diretas a exemplo de *cuidar de, administrar, remover, orientar, alimentar, executar*”, entre outros.¹⁸

A Figura 6 contém uma representação gráfica da estrutura categorial para ações de enfermagem.

A afirmativa de uma *ação de enfermagem* deve conter um descritor para *ação* e, no mínimo, um descritor para *alvo*, ou seja, a entidade que é afetada pela ação (p.ex.: remover curativo da ferida, em que a *ação* remover tem como *alvo* o curativo da ferida). A exceção é quando o único *alvo* é o

sujeito do registro e inerente à expressão, quando não há necessidade de incluí-lo.¹⁸

As afirmativas de *ações de enfermagem* podem ser qualificadas por *meios* (p.ex.: alimentar com colher, em que a *ação* alimentar tem como *meio* a colher), *via* (p.ex.: administrar insulina subcutânea, em que a *ação* administrar insulina tem como *via* a subcutânea) e *tempo* (p.ex.: administrar antieméticos antes das refeições, em que a *ação* administrar antieméticos tem, como *tempo* em que deve ocorrer, o período que antecede as refeições). A categoria *lugar* deve ser usada na elaboração de afirmativas de ações de enfermagem para especificar melhor a posição de um alvo (p.ex.: remover o curativo da ferida, em que a *ação* remover o curativo tem, como *local* da remoção, a ferida).¹⁸

Resultados de enfermagem

Desde a Versão Alfa, divulgada em 1996, o CIE tem se referido à CIPE® como uma terminologia padronizada, que nomeia, classifica e vincula fenômenos que descrevem a prática de enfermagem: o que a enfermagem faz (intervenções de enfermagem), face ao julgamento sobre determinadas necessidades humanas e sociais (diagnósticos de enfermagem), para produzir resultados sensíveis às intervenções de enfermagem (resultados de enfermagem).^{3,7} Nas versões Beta e Beta 2, *resultado de enfermagem* foi definido como “a medida ou o estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos no tempo, após uma intervenção de enfermagem”.⁵

Esse entendimento parece estar ratificado na ISO 18104:2014, em que um *resultado de enfermagem* é definido como “um julgamento que identifica a extensão da mudança em um achado clínico ou diagnóstico de enfermagem, ou o alcance de metas/resultados esperados”. Estão descritos na norma três padrões para elaboração de afirmativas de resultados de enfermagem.¹⁸ São eles:

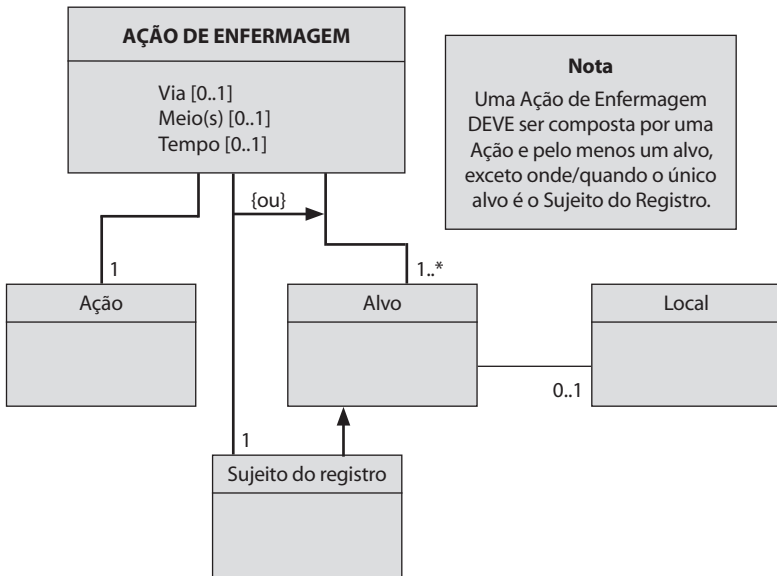


Figura 6 Estrutura categorial para representar ações de enfermagem.

Fonte: Traduzida e reproduzida da ISO 18104:2014,¹⁸ mediante autorização expressa da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT.

- a) Mudança/ausência de mudança em um achado clínico mensurado ou observado antes e após uma ação de enfermagem.

Exemplo

- Primeiro achado clínico: *dorme 2-3 horas por noite*
- Segundo achado clínico: *dorme 6 horas por noite*
- Resultado: *padrão de sono melhorado*

- b) A medida ou o estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos no tempo, após uma intervenção de enfermagem.

Exemplo

- Primeiro diagnóstico: *sono extremamente alterado*
- Segundo diagnóstico: *sono moderadamente alterado*
- Resultado: *padrão de sono melhorado*

- c) Alcance ou progresso em relação a uma meta/resultado esperado, identificados pela mudança/ausência de mudança em um achado clínico mensurado ou

observado antes e após uma ação de enfermagem.

Exemplo

- Meta: *dormir ao menos 5 horas por noite*
- Achado clínico após intervenção: *dorme 6 horas por noite*
- Resultado: *meta alcançada*

Os padrões descritos indicam que a estrutura categorial descrita na norma ISO 18104:2014 para representar diagnósticos de enfermagem (incluindo achados clínicos) é suficiente para orientar a representação de metas e resultados de enfermagem esperados, de modo que não é necessário o desenvolvimento de uma estrutura categorial específica para resultados de enfermagem, uma das recomendações que foram apresentadas na revisão da primeira edição dessa norma.¹⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CIE assumiu a tarefa de coordenar a construção da CIPE[®] por entendê-la como um

instrumento de informação para descrever a prática da enfermagem; prover dados que identifiquem a contribuição da enfermagem na atenção à saúde; promover avanços nos campos de prática profissional, por meio de sua aplicação na assistência, educação, pesquisa e gerência de enfermagem.

A CIPE® foi planejada para ser parte integral da infraestrutura global de informação, fornecendo dados sobre as práticas e as políticas de atenção à saúde, de sorte a melhorar a atenção à clientela, no âmbito mundial. Desse modo, caracteriza-se como um instrumento que facilita a comunicação da(o)s enfermeira(o)s entre si, com outros profissionais de saúde e com os formuladores de políticas relacionadas à saúde e à formação de recursos humanos.

Em sua evolução, a CIPE® tem demonstrado ser uma tecnologia de informação que, durante a execução do Processo de Enfermagem, facilita o raciocínio clínico e a documentação padronizada do cuidado prestado ao paciente pelo profissional de enfermagem, seja em prontuários eletrônicos ou em sistemas manuais de registros. Os dados e as informações resultantes dessa documentação podem ser usados na elaboração de políticas de saúde e de educação em enfermagem; no planejamento e gerenciamento do cuidado de enfermagem; e na análise do impacto que as ações de enfermagem exercem sobre as condições de saúde e bem-estar das pessoas.

Entretanto, como já afirmado, a aplicação deliberada e, sobretudo, a documentação padronizada do Processo de Enfermagem não são consenso no meio profissional. Para a Enfermagem, o descaso com o registro do processo de cuidado no prontuário do paciente ou em outros documentos próprios da Enfermagem pode resultar, por um lado, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional e, por outro, em obstáculo para o avanço da ciência de Enfermagem. Faz-se necessário, pois, que as(os) enfermeiras(os) utilizem o conhecimento teórico-prático e os instrumentos, métodos e processos específicos da área, ao ensinar, ao pesquisar, na gerência e na execução do cuidado de enfermagem, buscan-

do a excelência das ações, as suas e as de sua equipe, para alcançar a principal finalidade da profissão – prestar um cuidado digno, sensível, competente e resolutivo, que contribua para a solução, para o alívio ou para a prevenção de problemas de saúde, promovendo modos saudáveis de vida para as pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Garcia TR, Nóbrega MML. Classificação Internacional para a prática de enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(Esp):875-9.
2. International Council of Nurses. Nursing's next advance: an International Classification for Nursing Practice (ICNP). Geneva: ICN; 1993.
3. International Council of Nurses. The International Classification for Nursing Practice: a unifying framework – The Alpha Version. Geneva: ICN; 1996.
4. Garcia TR, Cubas MR, Almeida MA. Resultados de enfermagem. In: Garcia TR, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 127-34.
5. International Council of Nurses. International Classification for Nursing Practice: ICNP®. Beta 2. Geneva: ICN; 2001.
6. Garcia TR. Aplicabilidade da CIPE® na atenção de enfermagem em saúde materna. *Proenf Saúde Materna e Neonatal.* 2013;4(2):9-52.
7. International Council of Nurses. International Classification for Nursing Practice: ICNP®. Version 1.0. Geneva: ICN; 2005.
8. International Council of Nurses. International Classification for Nursing Practice: ICNP®. Version 2. Geneva: ICN; 2009.
9. Coenen A, Kim TY. Development of terminology subsets using ICNP®. *Int J Med Informatics.* 2010;79(7):530-8.
10. International Council of Nurses. Nurse experts needed for ICNP® catalogue review. *ICNP® Bulletin [Internet].* 2007 [capturado em 23 jul. 2014];7(1). Disponível em: http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/bulletins/icnp/ICNP_Bulletin_June_2007_eng.pdf

11. Bartz C, Coenen A, Hardiker N, Jansen K. (2007). ICNP® Catalogues. In Oud N, Sheerin F, Ehnfors M, Sermeus W, editors. ACENDIO 2007: proceedings of the 6th European Conference of ACENDIO; Amsterdam: Oud Consultancy; 2007. p. 256-258.
12. International Council of Nurses. Guidelines for ICNP® catalogue development. Geneva: ICN; 2008 [capturado em 04 abr. 2016]. Disponível em: http://www.icn.ch/images/stories/documents/programs/icnp/icnp_catalogue_development.pdf
13. Garcia TR, Bartz CC, Coenen A. CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: Garcia TR, organizadora. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 24-36.
14. Garcia TR, Nóbrega MML. Centros para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE®. In: Garcia TR, organizadora. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed; 2015. p. 39-47.
15. International Council of Nurses. ICN Accredited Centres for ICNP® Research and Development: guidelines for application and re-accreditation. Geneva: ICN; 2013.
16. International Organization for Standardization. Health informatics: integration of a reference terminology model for nursing (ISO/FDIS 18104:2003). Geneva: ISO; 2003.
17. Marin HF, Peres HHC, Dal Sasso GTM. Análise da estrutura categorial da Norma ISSO 18104 na documentação em Enfermagem. Acta Paul Enferm. 2013;26(3):299-306.
18. International Organization for Standardization. Health Informatics: categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems (ISO/FDIS 18104:2014). Geneva: ISO; 2014.