



UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

**NUNO DAMÁCIO DE CARVALHO FÉLIX**

**DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM DA CIPE® PARA PESSOAS  
COM SÍNDROME METABÓLICA**

CRATO  
2016

**NUNO DAMÁCIO DE CARVALHO FÉLIX**

**DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM DA CIPE® PARA PESSOAS  
COM SÍNDROME METABÓLICA**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado de Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Cuidado de Enfermagem e Saúde nas Diferentes Fases do Ciclo Vital.

Eixo Temático: Cuidado de Enfermagem na Saúde Cardiovascular de Adultos e Idosos.

Orientadora: Profa. Dra. Célida Juliana de Oliveira.

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, para qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

F316d

Félix, Nuno Damácio de Carvalho.

Diagnósticos/resultados de enfermagem da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica/ Nuno Damácio de Carvalho Félix. – Crato-CE, 2016

130p.; il.

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri-URCA. Área de Concentração: Cuidado de Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Cuidado de Enfermagem e Saúde nas Diferentes Fases do Ciclo Vital. Eixo Temático: Cuidado de Enfermagem na Saúde Cardiovascular de Adultos e Idosos.

Orientadora: Profa. Dra. Célida Juliana de Oliveira.

1. Enfermagem; 2. Classificação; 3. Terminologia; 4. Diagnóstico de Enfermagem; 5. Síndrome x Metabólica;

I. Título.

CDD: 610.73

**NUNO DAMÁCIO DE CARVALHO FÉLIX**

**DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM DA CIPE® PARA PESSOAS  
COM SÍNDROME METABÓLICA**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da  
Universidade Regional do Cariri, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Apresentada em: 14/04/2016

Conceito obtido: Satisfatório

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Célida Juliana de Oliveira  
Universidade Regional do Cariri (URCA)  
*Orientadora*

---

Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)  
*1º membro*

---

Profa. Dra. Vitória de Cássia Félix Rebouças  
Universidade Regional do Cariri (URCA)  
*2º membro*

---

Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)  
*Membro suplente*

---

Profa. Dra. Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago  
Centro Universitário Estácio do Ceará  
*Membro suplente*

## DEDICATÓRIA

À mulher da minha vida, que esteve/está sempre presente na minha vida, compartilhando dos meus sonhos, à qual dedico não somente esse trabalho, mas também o momento de defesa da dissertação: Minha amada tia, **Isabel Ana de Carvalho Neta** (*in memoriam*).

## AGRADECIMENTOS

Ao **Senhor Deus** todo poderoso, que me abençoa com saúde e prosperidade pessoal e profissional. A Ti, Senhor, toda honra e toda glória. Amém.

À minha família, em nome da minha mãe **Maria Lucimeiry** e do meu pai, **Pedro Félix** (*in memoriam*), pelo apoio e por acreditar nos meus sonhos. À minha madrinha **Marizalva**, pela bela criação e educação repassada a mim.

Aos meus primos e primas, em nome de **Renan Félix**, **Clarissa Carvalho** e **Daniel Dantas**, por sempre acreditarem em mim e incentivarem a cada desafio.

Aos meus amigos e amigas de infância, em nome de **Yanna Jéssica**, **Samira Leite** e **Willian Max**, por entenderem a minha ausência e se fazerem sempre presentes na minha vida.

Às amigas **Simone Damasceno**, **Erika Campos**, **Angélica Almeida** e **Camila Almeida**, por estarem sempre compartilhando momentos bons e vitoriosos, com muito companheirismo e lealdade. Dedico de forma especial à **Fabrcio Rodrigues**, uma pessoa maravilhosa que Deus colocou na minha vida. Amo vocês.

Aos meus professores, em especial à **Eduarda Rodrigues**, **Milena Costa**, **Olga Feitosa**, **George Xavier**, **Aline Sucupira**, **Lívia Parente**, **Ilara Parente** e **Gláucia Bispo**. Chegar até aqui é reflexo de um ensino de qualidade e de estímulos que disseminarei enquanto docente.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB, no nome da querida Prof<sup>a</sup> **Miriam da Nóbrega** e o **Centro CIPE<sup>®</sup> Brasil**. Sou muito grato por toda a aprendizagem e atenção disponibilizada em colaborar nesse estudo. Muito obrigado!

À **Universidade Regional do Cariri**, pela oportunidade de cursar Mestrado sem ter que me deslocar a uma capital. Aos professores do PMAE, em nome da professora **Fátima Antero** e aos meus colegas de turma, em nome de **Adriana Moraes** e **Naanda Kaanna**. Ao **Departamento de Enfermagem**, em nome de **Evilene Vasconcelos** (Vivi) e **Nizete Tavares**, por colaborar nesse processo enquanto docente integrante do mesmo.

E, por último, mas não menos importante, à **Célida Juliana**. Você, querida professora e amiga, é o meu maior título. A sua amizade é o “Qualis A1” da minha vida. Obrigado por acreditar nos meus sonhos e, às vezes loucuras, mas saiba que o meu respeito é independente de qualquer coisa. Que Deus conceda à você e sua família muita saúde.

A todos, que de forma direta ou indireta, que contribuíram na consolidação desse trabalho e a realização de um sonho: *ser Mestre em Enfermagem*.

*Obrigado a todos.*

## RESUMO

FÉLIX, Nuno Damácio de Carvalho. **Diagnósticos/resultados de enfermagem da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica.** 2016. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Regional do Cariri, Crato, 2016.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é um instrumento complexo e abrangente, que inclui milhares de termos e definições. A partir do seu uso, documenta-se a assistência de enfermagem reforçando, de modo sistemático, sua segurança e qualidade. Enquanto instrumental tecnológico de informação, a classificação funciona como sistema dinâmico capaz de fornecer dados que embasam o processo decisório do enfermeiro, possibilitando a elaboração de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem por um só sistema de classificação, direcionados a uma prioridade de saúde, no caso, a síndrome metabólica. Objetivou-se construir o banco de termos sobre síndrome metabólica relevantes à prática de Enfermagem evidenciados nas publicações oficiais brasileiras e elaborar enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem a partir da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica, com base no referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas. Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico que ocorreu em quatro etapas: 1) Identificação e validação de termos relevantes para o cuidado com a prioridade de saúde; 2) Mapeamento cruzado dos termos identificados com os termos da CIPE®; 3) Construção dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, tendo como base conceitual a Teoria das NHB de Horta; e 4) Mapeamento cruzado dos enunciados construídos com os constantes na CIPE®. Foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA) sob o parecer de Nº 1.396.193. Foram extraídos 49.867 termos das publicações oficiais selecionadas, sendo excluídas as repetições e submetidos ao processo de normalização e uniformização, consolidando um total de 378 termos relevantes para o cuidado de enfermagem com ênfase na pessoa com síndrome metabólica. Desses, 370 termos foram validados a partir do consenso entre especialistas quanto à pertinência na temática. Após o mapeamento cruzado dos termos válidos com os termos da classificação, 207 termos foram considerados como constantes, 163 termos não constantes na CIPE® 2015, sendo que 140 termos se adequaram aos eixos da classificação e 23 termos não se adequaram. Esses subsidiaram a elaboração de 52 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem com base na CIPE® 2015, nas recomendações do CIE e no modelo teórico das NHB, totalizando 32 enunciados, e 16 não constantes na versão 2015 da classificação. Os 52 diagnósticos/resultados de enfermagem foram distribuídos nas necessidades humanas básicas com predomínio da necessidade de Aprendizagem. O estudo alcançou seus objetivos, ao passo que se contribuiu com o desenvolvimento da classificação, sendo essa um dos principais meios para o alcance de maior visibilidade da Enfermagem enquanto ciência independente e inter-relacionada às demais, organizada por uma teoria de comprovada relevância e com o aumento do conhecimento dos possíveis problemas de enfermagem de uma prioridade de saúde por parte dos enfermeiros no âmbito gerencial, assistencial e acadêmico.

**Descritores:** Enfermagem; Classificação; Terminologia; Diagnóstico de Enfermagem; Síndrome X Metabólica.

## ABSTRACT

FÉLIX, Nuno Damácio de Carvalho. **Nursing diagnoses/outcomes ICNP® for people with metabolic syndrome.** 2016. 130f. Dissertation (Master in Nursing). Center of Life Sciences and Health. Regional University of Cariri, Crato, 2016.

The International Classification for Nursing Practice (ICNP®) is a complex and comprehensive instrument, which includes thousands of terms and definitions. Which from its use, documenting the assistance of nursing by strengthening, in a systematic manner, their safety and quality. While information technology instrumental, sorting works like dynamic system able to provide data that supports the decision-making process of the orderly, allowing the elaboration of nursing diagnosis/outcomes and interventions for a single classification system, directed to a health priority, in this case, the metabolic syndrome. The aim was build the bank of terms about metabolic syndrome relevant to nursing practice evidenced in the Brazilian Official publications and prepare statements of nursing diagnosis/outcomes from the ICNP® for people with metabolic syndrome, based on the theoretical framework of Basic Human Needs. This is a survey of methodological development that occurred in four steps: 1) Identification and validation of terms relevant to the care of the health priority; 2) Cross the terms mapping identified with the terms of the ICNP®; 3) Construction of Nursing diagnoses/outcomes, based on Horta's Theory of BHN; and 4) Cross-mapping of statements constructed with the constants in the ICNP®, approved by the Ethics and Research Committee of the Regional University of Cariri, under the protocol 1.396.193. 49.867 terms have been taken from selected publications, being excluded the repetitions and subjected to the process of normalization and standardization, consolidating a total of 378 relevant terms to the nursing care with emphasis on person with metabolic syndrome. Of those, 370 terms were validated from the consensus among the experts as to the relevance in the theme. After cross-mapping of the valid terms with the classification terms, 207 terms were considered constant, 163 terms not listed in ICNP® 2015 with 140 terms are suited to the classification axes and 23 terms not qualify. These supported the development of 52 listed diagnosis / nursing results based on ICNP® 2015, the CIE's recommendations and the theoretical model of NHB, totaling 32 statements, and 16 do not appear in the 2015 version of the classification. The 52 nursing diagnosis/outcomes were distributed in basic human needs proposed by Horta, with predominance of the need for learning. The study achieved their goals, while if contributed the development of the classification, being this one of the principal means for achieving greater visibility of nursing as a science independent and interrelated the other, organized by a proven relevance theory and with the increased knowledge of the possible problems of nursing health priority by the nurses in the management frame work and academic assistance.

**Keywords:** Nursing; Classification; Terminology; Nursing Diagnosis; Metabolic Syndrome X.



## LISTA DE SIGLAS E ABEREVIATURAS

<b>AVE</b>	Acidente vascular encefálico
<b>CA</b>	Circunferência abdominal
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>CIE</b>	Conselho Internacional de Enfermeiras
<b>CIPE®</b>	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
<b>cm</b>	Centímetros
<b>CNR</b>	Conselho Nacional de Representantes
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>DCNT</b>	Doenças crônicas não transmissíveis
<b>DCV</b>	Doença cardiovascular
<b>dL</b>	Decilitros
<b>DM2</b>	Diabetes mellitus tipo 2
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>FCI</b>	Família de Classificações Internacionais
<b>GPESCC</b>	Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular
<b>GVJ</b>	Glicemia venosa de jejum
<b>HDL-C</b>	Lipoproteína de alta densidade
<b>ICN</b>	<i>International Council of Nurses</i>
<b>IDF</b>	<i>International Diabetes Federation</i>
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corpórea
<b>ISO</b>	<i>International Standardization Organization</i>
<b>LDL-C</b>	Lipoproteína de baixa densidade
<b>mg</b>	Miligramas
<b>mmHg</b>	Milímetros de mercúrio
<b>NANDA-I</b>	<i>NANDA International, Inc.</i>
<b>NCEP/ATPIII</b>	<i>National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III</i>
<b>NHB</b>	Necessidades Humanas Básicas
<b>NIC</b>	<i>Nursing Interventions Classification</i>
<b>NOC</b>	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PA</b>	Pressão arterial
<b>PE</b>	Processo de Enfermagem

<b>PMAE</b>	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
<b>PPGENF</b>	Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>SM</b>	Síndrome metabólica
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TG</b>	Triglicerídeo plasmático
<b>UECE</b>	Universidade Estadual do Ceará
<b>UFPB</b>	Universidade Federal da Paraíba
<b>URCA</b>	Universidade Regional do Cariri

## LISTA DE FIGURAS

	p.
<u>FIGURA 1</u> – Evolução dos eixos da CIPE®.....	29
<u>FIGURA 2</u> – Ciclo de vida da Terminologia CIPE® e o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos.....	32
<u>FIGURA 3</u> – Parcerias externas do Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® da Universidade Federal da Paraíba. ....	35
<u>FIGURA 4</u> – Estrutura categorial para diagnósticos de enfermagem.....	51
<u>FIGURA 5</u> – Quantitativo de termos extraídos das publicações oficiais por meio do PORONTO.....	53

## LISTA DE QUADROS

	p.
<u>QUADRO 1</u> – Eixos da CIPE® Versão 1.0.....	30
<u>QUADRO 2</u> – Componentes da síndrome metabólica.....	38
<u>QUADRO 3</u> – Classificação das necessidades humanas básicas de acordo com Horta e na classificação proposta pelo referencial da ABEn.....	44
<u>QUADRO 4</u> – Apresentação dos termos identificados com frequência $\geq 30$ .....	54
<u>QUADRO 5</u> – Termos validados pelo consenso de especialistas.....	55
<u>QUADRO 6</u> – Análise quanto à similaridade e abrangência dos termos extraídos e validados em relação aos termos da CIPE® 2015.....	57
<u>QUADRO 7</u> – Banco de termos para a prática de enfermagem relacionado à pessoa com síndrome metabólica.....	66
<u>QUADRO 8</u> – Lista de enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem elaborados para a pessoa com síndrome metabólica.....	69
<u>QUADRO 9</u> – Classificação das enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem para pessoas com síndrome metabólica após o mapeamento cruzado com o enunciados constantes na CIPE®.....	71
<u>QUADRO 10</u> – Lista de enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem analisados para pessoas com síndrome metabólica.....	74
<u>QUADRO 11</u> – Distribuição dos diagnósticos/resultados de enfermagem para pessoas com síndrome metabólica de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas propostas por Horta (2011) e na classificação proposta pela ABEn (2012).....	76

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
3.1 Enfermagem: Ciência, fenômeno e o cuidado como objeto de conhecimento.....	20
3.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem e seus sistemas de classificação .....	21
3.3 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® e a construção de subconjuntos terminológicos .....	27
3.4 Considerações sobre a síndrome metabólica .....	36
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>41</b>
4.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas.....	41
<b>5 MÉTODOS.....</b>	<b>45</b>
5.1 Tipo do estudo .....	45
5.2 Etapas da elaboração dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica.....	45
5.2.1 1ª etapa: Identificação e validação de termos relevantes para o cuidado com a prioridade de saúde .....	46
5.2.2 2ª etapa: Mapeamento cruzado dos termos identificados com os termos da CIPE® .....	48
5.2.3 3ª etapa: Construção dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem .....	49
5.2.4 4ª etapa: Mapeamento cruzado dos enunciados construídos com os da CIPE®.....	51
5.3 Aspectos éticos da pesquisa.....	51
<b>6 CONSTRUÇÃO DO BANCO DE TERMOS DE ENFERMAGEM PARA SÍNDROME METABÓLICA .....</b>	<b>52</b>
<b>7 DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM DA CIPE® PARA PESSOAS COM SÍNDROME METABÓLICA.....</b>	<b>68</b>
<b>8 DISCUSSÃO .....</b>	<b>77</b>
<b>9 CONCLUSÃO.....</b>	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>95</b>

<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS .....</b>	<b>112</b>
<b>APÊNDICE C – INSTRUMENTO COM OS TERMOS UTILIZADOS NA VALIDAÇÃO POR CONSENSO .....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>127</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta pesquisa é uma proposta de padronização terminológica para o cuidado de enfermagem a pessoas com síndrome metabólica a partir da elaboração de diagnósticos/resultados de enfermagem, sendo para tal, utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>). A CIPE<sup>®</sup> é um importante programa do *International Council of Nurses* (ICN)/Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), destinado a integrar, no âmbito mundial, a infraestrutura da informação sobre a política e a prática de atenção à saúde, sensível às diversidades culturais, fortalecendo a Enfermagem como ciência, permitindo o seu desenvolvimento e acompanhando o progresso da sociedade (NASCIMENTO, 2013; CIE, 2007).

A saúde mundial evolui em meio a um grande movimento político e econômico ocorrido neste início do século XXI. Os efeitos da pobreza, da fome, da guerra, assim como as enfermidades, os traumatismos, as doenças endêmicas, as doenças crônico-degenerativas, entre outros, ameaçam a saúde e o bem-estar da população. Por outro lado, cada vez mais se dispõe de tecnologias de informação para processar e gerenciar dados que melhorem a prática profissional, a formação, a administração, a investigação e a divulgação dos conhecimentos, neles contida a Enfermagem. Nessa perspectiva, há muito tempo tem-se considerado que a articulação clara do exercício da Enfermagem é essencial para que se reconheça plenamente a amplitude e a profundidade da profissão (ICN, 2008) que se encontra em processo contínuo de construção.

O enfermeiro está inserido em um amplo debate sobre o reconhecimento da Enfermagem como ciência, ao passo que está busca consolidar suas práticas como ações oriundas de evidências científicas. Desde a graduação, trabalhos são produzidos e apresentados, mas nem sempre publicados, assim como muitos termos são utilizados e outros novos são identificados, mas não refletem o objeto da profissão, o cuidado de enfermagem. Fala-se em termos técnico-científicos, porém é preciso estruturá-los de acordo com a utilidade para a disciplina e sua caracterização científica no contexto da Enfermagem, possibilitando uma padronização da linguagem utilizada pelos profissionais.

Considerando-a um ofício recente no campo da saúde nacional e internacional, o emprego de uma linguagem padrão na Enfermagem tem sido apontado como um dos meios que essa profissão busca alcançar a conformação de ciência, delineando o seu cuidado sistematizado, baseado em evidências e direcionado a prioridades de saúde inseridas no seu espectro de ação.

Tannure, Chianca e Garcia (2009) corroboram a perspectiva supracitada, ao afirmar que a Enfermagem vem demonstrando uma preocupação quanto à consolidação enquanto ciência e fortalecer sua prática clínica por meio de uma linguagem específica para estabelecer a definição e a descrição das suas ações. Contudo, a falta de uma uniformização desse vocabulário próprio tem dificultado a identificação de termos necessários para classificar e nomear o exercício da Enfermagem.

Leal (2006) defende que só a partir de uma linguagem própria e padronizada os enfermeiros poderão comprovar que desempenham um papel relevante e científico na área dos cuidados de saúde. Para a referida autora, a ciência Enfermagem já existe e continua a crescer e a fortalecer-se, porquanto resolve seus problemas e desenvolve um corpo de conhecimento por meio da reflexão.

Entretanto, é um desafio criar um vocabulário padronizado e que atenda aos critérios de validade, especificidade, recuperação de dados e facilidade de comunicação. Acredita-se que um vocabulário clínico deve ser simples de entender, fácil de codificar, intuitivo para os profissionais da área de saúde e tenha o mesmo significado para profissionais de variadas regiões (MARIN, 2000). Por esta razão, os pesquisadores da área têm referido que a aplicação de normas de terminologia é essencial para o desenvolvimento de sistemas de informação que facilitem a tomada de decisões e a prática da Enfermagem baseada em evidências (NÓBREGA; GARCIA, 2009).

A importância quanto à padronização terminológica e sua compreensão podem ser percebidas em aspectos básicos como o entendimento sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE), muitas vezes compreendidos como sinônimos, mas que possuem suas particularidades, fundamentais para o cuidado de enfermagem com método científico.

Leopardi (2006) refere que a expressão Sistematização da Assistência de Enfermagem pode ser compreendida como a adoção de um modo de fazer e uma organização das condições necessárias à realização do Processo de Enfermagem, no que diz respeito a método, pessoal e instrumentos.

O PE é compreendido como um instrumento metodológico que permite identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever, em um dado momento do processo saúde e doença, as necessidades humanas que demandam o cuidado profissional de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2009b). Wanda Horta (2011) definiu o PE como uma dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando o cuidado ao ser humano, aceção que

permanece nas definições de autores contemporâneos, demonstrando a relevante participação da teórica na conceitualização e difusão do processo.

Para tanto, a Resolução N° 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, dispõe sobre a SAE e a implementação do PE em ambientes nos quais ocorre o cuidado de Enfermagem, apontando o enfermeiro como responsável pela sua implementação, planejamento, organização, execução e avaliação. Além disso, a SAE deve ser registrada formalmente no prontuário do paciente, devendo ser pautado por uma teoria de enfermagem (COFEN, 2009).

Horta (2011) refere a partir da análise dos dados obtidos na primeira etapa do PE, o *histórico de enfermagem*, são identificados os problemas de enfermagem, propiciando a identificação das necessidades humanas básicas e o grau de dependência do paciente em relação ao seu atendimento. Assim, o *diagnóstico de enfermagem* consiste na identificação dessas necessidades básicas do ser humano que precisam ser atendidas e determinadas pelo enfermeiro, a fim de alcançar *resultados* satisfatórios. A teórica menciona que, em especial, os diagnósticos de enfermagem vêm sendo objetos de estudo e debates dada a sua complexidade e o estado de evolução em que se encontra a disciplina enquanto ciência, devendo esse objeto ter como base um modelo teórico.

Garcia, Nóbrega e Coler (2008) corroboram essa necessidade do suporte conceitual de uma teoria para a implementação do PE em todas as suas etapas, facilitada pela utilização de uma classificação dos termos empregados na prática profissional. Seguindo essa premissa, o presente estudo terá o suporte conceitual da brasileira Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 2011), a partir da sua teoria das Necessidades Humanas Básicas, devido à pertinência e aplicabilidade, além de ser apontada como a mais utilizada para o presente tipo de estudo (CLARES; FREITAS; GUEDES, 2014), a partir de um sistema de classificação e direcionado para a prioridade de saúde selecionada.

Clares (2014) destaca que o desenvolvimento dos sistemas de classificação em enfermagem supõe a utilização de uma linguagem própria da categoria, mediante adoção de termos atribuídos aos fenômenos de sua prática clínica, resultando, portanto, na universalização da linguagem, na padronização da comunicação, troca de informações entre enfermeiros e maior reconhecimento profissional. A utilização de sistemas de classificação na execução e registro da sistematização do cuidado tem sido difundida pelo mundo e, nessa perspectiva de avanço, muitos sistemas sugeriram e estão em constante aperfeiçoamento.

No final década de 1980, a Enfermagem já contava com alguns sistemas de classificação dos termos da linguagem profissional, cujo desenvolvimento estava relacionado



com alguma das fases do PE, como a Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional, *Inc.*, o Sistema Comunitário de Saúde de Omaha, a Classificação de Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification - NIC*), a Classificação de Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification - NOC*) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (NÓBREGA; GARCIA, 2009).

A CIPE® é um instrumento complexo e abrangente, que inclui milhares de termos e definições, que a partir do seu uso, documenta-se a assistência de enfermagem reforçando, de modo sistemático, sua segurança e qualidade (CIE, 2007). Enquanto instrumental tecnológico de informação, a classificação funciona como sistema dinâmico capaz de fornecer dados que embasam o processo decisório do enfermeiro, possibilitando a elaboração de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem por um só sistema de classificação (CLARES, 2014).

O desenvolvimento da CIPE® foi aprovado pelo Conselho de Representantes Nacionais do Conselho Internacional de Enfermeiras em 1989. A partir de então, o CIE emvidou esforços para a concepção e aprimoramento de tal classificação. Em 2008, a CIPE® foi reconhecida como parte da Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) (GARCIA; NÓBREGA, 2009a), que abrange, entre outras a Classificação Internacional de Doenças (CID), terminologia difundida, consagrada e utilizada pelos médicos (CUBAS et al., 2010). Desde então, a CIPE® é internacionalmente considerada fundamental para o uso de sistemas de classificação em enfermagem na estruturação e evolução do cuidado (ICN, 2011).

Desde o início do seu desenvolvimento, a CIPE® teve várias publicações, mas a versão 1.0, lançada em 2005, teve destaque ao propor inovações na estruturação e classificação dos termos nela contidos: O processo de revisão e padronização da classificação a partir do modelo proposto pela Organização Internacional de Padronização (ISO), na norma 18.104:2003, revisada em 2014, versando sobre a integração de um modelo de terminologia de referência para Enfermagem (ISO, 2003); e o Modelo de Sete Eixos (foco, julgamento, meios, ação, tempo, localização e cliente) que facilita a composição de enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, organizados de modo a proporcionar acesso rápido a esses enunciados preestabelecidos (GARCIA; NÓBREGA; COLER, 2008; ICN, 2005).

À época, tais agrupamentos eram denominados Catálogos CIPE®, mas atualmente, denominam-se subconjuntos terminológicos da CIPE® (NÓBREGA; GARCIA, 2009; ICN, 2008). Sua elaboração tem sido apontada como uma estratégia do CIE para facilitar o uso dessa classificação durante a execução e registro do PE (LINS et al., 2013).

Os subconjuntos terminológicos constituem um conjunto de enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem que favorecem a adoção de uma linguagem unificada e acessível aos enfermeiros em âmbito mundial (COENEN; KIM, 2010). Entretanto, ressalta-se que esses subconjuntos não substituem o julgamento de enfermagem nem o processo de tomada de decisão, mas sempre serão essenciais para a prestação de cuidados individualizados, como uma referência acessível para os enfermeiros, podendo suprir necessidades práticas na construção de manuais e sistemas de prontuário eletrônico do paciente, como parte do sistema de linguagem unificado (CIE, 2007).

A elaboração de subconjuntos da CIPE<sup>®</sup> revelou-se como um instrumento que pode viabilizar a promoção, a organização e a qualidade do cuidado, contribuindo para a autonomia e autoconfiança profissional (MEDEIROS et al., 2013). Sua utilização em áreas específicas, como a cardiologia, requer dos profissionais que desenvolvem suas atividades o comprometimento com o cuidar e proporcionam visibilidade das práticas de enfermagem e valorização da profissão (ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).

Partindo dessa perspectiva, Coenen e Kim (2010) ressaltam que para desenvolver um subconjunto terminológico da CIPE<sup>®</sup> é preciso identificar o cliente (indivíduos, famílias ou coletividades), bem como as prioridades de saúde (condições de saúde, especialidades de saúde ou contextos de cuidados, fenômenos de enfermagem).

No Brasil, já foram desenvolvidas propostas de subconjuntos CIPE<sup>®</sup> direcionados a várias prioridades de saúde. No entanto, observou-se uma lacuna quanto a uma terminologia padronizada de Enfermagem para o cuidado de pessoas com síndrome metabólica (SM), elegendo-se esse público para estruturação do estudo, por não se configurar como uma doença propriamente dita, mas contemplar um conjunto de fatores de risco para doenças crônicas não infecciosas. Portanto, vislumbra-se um público para o qual a Enfermagem deve atuar na promoção da saúde e na prevenção dos fatores de riscos para o desenvolvimento de doenças crônicas e suas complicações, buscando uma qualidade nos cuidados prestados pela Enfermagem.

A síndrome metabólica se trata de uma agregação de problemas cardiometabólicos, caracterizada pela elevação da pressão arterial (PA), glicemia venosa de jejum (GVJ), triglicérides plasmáticos (TG), circunferência abdominal (CA) e redução dos níveis de *high density lipoprotein-cholesterol* (HDL-C), estando ou não em tratamento com medicamentos antidiabéticos, antilipêmicos e anti-hipertensivos (ARAÚJO et al., 2015).

Sobre a prevalência da SM, cerca de 40% dos norte-americanos, 30% dos europeus e 20 a 30% dos asiáticos são acometidos pela síndrome (RAM; FARMER, 2012; REAVEN,

2011; PAN; YEH; WENG, 2008). Enquanto isso, na África e no Oriente Médio, estudos apontam prevalências de 25% e 20,4% deste distúrbio, respectivamente (ASHRAF et al., 2011; ONYEBUTULEM et al., 2009).

No Brasil, dados epidemiológicos gerais sobre a prevalência da SM ainda são escassos. Entretanto, uma recente revisão sistemática estimou entre 14,9% e 65,3% a prevalência de SM no país. É importante destacar que a prevalência mundial da SM varia de <10% para até 84%, dependendo da região, composição da população estudada (sexo, idade, raça e etnia), o ambiente (urbano ou rural) e dos critérios adotados para definição da SM (CARVALHO-VIDIGAL et al., 2013).

Para esse estudo, serão utilizados os critérios apresentados pela I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular (DIRETRIZ, 2013) oriundos de dados apresentados por Alberti et al. (2009), que contempla um consenso entre os vários critérios propostos por instituições para o diagnóstico de SM, essa requerendo a presença de três ou mais dos seguintes critérios: CA (homens  $\geq 94$  cm/mulheres  $\geq 80$  cm); PA (sistólica  $\geq 130$  mmHg ou diastólica  $\geq 85$  mmHg); GVJ ( $\geq 100$  mg/dL ou DM2 previamente diagnosticada); TG ( $\geq 150$  mg/dL); HDL-C (homens  $< 40$  mg/dL/mulheres  $< 50$  mg/dL).

Considerando a relevância clínica e epidemiológica da SM, assim como a promoção da difusão sobre a terminologia e sua aplicabilidade clínica para estas pessoas, realizou-se uma articulação com o Centro de Desenvolvimento da CIPE<sup>®</sup> acreditado pelo CIE no Brasil, localizado na cidade de João Pessoa, na Paraíba, para a realização do presente estudo e difusão da terminologia no panorama regional, obtendo uma resposta positiva para a continuidade da pesquisa, uma vez identificada a inexistência de estudos com finalidade idêntica no mundo de acordo com informações do ICN.

O interesse em desenvolver esta pesquisa advém das discussões enquanto pós-graduando do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA), nas quais aumentaram os anseios e questionamentos quanto à construção científica da Enfermagem, como traz Horta (2011) explanar sobre a cientificidade da disciplina e ao afirmar que essa está em processo de construção e consolidação da sua base científica.

Ao mesmo tempo, iniciou-se um debate dentro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESCC/URCA) sobre fatores de risco cardiovascular, com ênfase na síndrome metabólica, seus componentes, critérios e o direcionamento dos cuidados de enfermagem para essa condição de risco. Considerando a magnitude clínica-epidemiológica da SM e a escassa literatura que contemple os cuidados de enfermagem direcionados a pessoas com esse conglomerado de fatores de riscos, torna-se

relevante o desenvolvimento de estudos sobre a temática, assim como o desenvolvimento de uma terminologia específica para padronizar a linguagem no cuidado a esses indivíduos.

Entretanto, desde a graduação em Enfermagem era perceptível uma incongruência quanto aos termos utilizados para conceituar as ações relativas aos cuidados prestados. Na concepção de aluno, notava-se uma inconsistência quanto aos termos, muitas vezes redundantes e sem relação direta com o exercício do enfermeiro. Ao estudar mais profundamente a SAE e a aplicação do PE, algumas classificações pareciam estáticas, dificultando a inserção de outros problemas e ações de enfermagem, apontando a necessidade do aprofundamento quanto a uma terminologia que permitisse ao profissional uma liberdade e amplitude, em especial, quanto aos diagnósticos e resultados de enfermagem dentro de um padrão científico.

Assim, durante o Mestrado, muito foi questionado sobre quais estratégias poderiam ser utilizadas para minimizar a problemática, ou avançar na vertente para consolidar a Enfermagem como ciência. Ao vislumbrar a SAE como esta possibilidade da adoção de um método para organizar e operacionalizar o cuidado, surgiu a necessidade de ampliar os estudos sobre os sistemas de classificações de enfermagem, em especial a CIPE<sup>®</sup>, por se tratar de uma classificação reconhecida pela OMS, além de não ser difundida na região *locus* do Programa de Pós-Graduação, o cariri cearense.

Cubas et al. (2010) apontam em seu estudo que após uma análise dos sistemas de classificação de enfermagem mais utilizados e o seguimento das normas da ISO 18.104:2003, a CIPE<sup>®</sup> apresentou muitas limitações, mas foi a que mais se aproximou com as normatizações propostas pela organização. As autoras assinalam a necessidade de mais estudos para promover o avanço da terminologia assim como melhorias para a normatização da ISO, proporcionando, assim, a elaboração de enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem padronizadas e condizentes com prioridade de saúde selecionada.

Nesse estudo, a ênfase foi a elaboração de diagnósticos/resultados de enfermagem para a prioridade eleita, uma vez que os estudos no campo de cuidados de enfermagem direcionados à SM são escassos, sendo necessário a identificação das necessidades de cuidados dessas pessoas. Diante do contexto apresentado, surge a seguinte indagação: Que enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem pertinentes à pessoa com síndrome metabólica podem ser elaborados, tendo como base a CIPE<sup>®</sup> versão 2015, a literatura da área e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas?

Portanto, trata-se de um estudo pioneiro na região que possibilita a ampla divulgação da classificação, seu método de utilização e a discussão sobre suas potencialidades

e limitações, possibilitando o aperfeiçoamento recomendado pelo CIE, além de contemplar as necessidades básicas das pessoas com síndrome metabólica.

Esses enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem foram estruturados para utilização na Atenção Primária, favorecendo a aplicabilidade de etapas do processo de enfermagem e, assim, promover a saúde das pessoas a partir da redução dos fatores riscos cardiometabólicos, reduzindo, a longo prazo, a morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações por meio do cuidado de enfermagem de qualidade.

## **2 OBJETIVOS**

- Construir o banco de termos sobre síndrome metabólica relevantes à prática de Enfermagem evidenciados nas publicações oficiais brasileiras.
- Elaborar enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem a partir da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para pessoas com síndrome metabólica, com base no referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Esta revisão contempla, inicialmente, uma discussão sobre Enfermagem na perspectiva científica e o cuidado como objeto de conhecimento da disciplina, a sistematização da assistência de enfermagem pela adoção de método de prestação de cuidados, os variados sistemas de classificação de enfermagem, com ênfase na CIPE<sup>®</sup> e o processo de elaboração de subconjuntos terminológicos da referida classificação. Em seguida, apresentam-se informações relevantes sobre a síndrome metabólica para a elaboração dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem a partir da CIPE<sup>®</sup>.

#### 3.1 Enfermagem: Ciência, fenômeno e o cuidado como objeto de conhecimento

Horta (2011) conceitua Enfermagem como uma ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais. Essa se encontra em processo de construção e consolidação como uma disciplina de base científica, inserida em uma realidade na qual é fundamental entender qual objeto está na propriedade da profissão, assim como fenômeno em que se deve atuar. Entende-se fenômeno de enfermagem como aspecto de saúde de relevância para a prática de enfermagem (ICN, 1999).

Vale e Pagliuca (2011) referem que a Enfermagem é muito mais que uma ocupação, é uma disciplina científica, que detém um corpo de conhecimentos e um objeto particular de estudo. Enquanto ao aspecto disciplinar, o cuidado é o objeto de conhecimento da Enfermagem e critério fundamental para distingui-la das outras ciências. Nascimento (2013) ressalta que a noção de cuidados ocupa uma posição central no discurso da Enfermagem, todavia, a disciplina demorou séculos para ser reconhecida como ciência.

Já Nóbrega e Gutiérrez (2000) afirmam que a Enfermagem utilizou alternativas na tentativa de se fortalecer como ciência a partir de 1950, com a elaboração de modelos conceituais e com o desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao aprimoramento dos conceitos, a partir de 1960. Mas foi em 1970 que a Enfermagem começou a se preocupar em buscar uma solução para prestar um cuidado científico, sistematizado e eficaz para o paciente, para que ele se recuperasse rapidamente.

O termo cuidado é conceituado de variadas formas, na qual os enfermeiros e outros profissionais o empregam, porém com conotações diferentes quanto ao significado e à função;

existem os termos cuidado, como termo genérico, cuidado em saúde e cuidado em enfermagem, como referido por Medina (1999):

- Os cuidados, como termo genérico, são atos de assistência ou suporte prestados a indivíduos ou coletividades com o objetivo de melhorar o seu desenvolvimento;
- Os cuidados profissionais são ações, condutas e técnicas aprendidas cognitivamente e culturalmente, por meio dos quais o indivíduo, a família ou a comunidade podem se desenvolver;
- Os cuidados de enfermagem, por sua vez, são todos os cuidados humanísticos e científicos aprendidos cognitivamente, com a finalidade de ajudar ou habilitar os indivíduos, a família ou a comunidade para receber cuidados orientados para o desenvolvimento e a manutenção de condições favoráveis à vida e à morte.

É fundamental compreender que o cuidado de Enfermagem não é um fenômeno natural, mas resultante de um empreendimento humano, ou seja, é um instrumental tecnológico desenvolvido ao longo da formação e aperfeiçoamento profissional, que deve resultar numa prática reflexiva e crítica dos profissionais da Enfermagem (MALUCELLI et al., 2010), sendo fundamental a organização da assistência ao ser humano, pois influencia diretamente na qualidade do atendimento, na segurança dos cuidados prestados, na descrição da prática de enfermagem e na comunicação entre os enfermeiros e outros profissionais (GARCIA; NÓBREGA, 2009c).

A Enfermagem enquanto ciência busca representar a natureza da profissão para entendê-la, explicá-la e usá-la em benefício da humanidade. O conhecimento empírico, sistematicamente organizado em leis gerais e teorias, tem o propósito de descrever, explicar e prever fenômenos de interesse da Enfermagem (CARPER, 1978).

Nesse cenário, emerge a Sistematização da Assistência de Enfermagem na organização do cuidado de enfermagem e no fortalecimento e consolidação da profissão enquanto ciência.

### **3.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem e seus sistemas de classificação**

Sistematização implica em organizar um sistema, um conjunto de elementos, dinamicamente inter-relacionados e, no caso da sistematização da assistência, essa organização se dá por um conjunto de ações sequenciadas para alcance de um determinado fim. No contexto



da Enfermagem, existem diversos modos de sistematizar a assistência, entre as quais se podem citar os planos de cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos e o processo de enfermagem (CARVALHO; BACHION, 2009).

Portanto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem trata-se de uma especificidade profissional a partir de uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método de fazer (processo de enfermagem), fundamentado nos valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da disciplina (GARCIA; NÓBREGA, 2009c).

Envolve uma estratégia de organização do trabalho de enfermagem quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos, com o objetivo de tornar possível a realização do processo de enfermagem (OLIVEIRA; EVANGELISTA, 2010; BACKES; SCHWARTZ, 2005; LEOPARDI, 2006).

Para Carvalho e Bachion (2009), o processo de enfermagem envolve uma sequência de etapas específicas (obtenção de informações multidimensionais sobre o estado de saúde, identificação das condições que requerem intervenções de enfermagem, planejamento das intervenções necessárias, implementação e avaliação das ações), com a finalidade de prestar atendimento profissional ao paciente, seja ele indivíduo, família ou comunidade, de forma singular a ampliada. Trata-se da expressão do método científico na nossa profissão.

A Resolução COFEN Nº 358/2009 regulamenta a SAE e o Processo de Enfermagem nos serviços de saúde do Brasil. São responsabilidades legais da profissão, aplicáveis em variados ambientes e situações clínicas em que as observações sobre as necessidades humanas das pessoas acompanham a tomada de decisão e avaliação dos resultados e melhoram a assistência e o serviço prestado (COFEN, 2009).

De acordo com a Resolução supracitada, o processo de enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes (COFEN, 2009):

- **Coleta de dados (histórico de enfermagem):** Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, a família ou a coletividade e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde-doença.
- **Diagnóstico de enfermagem:** Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem e representa as respostas da pessoa, da família ou da coletividade, em um dado

momento do processo saúde-doença, e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

- **Planejamento de enfermagem:** Determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas mediante as respostas da pessoa, da família ou da coletividade em um dado momento do processo saúde-doença, identificadas na etapa de diagnóstico de enfermagem.
- **Implementação:** Realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de enfermagem.
- **Avaliação de enfermagem:** Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, da família ou da coletividade, em um dado momento do processo saúde-doença, que apontam para ações ou intervenções de enfermagem alcançadas e o resultado esperado, possibilitando identificar a necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do processo de enfermagem.

No Brasil, o modelo mais conhecido e seguido para a implementação do processo de enfermagem é o proposto por Horta (2011), que contém as seguintes fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem. Horta considera o processo de enfermagem como uma dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano e idealiza que o cuidado de enfermagem é a ação planejada, deliberativa ou automática do enfermeiro, resultante da sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano.

Além disso, deve estar baseada num suporte teórico que oriente suas etapas, desde a coleta de dados até a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados. Deve ainda, ser registrada formalmente, com um resumo dos dados coletados sobre o indivíduo, a família ou a coletividade, os diagnósticos de enfermagem identificados, as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados e aos resultados alcançados por meio das ações/intervenções de enfermagem realizadas (COFEN, 2009).

Para tanto, os enfermeiros devem lançar mão da SAE enquanto forma de planejamento e organização de trabalho que pode ser empregada em toda complexidade de cuidado e em todas as faixas etárias. Sua utilização visa garantir a melhor qualidade da assistência prestada, assegurando a elaboração de intervenções de enfermagem pertinentes, a partir de uma avaliação multidimensional não focada apenas na doença (SILVA; RIBEIRO; FABRÍCIO, 2007).

A utilização do processo de enfermagem, expresso por meio de suas fases distintas, favoreceu o desenvolvimento de diversos sistemas de classificação em Enfermagem, que tiveram uma grande representação para o desenvolvimento da profissão, por possibilitarem a documentação, de acordo com as etapas do processo e estabelecerem padrões de cuidados por meio da sistematização, que resultaram em uma melhoria na assistência (FURTADO; NÓBREGA, 2007).

Entretanto, Leal (2006) afirma que na Enfermagem não há nenhuma linguagem comum que descreva com precisão o que os enfermeiros fazem. Sem uma linguagem para expressar esses conceitos, não é possível compreender os seus significados, conseqüentemente, não é possível comunicar-se com precisão com outras pessoas.

Padronizar a linguagem não significa padronizar a Enfermagem, como também não se trata de padronizar ou predeterminar as decisões da prática de enfermagem. A linguagem padronizada é um requisito essencial para ferramentas prescritivas como plano de cuidados padronizados ou percursos clínicos (NÓBREGA; GARCIA, 2005).

É verdade que as linguagens padronizadas não podem substituir a tomada de decisão, mas podem organizar os elementos dos cuidados em conceitos mais fáceis de compreender e transmitir. Assim, classificar a linguagem pode contribuir significativamente para desenvolver a disciplina de Enfermagem e, conseqüentemente, melhorar os cuidados de enfermagem, na medida em que pode ajudar a fortalecer o seu corpo de conhecimento. Os enfermeiros devem assumir a responsabilidade de desenvolver a sua linguagem própria, caso contrário, serão forçados a usar a linguagem de outras ciências (LEAL, 2006).

Os sistemas de classificação da prática de enfermagem surgiram nos anos de 1950, quando modelos conceituais de enfermagem passaram a ser desenvolvidos, numa tentativa de identificar os conceitos próprios da profissão. Mais tarde, na década de 1970, surge o Processo de Enfermagem como um modelo operacional para a assistência, favorecendo o desenvolvimento de conceitos e sistemas de classificação (NÓBREGA et al., 2003).

Os sistemas de classificação existentes à época contribuíram para proporcionar autonomia ao enfermeiro no julgamento sobre os cuidados prestados, aprimoraram a construção e utilização do corpo próprio de conhecimento da Enfermagem e estimularam os estudos relacionados à qualidade do cuidado prestado. Estes fatores balizaram o imperativo de sistemas de classificação da prática profissional que sumarizassem e descrevessem os dados mínimos para a prática de enfermagem (NÓBREGA; GARCIA, 2005).

No panorama da Enfermagem, os sistemas de classificação aparecem como uma necessidade de avançar em seu conhecimento, organizando e ordenando as suas atividades.

Trata-se de uma tentativa de identificar os conceitos próprios da profissão (LUCENA; BARROS, 2005; CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010) e auxiliar na definição do foco de sua prática, direcionado cuidar do paciente de forma holística, voltado para suas necessidades (ALBUQUERQUE; NOBREGA; GARCIA, 2006).

Além disso, Cubas, Silva e Rosso (2010) apontam que esse sistema contribui para promoção da autonomia ao enfermeiro no julgamento sobre os cuidados prestados, aprimorar a construção e a utilização do corpo próprio de conhecimento, estimular os estudos relacionados à qualidade do cuidado prestado e padronizar a linguagem da Enfermagem.

O desenvolvimento dos sistemas de classificação se faz em paralelo com o da própria disciplina. Na Enfermagem, a elaboração de sistemas de classificação parte do pressuposto de que os membros da equipe de enfermagem utilizam um vocabulário técnico particular, denominado de linguagem especial da Enfermagem - uma modalidade de expressão do grupo, que incorpora os conceitos, abstratos ou concretos, utilizados em sua atividade profissional, que se deixam reunir em grupos estruturados de tal modo que cada um fica ali definido pelo lugar que ocupa, respectivamente à posição dos demais, formando redes de termos para classificação da prática profissional (NÓBREGA; GARCIA, 2005).

De forma sucinta, a padronização da linguagem de Enfermagem proporciona muitas vantagens: Fornece linguagem unificada para comunicação entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde; Promove o conhecimento de Enfermagem; Permite a documentação de informações; Provê informações para o planejamento de recursos necessários à prática; Facilita a avaliação; Favorece a qualificação do cuidado; Promove o ensino e a tomada de decisão clínica; Facilita a realização de estudos multicêntricos; Padroniza uma linguagem para comunicar a função específica da Enfermagem (LUCENA; BARROS, 2005).

Para padronizar a linguagem de enfermagem, a profissão realizou diversas tentativas. A primeira ocorreu em 1929, quando Wilson desenvolveu um estudo para separar os problemas de enfermagem dos problemas médicos; posteriormente, em 1953, Vera Fry identificou cinco áreas de necessidades da pessoa, considerando-as como domínio da Enfermagem e como foco para os diagnósticos de enfermagem (KELLY, 1985).

Em 1960, foi desenvolvido o modelo conceitual denominado “21 problemas de Abdellah”, que descreve os objetivos terapêuticos da Enfermagem e seu desenvolvimento, e teve como focos principais as necessidades do paciente (terapêutica das necessidades) e os problemas de enfermagem (terapêutica de problemas) (GORDON, 1994). Em 1966, Virgínia Henderson identificou uma lista das 14 necessidades humanas básicas, que compreende os componentes ou funções da Enfermagem (HENDERSON, 1969).

Em 1973, na *St. Louis University*, nos Estados Unidos da América (EUA), foi realizada a I Conferência do Grupo Norte-americano para a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem, com o objetivo principal de identificar e classificar as condições diagnosticadas e tratadas pelas enfermeiras (LUCENA; BARROS, 2005). Posteriormente, esse grupo passou a ser chamado de Associação Norte-americana de Diagnósticos de Enfermagem (*North American Nursing Diagnoses Association – NANDA*), denominada, a partir de 2002, de *NANDA Internacional, Inc. (NANDA-I)*, que desenvolveu e apresentou à comunidade da área de Enfermagem, em 1988, a Taxonomia I dos Diagnósticos de Enfermagem, a qual vem sendo atualizada a cada três anos (NANDA-I, 2015).

A partir do trabalho desenvolvido pela *NANDA Internacional*, surgiram em muitos países, outros sistemas de classificação de enfermagem, relacionados com os principais elementos de nossa prática (diagnósticos de enfermagem, ações de enfermagem e resultados de enfermagem) como a *Nursing Interventions Classification (NIC)* e a *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, entre outras (NANDA-I, 2015). Entretanto, essas variadas classificações não forneciam subsídios suficientes para agregar ou comparar dados, sendo questionados quanto à sua relevância para o avanço da profissão (SANTOS; NOBREGA, 2004).

Logo, vislumbrou-se a necessidade de desenvolver um sistema que fosse baseado em uma linguagem unificada, partilhada no âmbito mundial e cujos componentes expressassem os elementos da prática de enfermagem: as ações/intervenções de enfermagem, em face de determinadas necessidades humanas (diagnósticos de enfermagem), para produzir certos resultados (resultados de enfermagem). Diante da demanda e somado a existência desses vários sistemas de classificação de enfermagem, o Conselho Internacional de Enfermeiros, a partir da recomendação da OMS, atendeu a proposta de coordenar e desenvolver um sistema de classificação internacional para sua prática que representasse a Enfermagem mundial (ICN, 2005).

As justificativas para sua elaboração foram vinculadas, inicialmente, à falta de um sistema de classificação da linguagem da profissão para que a Enfermagem pudesse contar com dados confiáveis na formulação de políticas de saúde, no gerenciamento de custos, na informatização dos serviços de saúde e no controle de seu próprio trabalho (NÓBREGA, 2002).

Surge, então, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>), reconhecida como um importante recurso tecnológico que reúne, em uma mesma classificação, fenômenos (diagnósticos), ações (intervenções) e resultados de enfermagem (CLARES, 2014). Essa classificação propõe a universalização da linguagem na prática de enfermagem e, para

operacionalizá-la, o CIE recomenda a estruturação de subconjuntos terminológicos para prioridades de saúde ou grupos populacionais específicos.

### **3.3 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® e a construção de subconjuntos terminológicos**

Entre os muitos sistemas de classificação e sua utilização para a operacionalização do processo de enfermagem, destaca-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), uma vez que se constitui como uma terminologia de abrangência internacional para a uniformização dos termos científicos utilizados pela Enfermagem (BARRA; DAL SASSO, 2012).

A CIPE® é um sistema de linguagem padronizada, amplo e complexo, que representa o domínio da prática da Enfermagem no âmbito mundial, reconhecida como um marco unificador de todos os sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem (diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem). Compreendida, também, como uma tecnologia de informação por favorecer a coleta, armazenamento e análise de dados em variados cenários, linguagens e regiões, contribui para que a prática dos profissionais da Enfermagem seja eficaz e, sobretudo, se torne reconhecida pela sociedade e visível no conjunto de dados sobre saúde (GARCIA; NÓBREGA, 2009a; ICN, 2005).

Nóbrega e Garcia (2005) apontam a CIPE® como uma terminologia instrumental para a prática de Enfermagem, facilitando a combinação cruzada de termos locais com as terminologias existentes. Por contemplar os fenômenos, as intervenções e os resultados de enfermagem como elementos primários de sua construção, representa uma linguagem comum para descrever mais fidedignamente a prática de enfermagem (MAZONI et al., 2010).

O marco inicial da CIPE® ocorreu em 1989, quando o Conselho Nacional de Representantes do Conselho Internacional de Enfermeiras (CNR-CIE), durante o congresso quadrienal do conselho em Seul, na Coreia do Sul, aprovou uma resolução para o desenvolvimento de uma classificação dos elementos da prática profissional (diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem), que tivesse alcance internacional. A aprovação dessa resolução acolhia os anseios de grupos de enfermeiros sobre a dificuldade para se nomear as situações ou problemas com que a Enfermagem lidava em seu cotidiano, por falta de um sistema de linguagem padronizada e sobre as dificuldades para se descrever a contribuição específica da Enfermagem para a solução, alívio e prevenção de problemas de saúde e para a promoção de modos saudáveis de vida (ICN, 1993).

Após a resolução do CNR-CIE, emergiram sequencialmente oito publicações da CIPE® até a presente data, buscando uma constante atualização e aperfeiçoamento de sua estrutura e dos termos empregados na profissão. A primeira delas foi a Versão Alfa (1996), contendo duas classificações: a Classificação dos Fenômenos de Enfermagem (monoaxial e arranjo hierárquico dos termos) e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (monoaxial e os termos organizados por eixo – tipos de ação, objetos, abordagens, meios, locais do corpo e tempo/lugar) (ICN, 1996).

Na continuidade, foram publicadas as Versões Beta (1999) e Beta 2 (2001), ressaltando-se que a última configurou-se mais como uma revisão editorial (revisão gramatical, correções ou alterações em códigos, correções em definições). Nessas versões houve uma mudança na denominação Classificação de Intervenções de Enfermagem, que passou a ser denominada de Classificação de Ações de Enfermagem. Essas duas classificações adotaram, agora, um enfoque multiaxial com oito eixos cada, observado na figura 1 (ICN, 2001).

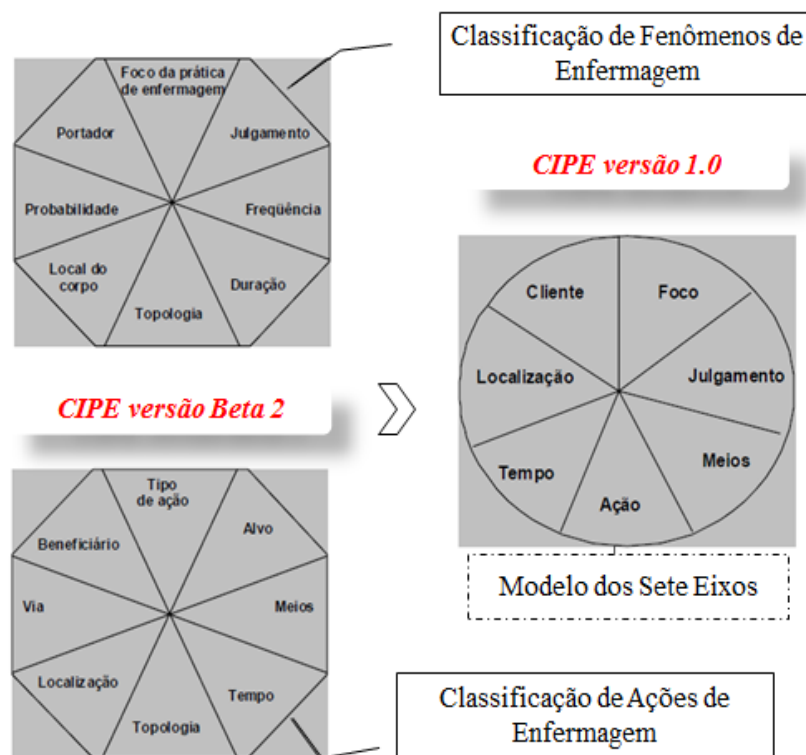


FIGURA 1 – Evolução dos eixos da CIPE®. Crato, 2016.

Fonte: GARCIA; NÓBREGA (2009a).

Essa nova vertente multiaxial proporcionou a caracterização da CIPE® como uma terminologia combinatória, permitindo a combinação de termos simples (atômicos) na formação termos mais complexos (moleculares) para elaborar enunciados de diagnósticos,

resultados e intervenções de enfermagem, proporcionando mais solidez à classificação (GARCIA, 2015). Entretanto, na prática profissional, evidenciou-se que essas versões ainda dificultavam o alcance de uma linguagem unificada de Enfermagem pelos variados eixos de cada classificação, 16 eixos no total, gerando ambiguidades e redundâncias, além de não satisfazer as necessidades dos enfermeiros (COENEN; KIM, 2010).

Seguindo a premissa de uma terminologia combinatória, a Versão 1.0 (2005) permitiu a acomodação de vocabulários existentes por meio de mapeamento cruzado, além de proporcionar o desenvolvimento de novos vocabulários locais e, como uma terminologia de referência, comporta a identificação de relacionamentos entre conceitos e vocabulários disponíveis (CIE, 2009).

Uma das principais novidades inseridas nessa versão da CIPE® foi a estrutura de classificação dos termos que a compõe. Nas duas versões anteriores, constavam 16 eixos divididos igualmente em duas classificações. A Versão 1.0 contemplou apenas uma única estrutura composta por sete eixos – Modelo dos Sete Eixos (Figura 1), simplificando a representação e resolvendo os problemas de redundâncias e ambiguidades das Versões Beta e Beta 2 (GARCIA, 2015). O quadro 1 apresenta as definições dos sete eixos da CIPE® Versão 1.0 e alguns respectivos exemplos:

**QUADRO1** – Eixos da CIPE® Versão 1.0. Crato, 2016.

<b>EIXO</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>	<b>EXEMPLO DE TERMOS</b>
<b>Foco</b>	Área de atenção relevante para a enfermagem	Dor, Eliminação
<b>Julgamento</b>	Opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem	Risco de, Aumentado, Interrompido
<b>Meios</b>	Maneira ou método de executar uma intervenção	Bandagem, Cateter urinário, Técnica de respiração
<b>Ação</b>	Processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um paciente	Promover, Encorajar, Entrevistar
<b>Tempo</b>	O momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência	Admissão, Período pré-natal, Intermitente
<b>Localização</b>	Orientação anatômica ou especial de um diagnóstico ou intervenção	Anterior, Cavidade torácica, Creche
<b>Cliente</b>	Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção de enfermagem	Criança, Pai, Mãe, Família, Comunidade

Fonte: ICN (2005).

A partir do lançamento da Versão 1.0 (2005), foram divulgadas mais cinco versões da CIPE®: a versão 1.1 (2008), a versão 2 (2009), a versão 3 (2011), a versão 2013 (2013)



(GARCIA, 2015), e recentemente, a versão 2015 (ICN, 2015). Essa publicação mais atual conta com 4.321 conceitos, 2.378 termos dos eixos, 805 conceitos de diagnósticos/resultados e 1019 intervenções de enfermagem, disponível na página eletrônica do CIE, traduzida para diversas línguas, inclusive para o português do Brasil.

Nessas novas versões, manteve-se a representação multiaxial do Modelo de Sete Eixos, facilitando a composição de enunciados, que podem ser organizadas de modo a proporcionar acesso rápido a agrupamentos de enunciados preestabelecidos de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem – os subconjuntos terminológicos da CIPE® (GARCIA, 2015). Com essa nova apresentação, a CIPE® passou a se caracterizar como uma terminologia combinatória e enumerativa (GARCIA; NÓBREGA, 2013).

Desde o lançamento da Versão Alfa (1996), várias pesquisas e aplicações da CIPE® estão em processo de desenvolvimento em nível mundial. No ano de 2000, a CIPE® passou a ser considerada como um programa oficial da área Prática Profissional, tida como um dos pilares fundamentais do CIE (CIE, 2000). Em 2008, foi aprovada sua inclusão na Família de Classificações Internacionais (FCI) da Organização Mundial da Saúde (OMS), como Classificação Relacionada, trazendo o domínio de Enfermagem para compor essas classificações terminológicas em saúde (CIE, 2009).

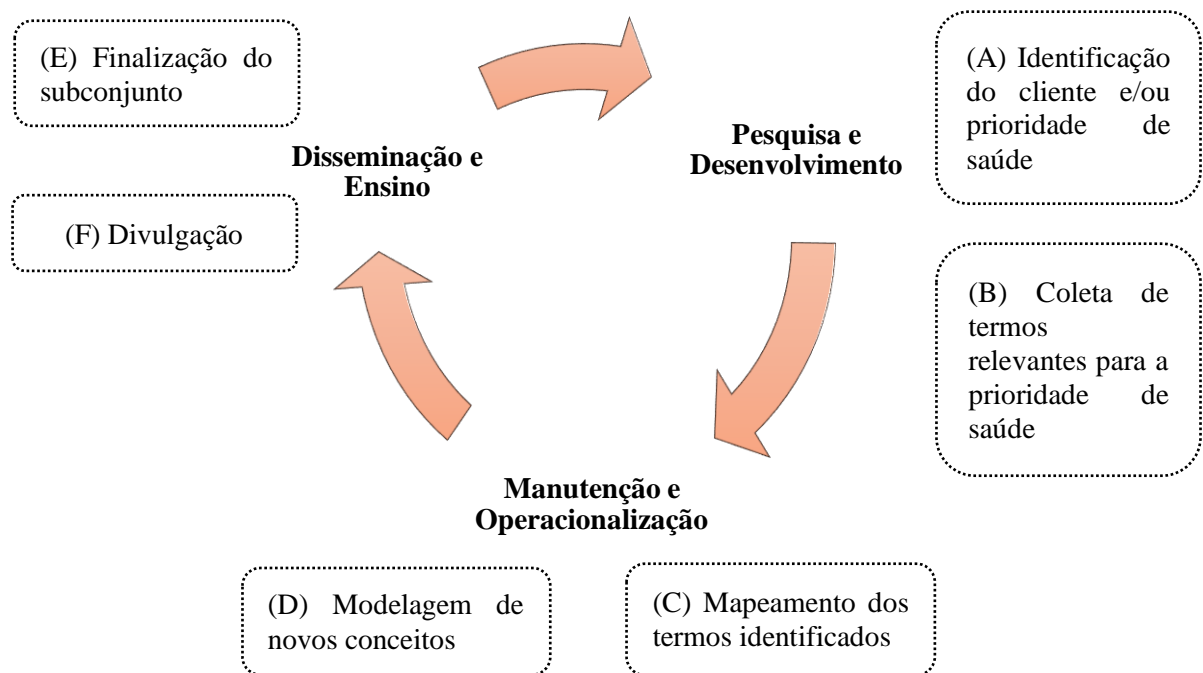
A partir de tal reconhecimento, a CIPE®, entre todas as demais terminologias de enfermagem, passa a ser a única reconhecida pela OMS, demonstrando sua relevância para o desenvolvimento da profissão e sua utilidade no cuidado em saúde ao compor a FCI/OMS.

Vislumbrando ampliar o conhecimento e a utilidade da CIPE®, o CIE incentiva a construção de subconjuntos terminológicos da CIPE® por enfermeiros do mundo todo. Esses subconjuntos são enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem pré-elaboradas para áreas específicas do cuidado com a saúde, subsidiando o cuidado prestado em áreas de especialidade clínica, em serviços comunitários e da atenção básica de saúde, ao passo que proporciona melhoria da qualidade e sistematização a atenção prestada (GARCIA, 2015). Os subconjuntos também podem colaborar para atender às necessidades práticas na construção de manuais e sistemas de prontuário eletrônico e desenvolver um sistema de linguagem padronizado (NASCIMENTO, 2013).

O CIE apresentou, em 2007, um trajeto metodológico para o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos CIPE®, contendo dez passos: 1) Identificar a clientela a que se destina e a prioridade de saúde; 2) Documentar a significância para a Enfermagem; 3) Contatar o CIE para determinar se outros grupos já estão trabalhando com a prioridade de saúde focalizada no subconjunto, de modo a identificar colaboração potencial; 4) Usar o Modelo de

Sete Eixos para compor os enunciados de resultados e intervenções de enfermagem; 5) Identificar enunciados adicionais por meio da revisão da literatura e de evidências relevantes; 6) Desenvolver conteúdo de apoio; 7) Testar ou validar os enunciados do subconjunto em dois estudos clínicos; 8) Adicionar, excluir ou revisar os enunciados do subconjunto, segundo a necessidade; 9) Trabalhar com o CIE para a elaboração da cópia final do subconjunto; e 10) Auxiliar o CIE na disseminação do subconjunto (CIE, 2007).

Coenen e Kim (2010), em 2010, apresentaram uma proposta metodológica contendo seis fases, distribuídas nos três componentes principais do ciclo de vida da terminologia CIPE<sup>®</sup>, que estão intimamente relacionados com a elaboração de subconjuntos terminológicos: 1) Pesquisa e desenvolvimento; 2) Manutenção e operações; e 3) Disseminação e ensino, como mostra a figura 2.



**FIGURA 2** – Ciclo de vida da Terminologia CIPE<sup>®</sup> e o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos. Crato, 2016.

Fonte: COENEN; KIM (2010).

O Desenvolvimento e Pesquisa da CIPE<sup>®</sup> envolvem a identificação do cliente (receptores dos cuidados, que podem ser indivíduos, família ou comunidade) e da prioridade de saúde (condições de saúde, ambientes ou especialidades de cuidado e fenômeno de Enfermagem) e a coleta de termos e conceitos (incluem a validação, a análise da cobertura do conteúdo semântico, a aplicação e a utilidade prática) (ICN, 2005).

Os subconjuntos retratam a realidade da prática de enfermagem e são destinados a especialistas clínicos. Contudo, uma prioridade de saúde pode ser considerada variável de um país para outro, dependendo da cultura das pessoas, requerendo, portanto, perícia. No início do desenvolvimento do subconjunto, especialistas clínicos são convidados a participar como revisores. Após a coleta de termos e conceitos relevantes para o cliente e/ou a prioridade de saúde, o passo seguinte é o mapeamento com a CIPE<sup>®</sup>. Isso não impossibilita que um termo esteja presente em vários subconjuntos terminológicos (COENEN; KIM, 2010).

A Manutenção e Operacionalização da terminologia abrangem as fases de mapeamento dos conceitos identificados (mapeamento cruzado) e modelagem de novos conceitos. Geralmente, é desenvolvido internamente pelo CIE, configurando-se como um componente essencial do ciclo, mas, para apoiá-lo com sucesso, melhorias são necessárias nas práticas e que esteja em consonância com as normas internacionais de terminologia (ICN, 2008).

Coenen e Kim (2010) afirmam que novos conceitos podem ser constantemente submetidos ao CIE para possível adição à CIPE<sup>®</sup>, assim como a remoção ou modificação de conceitos já constantes da classificação. Do mesmo modo, podem ser adicionados diagnósticos ou intervenções de enfermagem. Esses termos podem ser modelados de acordo com as práticas e as necessidades dos serviços de saúde e permitem que os especialistas estejam comprometidos constantemente em melhorar a terminologia, seguindo as normas padrões para a elaboração de terminologias de enfermagem.

A Organização Internacional de Normalização (*International Standardization Organization - ISO*) é um órgão não governamental, que promove a linguagem tecnológica comum, fruto do consenso entre especialistas de diversas áreas em diversos países. A Resolução da ISO 18.104, publicada em 2003 (ISO, 2003) e revisada em 2014 (ISO, 2014), foi desenvolvida e aprovada como referencial de representação de diagnósticos e ações de Enfermagem para possível informatização, podendo integrar modelos e terminologias contidas em outros domínios, além da Enfermagem (GARCIA, 2015).

A publicação foi motivada devido à constatação que o serviço realizava e documentava as práticas de enfermagem utilizando teorias e classificações diversas, que, muitas vezes, não correspondiam à sua realidade. Assim, a adoção de um modelo de referência não serve apenas para superar essas dificuldades, mas também para unificar a linguagem e integrar conceitos das diversas terminologias (CUBAS et al., 2010).

Marin, Pires e Dal Sasso (2013) apresentaram a estrutura atual da ISO 18.104 que está organizada de duas formas: Estrutura categorial para Diagnósticos de Enfermagem;

Estrutura categorial para Intervenções de Enfermagem. As autoras referem que essa estrutura traz modificações como para expressar um diagnóstico de enfermagem é necessário tanto um termo do eixo foco como um do eixo julgamento ou um achado clínico, estando esse fato muito relacionado com o presente estudo, pois a síndrome metabólica é composta de achados clínicos.

Com a ISO 18.104 e o Modelo de Sete Eixos, ficou mais fácil elaborar enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Mas o CIE definiu que, para compor enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, deve-se adotar o critério de utilizar, obrigatoriamente, um termo do Eixo Foco e um termo do Eixo Julgamento, podendo, ainda, incluir termos adicionais, se necessário, dos Eixos Foco, Julgamento ou de outros eixos. Para compor os enunciados de intervenções de enfermagem, recomenda-se incluir, obrigatoriamente, um termo do Eixo Ação e, pelo menos, um termo Alvo e, se necessário, incluir termos adicionais do Eixo Ação ou de outro eixo, exceto do Eixo Julgamento (CIE, 2007).

O último componente, Disseminação e Ensino, engloba estratégias internas e externas submetidas a julgamentos por peritos do mundo todo, visando mover o ciclo de vida da terminologia da CIPE® em espaços de cuidados com a saúde, a fim de facilitar sua aplicação. Nesse momento, há duas fases: Finalizar o subconjunto e difundi-lo, para que seja entregue aos usuários um subconjunto terminológico da CIPE® (ICN, 2008; COENEN; KIM, 2010).

Nascimento (2013) destaca que os enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, uma vez construídos, devem ser submetidos ao processo de validação por grupos de peritos de todo o mundo, sendo primordial, também, a participação dos enfermeiros nesse processo em busca da melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Depois desse processo, os subconjuntos terminológicos devem ser divulgados em formato eletrônico, por meio do sítio eletrônico da CIPE® ou em formato impresso, ficando disponível no ICN *Book Shop*, para facilitar a divulgação desse recurso para os enfermeiros de todo o mundo e o desenvolvimento da terminologia (ICN, 2008).

Neste contexto, é importante ressaltar a participação de instituições brasileiras no desenvolvimento da CIPE®. Pioneiramente, o colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF-UFPB) encaminhou ao CIE, em 2007, a proposta de criação do Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® (Centro CIPE® – PPGENF-UFPB), que foi acreditado pelo referido conselho no mesmo ano. As atividades que vêm sendo desenvolvidas pelo Centro CIPE® – PPGENF-UFPB estão em consonância com os três componentes do Ciclo de vida da terminologia CIPE®, anteriormente citados (GARCIA; NÓBREGA, 2013).

O Centro CIPE® PPGENF-UFPB estabelece parcerias de caráter interno, envolvendo professores e alunos dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem e departamentos relacionados, como o Grupo de Estudos e Pesquisa e o Grupo de Sistematização da Assistência de Enfermagem do hospital universitário da UFPB. Externamente, há parcerias reconhecidas em vários Estados brasileiros envolvendo enfermeiros, professores e alunos de Enfermagem de Cursos de Graduação e Pós-Graduação e de Grupos de Pesquisa (GARCIA; NÓBREGA, 2013), como explanado na figura 3.



**FIGURA 3** – Parcerias externas do Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® da Universidade Federal da Paraíba. Crato, 2016.

Fonte: GARCIA; NÓBREGA (2013).

O CIE destaca que a Enfermagem, em todos os seus níveis de abrangência, deve contribuir para este processo de dinamismo, utilizando a CIPE® na sua prática clínica, participando como revisores peritos em caso de alterações recomendadas para sistema, traduzindo-as para linguagem apropriada para uso local, trabalhando em conjunto para desenvolver estratégias, metas e objetivos que assegurem sua relevância global (CIE, 2009).

No Centro CIPE® PPGENF/UFPB, correspondendo à participação brasileira nesse processo de desenvolvimento da terminologia, já foram desenvolvidas cinco propostas de subconjuntos direcionados às seguintes clientela e/ou prioridades: Pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ARAÚJO, 2009); Dor oncológica (CARVALHO, 2009); pessoa idosa

(MEDEIROS, 2011); Pacientes hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde (NÓBREGA, 2012); Clientes submetidos à prostatectomia (NASCIMENTO, 2013).

O referido centro apoiou a realização de dois estudos sobre a temática na Escola de Enfermagem da USP: o Subconjunto para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade (BUCHHORN, 2014) e a Construção de um Subconjunto Terminológico da CIPE® para crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica (ALBUQUERQUE, 2014); um na Universidade Federal da Bahia a Enfermagem em Cuidados Paliativos para um morrer com dignidade: Subconjunto Terminológico CIPE® (SILVA, 2014) e dois no Estado do Ceará, dentro do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), versando sobre idosos na Atenção Primária (CLARES, 2014) e um para idosos com traumas musculoesqueléticos de membros inferiores (QUEIROZ, 2014).

Entretanto, considerando a realidade da região em que o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PMAE) da Universidade Regional do Cariri (URCA) está inserido, a CIPE® ainda é uma temática pouco debatida e sua abordagem em pesquisas é pequena, sendo pouco discutida no contexto acadêmico, tornando fundamental a articulação do PMAE com o Centro CIPE® para a realização do presente estudo e difusão da terminologia no panorama regional.

Quanto ao modelo teórico ou conceitual, o CIE não estabelece um escopo específico para a organização dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em um subconjunto. A apresentação dos enunciados CIPE® (diagnósticos/resultados e intervenções) pode variar para diferentes propostas e é determinada pelos enfermeiros que os elaboram.

Clares, Freitas e Guedes (2014) analisaram os aspectos metodológicos utilizados para a elaboração de subconjuntos terminológicos da CIPE®, em dissertações e teses da Enfermagem brasileira, constatando um predomínio da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (2011) como referencial teórico de escolha para a estruturação dos subconjuntos terminológicos propostos nas publicações.

Neste estudo, foram elaboradas os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, propiciando um aprofundamento sobre as necessidades de cuidado e os resultados almejados para contemplar a necessidades básicas da pessoas com síndrome metabólica. Essa foi eleita devido a sua relevância e a necessidade emergente quanto à ampliação do seu conhecimento e o desenvolvimento do cuidado de enfermagem eficiente a partir da estruturação de diagnósticos/resultados de enfermagem de utilização potencial em pessoas com a síndrome, subsidiando a futura elaboração de intervenções de enfermagem para esse público, proporcionando uma assistência de qualidade.

### 3.4 Considerações sobre a síndrome metabólica

A síndrome metabólica (SM) contempla um conjunto de fatores de risco oriundos de alterações no metabolismo humano, elevando o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), como infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico (AVE) (GELONEZE, 2006). Estudos destacam a forte associação da SM e o risco aumentado de 1,5 a três vezes mais a morbimortalidade por DCV (ISOMAA et al., 2001), cinco vezes mais risco para o desenvolvimento do diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (SCHMIDT et al., 2005) e aumento em 1,5 o risco para mortalidade por qualquer causa (MOTTILLO et al., 2010).

É importante considerar que entre os fatores de risco mais relevantes para morbimortalidade relacionada às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão a hipertensão arterial, a ingestão insuficiente de frutas, hortaliças e leguminosas, a hipercolesterolemia, sobrepeso ou obesidade, sedentarismo e tabagismo. Cinco desses fatores estão relacionados à alimentação e ao exercício físico e três deles têm grande impacto no surgimento da SM (WHO, 2002).

Diante do contexto geral do distúrbio metabólico, também é fundamental conhecer aspectos relacionados às variadas terminologias utilizadas, os critérios diagnósticos recomendados e, por fim, a forma como os profissionais de saúde podem estar inseridos nos serviços assistenciais, nele contido o enfermeiro.

A SM foi descrita de forma oficial e pioneira por Gerald Reaven, em 1988, e recebeu o nome de “Síndrome X”, que agregava resistência à insulina, hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus, não constando a obesidade, considerada atualmente um dos fatores patogênicos basais da síndrome (REAVEN, 1988). Lerario, Betti e Wajchenberg (2009) apontam outras terminologias empregadas para caracterizar a SM, como síndrome da resistência à insulina, síndrome do Novo Mundo, síndrome plurimetabólica, quarteto da morte e síndrome dislipidêmica da obesidade.

Há mais de duas décadas iniciaram-se os esforços para a definição de critérios para o diagnóstico da SM e, mesmo sendo considerada a importância da obesidade e a magnitude das suas complicações, ainda há controvérsia na comunidade científica em relação aos termos utilizados e aos critérios diagnósticos (FREITAS, 2013).

A *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III* (NCEP/ATP III), a *International Diabetes Federation* (IDF), a Organização Mundial de Saúde e outras instituições propuseram critérios para a SM (SANTOS, 2010).

No entanto, para esta pesquisa, será adotado o posicionamento conjunto de várias organizações internacionais acerca do tema, apresentado pela I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular (DIRETRIZ, 2013) segundo o estudo de Alberti et al. (2009), considerando a atualização dos critérios no contexto mundial e sua aplicabilidade no Brasil. Considerando esse consenso apresentado pela referida Diretriz, o diagnóstico de SM requer a presença de três ou mais dos critérios expostos no quadro 2.

**QUADRO 2** – Componentes da síndrome metabólica. Crato, 2016.

COMPONENTES	DEFINIÇÃO
<b>Obesidade abdominal (circunferência abdominal)</b> Homens Mulheres	$\geq 94$ cm $\geq 80$ cm
<b>Pressão arterial</b> Sistólica Diastólica	$\geq 130$ mmHg ou $\geq 85$ mmHg *
<b>Glicemia de jejum</b>	$\geq 100$ mg/dL **
<b>Triglicerídeos</b>	$\geq 150$ mg/dL *
<b>Lipoproteína de Alta Densidade (HDL-colesterol)</b> Homens Mulheres	$< 40$ mg/dL* $< 50$ mg/dL*

\*ou tratamento específico; \*\*ou DM2 previamente diagnosticada.

Fonte: ALBETI et al. (2009).

O consolidado do estudo de Alberti et al. (2009) trouxe mudanças em relação aos critérios recomendados pela NCEP/ATP III (2001), como a redução de 8 cm no valor de corte da circunferência abdominal para ambos dos sexos, assim como a redução de 10 mg/dL no corte da glicemia de jejum.

Tais mudanças apontam para aspectos relacionados ao fato da SM contemplar critérios que se configuram como fatores de risco para DCV, estando esses parâmetros abaixo ou no limite aceito para o diagnóstico dessas doenças, como DM2, dislipidemias, hipertensão, facilitando assim a rastreamento de fatores e a intervenção para evitar o surgimento dessas doenças.

Entretanto, é importante destacar a participação do NCEP/ATP III para o estabelecimento dos critérios diagnósticos da SM. A instituição apontou a obesidade como fator mais importante na gênese da SM, em contraste com o proposto pela OMS em 1998, que adotava a obesidade central como foco maior. Não foi especificado um índice de massa corpórea (IMC), favorecendo o uso da circunferência abdominal como marcador do distúrbio e



o conceito de alteração glicêmica incluiu tanto a glicemia de jejum, como o diagnóstico do DM2. O documento trouxe, também, ressalvas quanto à ausência de evidências convincentes para o uso de testes laboratoriais de resistência à insulina, assim como não recomendou o uso do teste oral de tolerância à glicose e, do mesmo modo, os critérios de aumento da albumina excretada não constaram no relatório (CABRAL, 2011; NCEP/ATP III, 2001).

O processo fisiopatológico pelo qual a SM eleva o risco cardiovascular ainda está em debate, porém há forte evidência de que a resistência insulínica seja o fator principal. O progresso da resistência insulínica para hiperinsulinemia e hiperglicemia desencadeia vasoconstrição periférica e retenção de sódio. A predisposição à aterosclerose parece estar relacionada à existência de uma maior produção hepática de triglicerídeos, LDL-C, apolipoproteína B e LDL-C denso e concentrado. Esta situação desfavorável em relação aos lipídeos leva a um estado pró-trombótico e pró-inflamatório sistêmico. Com a obesidade central, observa-se a secreção pelos adipócitos de mediadores como o fator de necrose tumoral *alfa* (TNF-*alfa*) e a leptina e, de forma independente, a obesidade leva a hipertensão arterial, dislipidemia e maior resistência insulínica (DIRETRIZ, 2013).

Entretanto, há controvérsias entre alguns estudiosos da SM sobre qual dos fatores é predominante. Alguns autores defendem a opinião que enfoca o estilo de vida, em especial a obesidade, como fator mais relevante da síndrome (ALBERTI; ZIMMET; SHAW, 2005; NCEP ATP III, 2001).

A obesidade pode ser definida como um excesso de gordura corporal (25% ou mais de gordura corporal total em homens e 35% ou mais em mulheres) (GUYTON; HALL, 2012) e está inserida no grupo dos agravos não transmissíveis, caracterizadas por sua história natural prolongada, múltiplos fatores de risco, interação de fatores etiológicos, especificidade de causa desconhecida, longo período de latência e curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou mesmo para a morte (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004; WHO, 2002).

Sobre o diagnóstico e classificação do sobrepeso/obesidade, sabe-se que, em geral, não é difícil reconhecer a obesidade ou até mesmo o sobrepeso, contudo, o diagnóstico correto requer que se identifiquem os níveis de risco, o que, frequentemente, necessita de algumas formas de quantificação, sendo o IMC comumente empregado para calcular a obesidade (SILVA JÚNIOR, 2014).

Na prática clínica cotidiana, a obesidade é avaliada em nível populacional pela relação entre peso e altura, com o IMC, que é calculado dividindo-se o peso (em quilograma) pelo quadrado da altura (em metro ao quadrado), obtidos com roupas leves e sem sapatos. A

classificação de peso pelo IMC foi adaptada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e é recomendada por sua facilidade de mensuração e por ser uma medida não invasiva e de baixo custo (ANJOS, 2006).

O IMC, além de classificar o indivíduo com relação ao peso, também é um indicador de riscos para a saúde e tem relação com várias complicações metabólicas (BRASIL, 2014b). A avaliação dos pacientes quanto ao seu perfil metabólico, com o reconhecimento precoce dos fatores de risco associados, é desejável para identificar e tratar pacientes de alto risco cardiovascular e metabólico (MOTTILLO et al., 2010).

No cenário epidemiológico do grupo de DCNT, destaca-se a obesidade por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como a hipertensão e o diabetes, igualmente com taxas de prevalência em elevação no País. As prevalências de sobrepeso e obesidade cresceram de maneira importante nos últimos 30 anos (BRASIL, 2014b). Tal fato está diretamente relacionado com o aumento dos índices de prevalência da SM, em especial, no Brasil, se considerarmos os hábitos de vida da população.

No contexto brasileiro, dados representativos em estudos sobre a prevalência da SM ainda são escassos, particularmente em jovens, variando de acordo com os critérios utilizados. Uma revisão sistemática da literatura com oito estudos com adolescentes (10-19 anos), utilizando diferentes critérios para SM, descreveu prevalência de SM de 4,2% a 15,4% (critérios do NCEP/ATP III) e de 4,5% a 38,7% (critérios da OMS), sendo que a elevação dos triglicérides foi o componente alterado com maior frequência (4% a 75%), enquanto a alteração da glicose foi o menos observado (MORAES et al., 2009).

Um estudo realizado no Rio de Janeiro observou a presença de agregação de diversos fatores de risco cardiovascular e de SM e sua forte relação com a pressão arterial (BRANDÃO et al., 2008). Quanto ao risco de desenvolvimento de DCV associado à SM, foi demonstrado o risco relativo variando de 1,53 até 2,18 (DIRETRIZ, 2013).

É importante destacar a implementação de estratégias de tratamento e, sobretudo, de prevenção da SM. Uma vez diagnosticado com a síndrome, o profissional de saúde deve orientar o paciente sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, considerando os parâmetros que estão alterados e como estão alterados (DIRETRIZ, 2013).

Nesse sentido, a promoção de mudanças no estilo de vida deve ser a primeira intervenção que o profissional deve desenvolver para estes usuários, priorizando-se uma dieta saudável, a prática regular de atividade física, além do combate ao tabagismo, uso abusivo de álcool e estresse. A prevenção e o controle da obesidade devem prever a oferta de um escopo

amplo de ações que apoiem os indivíduos na adoção de modos de vida saudáveis que permita a manutenção ou a recuperação do peso saudável (BRASIL, 2014b).

Um fato importante referenciado por Cavalcanti e Braga (2006) é o fato da redução de peso, mesmo em pequena quantidade (em torno de 5% a 10%), mostrar-se benéfica e proporcionar melhora em todos os aspectos da SM, reduzindo a mortalidade, em especial a cardiovascular. Os autores destacam que mesmo sendo um obstáculo para a grande maioria das pessoas, a simples incorporação da atividade física regular associada a modificações dietéticas propiciam níveis pressóricos e perfil lipídico adequados, promovendo uma melhora da resistência à insulina.

O tratamento medicamentoso na SM estará sempre indicado quando não conseguir resultado com as medidas de mudanças do estilo de vida, fato muito frequente na prática clínica (SILVA JÚNIOR, 2014). Esse consiste em adoção de fármacos para tratamento para hipertensão arterial, DM2, dislipidemias e obesidade (DIRETRIZ, 2005).

Dentro dessas duas modalidades de tratamento e tendo como premissa básica o cuidado, a Enfermagem, enquanto ciência e profissão que lida diretamente com seres humanos, precisa assistir o paciente em toda a sua complexidade. Para isso, deve ter embasamento técnico-científico, conhecer as teorias para nortear sua prática e individualizar e sistematizar o cuidado, tendo em vista a promoção da saúde e a recuperação da doença (NASCIMENTO, 2013).

Para tal, o enfermeiro deve oferecer esclarecimentos sobre o distúrbio que compõe a SM, quais os efeitos e seu tratamento, tranquilizando o paciente e aconselhando-o a adotar hábitos de vida saudáveis, assim como identificar precocemente sinais de complicações (NAKAYAMA; PEDROSO, 2007).

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas

A Enfermagem embora possua conhecimentos próprios, esses muitas vezes não encontram-se organizados e sistematizados (HORTA, 2011). A teórica referiu a Enfermagem como uma ciência aplicada que transita entre do empirismo para o científico, a qual desenvolve suas teorias ao passo que tem buscado sistematizar seu corpo de conhecimento, através da pesquisa na busca da ciência independente de enfermagem.

Assim, a utilização de uma teoria ou modelo conceitual ampara os enfermeiros na definição de seus papéis, no melhor conhecimento da realidade e conseqüente adequação e qualidade no exercício profissional, proporcionando um cuidado com menor possibilidade de danos (MOURA; PAGLIUCA, 2004). A escolha do referencial teórico pressupõe conhecer as teorias de Enfermagem e exige empatia pela teoria entre seus conceitos, pressupostos e proposições, assim como a viabilidade de aplicação do modelo teórico e as necessidades específicas dos pacientes (HERMIDA; ARAUJO, 2006).

Entre os muitos referenciais da Enfermagem, destaca-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta, publicada em seu livro em 1979 e atualizada ao contexto atual da Enfermagem (HORTA, 2011), sendo o modelo teórico escolhido para a elaboração dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem para a pessoa com síndrome metabólica a partir da CIPE<sup>®</sup>, devido a sua ampla utilização em estudos desse tipo (CLARES; FREITAS; GUEDES, 2014), além da adequação com as perspectivas de cuidado de enfermagem direcionada à prioridade selecionada.

Horta (2011) traz a ideia que toda ciência deve determinar, descrever, explicar e prever o seu *ente concreto*, sendo esse na ciência de Enfermagem, o ser humano e suas necessidades básicas. O ser humano, para a teórica, é um ser único, indivisível, biopsicossocial, com múltiplas necessidades, que pertence a um grupo social, tem capacidades de tomar decisões sobre sua vida, incluindo o processo de saúde-doença.

Esses seres possuem necessidades humanas básicas que são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, advindas dos desequilíbrios homeodinâmicos ou dos fenômenos vitais. Para a teórica, tais necessidades permanecem latentes, em estados de equilíbrio dinâmico e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado e demandam resolução. Quando ocorre um desequilíbrio dessas necessidades e quando o seu conhecimento é limitado faz-se necessário o auxílio de pessoas capacitadas para atendê-lo. Nesse contexto, a

Enfermagem configura-se como um serviço prestado ao ser humano, atendendo às necessidades básicas (HORTA, 1979).

Quando essas necessidades básicas do indivíduo, da família e da comunidade estão em desequilíbrio, surgem os *problemas de enfermagem* que exigem assistência de enfermagem. Esses problemas têm como principais características: são latentes, universais, flexíveis, vitais, constantes, infinitos, cíclicos, inter-relacionados, dinâmicos, energéticos e hierarquizados. Apresentam peculiaridades, são resultantes de interações entre o ambiente interno e externo, além de apresentarem bases onto<sup>1</sup> e filogenéticas (HORTA, 2011).

Nesse estudo, os problemas de enfermagem foram identificados e organizados, sendo identificadas essas características apresentadas por Horta e organizadas dentro de uma perspectiva ontológica e hierárquica a fim promover a restauração das necessidades humanas básicas afetadas pela condição de saúde e na perspectiva de promover a saúde e o cuidado de enfermagem de qualidade.

As necessidades são comuns a todos os seres humanos, variando de um indivíduo para outro quanto a sua manifestação e a maneira de satisfazê-las, podendo sofrer interferência de aspectos como: individualidade, idade, gênero, cultura, escolaridade, condição socioeconômica, ambiente físico e ciclo de saúde-doença (HORTA, 2011), esses considerados no transcorrer desse estudo.

A teoria da motivação humana de Abraham Maslow foi a inspiração da teórica para a estruturação dessa teoria de enfermagem, tomando por base o conceito de hierarquia das necessidades que influenciam o comportamento humano. Entretanto, prefere-se utilizar, em enfermagem, a denominação utilizada por João Mohana para os instintos humanos, que classificava as NHB em níveis como necessidades psicobiológicas (são aquelas relacionadas com o corpo físico do indivíduo), psicossociais (relacionadas com suas convivências com outros seres humanos, em sua família, nas instituições sociais e políticas) comuns a todos os seres vivos e necessidades psicoespirituais (derivam dos valores e crenças dos indivíduos), que são complexas, próprias e exclusivas do ser humano (HORTA, 2011).

Esta pesquisa adotou a classificação das necessidades humanas básicas de acordo com Horta, mas levando também em consideração a classificação proposta pelo referencial da ABEn (GARCIA; CUBAS, 2012), por se tratar de uma releitura das necessidades e da inclusão de suas definições, o que não constam no estudo de Horta, e estão apresentadas no quadro 3.

---

<sup>1</sup> Exprime a ideia de ser, ente, indivíduo.

**QUADRO 3** – Classificação das necessidades humanas básicas de acordo com Horta e na classificação proposta pelo referencial da ABEn. Crato, 2016.

<p><b>Necessidades psicobiológicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Atividade física</li> <li>· Cuidado corporal e ambiental</li> <li>· Eliminação</li> <li>· Hidratação</li> <li>· Integridade física</li> <li>· Nutrição</li> <li>· Oxigenação</li> <li>· Regulação hormonal</li> <li>· Regulação neurológica</li> <li>· Regulação térmica</li> <li>· Regulação vascular</li> <li>· Regulação: crescimento celular e desenvolvimento funcional</li> <li>· Segurança física e do meio ambiente</li> <li>- Senso percepção</li> <li>· Sexualidade e reprodução</li> <li>· Sono e repouso</li> <li>· Terapêutica e de prevenção</li> </ul>
<p><b>Necessidades psicossociais</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Comunicação</li> <li>· Gregária</li> <li>· Recreação e lazer</li> <li>· Segurança emocional</li> <li>· Amor, aceitação</li> <li>· Autoestima, autoconfiança, autorrespeito</li> <li>· Liberdade e participação</li> <li>· Educação para a saúde e aprendizagem</li> <li>· Autorrealização</li> <li>· Espaço</li> <li>· Criatividade.</li> <li>· Garantia de acesso à tecnologia</li> </ul>
<p><b>Necessidade psicoespirituais</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Religiosidade</li> <li>· Espiritualidade</li> </ul>

Fonte: HORTA (2011); GARCIA; CUBAS (2012)

O enfermeiro deve utilizar as NHB de uma forma hierárquica e no momento em que o indivíduo satisfaz uma necessidade, surgem outras em seu lugar, exigindo que as pessoas busquem meios para satisfazê-las (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011). Esse é o responsável técnico e legal pela assistência de enfermagem e as suas funções se distinguem em três áreas: Área específica – em que deve assistir o ser humano em suas necessidades básicas; Área social

– ensino, pesquisa, administração e participação nas associações de classe; Área de interdependência – na qual são necessários outros profissionais para manter, promover ou reparar a saúde de forma adequada (LEOPARDI, 2006).

O modelo de Horta tem sido amplamente utilizado na realidade brasileira para nortear a Sistematização da Assistência de Enfermagem, permitindo o incremento de ações fundamentadas em um referencial teórico que possa guiar a implantação do processo de enfermagem nos variados serviços de saúde (DIAS et al., 2011; NEVES; SHIMIZU, 2010). Segundo Neves (2006), o modelo de Horta permite a organização de ferramentas de coleta de dados baseado nas NHB. Possibilita também a definição das necessidades do paciente em relação aos problemas de enfermagem que exigem intervenção e a evolução de enfermagem. Portanto, é valorosa a contribuição de Horta para o progresso e organização sistemática da ciência Enfermagem.

## **5 MÉTODOS**

### **5.1 Tipo do estudo**

Neste estudo, os diagnósticos/resultados de enfermagem da CIPE<sup>®</sup> para pessoas com síndrome metabólica são considerados parte de uma tecnologia a ser utilizada no cuidado de enfermagem. Portanto, trata-se de um estudo metodológico, que de acordo com Polit e Beck (2011), proporciona uma organização sistemática na elaboração, validação, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e técnicas de pesquisa, assim como de estratégias metodológicas, comumente utilizando métodos complexos e sofisticados, incluindo métodos mistos.

Lobiondo-Wood e Haber (2001) consideram que o estudo metodológico tem como meta a elaboração de um instrumento confiável que possa ser utilizado posteriormente por outros pesquisadores. Nesse tipo de estudo, o pesquisador se interessa em transformar um conhecimento construído para um formato tangível.

### **5.2 Etapas da elaboração dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem da CIPE<sup>®</sup> para pessoas com síndrome metabólica**

A elaboração dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem da CIPE<sup>®</sup> é destinada a pessoas com síndrome metabólica, devido ao seu destaque no campo do cuidado em saúde não somente pelo impacto de cada um dos seus componentes diagnósticos, mas principalmente pela agregação dos fatores de risco cardiovascular cada vez mais prevalente (DIRETRIZ, 2013). Por não se tratar de uma doença, mas sim um conjunto de fatores de risco para DCV, torna-se fundamental o cuidado de enfermagem de qualidade, proporcionando redução dos riscos e promovendo a saúde da população.

Portanto, a construção desses enunciados torna-se relevante por proporcionar a operacionalização do cuidado de enfermagem com base científica, a partir de uma padronização dos termos relevantes na prática do enfermeiro a pessoas com a referida síndrome. Seguirá etapas bem definidas e um método sistemático para sua elaboração, a fim de que a aplicabilidade clínica seja satisfatória no campo da saúde, em especial, na assistência do enfermeiro.

Para o desenvolvimento desse estudo, as etapas foram agrupadas de acordo com Cubas e Nóbrega (2015), pesquisadoras que desenvolvem estudo desse delineamento e



recomendam passos como: 1) Identificação e validação de termos relevantes para o cuidado com a prioridade de saúde; 2) Mapeamento cruzado dos termos identificados com os termos da CIPE®; 3) Construção dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem, tendo como base conceitual a Teoria das NHB de Horta; e 4) Mapeamento cruzado dos enunciados construídos com os constantes na CIPE®.

### 5.2.1 *1ª etapa: Identificação e validação de termos relevantes para o cuidado com a prioridade de saúde*

Esta etapa contempla uma pesquisa documental, na qual foram identificados os termos constantes nas publicações oficiais brasileiras sobre estratégias de cuidado e prevenção de doenças crônicas, quanto à sua relevância clínica e cultural para a prática de enfermagem direcionada às pessoas com síndrome metabólica, fundamentando a posterior construção específica do banco de termos de enfermagem e a elaboração dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem para a prioridade de saúde escolhida.

Considerando a relevância e abrangência das produções brasileiras, foi realizada uma busca no endereço eletrônico do Ministério da Saúde do Brasil e da Sociedade Brasileira de Cardiologia com o auxílio de pesquisadores na área de saúde cardiovascular, sendo selecionadas as seguintes publicações oficiais: I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (DIRETRIZ, 2005); I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular (DIRETRIZ, 2013); Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (BRASIL, 2014a); Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias (BRASIL, 2013c).

Considerando o número elevado de termos existentes nas publicações selecionadas e a existência de imagens e gráficos, essas informações foram organizadas em arquivos individuais no programa *Word for Windows*®, objetivando facilitar a extração dos termos. Posteriormente, estes arquivos foram convertidos para o formato .PDF, para serem aplicados na ferramenta PORONTO<sup>2</sup> (ZAHFRA; CARVALHO; MALUCELLI, 2013), que extraiu os termos e forneceu as respectivas frequências de aparição. Tal ferramenta tem sido utilizada nos estudos com este mesmo desenho e demonstrou eficiência na extração dos termos.

Os termos foram extraídos para uma planilha do *Excel for Windows*® para a realização do processo de normalização e uniformização com análise e exclusão de sinônimos,

---

<sup>2</sup> Ferramenta tecnológica direcionada para ontologia em português.

adequação dos tempos verbais e dos gêneros gramaticais (masculino e feminino), de números (singular e plural) e de siglas que identifiquem determinados termos.

Foram, também, excluídas expressões/termos pertencentes a outras áreas, como diagnósticos e procedimentos médicos ou de outras profissões da saúde, que muitas vezes podem estar descritos nas publicações e registros selecionados (GARCIA, 2015). Esta exclusão de termos não específicos é necessária, uma vez que as publicações selecionadas nesse estudo são direcionadas aos profissionais de saúde do Brasil, dentre os quais está contido o enfermeiro.

Após a normalização e uniformização dos termos extraídos, foram construídas definições operacionais a partir da CIPE<sup>®</sup>, artigos e dicionários de língua portuguesa e de termos técnicos de saúde, seguindo as orientações para a realização do trabalho terminológico de Pavel e Nolet (2002), como previsibilidade, simplicidade, enunciado afirmativo e ausência de tautologia.

A CIPE<sup>®</sup> também estabelece regras para a elaboração de definições, segundo as quais não devem ser circulares, devem ter sentido, exponham os atributos essenciais dos conceitos subjacentes à palavra, evitem uma linguagem obscura e ambígua, devem ser literais, sendo neutra e não valorativa e, finalmente, não podem ser muito amplas a ponto de permitir que se apliquem a mais objetivos do que os necessários e nem tão restritiva, que exclua as explicações legítimas (NIELSEN; MORTENSEN, 1997). Essas definições operacionais facilitaram o processo de validação por especialistas.

Para a validação dos termos identificados utilizou-se a técnica de validação por consenso proposta por Carlson (2006), na qual um grupo particular de enfermeiros clínicos, com base nos seus conhecimentos e a prática clínica, analisam os conceitos com o propósito de consolidar uma opinião coletiva ou consenso sobre a pertinência do fenômeno. Essa técnica é muito utilizada para aprimorar taxonomias e seguem as seguintes fases adaptadas para a validação de termos: Identificação dos objetivos do estudo; Determinação dos termos e definições operacionais; Identificação de, no mínimo, três enfermeiros especialistas; Obtenção de recursos para o seu desenvolvimento.

Os especialistas clínicos foram selecionados a partir dos seguintes critérios: Ser enfermeiro/a, ter atuação profissional há, no mínimo, quatro anos e ser autor, coautor ou orientador de trabalhos na temática direcionada à síndrome metabólica e seus componentes. Esses critérios tomaram por base que a validação buscou um consenso quanto à pertinência ou não dos termos na prática de enfermagem.

Os especialistas foram convidados a participar da pesquisa na qualidade de colaboradores, encaminhando-os o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(APÊNDICE A), que garantia os preceitos que regem as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2013a), além de um formulário para caracterização dos especialistas com dados pessoais e profissionais (APÊNDICE B).

Na execução da validação por consenso de termos relevantes para o cuidado de enfermagem, o pesquisador, definido como líder do grupo, distribuiu uma lista com os termos extraídos e suas definições (APÊNDICE C) e solicitou que cada especialista selecionasse aqueles que fossem relevantes para prática clínica de enfermagem direcionada à pessoa com síndrome metabólica, sendo posteriormente revisada pelo grupo. O líder conduz o grupo para que os especialistas possam discutir quanto às divergências até a obtenção de 100% de consenso e assim consolidando uma relação de termos validados.

Nessa pesquisa, a validação ocorreu em um único dia, com duração de duas horas e vinte e três minutos. O líder explanou sobre a importância da participação dos especialistas nesse processo, sem realizar qualquer julgamento ou indução de repostas, fornecendo apoio literário com a CIPE® durante o encontro para caso de dúvidas. Como resultado, foram listados os termos identificados, relevantes e validados, sendo incluídos em uma planilha eletrônica em ordem alfabética para utilização nas etapas seguintes. O líder, ainda, registrou todos os pontos dos debates quanto à pertinência de cada termo e as sugestões dos especialistas.

#### 5.2.2 2ª etapa: *Mapeamento cruzado dos termos identificados com os termos da CIPE®*

Esta etapa contemplou o mapeamento cruzado dos termos relevantes identificados e validados na fase anterior com os termos constantes no Modelo dos Sete Eixos da CIPE® versão 2015. Optou-se por validar os termos antes do mapeamento buscando evitar a duplicação de trabalho, assim como proporcionar coerência dos termos relevantes relacionados à população selecionada.

O mapeamento cruzado é referido como um procedimento metodológico utilizado para comparar termos de diferentes sistemas de classificação e deliberar sua equivalência semântica. Pode ser utilizado na análise de dados contidos no processo de enfermagem, nos contextos da prática clínica, possibilitando a apreciação de termos não incluídos em linguagens padronizadas de enfermagem, a fim de compará-los com os constantes em sistemas de classificações, identificando a similaridade desses termos e possibilitando sua adaptação para uma linguagem padrão (JUVÉ; GONZALEZ; MATUD, 2012; NONINO et al., 2008). A viabilidade desse método foi demonstrada em diversos estudos anteriores (NÓBREGA et al.,

2003; LUCENA; BARROS, 2005; GOOSSEN, 2006; HYUN; PARK, 2002; MOORHEAD; DELANEY, 1997).

Foram construídas duas planilhas no *Excel for Windows*<sup>®</sup>, uma com os termos identificados e outra com os termos da CIPE<sup>®</sup> 2015, sendo cruzadas entre si com a utilização do programa *Access for Windows*<sup>®</sup>, para identificação daqueles termos constantes e dos não constantes na versão classificação em estudo.

Nesse processo de mapeamento, os termos não constantes foram analisados quanto à similaridade e abrangência em relação aos termos constantes da CIPE<sup>®</sup>, como propõe Leal (2006):

- O termo da CIPE<sup>®</sup> é similar ao termo identificado quando não existe concordância da grafia, mas o seu significado é idêntico. Exemplo: algia e dor;
- Um termo é mais abrangente, quando o mesmo tem um significado maior do que o termo existente na CIPE<sup>®</sup>. Exemplo: violência do companheiro e abuso conjugal;
- Um termo pode ser mais restrito, quando o termo tem um significado menor do que o existente na CIPE<sup>®</sup>. Exemplo: violação e violência;
- Não existe concordância, quando o termo é totalmente diferente do termo existente na CIPE<sup>®</sup>, ou seja, um novo termo.

O mapeamento cruzado e a análise realizada também possibilitaram o enquadramento dos termos nos eixos da CIPE<sup>®</sup>, entretanto, alguns termos não se adequaram a nenhum dos eixos, sendo apresentados de forma específica.

Ao final dessa etapa, obteve-se o banco de termos da linguagem de enfermagem relacionada ao pessoa com síndrome metabólica, composto por todos os termos constantes na CIPE<sup>®</sup> e os termos não constantes validados, subsidiando a elaboração dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem direcionada ao público alvo desse estudo.

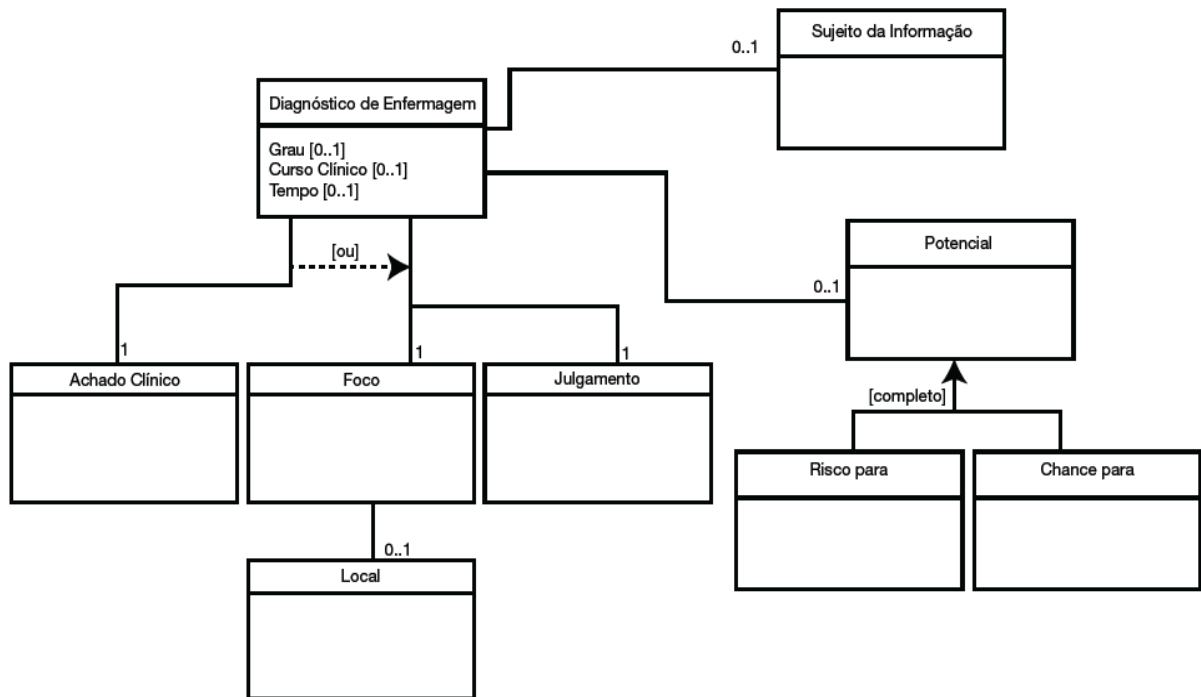
### 5.2.3 3ª etapa: Construção dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem

Esta etapa objetiva construir enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem a partir do banco de termos consolidado na etapa anterior, com base na teoria das NHB e no modelo dos Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup>, seguindo as recomendações do CIE e as normas da ISO 18.104:2014, que trata da integração de um modelo de terminologia de referência para a

Enfermagem com o banco de termos para pessoas com síndrome metabólica, construído neste estudo (ISO, 2014).

Inicialmente, de acordo com as recomendações do CIE, para construção de enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem (DE/RE), foram incluídos, obrigatoriamente, um termo do eixo Foco e um termo do eixo Julgamento, além de termos adicionais, conforme a necessidade, dos eixos Foco, Julgamento, Cliente, Localização e Tempo.

Marin, Peres e Dal Sasso (2013) apresentam uma Estrutura Categórica para Diagnósticos de Enfermagem (figura 4) que traz as modificações na ISO 18.104, na qual um diagnóstico de enfermagem pode ser expresso tanto por um termo do eixo julgamento como um foco ou um achado clínico, além de poder estar associado à potencialidade expressa como risco ou chance, refletindo a função preventiva para a prática de enfermagem, essencial para identificar a necessidades de cuidado nas pessoas com síndrome metabólica.



**FIGURA 4** – Estrutura categorial para diagnósticos de enfermagem. Crato, 2016.

Fonte: Traduzido de ISO: *Health Informatics: Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems*, FDIS 18.104 (MARIN; PERES; DAL SASSO, 2013).

Garcia (2015) destaca que a construção da expressão nominal de diagnósticos/resultados de enfermagem segue as mesmas diretrizes, sendo que a distinção entre os dois é determinada pela avaliação do enfermeiro, pois quando se tratar da decisão sobre o estado do paciente, problemas e necessidade, deverá ser utilizada a expressão “diagnóstico de

enfermagem”; quando for uma resposta prevista ou verificação após as intervenções, a expressão será “resultado de enfermagem”.

#### 5.2.4 4ª etapa: Mapeamento cruzado dos enunciados construídos com os da CIPE®

Após a construção dos enunciados, foi executada a técnica de mapeamento cruzado entre os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem construídos no estudo com os conceitos pré-combinados da CIPE® 2015. Foram criadas duas planilhas específicas no *Excel for Windows*®: uma para os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem construídos e outra para conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem contidos na CIPE®. Nesse processo é importante colocar em ordem alfabética todos os enunciados construídos, retirando as repetições para facilitar o processo de mapeamento.

Dessa forma, identificaram-se os enunciados constantes e não constantes na classificação, sendo submetidos ao processo de análise quanto à similaridade e abrangência, ao utilizar-se uma adaptação dos critérios propostos por Leal (2006), descritos na 2ª etapa.

Os enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem foram tabulados no programa *Excel for Windows*® e distribuídos dentro das necessidades psicobiológicas e psicossociais propostas no modelo conceitual de Horta (2011).

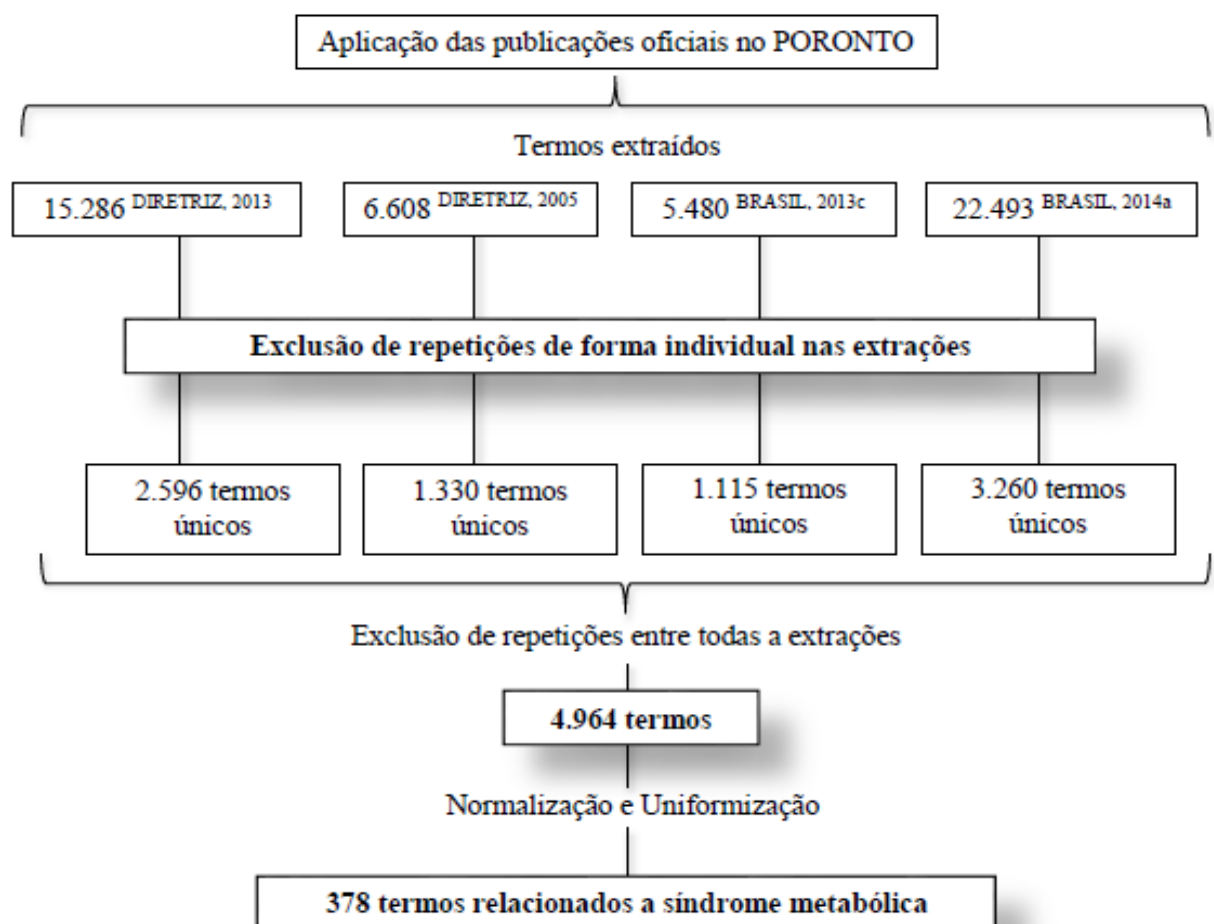
Ressalta-se que os resultados dessas quatro etapas foram condensados e organizados em dois capítulos da dissertação a seguir: Construção do banco de termos; Diagnósticos/resultados de enfermagem da CIPE®. Em seguida, tem-se a discussão.

### **5.3 Aspectos éticos da pesquisa**

O estudo integra um projeto maior intitulado “Proposta de um subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA), sob o parecer de N° 1.396.193 (ANEXO A). Foram observados os aspectos éticos preconizados na Resolução N° 466/12, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a) em todas as fases da pesquisa e os enfermeiros especialistas que colaboraram com a validação por consenso atestaram a anuência em participar pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

## 6 CONSTRUÇÃO DO BANCO DE TERMOS DE ENFERMAGEM PARA SÍNDROME METABÓLICA

Por meio da ferramenta PORONTO, foram extraídos 49.867 termos das publicações oficiais selecionadas para esse estudo de forma individual (figura 5). Posteriormente, foram excluídas as repetições entre todas as extrações, restando um total de 4.964 termos, que foram submetidos ao processo de normalização e uniformização, com correção ortográfica, análise e exclusão de sinônimos, adequação de tempo verbal, de gênero e de número, consolidando um total de 378 termos relevantes para o cuidado de enfermagem com ênfase na pessoa com síndrome metabólica.



**FIGURA 5** – Quantitativo de termos extraídos das publicações oficiais por meio do PORONTO. Crato, 2016.

Contatou-se durante a análise dos termos que muitos estavam escritos no plural e já estavam constantes na forma singular, outros com erros de digitação e/ou ortográficos, siglas já

descritas, além de muitas preposições e abreviaturas que não se adequavam ao objeto de estudo, justificando assim a considerável redução do número de termos ao final do processo. A frequência de aparição dos termos variou de um a 401 e o quadro 4 apresenta exemplos dos termos com frequência  $\geq 30$ .

**QUADRO 4** – Apresentação dos termos identificados com frequência  $\geq 30$ . Crato, 2016.

<b>TERMO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>TERMO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
Saúde	401	Obesidade	80
Risco	349	Intervenção	80
Crônico	222	Baixo	77
Peso corporal	200	Síndrome metabólica	72
Cuidado	185	Abordagem	69
Tratamento	163	Gordura	63
Profissional	157	Alimentar	62
Paciente	146	Consumo	60
Sistema cardiovascular	129	Resultado	59
Condição	126	Alto	58
Mudança	109	Evidência	56
Pressão arterial	108	Estilo de vida	55
Diabetes	108	Dieta	54
Controle	100	Família	53
Tabagismo	93	Capacidade	48
Necessidade	93	Excesso	47
Redução	90	Alimentação	47
Avaliação	88	Promoção	41
Autocuidado	88	Adesão	39
Exercício Físico	82	Sedentário	38

É notório que os termos são realmente aplicáveis a pacientes com a síndrome metabólica, ao verificar a presença dos termos referente à prioridade de estudo, de termos relacionados à promoção da saúde e prevenção da síndrome, além de termos que facilitarão a estruturação de diagnósticos/resultados de enfermagem para a prioridade de saúde.

Os termos identificados passaram por um processo de validação por consenso com especialistas na área de enfermagem e síndrome metabólica. Participaram desse processo três enfermeiras especialistas, um coordenador – o pesquisador do estudo - e uma aluna da graduação em enfermagem que ficou responsável pelo registro manual dos termos validados e das considerações das especialistas. As especialistas tinham de 35 a 52 anos de idade, de 13 a



30 anos de formação – duas doutorandas e uma doutora, pesquisadoras na área de doenças crônicas, em especial a síndrome metabólica.

Cada especialista recebeu previamente um formulário contendo os 378 termos identificados e suas definições operacionais construídas a partir da versão 2015 da CIPE<sup>®</sup>, de artigos e dicionários, sendo verificada a pertinência de cada termo quanto a sua utilização e relevância para a linguagem de enfermagem direcionada à pessoa com esse conjunto de fatores de risco cardiovasculares que compõe a síndrome. Do total, 370 termos foram validados a partir do consenso (100%) entre as especialistas quanto à pertinência na temática (quadro 5).

**QUADRO 5** – Termos validados pelo consenso de especialistas. Crato, 2016.

<b>Termos validados (n=370)</b>
Abandono, Abdome, Abolir, Abordagem, Abordar, Abrangente, Absenteísmo, Absorção Abstinência, Abusivo, Aceitação, Acentuar, Acesso, Acolher, Acompanhar, Aconselhar, Acrescentar, Acúmulo, Adaptação, Adesão, Adicionar, Administração, Adotar, Adquirir, Aferir, Agendar, Agrupar, Ajustar, Alcançar, Álcool, Alcoolismo, Alertar, Alimentação, Alimentos, Aliviar, Alterar, Alternar, Alto, Ambulatorial, Ampliar, Antropométrico, Amputação, Analisar, Ansiedade, Aperfeiçoar, Aplicar, Apoiar, Apoio emocional, Apontar, Aprender, Apresentar, Aprimorar, Apropriar, Aptidão, Aquisição de medicação, Argumentar, Arterial, Articulação, Articular, Artificial, Assegurar, Assistência, Atenção, Atenção básica, Atender, Atendimento, Atentar, Atingir, Atitude, Atividade, Ativo, Aumentado, Aumentar, Auscultar, Ausência, Autocuidado, Autoestima, Autoimagem, Autonomia, Auxiliar Avaliar, Baixo, Básico, Beber, Bebida, Bom, Bradicardia, Buscar, Capacidade, Capacidade de melhorar, Capaz, Capilar, Cardíaco, Causa, Cefaleia, Checar, Circunferência abdominal, Classificar, Colaborar, Colesterol, Coletivo, Combinar, Comparar, Compartilhar, Complementar, Compor, Compreender, Comunicação, Comunicar, Condição, Conduta clínica, Conduzir, Confiança, Confirmar, Conflito de decisão, Conhecimento, Conhecimento adequado, Conjunto, Conseguir, Considerar, Constituir, Consulta, Consumo, Contínuo, Contribuir, Controlar, Controle, Crescimento, Criança, Crônico, Cuidador, Cuidar, Cultural, Cumprir, Curto, Cutâneo, Deficiência, Definir, Demonstrar, Dependência, Descrever, Desenvolver, Desequilíbrio, Desestimular, Desfavorável, Destacar, Detectar. Diabetes, Dialogar, Dieta, Diminuir, Discutir, Diurno, Documentar, Domicílio, Dúvida, Educativo, Elaborar, Elevado, Elogiar, Emagrecimento, Encaminhar, Encontrar, Encorajar, Enfatizar, Entender, Entrevista, Envolver, Ensinar, Entender, Escola, Escolher, Escutar, Esporte, Estabelecer, Estilo de vida, Estimar, Estimular, Estratégia, Estratificar, Estresse, Eutrófico, Evitar, Exame, Examinar, Excesso de peso, Exercício físico, Facilitar, Fadiga. Família, Fornecer, Fortalecer, Frequência, Ganho, Garantir, Glicemia, Glicose sanguínea, Gordura, Hipercolesterolemia, Hiperglicemia, Hiperglicemiante, Hiperinsulinemia, Hipertrigliceridemia, Hipocalórico, Histórico, Horário, Identificar, Impacto, Implementar, Inadequado, Incapacidade, Incentivar, Incompleto, Índice de massa corpórea, Individual, Ingestão nutricional, Inicial, Iniciar, Intervenção, Lesão,

Levar, Leve, Lidar, Limite, Listar, Longo, Maior, Maneira, Manejo, Manter, Manutenção, Medir, Melhor, Menor, Mensurar, Minimizar, Moderado, Monitorar, Motivar, Modificar, Muscular, Necessidade, Necessidade de cuidado, Negativo, Nutrição, Obesidade, Observar, Oferecer, Opinião, Organizar, Orientar, Osteomuscular, Paciente, Pactuar, Palpação, Palpitação, Participar, Periódico, Persistir, Pescoço, Peso, Planejar, Plano, Ponderal, Posição, Possibilitar, Prandial, Praticar, Prazer, Prazo, Precoce, Presença, Presente, Pressão, Prevenir, Prioritário, Priorizar, Privar, Procedimento, Profissional de saúde, Prolongado, Prolongar, Promoção da saúde, Promover, Propiciar, Propor, Prover, Providenciar, Psicossocial, Pulmão, Quantificar, Queixa, Questionar, Rápido, Reajustar, Realidade, Realizar, Reavaliar, Recomendar, Reconhecer, Redefinir, Redução, Reduzir, Refeição, Regime comportamental, Regime medicamentoso, Regime terapêutico, Registrar, Registro, Renda, Reorganizar, Reorientar, Repensar, Repetir, Repouso, Requerer, Respeitar, Responder, Responsabilidade, Resposta, Ressaltar, Restauração, Restringir, Resultado laboratorial, Retirar, Retomar, Rígido, Rigoroso, Rim, Risco, Rotina, Sadio, Salientar, Sangue, Satisfatório, Saudável, Saúde, Sedentário, Selecionar, Sentimento, Serviço, Serviço de enfermagem, Sexualidade, Simplificar, Síndrome metabólica, Sintetizar, Sintoma, Sistema cardiovascular, Sistema Corporal, Sistematizar, Sobrecarga, Sobrepeso, Socioeconômico, Solicitar, Solidão, Substituir, Suficiente, Sugerir, Tabaco, Tabagismo, Taquicardia, Taxa, Tecido adiposo, Tratamento, Triglicérides, Urina, Valorizar, Vascular, Vida, Vínculo, Vitamina

Observa-se no resultado da validação que 97,9% dos termos extraídos foram validados pelas especialistas, demonstrando o quanto a visão do pesquisador na seleção dos termos e o processo de normalização são fundamentais para um resultado adequado ao objeto de estudo quando se fala em estudo da terminologia em enfermagem, além de facilitar o processo de validação pela seleção de termos, de fato, pertinentes.

Não foram validados os termos: *Abaixo, Abuso, Acercar, Alimentar, Balancear, Construção, Metade e Minoria*. Houve discussão entre as enfermeiras especialistas sobre a aplicação/pertinência dos termos “acercar”, “metade” e “construção” no cuidado de enfermagem ao paciente com síndrome metabólica; os termos “abaixo”, “abuso”, “alimentar”, “balancear” e “minoria” já tinham sido contemplados por outros termos mais específicos na validação, sendo considerados não relevantes para a estruturação da linguagem para a prioridade em estudo.

Após a validação por consenso, a listagem com 370 termos extraídos, normalizados e uniformizados foi submetida ao processo de mapeamento cruzado, realizado duas vezes em momentos diferentes. Após esse processo, foi realizada a análise de abrangência e similaridade dos termos extraídos em relação aos termos constantes na CIPE® 2015 (quadro 6).

**QUADRO 6** – Análise quanto à similaridade e abrangência dos termos extraídos e validados em relação aos termos da CIPE® 2015. Crato, 2016.

<b>EIXO</b>	<b>TERMOS DA CIPE®</b>	<b>TERMOS EXTRAÍDOS</b>	<b>ANÁLISE</b>
A	Acompanhar	Acompanhar	Igual
A	Aconselhar	Aconselhar	Igual
A	Agendar	Agendar	Igual
A	Ajustar	Ajustar	Igual
A	Aliviar	Aliviar	Igual
A	Alterar	Alterar	Igual
A	Analisar	Analisar	Igual
A	Aplicar	Aplicar	Igual
A	Apoiar	Apoiar	Igual
A	Aquisição de Medicação	Aquisição de medicação	Igual
A	Atender	Atender	Igual
A	Aumentar	Aumentar	Igual
A	Auscultar	Auscultar	Igual
A	Auxiliar	Auxiliar	Igual
A	Avaliar	Avaliar	Igual
A	Colaborar	Colaborar	Igual
A	Controlar	Controlar	Igual
A	Demonstrar	Demonstrar	Igual
A	Descrever	Descrever	Igual
A	Desenvolver	Desenvolver	Igual
A	Diminuir	Diminuir	Igual
A	Documentar	Documentar	Igual
A	Elogiar	Elogiar	Igual
A	Encaminhar	Encaminhar	Igual
A	Encorajar	Encorajar	Igual
A	Estabelecer	Estabelecer	Igual
A	Estimular	Estimular	Igual
A	Evitar	Evitar	Igual
A	Examinar	Examinar	Igual
A	Facilitar	Facilitar	Igual
A	Identificar	Identificar	Igual
A	Implementar	Implementar	Igual
A	Iniciar	Iniciar	Igual
A	Lidar	Lidar	Igual
A	Manter	Manter	Igual
A	Minimizar	Minimizar	Igual
A	Monitorar	Monitorar	Igual
A	Motivar	Motivar	Igual
A	Observar	Observar	Igual
A	Oferecer	Oferecer	Igual
A	Organizar	Organizar	Igual

<b>EIXO</b>	<b>TERMOS DA CIPE®</b>	<b>TERMOS EXTRAÍDOS</b>	<b>ANÁLISE</b>
A	Orientar	Orientar	Igual
A	Participar	Participar	Igual
A	Planejar	Planejar	Igual
A	Prevenir	Prevenir	Igual
A	Priorizar	Priorizar	Igual
A	Promover	Promover	Igual
A	Registrar	Registrar	Igual
A	Responder	Responder	Igual
A	Garantir ou assegurar	Assegurar	Igual
A	Confirmar ou comprovar	Confirmar	Igual
A	Cuidar (ou tomar conta)	Cuidar	Igual
A	Medir (ou verificar)	Medir	Igual
C	Criança	Criança	Igual
C	Cuidador	Cuidador	Igual
C	Família	Família	Igual
C	Paciente	Paciente	Igual
F	Sistema Corporal	Sistema Corporal	Igual
F	Abandono	Abandono	Igual
F	Absorção	Absorção	Igual
F	Abstinência	Abstinência	Igual
F	Aceitação	Aceitação	Igual
F	Acesso	Acesso	Igual
F	Adaptação	Adaptação	Igual
F	Adesão	Adesão	Igual
F	Ansiedade	Ansiedade	Igual
F	Apoio Emocional	Apoio emocional	Igual
F	Atenção	Atenção	Igual
F	Atitude	Atitude	Igual
F	Autocuidado	Autocuidado	Igual
F	Autoestima	Autoestima	Igual
F	Autoimagem	Autoimagem	Igual
F	Autonomia	Autonomia	Igual
F	Bradycardia	Bradycardia	Igual
F	Capacidade	Capacidade	Igual
F	Comunicação	Comunicação	Igual
F	Condição	Condição	Igual
F	Confiança	Confiança	Igual
F	Conflito de Decisão	Conflito de decisão	Igual
F	Conhecimento	Conhecimento	Igual
F	Controle	Controle	Igual
F	Crescimento	Crescimento	Igual
F	Diabetes	Diabetes	Igual
F	Estresse	Estresse	Igual
F	Exercício Físico	Exercício físico	Igual

<b>EIXO</b>	<b>TERMOS DA CIPE®</b>	<b>TERMOS EXTRAÍDOS</b>	<b>ANÁLISE</b>
<b>F</b>	Fadiga	Fadiga	Igual
<b>F</b>	Glicose Sanguínea	Glicose sanguínea	Igual
<b>F</b>	Hiperglicemia	Hiperglicemia	Igual
<b>F</b>	Lesão	Lesão	Igual
<b>F</b>	Necessidade	Necessidade	Igual
<b>F</b>	Necessidade de Cuidado	Necessidade de cuidado	Igual
<b>F</b>	Obesidade	Obesidade	Igual
<b>F</b>	Peso	Peso	Igual
<b>F</b>	Prazer	Prazer	Igual
<b>F</b>	Pressão	Pressão	Igual
<b>F</b>	Procedimento	Procedimento	Igual
<b>F</b>	Regime Comportamental	Regime comportamental	Igual
<b>F</b>	Regime Medicamentoso	Regime medicamentoso	Igual
<b>F</b>	Renda	Renda	Igual
<b>F</b>	Resultado Laboratorial	Resultado laboratorial	Igual
<b>F</b>	Rotina	Rotina	Igual
<b>F</b>	Sangue	Sangue	Igual
<b>F</b>	Saúde	Saúde	Igual
<b>F</b>	Serviço	Serviço	Igual
<b>F</b>	Sintoma	Sintoma	Igual
<b>F</b>	Sistema Cardiovascular	Sistema cardiovascular	Igual
<b>F</b>	Sobrepeso	Sobrepeso	Igual
<b>F</b>	Solidão	Solidão	Igual
<b>F</b>	Taquicardia	Taquicardia	Igual
<b>F</b>	Taxa	Taxa	Igual
<b>F</b>	Tecido Adiposo	Tecido adiposo	Igual
<b>F</b>	Urina	Urina	Igual
<b>F</b>	Vínculo	Vínculo	Igual
<b>F</b>	Alimentação, por si próprio	Alimentação	Igual
<b>F</b>	Capacidade para crescer ou melhorar	Capacidade de melhorar	Igual
<b>F</b>	Conhecimento adequado	Conhecimento adequado	Igual
<b>F</b>	Incapacidade ou limitação	Incapacidade	Igual
<b>J</b>	Alto	Alto	Igual
<b>J</b>	Baixo	Baixo	Igual
<b>J</b>	Dependência	Dependência	Igual
<b>J</b>	Leve	Leve	Igual
<b>J</b>	Moderado	Moderado	Igual
<b>J</b>	Presença	Presença	Igual
<b>J</b>	Risco	Risco	Igual
<b>L</b>	Abdome	Abdome	Igual
<b>L</b>	Articulação	Articulação	Igual
<b>L</b>	Capilar	Capilar	Igual
<b>L</b>	Escola	Escola	Igual
<b>L</b>	Pescoço	Pescoço	Igual

<b>EIXO</b>	<b>TERMOS DA CIPE®</b>	<b>TERMOS EXTRAÍDOS</b>	<b>ANÁLISE</b>
L	Posição	Posição	Igual
L	Pulmão	Pulmão	Igual
L	Rim	Rim	Igual
M	Amputação	Amputação	Igual
M	Bebida	Bebida	Igual
M	Conduta Clínica	Conduta clínica	Igual
M	Plano	Plano	Igual
M	Refeição	Refeição	Igual
M	Serviço de Enfermagem	Serviço de enfermagem	Igual
M	Vitamina	Vitamina	Igual
T	Contínuo	Contínuo	Igual
T	Crônico	Crônico	Igual
T	Exame	Exame	Igual
T	Frequência	Frequência	Igual
T	Presente	Presente	Igual
A	Colocar ou por	Acrescentar	Similar
A	Colocar ou por	Adicionar	Similar
A	Obter	Adquirir	Similar
A	Medir ou verificar	Aferir	Similar
A	Coletar	Agrupar	Similar
A	Obter	Alcançar	Similar
A	Aumentar	Ampliar	Similar
A	Fazer progredir	Aprimorar	Similar
A	Consultar	Buscar	Similar
A	Categorizar	Classificar	Similar
A	Cortar	Compartilhar	Similar
A	Interpretar	Compreender	Similar
A	Obter	Conseguir	Similar
A	Executar	Cumprir	Similar
A	Identificar	Detectar	Similar
A	Educar	Ensinar	Similar
A	Interpretar	Entender	Similar
A	Ouvir	Escutar	Similar
A	Categorizar	Estratificar	Similar
A	Estimular	Incentivar	Similar
A	Transportar	Levar	Similar
A	Trocar	Modificar	Similar
A	Executar	Praticar	Similar
A	Prover (Proporcionar, Fornecer)	Propiciar	Similar
A	Calcular	Quantificar	Similar
A	Executar	Realizar	Similar
A	Minimizar	Redução	Similar
A	Minimizar	Reduzir	Similar

<b>EIXO</b>	<b>TERMOS DA CIPE®</b>	<b>TERMOS EXTRAÍDOS</b>	<b>ANÁLISE</b>
A	Remover	Retirar	Similar
A	Restaurar	Retomar	Similar
A	Reforçar	Salientar	Similar
A	Facilitar	Simplificar	Similar
A	Organizar	Sistematizar	Similar
A	Requisitar (ou requerer)	Solicitar	Similar
A	Trocar	Substituir	Similar
A	Fazer Progredir (ou Promover)	Aperfeiçoar	Similar
A	Medir (ou verificar)	Mensurar	Similar
A	Medir (ou verificar)	Checar	Similar
C	Grupo	Conjunto	Similar
F	Abuso de álcool ou alcoolismo	Alcoolismo	Similar
F	Razão	Causa	Similar
F	Porcentagem de gordura corporal	Circunferência abdominal	Similar
F	Desenvolvimento recreativo	Esporte	Similar
F	Glicose sanguínea	Glicemia	Similar
F	Ingestão de alimento	Nutrição	Similar
F	Peso	Ponderal	Similar
F	Saúde	Saudável	Similar
F	Comportamento sexual	Sexualidade	Similar
F	Abuso de tabaco (ou fumo)	Tabagismo	Similar
J	Simplex	Básico	Similar
J	Pequeno	Curto	Similar
J	Grande	Longo	Similar
J	Melhorado	Melhor	Similar
J	Crônico	Prolongado	Similar
J	Severo	Rígido	Similar
J	Severo	Rigoroso	Similar
L	Pele	Cutâneo	Similar
L	Músculo	Muscular	Similar
T	Manhã	Diurno	Similar
T	Início	Inicial	Similar
T	Contínuo	Periódico	Similar
A	Atender	Atendimento	Mais abrangente
A	Falar	Argumentar	Mais abrangente
A	Ser cuidado por um cuidador	Assistência	Mais abrangente
A	Falar	Comunicar	Mais abrangente
A	Atender por meio de intervenção	Intervenção	Mais abrangente
A	Estabelecer limite	Limite	Mais abrangente
F	Disposição (ou Prontidão) para Aprender	Aprender	Mais abrangente
F	Personalidade lábil	Aptidão	Mais abrangente
F	Fluxo de sangue arterial	Arterial	Mais abrangente
F	Processo cardíaco	Cardíaco	Mais abrangente

<b>EIXO</b>	<b>TERMOS DA CIPE®</b>	<b>TERMOS EXTRAÍDOS</b>	<b>ANÁLISE</b>
<b>F</b>	Crença cultural	Cultural	Mais abrangente
<b>F</b>	Tolerância à dieta	Dieta	Mais abrangente
<b>F</b>	Taquicardia	Palpitação	Mais abrangente
<b>F</b>	Refeição	Prandial	Mais abrangente
<b>F</b>	Estrutura psicossocial	Psicossocial	Mais abrangente
<b>F</b>	Adesão ao Regime Terapêutico	Regime terapêutico	Mais abrangente
<b>F</b>	Comportamento de repouso	Repouso	Mais abrangente
<b>F</b>	Vínculo	Sentimento	Mais abrangente
<b>F</b>	Processo vascular	Vascular	Mais abrangente
<b>L</b>	Unidade ambulatorial	Ambulatorial	Mais abrangente
<b>L</b>	Serviço de educação	Educativo	Mais abrangente
<b>M</b>	Membro artificial	Artificial	Mais abrangente
<b>M</b>	Serviço de promoção da saúde	Promoção da saúde	Mais abrangente
<b>A</b>	Palpar	Palpação	Mais restrito
<b>F</b>	Abuso de álcool ou alcoolismo	Álcool	Mais restrito
<b>F</b>	Dor	Cefaleia	Mais restrito
<b>F</b>	Atitude em Relação ao Manejo (Controle) da Medicação	Manejo	Mais restrito
<b>F</b>	Saúde	Sadio	Mais restrito
<b>F</b>	Abuso de tabaco (ou fumo)	Tabaco	Mais restrito
<b>J</b>	Julgamento, Positivo ou negativo	Negativo	Mais restrito
<b>J</b>	Real	Realidade	Mais restrito
<b>A</b>		Abolir	Não existe concordância
<b>A</b>		Abordar	Não existe concordância
<b>A</b>		Acentuar	Não existe concordância
<b>A</b>		Acolher	Não existe concordância
<b>A</b>		Adotar	Não existe concordância
<b>A</b>		Alertar	Não existe concordância
<b>A</b>		Alternar	Não existe concordância
<b>A</b>		Apontar	Não existe concordância
<b>A</b>		Apresentar	Não existe concordância
<b>A</b>		Apropriar	Não existe concordância
<b>A</b>		Atentar	Não existe concordância
<b>A</b>		Atingir	Não existe concordância
<b>A</b>		Beber	Não existe concordância
<b>A</b>		Combinar	Não existe concordância
<b>A</b>		Comparar	Não existe concordância
<b>A</b>		Complementar	Não existe concordância
<b>A</b>		Compor	Não existe concordância
<b>A</b>		Conduzir	Não existe concordância
<b>A</b>		Considerar	Não existe concordância
<b>A</b>		Constituir	Não existe concordância
<b>A</b>		Contribuir	Não existe concordância
<b>A</b>		Definir	Não existe concordância



<b>EIXO</b>	<b>TERMOS DA CIPE®</b>	<b>TERMOS EXTRAÍDOS</b>	<b>ANÁLISE</b>
A		Desestimular	Não existe concordância
A		Destacar	Não existe concordância
A	Falar	Dialogar	Não existe concordância
A		Discutir	Não existe concordância
A		Elaborar	Não existe concordância
A		Encontrar	Não existe concordância
A		Enfatizar	Não existe concordância
A		Envolver	Não existe concordância
A		Escolher	Não existe concordância
A		Estimar	Não existe concordância
A		Fornecer	Não existe concordância
A		Fortalecer	Não existe concordância
A		Garantir	Não existe concordância
A		Listar	Não existe concordância
A		Pactuar	Não existe concordância
A		Persistir	Não existe concordância
A		Possibilitar	Não existe concordância
A		Privar	Não existe concordância
A		Prolongar	Não existe concordância
A		Propor	Não existe concordância
A		Prover	Não existe concordância
A		Providenciar	Não existe concordância
A		Questionar	Não existe concordância
A		Reajustar	Não existe concordância
A		Reavaliar	Não existe concordância
A		Recomendar	Não existe concordância
A		Reconhecer	Não existe concordância
A		Redefinir	Não existe concordância
A		Reorganizar	Não existe concordância
A		Reorientar	Não existe concordância
A		Repensar	Não existe concordância
A		Repetir	Não existe concordância
A		Requerer	Não existe concordância
A		Respeitar	Não existe concordância
A		Responsabilidade	Não existe concordância
A		Ressaltar	Não existe concordância
A	Restaurar	Restauração	Não existe concordância
A		Restringir	Não existe concordância
A		Selecionar	Não existe concordância
A		Sintetizar	Não existe concordância
A		Sugerir	Não existe concordância
A		Valorizar	Não existe concordância
F	Saúde comunitária	Atenção básica	Não existe concordância
F		Emagrecimento	Não existe concordância

<b>EIXO</b>	<b>TERMOS DA CIPE®</b>	<b>TERMOS EXTRAÍDOS</b>	<b>ANÁLISE</b>
F		Estilo de vida	Não existe concordância
F		Eutrófico	Não existe concordância
F		Excesso de peso	Não existe concordância
F		Hipercolesterolemia	Não existe concordância
F		Hiperinsulinemia	Não existe concordância
F		Hipertrigliceridemia	Não existe concordância
F		Índice de massa corpórea	Não existe concordância
F		Individual	Não existe concordância
F		Ingestão nutricional	Não existe concordância
F		Manutenção	Não existe concordância
F		Queixa	Não existe concordância
F		Resposta	Não existe concordância
F		Sedentário	Não existe concordância
F		Síndrome metabólica	Não existe concordância
F		Tratamento	Não existe concordância
F		Vida	Não existe concordância
J		Ativo	Não existe concordância
J		Aumentado	Não existe concordância
J	Ausente <sup>3</sup>	Ausência	Não existe concordância
J		Bom	Não existe concordância
J	Eficaz <sup>3</sup>	Capaz	Não existe concordância
J		Desfavorável	Não existe concordância
J		Elevado	Não existe concordância
J		Ganho	Não existe concordância
J		Inadequado	Não existe concordância
J		Incompleto	Não existe concordância
J		Maior	Não existe concordância
J		Menor	Não existe concordância
J		Precoce	Não existe concordância
J		Prioritário	Não existe concordância
J		Satisfatório	Não existe concordância
J		Suficiente	Não existe concordância
L	Técnica de Exercício Muscular ou Articular	Articular	Não existe concordância
L		Domicílio	Não existe concordância
L		Osteomuscular	Não existe concordância
M		Alimentos	Não existe concordância
M		Atividade	Não existe concordância
M		Entrevista	Não existe concordância
M		Maneira	Não existe concordância
M		Profissional de saúde	Não existe concordância
M		Registro	Não existe concordância
T		Horário	Não existe concordância

<sup>3</sup> Aparece na CIPE® como qualificador dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem.

EIXO	TERMOS DA CIPE®	TERMOS EXTRAÍDOS	ANÁLISE
T		Prazo	Não existe concordância
T		Rápido	Não existe concordância
C	Comunidade	Coletivo	Não existe concordância
		Abordagem	Não existe concordância
		Abrangente	Não existe concordância
		Absenteísmo	Não existe concordância
		Abusivo	Não existe concordância
		Acúmulo	Não existe concordância
		Administração	Não existe concordância
		Antropométrico	Não existe concordância
		Colesterol	Não existe concordância
		Consulta	Não existe concordância
		Consumo	Não existe concordância
		Deficiência	Não existe concordância
		Desequilíbrio	Não existe concordância
		Dúvida	Não existe concordância
		Estratégia	Não existe concordância
		Gordura	Não existe concordância
		Hiperglicemiante	Não existe concordância
		Hipocalórico	Não existe concordância
		Histórico	Não existe concordância
		Impacto	Não existe concordância
		Opinião	Não existe concordância
		Sobrecarga	Não existe concordância
		Socioeconômico	Não existe concordância
		Triglicerídeos	Não existe concordância

Após o mapeamento cruzado, realizou-se a análise quanto à similaridade e abrangência dos termos mapeados, sendo 144 termos iguais, 61 similares, 23 mais abrangentes, oito mais restritos e 134 em que não existe concordância. Foram considerados como termos constantes os termos classificados como iguais e similares, totalizando 207 termos constantes na CIPE® versão 2015 (70 ficaram no eixo Foco, 14 no eixo Julgamento, sete no eixo Meio, 91 no eixo Ação, oito no eixo Tempo, 10 no eixo Localização e cinco no eixo Cliente).

Dos termos mais abrangentes, mais restritos e sem concordância, 163 foram classificados como não constantes, de acordo com os eixos da CIPE® 2015, considerou-se a definição do eixo e sua coerência com o significado dos termos identificados, dos quais somente 140 termos estavam adequados quanto aos eixos da CIPE®: 34 termos no eixo Foco, 18 no eixo Julgamento, nove no eixo Meios, 70 termos no eixo Ação, quatro no Tempo, cinco no eixo Localização e um no eixo Cliente, fechando o banco de termos para a prática de enfermagem (quadro 7).

**QUADRO 7** – Banco de termos para a prática de enfermagem relacionado à pessoa com síndrome metabólica. Crato, 2016.

<b>EIXOS</b>	<b>Termos constantes na CIPE® 2015 (n=207)</b>	<b>Termos não constantes na CIPE® 2015 (n=140)</b>
<b>Julgamento</b>	Alto, Baixo, Crônico, Dependência, Grande, Leve, Melhorado, Moderado, Pequeno, Presença, Risco, Severo <sup>4</sup> , Simples	Ativo, Aumentado, Ausência, Bom, Capaz, Desfavorável, Elevado, Ganho, Inadequado, Incompleto, Maior, Menor, Negativo, Precoce, Prioritário, Realidade, Satisfatório, Suficiente
<b>Foco</b>	Abandono, Absorção, Abstinência, Abuso de álcool ou alcoolismo, Abuso de tabaco (ou fumo), Aceitação, Acesso, Adaptação, Adesão, Alimentação, por si próprio, Ansiedade, Apoio Emocional, Atenção, Atitude, Autocuidado, Autoestima, Autoimagem, Autonomia, Bradicardia, Capacidade, Capacidade para crescer ou melhorar, Comportamento Sexual, Comunicação, Condição, Confiança, Conflito de Decisão, Conhecimento, Conhecimento adequado, Controle, Crescimento, Desenvolvimento recreativo, Diabetes, Estresse, Exercício Físico, Fadiga, Glicose Sanguínea <sup>4</sup> , Hiperglicemia, Incapacidade ou limitação, Ingestão de alimento, Lesão, Necessidade, Necessidade de Cuidado, Obesidade, Peso <sup>4</sup> , Porcentagem de gordura corporal, Prazer, Pressão, Procedimento, Razão, Regime Comportamental, Regime Medicamentoso, Renda, Resultado Laboratorial, Rotina, Sangue, Saúde <sup>4</sup> , Serviço, Sintoma, Sistema Cardiovascular, Sistema Corporal, Sobrepeso, Solidão,	Aprender, Aptidão, Arterial, Atenção básica, Cardíaco, Cefaleia, Cultural, Dieta, Emagrecimento, Estilo de vida, Eutrófico, Excesso de peso, Hipercolesterolemia, Hiperinsulinemia, Hipertrigliceridemia, Índice de massa corpórea, Individual, Ingestão nutricional, Manejo, Manutenção, Palpitação, Prandial, Psicossocial, Queixa, Regime terapêutico, Repouso, Resposta, Sadio, Sedentário, Sentimento, Síndrome metabólica, Tratamento, Vascular, Vida

<sup>4</sup> Durante a análise de similaridade e abrangência, esse termo foi considerado como similar e houve uma repetição dos termos da CIPE®, sendo excluído e permanecendo somente um.

	Taquicardia, Taxa, Tecido Adiposo, Urina, Vínculo	
<b>Meio</b>	Amputação, Bebida, Conduta, Clínica, Plano, Refeição, Serviço de Enfermagem, Vitamina	Alimentos, Artificial, Atividade, Entrevista, Maneira, Palpação, Profissional de saúde, Promoção da saúde, Registro
<b>Localização</b>	Abdome, Articulação, Capilar, Escola, Músculo, Pele, Pescoço, Posição, Pulmão, Rim	Ambulatorial, Articular, Domicílio, Educativo, Osteomuscular
<b>Ação</b>	Acompanhar, Aconselhar, Agendar, Ajustar, Aliviar, Alterar, Analisar, Aplicar, Apoiar, Aquisição de Medicação, Atender, Aumentar <sup>1</sup> , Auscultar, Auxiliar, Avaliar, Calcular, Categorizar <sup>4</sup> , Colaborar, Coletar, Colocar ou por <sup>4</sup> , Confirmar ou comprovar, Consultar, Controlar, Cortar, Cuidar (ou tomar conta), Demonstrar, Descrever, Desenvolver, Diminuir, Documentar, Educar, Elogiar, Encaminhar, Encorajar, Estabelecer, Estimular <sup>4</sup> , Evitar, Examinar, Executar <sup>5</sup> , Facilitar, Fazer Progredir (ou Promover) <sup>4</sup> , Garantir ou assegurar, Identificar <sup>4</sup> , Implementar, Iniciar, Interpretar <sup>4</sup> , Lidar, Manter, Medir (ou verificar) <sup>4</sup> , Minimizar <sup>5</sup> , Monitorar, Motivar, Observar, Obter <sup>2</sup> , Oferecer, Organizar <sup>4</sup> , Orientar, Ouvir, Participar, Planejar, Prevenir, Priorizar, Promover, Prover (Proporcionar, Fornecer), Reforçar, Registrar, Remover, Requisitar (ou requerer), Responder, Restaurar, Transportar, Trocar <sup>4</sup>	Abolir, Abordar, Acentuar, Acolher, Adotar, Alertar, Alternar, Apontar, Apresentar, Apropriar, Argumentar, Assistir, Atender, Atentar, Atingir, Beber, Combinar, Comparar, Complementar, Compor, Comunicar, Conduzir, Considerar, Constituir, Contribuir, Definir, Desestimular, Destacar, Dialogar, Discutir, Elaborar, Encontrar, Enfatizar, Envolver, Escolher, Estimar, Fornecer, Fortalecer, Garantir, Intervir, Listar, Pactuar, Persistir, Possibilitar, Privar, Prolongar, Propor, Prover, Providenciar, Questionar, Reajustar, Reavaliar, Recomendar, Reconhecer, Redefinir, Reorganizar, Reorientar, Repensar, Repetir, Requerer, Respeitar, Responsabilidade, Ressaltar, Restauração, Restringir, Selecionar, Sintetizar, Sugerir, Valorizar
<b>Tempo</b>	Contínuo <sup>4</sup> , Crônico, Exame, Frequência, Início, Manhã, Presente	Horário, Limite, Prazo, Rápido
<b>Cliente</b>	Criança, Cuidador, Família, Grupo, Paciente	Coletivo

<sup>5</sup> Durante a análise de similaridade e abrangência, esse termo foi considerado como similar e houve duas repetições dos termos da CIPE®, sendo excluídos e permanecendo somente um.

Dos termos que não apresentaram concordância durante a análise, 23 termos não se enquadraram em nenhum dos eixos da CIPE<sup>®</sup>, sendo eles: *Abordagem, Abrangente, Absenteísmo, Abusivo, Acúmulo, Administração, Antropométrico, Colesterol, Consulta, Consumo, Deficiência, Desequilíbrio, Dúvida, Estratégia, Gordura, Hiperglicemiante, Hipocalórico, Histórico, Impacto, Opinião, Sobrecarga, Socioeconômico e Triglicérides*. Tal fato não impede os enfermeiros de utilizarem alguns desses termos para a construção de diagnósticos, assim como sua conformação em algum dos eixos, desde que justificada a utilização.

## 7 DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM DA CIPE® PARA PESSOAS COM SÍNDROME METABÓLICA

O banco de termos para a prática de enfermagem relacionado à pessoa com síndrome metabólica construído no capítulo anterior subsidiou a elaboração de 52 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2015, nas recomendações do CIE e no modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas proposto por Horta (2011). O quadro 8 apresenta todos os enunciados construídos, incluindo os positivos e negativos, em relação às necessidades de cuidado das pessoas com síndrome metabólica.

**QUADRO 8** – Lista de enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem elaborados para a pessoa com síndrome metabólica. Crato, 2016.

<b>DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM DA CIPE® ELABORADOS A PARTIR DO BANCO DE TERMOS DE ENFERMAGEM PARA SÍNDROME METABÓLICA (N=52)</b>
Abandono do regime terapêutico
Aceitação da condição de Saúde, Prejudicada
Adaptação, prejudicada
Adesão
Alcoolismo
Alimentação, inadequada
Ansiedade
Apoio familiar, ausente
Autocuidado, deficiente
Autoimagem, negativa
Baixa autoestima
Capacidade para manejar a dieta, prejudicada
Capacidade para manejar o regime de exercício físico, prejudicada
Capacidade para manejar o regime medicamentoso, prejudicada
Capacidade para monitorar a saúde, prejudicada
Comportamento de busca de saúde, prejudicado
Comportamento de exercício físico, prejudicado
Comunicação, prejudicada
Condição de saúde melhorada
Conhecimento insuficiente do regime medicamentoso
Conhecimento insuficiente do regime terapêutico
Conhecimento insuficiente sobre a dieta
Conhecimento insuficiente sobre a prática de exercício físico

Emagrecimento satisfatório
Estilo de vida ativo
Estilo de vida sedentário
Fadiga
Ganho ponderal
Hipercolesterolemia
Hiperglicemia
Hipertrigliceridemia
Índice de massa corpórea elevado
Ingestão de alimentos, excessiva
Não adesão ao regime de exercício físico
Não adesão ao regime dietético
Não adesão ao regime medicamentoso
Não adesão ao regime terapêutico
Obesidade
Pressão arterial, alterada
Renda, inadequada
Repouso, prejudicado
Risco de baixa autoestima
Risco de lesão
Risco de sobrepeso
Risco de solidão
Sexualidade, prejudicada
Síndrome metabólica
Sistema cardiovascular, prejudicado
Sobrepeso
Tabagismo
Taquicardia
Vínculo prejudicado

Os enunciados construídos passaram por um processo de mapeamento cruzado utilizando o *Access for Windows*<sup>®</sup>, subsidiando a realização da análise de similaridade e abrangência dos conceitos para identificação dos diagnósticos/resultados de enfermagem constantes e não constantes na CIPE<sup>®</sup> 2015 (quadro 9).



**QUADRO 9** – Classificação das enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem para pessoas com síndrome metabólica após o mapeamento cruzado com o enunciados constantes na CIPE®. Crato, 2016.

<b>DIAGNÓSTICOS ELABORADOS</b>	<b>DIAGNÓSTICOS DA CIPE® 2015</b>	<b>ANÁLISE</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
Adaptação, Prejudicada	Adaptação, Prejudicada	Igual	Constante
Adesão	Adesão (Especificar)	Igual	Constante
Alcoolismo	Abuso de Álcool (ou Alcoolismo)	Igual	Constante
Ansiedade	Ansiedade	Igual	Constante
Autoimagem, Negativa	Autoimagem, Negativa	Igual	Constante
Baixa autoestima	Baixa Autoestima	Igual	Constante
Capacidade para Manejar o Regime de Exercício Físico, Prejudicada	Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime de Exercício Físico, Prejudicada	Igual	Constante
Capacidade para Manejar o Tratamento Medicamentoso, Prejudicada	Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso, Prejudicada	Igual	Constante
Comportamento de Busca de Saúde, Prejudicado	Comportamento de Busca de Saúde, Prejudicado	Igual	Constante
Comportamento de Exercício Físico, Prejudicado	Comportamento de Exercício Físico, Prejudicado	Igual	Constante
Comunicação, Prejudicada	Comunicação, Prejudicada	Igual	Constante
Fadiga	Fadiga	Igual	Constante
Hiperglicemia	Hiperglicemia	Igual	Constante
Ingestão de Alimentos, Excessiva	Ingestão de Alimentos, Excessiva	Igual	Constante
Não Adesão ao Regime de Exercício Físico	Não Adesão ao Regime de Exercício Físico	Igual	Constante
Não Adesão ao Regime Dietético	Não Adesão ao Regime Dietético	Igual	Constante
Não Adesão ao Regime Medicamentoso	Não Adesão ao Regime Medicamentoso	Igual	Constante
Não Adesão ao Regime Terapêutico	Não Adesão ao Regime Terapêutico	Igual	Constante
Obesidade	Obesidade	Igual	Constante

<b>DIAGNÓSTICOS ELABORADOS</b>	<b>DIAGNÓSTICOS DA CIPE® 2015</b>	<b>ANÁLISE</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
Pressão Arterial, Alterada	Pressão Arterial, Alterada	Igual	Constante
Renda, Inadequada	Renda, Inadequada	Igual	Constante
Risco de Lesão	Risco de Lesão	Igual	Constante
Risco de Solidão	Risco de Solidão	Igual	Constante
Sistema Cardiovascular, Prejudicado	Sistema Cardiovascular, Prejudicado	Igual	Constante
Sobrepeso	Sobrepeso	Igual	Constante
Taquicardia	Taquicardia	Igual	Constante
Aceitação da Condição de Saúde, Prejudicada	Aceitação do Estado de Saúde, Prejudicada	Similar	Constante
Apoio Familiar, Ausente	Falta de Apoio Familiar	Similar	Constante
Autocuidado, Deficiente	Déficit de Autocuidado	Similar	Constante
Capacidade para Manejar a Dieta, Prejudicada	Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Dietético, Prejudicada	Similar	Constante
Risco de Baixa Autoestima	Risco de Baixa Autoestima, Situacional	Similar	Constante
Tabagismo	Abuso de Tabaco (ou de Fumo)	Similar	Constante
Conhecimento Insuficiente do Regime Medicamentoso	Falta de Conhecimento sobre Regime Medicamentoso	Mais abrangente	Constante
Conhecimento Insuficiente do Regime Terapêutico	Falta de Conhecimento sobre Regime Terapêutico	Mais abrangente	Constante
Conhecimento Insuficiente sobre a Dieta	Falta de Conhecimento sobre Regime Dietético	Mais abrangente	Constante
Conhecimento Insuficiente sobre a Prática de Exercício Físico	Falta de Conhecimento sobre Exercício Físico	Mais abrangente	Constante
Sexualidade, Prejudicada	Desempenho Sexual, Prejudicado	Mais abrangente	Não constante
Repouso, Prejudicado	Sono, Prejudicado	Não existe concordância	Não constante
Abandono do Regime Terapêutico	-----	Não existe concordância	Não constante

<b>DIAGNÓSTICOS ELABORADOS</b>	<b>DIAGNÓSTICOS DA CIPE® 2015</b>	<b>ANÁLISE</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
Alimentação, Inadequada	Alimentação, por si próprio, Prejudicada	Não existe concordância	Não constante
Capacidade para Monitorar a Saúde, Prejudicada	Capacidade para Monitorar a Doença, Prejudicada	Não existe concordância	Não constante
Condição de Saúde Melhorada	-----	Não existe concordância	Não constante
Emagrecimento, Satisfatório	-----	Não existe concordância	Não constante
Estilo de Vida Ativo	-----	Não existe concordância	Não constante
Estilo de vida Sedentário	-----	Não existe concordância	Não constante
Ganho Ponderal	-----	Não existe concordância	Não constante
Hipercolesterolemia	-----	Não existe concordância	Não constante
Hipertrigliceridemia	-----	Não existe concordância	Não constante
Índice de Massa Corpórea Elevado	-----	Não existe concordância	Não constante
Risco de Sobrepeso	Risco de Excesso Nutricional	Não existe concordância	Não constante
Síndrome Metabólica	-----	Não existe concordância	Não constante
Vínculo, Prejudicado	-----	Não existe concordância	Não constante

Após o processo de avaliação dos diagnósticos de enfermagem quanto à abrangência e similaridade, foram identificados 26 enunciados iguais, seis similares, cinco mais abrangentes e em 15 não existia concordância com os enunciados da CIPE® 2015. Foram considerados como enunciados constantes na CIPE® os classificados como iguais e similares, totalizando 32 enunciados, e 20 não constantes na versão 2015 da CIPE® (quadro 10).

**QUADRO 10** – Lista de enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem analisados para pessoas com síndrome metabólica. Crato, 2016.

<b>Diagnósticos/resultados de enfermagem da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica (n=52)</b>
1. Abandono do regime terapêutico
2. Abuso de Álcool (ou Alcoolismo)
3. Abuso de Tabaco (ou de Fumo)
4. Aceitação do Estado de Saúde, Prejudicada
5. Adaptação, Prejudicada
6. Adesão (Especificar)
7. Alimentação, Inadequada
8. Ansiedade
9. Autoimagem, Negativa
10. Baixa Autoestima
11. Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime de Exercício Físico, Prejudicada
12. Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Dietético, Prejudicada
13. Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso, Prejudicada
14. Capacidade para Monitorar a Saúde, Prejudicada
15. Comportamento de Busca de Saúde, Prejudicado
16. Comportamento de Exercício Físico, Prejudicado
17. Comunicação, Prejudicada
18. Condição de Saúde, Melhorada
19. Déficit de Autocuidado
20. Emagrecimento, Satisfatório
21. Estilo de Vida Ativo
22. Estilo de Vida Sedentário
23. Fadiga
24. Falta de Apoio Familiar
25. Falta de Conhecimento sobre Exercício Físico
26. Falta de Conhecimento sobre Regime Dietético
27. Falta de Conhecimento sobre Regime Medicamentoso
28. Falta de Conhecimento sobre Regime Terapêutico
29. Ganho Ponderal
30. Hipercolesterolemia
31. Hiperglicemia
32. Hipertrigliceridemia
33. Índice de Massa Corpórea, Elevado
34. Ingestão de Alimentos, Excessiva
35. Não Adesão ao Regime de Exercício Físico
36. Não Adesão ao Regime Dietético
37. Não Adesão ao Regime Medicamentoso
38. Não Adesão ao Regime Terapêutico
39. Obesidade

**Diagnósticos/resultados de enfermagem da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica (n=52)**

40. Pressão Arterial, Alterada
41. Renda, Inadequada
42. Risco de Baixa Autoestima, Situacional
43. Risco de Lesão
44. Risco de Sobrepeso
45. Risco de Solidão
46. Sexualidade, Prejudicada
47. Síndrome Metabólica
48. Sistema Cardiovascular, Prejudicado
49. Sobrepeso
50. Sono, Prejudicado
51. Taquicardia
52. Vínculo, Prejudicado

Os 52 diagnósticos/resultados de enfermagem foram distribuídos nas necessidades humanas básicas propostas por Wanda Horta (quadro 11), sendo as **Necessidades psicobiológicas**: Cuidado corporal e ambiental (1), Integridade física (1), Segurança física e do meio ambiente (2), Atividade física (4), Nutrição (6), Regulação vascular (2), Sexualidade e reprodução (1), Sono e repouso (1), Regulação hormonal (5), Terapêutica (6); e as **Necessidades psicossociais**: Amor e aceitação (2), Autorrealização (2), Autoestima, autoconfiança, autorrespeito (2), Autoimagem (1), Comunicação (1), Aprendizagem (11), Recreação e lazer (2), Segurança emocional (2).

Nenhum dos enunciados construídos foi identificado como integrante das **Necessidades psicoespirituais**, demandando estudos mais específicos para a identificação dessas necessidades e a incorporação de cuidados de enfermagem para esses fenômenos específicos que em conjunto configura-se o ser humano de modo integral.

**QUADRO 11** – Distribuição dos diagnósticos/resultados de enfermagem para pessoas com síndrome metabólica de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas propostas por Horta (2011) Horta e na classificação proposta pelo referencial da ABEn (2012). Crato, 2016.

<b>Diagnósticos/resultados de enfermagem para pessoas com síndrome metabólica organizados de acordo com a Necessidades Humanas Básicas</b>	
<b>NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS</b>	
<b>Cuidado corporal e ambiental</b>	Déficit de Autocuidado
<b>Integridade física</b>	Risco de Lesão
<b>Segurança física e do meio ambiente</b>	Abuso de Álcool (ou Alcoolismo) Abuso de Tabaco (ou de Fumo)
<b>Atividade física</b>	Emagrecimento satisfatório Estilo de vida ativo Estilo de vida sedentário Fadiga
<b>Nutrição</b>	Alimentação inadequada Ganho ponderal Ingestão de Alimentos, Excessiva Obesidade Risco de sobrepeso Sobrepeso
<b>Regulação vascular</b>	Pressão Arterial, Alterada Taquicardia
<b>Sexualidade e reprodução</b>	Sexualidade prejudicada
<b>Sono e repouso</b>	Repouso, prejudicado
<b>Regulação hormonal</b>	Índice de massa corpórea elevado Hipercolesterolemia Hiperglicemia Hipertrigliceridemia Síndrome metabólica
<b>Terapêutica e de prevenção</b>	Abandono do regime terapêutico Adesão (Especificar) Não Adesão ao Regime de Exercício Físico Não Adesão ao Regime Dietético Não Adesão ao Regime Medicamentoso Não Adesão ao Regime Terapêutico
<b>NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>Amor e aceitação</b>	Aceitação do Estado de Saúde, Prejudicada Adaptação, Prejudicada
<b>Autorrealização</b>	Condição socioeconômica desfavorável Renda, Inadequada

<b>Diagnósticos/resultados de enfermagem para pessoas com síndrome metabólica organizados de acordo com a Necessidades Humanas Básicas</b>	
<b>Autoestima, autoconfiança, autorrespeito</b>	Baixa Autoestima Risco de Baixa Autoestima, Situacional
<b>Autoimagem</b>	Autoimagem, Negativa
<b>Comunicação</b>	Comunicação, Prejudicada
<b>Educação para a saúde e aprendizagem</b>	Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime de Exercício Físico, Prejudicada Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Dietético, Prejudicada Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso, Prejudicada Capacidade para monitorar a saúde, prejudicada Comportamento de busca de saúde, prejudicado Comportamento de Exercício Físico, Prejudicado Condição de saúde melhorada Falta de Conhecimento sobre Exercício Físico Falta de Conhecimento sobre Regime Dietético Falta de Conhecimento sobre Regime Medicamentoso Falta de Conhecimento sobre Regime Terapêutico
<b>Recreação e lazer</b>	Risco de solidão Vínculo, prejudicado
<b>Segurança emocional</b>	Ansiedade Falta de Apoio Familiar

De forma geral, a teoria de Horta contribuiu muito para a elaboração e organização dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem para pessoas com síndrome metabólica, considerando que as principais demandas desses são suas necessidades de saúde. Todos os resultados apresentados nesse capítulo são abordados a seguir, a partir de uma discussão contemplando a produção na área de estudo da prioridade de saúde.

## 8 DISCUSSÃO

A Enfermagem tem buscado cada vez mais desenvolver um cuidado de base científica e condizente com as reais necessidades do paciente, família e comunidade. Essas necessidades são expressas a partir de termos que as conceituam e precisam ser registradas e padronizadas para a conformação de uma linguagem unificada no campo da Enfermagem mundial.

A utilização da CIPE<sup>®</sup> facilita a documentação padronizada do cuidado de enfermagem prestado ao paciente e as informações resultantes desse processo documental podem ser usadas para o planejamento e gerenciamento desse cuidado, obtenção de recursos financeiros, análise de resultados sensíveis às ações de enfermagem e a estruturação de políticas de saúde e de ensino em Enfermagem (GARCIA, 2015).

Os termos utilizados na prática são encontrados também nas publicações referentes à prioridade de saúde em estudo (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2013c; DIRETRIZ, 2013; DIRETRIZ, 2005), entretanto, verifica-se um número elevado e, muitas vezes com sentido ambíguo, desses termos tornando necessário o desenvolvimento de estudos para o aperfeiçoamento e padronização da linguagem de enfermagem. Esses termos padrões são a base para o registro das ações e a construção de enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para uma prioridade de saúde eleita.

No desenvolvimento desse estudo, foram identificadas, a partir da ferramenta PORONTO, milhares de termos nas publicações oficiais selecionadas sobre a síndrome metabólica. Esta ferramenta mostrou-se muito eficiente na extração dos termos nos arquivos, além de fornecer tanto os termos simples e como os compostos e as respectivas frequências de ocorrência. É importante que esta ferramenta seja aplicada e divulgada no âmbito acadêmico, aumentando o conhecimento sobre seu modo de utilização.

Os termos extraídos subsidiaram a construção do Banco de Termos para Prática de Enfermagem direcionado à pessoa com síndrome metabólica. Esses termos, após normalizados e uniformizados, foram apresentados quanto a frequências de ocorrência nas publicações, o qual destacamos a grande frequência do termo *síndrome metabólica*. Este fato demonstra que a prioridade em estudo é muito referenciada e precisa ser considerada no planejamento dos cuidados de enfermagem. Entretanto, esse termo não foi evidenciado em outros estudos (NÓBREGA, 2012; NOGUEIRA, 2014). Outros termos identificados com alta frequência e que são relevantes para a linguagem de enfermagem direcionada a pessoa com a síndrome foram:



*Obesidade, Saúde, Sistema cardiovascular, Diabetes, Autocuidado, Exercício físico, Estilo de vida, Dieta, Adesão e Sedentário.*

Em relação aos termos encontrados com frequência  $\geq 30$ , mais de 50% deles também constavam no banco de termos de Nogueira (2014), onde foi construído um subconjunto terminológico da CIPE<sup>®</sup> para pacientes com diabetes mellitus, excluindo-se apenas os termos: *Crônico, Peso corporal, Necessidade, Redução, Avaliação, Exercício físico, Síndrome metabólica, Abordagem, Gordura, Consumo, Evidência, Estilo de vida, Família, Capacidade, Promoção e Sedentário.*

No estudo com a proposta de subconjunto terminológico para hipertensos na Atenção Básica (NÓBREGA, 2012) foram encontrados nove termos iguais aos termos com frequência maior ou igual a 30 desta pesquisa, dentre termos constantes e não constantes na CIPE<sup>®</sup>, os quais foram: *Crônico, Controle, Diabetes, Família, Peso Corporal, Risco, Resultado, Saúde e Sistema cardiovascular.*

Os termos *Controle, Diabetes, Risco, Resultado, Saúde e Sistema cardiovascular,* foram encontrados com unanimidade nos dois estudos analisados (NÓBREGA, 2012; NOGUEIRA, 2014). Estes termos são representativos quanto às doenças cardiovasculares, fundamentando ainda mais os achados do estudo.

No entanto, alguns termos extraídos não foram evidenciados em nenhum dos estudos citados, a saber: *Avaliação, Abordagem, Consumo, Capacidade, Exercício físico, Evidência, Estilo de vida, Gordura, Necessidade, Promoção, Redução, Sedentário e Síndrome metabólica.* Essa busca em outros estudos do tipo envolvendo condições crônicas foi relevante para que se pudesse ter uma base de como os termos estão expressos e sua relevância para o cuidado das pessoas com uma cronicidade.

O processo de validação ratificou a relevância dos termos em relação ao cuidado de enfermagem direcionado à síndrome metabólica, além de proporcionar, por meio do método de validação por consenso, uma discussão sobre a pertinência dos termos e aplicabilidade na prática e nas pesquisas de enfermagem. Este método de validação pode ser utilizado em estudos com esse delineamento e outros envolvendo o cuidado em saúde, pois por meio dele, o pesquisador mantém um contato mais direto com os especialistas, sem formular julgamentos ou interferir no processo, compreendendo as ponderações destes e mediando uma discussão relevante para o aprofundamento do estudo na sua totalidade.

Após a validação dos termos, foi realizado o mapeamento cruzado e a análise de similaridade e abrangência que possibilitou constatar que a maior parte dos termos (207) constavam na CIPE<sup>®</sup> 2015, predominantes nos eixos Foco (70) e Ação (91). Dos 140 termos

não constantes na CIPE® 2015, também predominou um quantitativo maior nos eixos Foco (34) e Ação (69). Esses dados são relevantes, pois através desses eixos, em especial o eixo Foco, realiza-se a estruturação de diagnósticos/resultados de enfermagem, utilizando um padrão terminológico da classificação em estudo e da Norma ISO 18.104/2014.

Clares (2014) refere que a identificação e classificação dos termos como constantes na CIPE® proporciona confiabilidade enquanto aparato tecnológico para inclusão em sistemas de informação e registro da prática de enfermagem mundial, visando o aprimoramento técnico-científico da profissão. Por outro lado, Lima e Nóbrega (2009), verificaram que alguns termos não constantes na CIPE® eram importantes para a prática de enfermagem e que poderiam ser inseridos futuramente na Classificação, a fim de contribuir na conduta clínica a esses pacientes.

Os termos classificados nos eixos da CIPE®, constantes e não constantes, permitiram a elaboração dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem para pessoas com síndrome metabólica, assim colaborando com o aprimoramento da classificação em estudo e delineamento das necessidades de cuidado a partir de uma linguagem unificada. O processo de mapeamento cruzado desses com os enunciados constantes na CIPE® 2015 possibilitou o reconhecimento de similaridades e a abrangência dos conceitos, optando-se por adequar o diagnóstico elaborado ao enunciado constante na classificação, visando a padronização terminológica.

A listagem completa com os diagnósticos mapeados apresentou uma variedade de enunciados, mas são escassos os estudos sobre diagnósticos/cuidados de enfermagem aplicados às pessoas com a síndrome, sendo então considerado estudos que envolvessem as doenças associadas como diabetes e hipertensão arterial. Os diagnósticos/resultados de enfermagem *Sobrepeso, Obesidade, Ansiedade e Hiperglicemia* foram evidenciados em dois estudos, sendo um direcionado à população com diabetes (NOGUEIRA; NÓBREGA, 2015) e outro à hipertensão arterial na Atenção Básica (NÓBREGA, 2012).

Quanto aos enunciados *Comportamento de busca de saúde prejudicado, Aceitação do estado de saúde prejudicado, Falta de apoio familiar, Não adesão ao regime dietético, Não adesão ao regime medicamentoso e Não adesão ao regime terapêutico* foram identificados apenas no estudo relacionado à hipertensão (NÓBREGA, 2012). Enquanto os conceitos *Autoimagem negativa, Déficit de autocuidado, Fadiga* foram encontrados somente no subconjunto para pessoas com diabetes (NOGUEIRA; NÓBREGA, 2015).

Essas evidências podem estar relacionadas com o fato da obesidade e o sobrepeso serem fatores condicionantes para hipertensão e diabetes, gerando algum grau de ansiedade

devido à condição crônica, sendo afetado por comportamentos errôneos e percepções negativas sobre a imagem corporal. Logo, esses fatos influenciam na adesão ao regime terapêutico.

Os enunciados de diagnóstico/resultados de enfermagem foram organizados dentro das Necessidades Humanas Básicas, propostas pela teórica Horta (2011): *psicobiológicas* (cuidado corporal e ambiental, integridade física, segurança física e do meio ambiente, atividade física, nutrição, regulação vascular, sexualidade e reprodução, sono e repouso, regulação hormonal, terapêutica) e *psicossociais* (amor e aceitação, autorrealização, autoestima, autoconfiança, autorrespeito, autoimagem, comunicação, aprendizagem, recreação e lazer, segurança).

Para a necessidade de “cuidado corporal e ambiental” foi identificado o diagnóstico de *Déficit de autocuidado*, assim como para a necessidade de “integridade física” foi classificado o enunciado *Risco de lesão*. Esses dois enunciados estão intimamente relacionados, apesar de poder aparecer de forma separada e independente. Dorothea Orem, em 1970, desenvolveu a Teoria do Déficit de Autocuidado que enfatiza as ações de enfermagem ao indivíduo associada à intenção de torná-lo parcial ou completamente capaz de regular cuidados para si ou para seus dependentes e conseguir empenhar-se na continuação do desempenho desse controle (BRAGA; SILVA, 2011). Esse modelo permite qualificar o cuidado, potencializar as pessoas com alguma afecção influenciando-as nas situações em que elas mais precisam e que o autocuidado está deficiente (BERARDINELLI; GUEDES; ACIOLI, 2013).

Estudos apontam que fatores de risco relacionados ao trabalho e os considerados de natureza reversível (dieta balanceada e prática regular de atividade física) estão comumente associadas pela literatura a um déficit no autocuidado (VILARINHO; LISBOA, 2010; PIETROIUSTI et al., 2009). Problemas no autocuidado predis põem ao surgimento de lesões que podem variar de problemas osteomusculares, articulares e neuropáticos, variando apenas o componente etiológico.

Na mesma perspectiva de manutenção da necessidade psicobiológica de “segurança física e do meio ambiente” foram classificados os diagnósticos de *Abuso de álcool (alcoolismo)* e *Abuso de tabaco (ou de fumo)*. Cerca de 50% das mortes evitáveis entre indivíduos fumantes poderiam ser evitadas se esse vício fosse abolido, sendo a maioria por DCV. A ingestão de álcool, agudamente e dependentemente da dose, reduz a PA, porém ocorre elevação algumas horas após o seu consumo. Tendo em vista a controvérsia em relação à segurança e ao benefício cardiovascular de baixas doses, assim como a ação nefasta do álcool na sociedade, o enfermeiro deve orientar àqueles que têm o hábito de ingerir bebidas alcoólicas a não ultrapassarem 30g

de etanol ao dia, para homens, de preferência não habitualmente, sendo a metade dessa quantidade a indicada para as mulheres (DIRETRIZ, 2013). A identificação dessas necessidades proporciona ao enfermeiro a possibilidade de instituir ações de promoção da saúde e de prevenção de complicações orgânicas futuras, além de tratar e acompanhar a melhora das existentes.

Às necessidades de “atividade física” designaram-se os seguintes enunciados: *Emagrecimento satisfatório, Estilo de vida ativo, Estilo de vida sedentário e Fadiga*. A base terapêutica da mudança de estilo de vida é a atividade física e esta tem sido muito estudada como fator preventivo no acometimento de condições crônico-degenerativas, especialmente a síndrome metabólica e doenças cardiovasculares (QUITANDA, 2008).

Uma pesquisa multicêntrica realizado por Balducci et al. (2010) evidenciou que 691 pessoas com síndrome metabólica apresentaram redução da pressão arterial, circunferência abdominal e glicemia após um ano em um grupo intervenção, que consistia na prática de exercício físico progressivo aeróbio e de força, duas vezes por semana e com alta intensidade. Os autores ressaltaram que ofertar programas de exercício físico de alta intensidade e com supervisão pode ser uma estratégia adequada para a promoção de mudanças no estilo de vida de pacientes com o perfil apresentado.

Revisões sistemáticas e metanálises complementam ao apontar resultados positivos das intervenções fundamentadas em exercício físico, predominantemente aeróbios contínuos, na diminuição da circunferência abdominal, glicemia de jejum, pressão arterial e dislipidemia, podendo reduzir o risco cardiovascular e a apresentação de SM. Ressalta-se que a combinação de exercício físico com restrição na ingestão calórica promove melhorias superiores em todos os componentes da SM (CAMHI et al., 2010; TORRES-LEAL; CAPITANI; TIRAPÉGUI, 2009).

Especificamente quanto ao processo de treinamento, sugere-se que sedentários com síndrome metabólica sigam uma progressão linear de intensidades e regressão concomitante do tempo dos estímulos, visando a introdução gradativa de exercícios intensos na rotina de treinamento (DEL VECCHIO; GALLIANO; COSWIG, 2013). Ressalte-se que são necessárias políticas públicas de promoção da saúde, que possibilitem a interferência em fatores modificáveis do estilo de vida, os quais provocam grande impacto na prevenção e no tratamento da síndrome metabólica (LEITE; ANCHIETA, 2013).

Percebe-se que as necessidades contempladas no contexto do exercício físico estão ligadas a outras e nessa perspectiva insere-se o enfermeiro, que estará envolvido desde a identificação da necessidade até o acompanhamento da pessoa com a SM. Dessa forma, o

enfermeiro estará promovendo a educação em saúde direcionada a mudanças no estilo de vida dessas pessoas.

Em relação aos diagnósticos referentes à “nutrição” foram encontrados *Alimentação inadequada, Ganho ponderal, Ingestão de alimentos excessiva, Obesidade, Risco de sobrepeso e Sobrepeso*. A síndrome metabólica marca a transição nutricional da atualidade, diminuindo a qualidade e a expectativa de vida humana (MONTEIRO et al., 2010). A maior disponibilidade e consumo inadequada de alimentos e o sedentarismo mudaram o perfil de morbimortalidade nas sociedades, destacando-se o excesso de peso e a obesidade como doenças fundamentais (ASTRUP; DYERBERG et al., 2008).

A obesidade, definida como massa tecidual adiposa aumentada, geralmente se associa com inflamação crônica sistêmica, configurando-se como fator de risco para neoplasias e distúrbios metabólicos e cardiovasculares (OLEFSKY; GLASS, 2010). Nas crianças e adolescentes, observa-se uma importante ascensão do sobrepeso e obesidade, independente do sexo e das classes sociais e uma proporção significativa das crianças obesas irão tornar-se adultos obesos (DIRETRIZ, 2013). É descrito que a associação entre a obesidade e doenças cardiovasculares se mostra mais frequente quando a obesidade predomina na região abdominal (GATTI et al., 2008).

O enfermeiro precisa reconhecer essas necessidades e estabelecer intervenções eficazes para que seja reduzido o risco cardiovascular. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (DIRETRIZ, 2007) recomenda que pessoas com SM tenham uma alimentação focada no controle glicêmico, priorizando a perda ponderal de peso e melhorando a sensibilidade à insulina, sendo o objetivo primário limitar a ingestão de gorduras saturadas, por constituírem o principal fator determinante da elevação das concentrações plasmáticas de LDL-c e em seguida limitar os ácidos graxos *trans* isômeros, carboidratos simples e colesterol dietético.

Para a necessidade de “regulação hormonal” foram detectados os diagnósticos de *Índice de massa corpórea elevado, Hipercolesterolemia, Hiperglicemia, Hipertrigliceridemia e Síndrome metabólica*. Para identificação precoce da SM, os pacientes que buscam o serviço de saúde devem ser abordados, sendo realizada a mensuração de índices e a solicitação de exames laboratoriais. A elevada prevalência da circunferência abdominal, da glicemia e pressão arterial alteradas são fortes indicativos da presença dos componentes da SM (CASSIANO; ANICHE; LOCHIDA, 2011).

A aferição do IMC e do perímetro da cintura são ferramentas muito úteis para os profissionais de saúde utilizarem como instrumento para prevenir ou reduzir o risco cardiovascular (FERREIRA et al., 2013). Na execução dessa medição, o enfermeiro já

identifica alterações por meio da identificação da necessidade de resolver os problemas de enfermagem e promover a saúde do paciente.

A síndrome metabólica é um fenômeno de crescente preocupação em todo o mundo, tendo em vista que as pessoas com esse conjunto de fatores de risco para DCV trazem achados clínicos e laboratoriais, que são fortes preditores de agravos à saúde, em especial as doenças cardiovasculares (FERREIRA et al., 2013).

Padrão de consumo alimentar exerce influência sobre a SM mediante efeito específico sobre o perfil lipoproteico plasmático, pressão arterial e gordura corporal. As taxas de glicemia e triglicerídeos aumentados, maior acúmulo de gordura abdominal e elevada pressão arterial, possuem relação direta com as dietas em que predominam alimentos ricos em gordura, excesso de açúcar e refrigerantes (CALTON et al., 2014; LEDOUX; HINGLE; BARANOWSLI, 2011).

As necessidades humanas básicas estão inter-relacionadas de modo que a alteração de qualquer uma delas promove um desequilíbrio nas demais em menor ou maior extensão. Considerando o ser humano como um todo indivisível, qualquer desequilíbrio vai refletir no corpo como um todo. Ao estudar a constância da alteração de determinadas necessidades básicas em alguns diagnósticos de enfermagem, há a possibilidade de estabelecer as *síndromes de enfermagem*, essas compreendem o conjunto de necessidades básicas, inter-relacionadas, que configuram um quadro característico, presente em condições de desequilíbrio do ser humano (HORTA, 2011).

A síndrome metabólica tem recebido uma atenção cada vez maior não somente pelo impacto de cada um dos seus componentes, mas principalmente porque a agregação dos fatores de risco cardiovascular tem sido cada vez mais prevalente (DIRETRIZ, 2013). Outras condições associadas com a SM incluem inatividade física, excesso de gordura corporal, envelhecimento, desequilíbrio hormonal e predisposição genética (DIRETRIZ, 2005).

Os fatores que estão associados à SM são correspondentes ao campo de atuação do enfermeiro, como a identificação da circunferência abdominal, da pressão arterial e parâmetros laboratoriais (glicose, triglicerídeos e HDL-C), podendo ser essa síndrome um fenômeno de enfermagem, para a qual pesquisas como essa são desenvolvidas. Horta (2011) complementa que as síndromes de enfermagem são um assunto polêmico e sujeito a críticas, nas quais instituições de saúde que aplicam o processo de enfermagem poderão desenvolver estudos no sentido de definir as síndromes que são comuns a determinados grupos de pacientes.

Em estudo sobre a prevalência da SM (MOLINA et al., 2008), a maioria dos indivíduos encontrava-se na faixa de sobrepeso, porém a SM está presente em maior percentual

entre os obesos. Evidenciou-se hipercolesterolemia em 32,9%, de hipertrigliceridemia em 37,1%, glicemia de jejum igual ou acima de 110 mg/dL em 3,4% e a pressão arterial elevada em 23,5%, evidência correlacionada tanto com as necessidades básicas acima referidas como as de “regulação vascular”, com os diagnósticos de *Pressão arterial alterada* e *Taquicardia*.

As doenças cardiovasculares apresentam alta prevalência na população brasileira. Alguns fatores de risco, como hipertensão, tabagismo, sedentarismo, obesidade, hipercolesterolemia e diabetes, são os principais responsáveis pela doença arterial coronariana (LUPATINI FILHO et al., 2008). Guyton e Hall (2012) referem a participação de um fator mecânico, onde a gordura visceral determinaria o aumento da pressão intra-abdominal, cujos efeitos compressivos sobre os rins ativariam o sistema renina-angiotensina-androsterona e contribuiriam para elevação da pressão arterial presente na SM.

Documentou-se que a taquicardia e, ocasionalmente, elevação da pressão arterial podem aparecer com o uso de medicamentos anorexígenos como dietilpropiona e mazindol, não existindo evidências de eficácia e segurança de seu uso, em razão da ausência de estudos de longa duração (DIRETRIZES, 2009), sendo atualmente retirados do mercado brasileiro (BRASIL, 2011). Portanto, o enfermeiro deve ficar atento a essa apresentação clínica, identificando quando as necessidades básicas são afetadas, não somente pela síndrome, mas também por fármacos, desencorajando o uso de medicações que não possuam comprovado risco/benefício ao paciente.

Quanto à necessidade de “sexualidade e reprodução”, foi classificado apenas um diagnóstico de enfermagem: *Sexualidade prejudicada*. Vilhena e Taquette (2007) referem que Freud, em 1913, afirmou que a sexualidade não é meramente uma função com finalidade de reprodução, e sim está no mesmo nível que a respiração, a digestão, entre outras.

Paula, Takahashi e Paula (2009) complementam que a sexualidade humana não se resume apenas à genitália, inclui um conjunto de comportamentos na busca do prazer, amor e relação interpessoal. Essa prática engloba o relacionamento sexual e afetivo durante todo o ciclo vital, podendo sofrer influências de fatores internos e externos, como doença, uso de medicamento, distúrbios psicológicos, sentimentais, interferência de outras pessoas, circunstâncias históricas, culturais, convencionais, morais, éticas e ambientais, bem como, alterações físicas do corpo.

Assim, a sexualidade configura-se como uma parte essencial da vida humana, manifestando-se em todas as etapas da vida, envolvendo aspectos físicos, biológicos e emocionais. É parte essencial na relação do ser consigo mesmo e com outras pessoas e está

estritamente ligada à intimidade, afetividade, amor e carinho do ser humano e o corpo serve como ferramenta para expressar sentimentos e emoções (PRUMES, 2007).

Das doenças que podem interferir na sexualidade, a obesidade é considerada uma afecção crônica, metabólica e de etiologias diversas, cuja incidência vem aumentando nas duas últimas décadas, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (MARIANO et al., 2014). Por estar relacionada, muitas vezes, à síndrome metabólica, a obesidade e as necessidades básicas por ela afetadas precisam ser reconhecida pelo enfermeiro como um problema de enfermagem. Desse modo, esse profissional planeja, juntamente com o paciente, os resultados que são almejados pelas ações de enfermagem, estabelecendo um vínculo e incentivando o exercício da sexualidade.

A necessidade de “sono e repouso” está contemplada no diagnóstico de *Repouso prejudicado*. Apesar da participação genético-étnica na SM, com interação poligênica e elevada prevalência familiar, fica evidente que a progressão epidêmica da SM nas últimas décadas pode ser explicada pela interferência de agentes externos, decorrentes das mudanças ambientais e do estilo de vida moderno, dentre os quais se incluem riscos existentes na esfera do trabalho (SOOKOIAN et al., 2007).

Algumas atividades laborais oferecem risco para o desenvolvimento da SM, são elas: trabalhadores de saúde, trabalhadores de turnos (principalmente noturno), industriais, motoristas (transporte de cargas/caminhões), polícias e pilotos da aviação. Na grande maioria, esses trabalhadores possuem privação do sono e repouso, sendo observado que a redução dos períodos de sono associa-se a uma redução da tolerância à glicose e aumento da concentração de cortisol no sangue (VILARINHO; LISBOA, 2010; KAUR et al., 2010; PIERIN; CAVAGIONI, 2010).

Trabalhadores de turno dormem em média menos durante a semana quando comparados aos que não trabalham em turnos, ou seja, estudos sugerem que o trabalho noturno, por conta da privação do sono, pode contribuir para o desenvolvimento da SM (VILARINHO; LISBOA, 2010).

Não somente esses trabalhadores têm prejuízos no repouso, mas a maioria das atividades laborais demandam dedicação, sendo essa uma característica individual, podendo não está presente em todas as pessoas. Portanto, o enfermeiro precisa identificar o comprometimento dessa necessidade básica, implementando ações e orientações que possam promover a melhoria até o nível ideal e individual da pessoa com a síndrome que apresenta esse diagnóstico, além de pactuar os resultados almejados por ambos.



No que diz respeito à necessidade de “terapêutica e de prevenção”, foram classificados os diagnósticos de *Abandono do regime terapêutico*, *Adesão (especificar)*, *Não adesão ao regime de exercício físico*, *Não adesão ao regime dietético*, *Não adesão ao regime medicamentoso*, *Não adesão ao regime terapêutico*. A adesão terapêutica é definida pela OMS (2003) como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa e as prescrições da equipe de saúde. Trata-se de um fenômeno complexo, pois o tratamento não se restringe à terapia medicamentosa e ao seguimento das prescrições dos profissionais de saúde (LIBERATO et al., 2014).

A baixa adesão ou abandono do tratamento de condições crônicas podem ser traduzidas em diversos comportamentos: dificuldades para seu início, suspensão prematura do tratamento, omissões ou esquecimentos de medicamentos, faltas às consultas ou retornos agendados, automedicação, ausência de modificação no estilo de vida ou hábitos necessários para a recuperação da condição de saúde (TELLES-CORREIA et al., 2008).

Santos et al. (2012) afirmam ainda que a elevada frequência de doença crônica, especialmente, em idosos está relacionada com algum grau de não adesão ao tratamento, sugerindo as dificuldades de seguimento terapêutico, principalmente no que concerne às mudanças no estilo de vida dessas pessoas, sendo o controle do sal, do peso e do estresse, fatores negativos para adesão, constituindo-se nas variáveis mais difíceis de seguir.

Essas variáveis são pontos potenciais para atuação do enfermeiro, pois esse deve identificar problemas na adesão ao tratamento e intervir na (re)instituição da cooperação do paciente, afim de que esses fatores de risco não comprometam a saúde dessas pessoas com o surgimento de DCV e/ou suas complicações.

Pertinente à necessidade psicossocial de “amor e aceitação”, classificaram-se os diagnósticos de *Aceitação do estado de saúde prejudicada* e *Adaptação prejudicada*. As doenças crônicas constituem grandes problemas da atualidade, por ter características de longa duração, exigem regimes terapêuticos para mantê-las sob controle o que torna o tratamento tão difícil, tornando a aceitação da condição crônica ainda mais complicada, bem como a aquisição de estratégias para lidar com a mesma, seja por parte da família ou daqueles que vivem com ela (FREITAS et al., 2011).

Machado e Koelln (2009) referem que o primeiro passo para a aceitação inicia com a conscientização de que conviver com a condição crônica é inevitável. Dessa forma, o indivíduo revê a situação, procede a uma reorientação de suas crenças e valores e aceita algum grau de limitação, tentando minimizar o impacto sobre sua vida.

Adaptar-se a situações adversas, como é o caso da doença crônica, tem como fator importante a capacidade do indivíduo de responder aos desafios e às dificuldades, diante de situações de risco. Nessas situações, essa adaptação também depende de alguns fatores, como as características individuais, o apoio familiar e social. Entende-se que o envolvimento dos pacientes e a participação dos profissionais da saúde são fundamentais no processo de promover a reconstrução da vida, alterada em função da doença (LUPATINI et al., 2008).

Na necessidade de “educação para a saúde e aprendizagem” foram classificados os diagnósticos: *Capacidade para manejar (controlar) o regime de exercício físico prejudicada*, *Capacidade para manejar (controlar) o regime dietético prejudicado*, *Capacidade para manejar (controlar) o regime medicamentoso prejudicado*, *Capacidade para monitorar a saúde prejudicada*, *Comportamento de busca de saúde prejudicado*, *Comportamento de exercício físico prejudicado*, *Condição de saúde melhorada*, *Falta de conhecimento sobre exercício físico*, *Falta de conhecimento sobre regime dietético*, *Falta de conhecimento sobre regime medicamentoso* e *Falta de conhecimento sobre regime terapêutico*, sendo essa necessidade humana básica a que conglomerou o maior número de enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem direcionados às pessoas com síndrome metabólica.

Apesar dos debates acerca do processo educativo, o qual deve ser pautado na complexidade da compreensão de saúde, ainda há críticas sobre como a ação educativa vem sendo praticada na saúde e na Enfermagem. Neste contexto, a ação educativa continua sendo vista, por grande parte dos profissionais de saúde, de uma forma individualista. Entende-se a importância do papel do enfermeiro integrado à equipe interdisciplinar no controle da doença crônica, principalmente com relação à educação, ao encorajamento e ao acompanhamento do indivíduo e de grupos sociais, a fim de promover melhorias na sua qualidade de vida (BUDÓ et al., 2009).

A prática regular de exercícios físicos, mudanças nos hábitos alimentares e estilo de vida e a reeducação alimentar são aspectos difíceis de serem mantidos, porém essa nova maneira de ser é possível quando há a conscientização e responsabilização de parte de cada um. Para tanto, é necessário manter a motivação do grupo por meio de práticas adequadas e de um processo educativo que estimule continuamente seus participantes (LUPATINI et al., 2008).

É imprescindível enfatizar que a Enfermagem necessita aprofundar-se cada vez mais no conhecimento. Deve ser capaz de utilizar amplamente a sistematização da assistência de enfermagem para atender ao paciente em suas necessidades, implementando as intervenções necessárias em um cuidado com qualidade. A elaboração de estratégias para abordagem educativa ao paciente com esclarecimento de dúvidas e atenuação da ansiedade também é

relevante, proporcionando maior efetividade na aplicação de medidas terapêuticas (SANTOS et al., 2012). Logo, o enfermeiro deve ser capaz de reconhecer problemas quanto a compreensão e o manejo da terapêutica como um todo, tendo como foco a melhoria da condição de saúde das pessoas com a síndrome metabólica.

Para a necessidade de “Autorrealização”, foram classificados os diagnósticos *Condição socioeconômica desfavorável e Renda inadequada*. Dados brasileiros evidenciam que o fenômeno da obesidade apresenta tendência de maior crescimento nas famílias mais pobres que nas famílias ricas, sendo que, desta forma, esta doença não pode continuar a ser considerada como um problema dos indivíduos de maior nível socioeconômico (MASSON; MONTEIRO, 2010; JESUS; JESUS, 2010).

Consistente com resultados encontrados em outro estudo brasileiro e de diferentes regiões do mundo, a frequência de consumo de frutas e hortaliças foi maior entre as mulheres, em indivíduos com mais idade e maior escolaridade e entre aqueles de mais elevada classe econômica familiar, coincidindo com alguns achados disponibilizados na literatura (BRASIL, 2013b).

Neste sentido, possíveis mecanismos causais devem ser considerados na tentativa de explicar essa associação, como é o caso do custo dos alimentos, conhecimento nutricional e motivação para a adoção de uma dieta saudável. Especificamente quanto ao custo dos alimentos, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares revelaram que a redução no preço de comercialização de frutas e hortaliças tende a aumentar a contribuição desse tipo de alimento no volume calórico total (CLARO et al., 2007).

Não é preciso se distanciar muito no que se refere a questões socioeconômicas, basta observarmos o contexto socioeconômico no qual se encontram os profissionais da saúde, em especial os de Enfermagem. Vilarinho e Lisboa (2010) referem que muitos desses profissionais têm de recorrer a múltiplas jornadas de trabalho devido aos baixos salários, o que diminui, de forma considerável, o tempo livre disponível e os cuidados com a saúde. Do mesmo modo, há prejuízo a outras necessidades básicas dessas pessoas, como a alimentação e o repouso, esses intimamente relacionados com o desenvolvimento de problemas metabólicos.

Em relação à necessidade de “autoestima, autoconfiança, autorrespeito”, classificaram-se os diagnósticos de *Baixa autoestima e Risco de baixa autoestima situacional*. É muito comum a imposição de rótulos àqueles que são “diferentes”. No entanto, é importante destacar a importância da diversidade entre as pessoas e, por isso, salientar mensagens de estímulo à autoestima, valorizando justamente a ideia de respeito às diferenças e reconhecimento dos limites de cada um. Faz parte do acompanhamento resgatar a sua

autoestima para que se possa promover o desenvolvimento de sua autonomia, assim como promover sua participação social ativa em ações comunitárias de seu interesse (BRASIL, 2014b).

O excesso de peso, em alguns casos, está associado à baixa autoestima, à insatisfação com o próprio corpo, à depressão e a distúrbios alimentares. Muitas vezes, o obeso é discriminado dentro do grupo social, que pode ser a própria família, a escola, os vizinhos e os amigos, o que leva a um isolamento cada vez maior e à busca por preencher seu sentimento de insatisfação por meio da comida. Assim, é necessário ter uma atitude positiva de combate aos preconceitos, pois a obesidade não é um problema de falta de caráter ou de relaxamento. É fundamental fomentar uma atitude inclusiva (BRASIL, 2014b), sendo o enfermeiro responsável por reconhecer esses problemas de enfermagem e incluir essas pessoas no seu próprio cuidado, estimulando a autoestima positiva.

Quanto à necessidade de “autoimagem”, foi classificado o diagnóstico de enfermagem *Autoimagem negativa*. As pessoas obesas frequentemente apresentam distúrbios da imagem corporal e forte impacto no aspecto psicológico favorecendo o desenvolvimento da ansiedade, depressão e baixa autoestima, o que contribui de forma negativa na visão do corpo. Quando a pessoa obesa passa a vivenciar sentimentos de frustração, tristeza, culpa, fracasso, depressão e isolamento, vai em busca dos mais variados tipos de tratamento para perder peso, podendo trazer muitos efeitos adversos (COSTA; MACHADO; CORDÁS, 2010). Dessa forma, o enfermeiro precisa reconhecer essas percepções e evitar comprometimentos da saúde dessas pessoas.

Na necessidade de “comunicação”, foi classificado o diagnóstico de *Comunicação prejudicada*. A comunicação é um processo de troca de informações onde o afetivo se agrega e está embutido: é um processo dinâmico onde se faz necessária a presença de um emissor e um receptor da mensagem. A comunicação pode ser feita através da mensagem verbal e da não verbal, que é aquela que realizamos através da nossa expressão corporal: postura, mímica facial, entre outras (FOWLER; SÁ, 2009).

Dessa forma, as habilidades de comunicação podem ser utilizadas no acompanhamento do usuário, pois uma boa comunicação exige respeito pelos pensamentos, pelas crenças e pela cultura do próximo. Para tanto, o profissional não deve dizer o que acha que deve ser feito ou forçar o paciente a agir de determinada forma (BRASIL, 2014a)

A comunicação é uma das necessidades fundamentais do ser humano e essa capacidade de trocar e discutir ideias é inerente ao cuidador familiar, que se sente o responsável pelo cuidado e necessita que cada ato realizado seja de seu conhecimento. Em alguns casos,

evidencia-se a existência de uma comunicação entre a Enfermagem e a família; no entanto, a falta de clareza no diálogo, de atenção nas ações e de respeito pela opinião do familiar torna esse diálogo fragilizado (RODRIGUES et al., 2013).

No que diz respeito à necessidade de “recreação e lazer”, os diagnósticos classificados foram *Risco de solidão* e *Vínculo prejudicado*. O vínculo mobiliza a equipe a buscar um cuidado centrado na família, fomenta laços de confiança, mutualidade, cumplicidade e corresponsabilidade entre profissionais e famílias. Consuma-se como o elemento que coloca os sujeitos em interação autêntica. Permite, ainda, entre todos a empatia, o compromisso, o respeito e a confiança, gerando corresponsabilização (SOUSA et al., 2013).

A obesidade pode ser sintoma de um conflito existente em que a grande oferta de alimentos pode mascarar a ausência de amor ou mesmo rejeição. O obeso muitas vezes tenta camuflar impasses, reduzindo as opções de vida. Torna-se evidente que é preciso abordar o problema da obesidade não somente baseando-se em hipóteses lesionais acerca da fome, mas também do ponto de vista dos hábitos alimentares e de sua significação (VILHENA; TAQUETTE, 2007).

Foram classificados na necessidade de “segurança emocional”, os diagnósticos de *Ansiedade* e *Falta de apoio familiar*. Estudos evidenciaram a associação da SM com a ansiedade (RIBEIRO et al., 2015; TAKEUCHI et al., 2009). Grandes estudos epidemiológicos indicam que os ataques de pânico aumentam o risco de incidência de eventos cardiovasculares, enquanto ansiedade, fobia generalizada e ataques de pânico podem piorar a evolução das DCV estabelecidas (FRASURE-SMITH; LESPERANCE, 2008), assim como as pessoas que não vivem com companheiro/a também têm percepções de qualidade de vida inferior, fazendo-se deprender que a falta de um parceiro pode estar relacionada a sentimentos de solidão e de isolamento e, portanto, a menor bem-estar (AZEVEDO et al., 2013).

Uma revisão integrativa elaborada por Simon et al. (2013) apresentou que o apoio fornecido pelos membros da família está relacionado à manutenção da vida diária, gestão financeira e nas atividades domésticas ou na comunidade. Os familiares e amigos mais íntimos são revelados como bons apoiadores quando surgem as dificuldades, apoio este que pode ser tanto físico como psicológico.

Nesse estudo, não foi evidenciado nenhum diagnóstico/resultados de enfermagem que se enquadrasse nas necessidades psicoespirituais, demandando estudos que possam suprir essa lacuna. Horta (2011) refere que em outros estudos é perceptível a inter-relação mais estreita entre algumas necessidades e o distanciamento de outras, porém, em maior ou menor

intensidade, todas elas são alteradas ao passos que qualquer uma se manifeste, seja pelo desequilíbrio de falta ou excesso de atendimento.

Oliveira et al. (2013) destacam que a Enfermagem deve se apropriar de suas tecnologias, como é o caso dos diagnósticos de enfermagem, buscando incrementar e ampliar sua utilização, contribuindo com a integralidade da assistência prestada, o que reforça a importância dos enunciados construídos nesse estudo.

## 9 CONCLUSÃO

A síndrome metabólica tem se apresentado como problema de saúde pública contemporâneo, devido ao seu potencial de ocasionar doenças cardiovasculares que comprometem as necessidades humanas básicas, configurando-se assim um campo de atuação da Enfermagem. Essa tem buscado construir sua ciência a partir da organização e sistematização do cuidado, sendo desenvolvidos vários estudos com um objeto em comum: a padronização da linguagem a partir da CIPE®.

Este estudo se estruturou nessa mesma perspectiva, ao buscar desenvolver uma terminologia padrão para a identificação de diagnósticos e resultados de enfermagem para a pessoa com síndrome metabólica. Foi estruturado dentro da Teoria das Necessidades Humanas Básicas propostas por Horta, sendo que esse modelo foi de fundamental importância, não somente para organizar os enunciados construídos e mapeados, mas também para a construção teórico-conceitual da pesquisa.

O enfermeiro deve tomar posse cada vez mais dos seus modelos teóricos e aplicá-los à prática, buscando reconhecer as necessidades da pessoa, da família e da comunidade e desenvolver suas ações pautadas em uma perspectiva conceitual que sistematize o cuidado de enfermagem.

Do mesmo modo, o profissional deve tomar conhecimento dos instrumentos tecnológicos existentes que podem ser aplicados em estudos para promover o progresso científico da Enfermagem. É o caso da ferramenta PORONTO, utilizada nesse estudo para extração dos termos das publicações selecionadas, apresentando resultados satisfatórios para o transcorrer do estudo, devido ao elevado número dos termos constantes nos arquivos.

Tal ferramenta possibilitou a extração de 49.867 termos, restando apenas 378 após o processo de exclusão das repetições, normalização e uniformização. A extração pelo PORONTO facilitou e agilizou essa etapa, mas ainda foi necessário um longo período de tempo até chegar ao total de 378 termos. Quanto à frequência de ocorrência dos termos, destacamos: Saúde (401), Risco (349), Crônico (222) e Peso corporal (200). Eles retratam bem a prioridade de saúde eleita e a ênfase na identificação das necessidades de saúde das pessoas com síndrome metabólica, prevenindo situações de risco como doenças crônicas, em especial o sobrepeso e a obesidade.

Dos 378, 370 termos foram validados pelas especialistas, ratificando o adequado processo de normalização e uniformização em relação à síndrome. Este processo foi fundamental para a construção do Banco de Termos de Enfermagem para síndrome metabólica,

tomando por base os Modelo dos Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup>, instrumento fundamental para unificação da linguagem prática da disciplina e a elaboração dos enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem a partir do referido sistema de classificação para a prioridade de saúde em estudo.

Do total de termos validados, 207 foram considerados como termos constantes na CIPE<sup>®</sup> 2015, sendo que houve a predominância dos eixos Ação (91) e Foco (70), o que demonstra que a CIPE<sup>®</sup> está avançando quanto ao quantitativo de termos apresentados na sua terminologia. Do mesmo modo, os 140 termos não constantes e os 23 que não se enquadraram em nenhum eixo da CIPE<sup>®</sup> poderão ser objeto de estudo de outras pesquisas, a fim de incluí-los na classificação e colaborar para seu aperfeiçoamento.

A construção do banco de termos possibilitou a elaboração de 52 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem com base na CIPE<sup>®</sup> 2015, nas recomendações do CIE e no modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas, etapa muito complexa e que demanda atenção e conhecimento do pesquisador quando a síndrome. Um fato importante é que esses enunciados foram construídos com termos constantes, não constantes e alguns que não se enquadraram em nenhum dos eixos da classificação. Essa ação foi tomada por conta de os termos estarem intimamente ligados aos problemas de enfermagem das pessoas com síndrome metabólica, demandando ações específicas para o alcance de resultados satisfatórios.

Os enunciados foram, ainda, mapeados e analisados quanto à similaridade e abrangência aos enunciados da CIPE<sup>®</sup> 2015, dos quais 32 eram constantes e 20 não constantes. Em seguida, foram classificados nas necessidades psicobiológicas e psicossociais de Horta, destacando a necessidade de educação para a saúde e aprendizagem, com 11 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem. Nenhum enunciado foi identificado como uma necessidade psicoespirituais. Tais dados trazem a demanda de estudos posteriores para construir definições operacionais para esses enunciados e validá-los quanto a sua aplicabilidade quanto às pessoas com a síndrome.

Entre os enunciados, destaca-se o diagnóstico de enfermagem *Síndrome Metabólica*. Estudos posteriores devem buscar fazer uma análise conceitual desse enunciado, sua aplicabilidade e configuração como fenômeno de enfermagem, consolidando-o enquanto diagnóstico de enfermagem, como aponta esse estudo.

Entre as limitações da pesquisa, apontamos a necessidade de posterior validação do conteúdo dos diagnósticos/resultados de enfermagem construídos, assim como a elaboração e validação de intervenções de enfermagem para cada enunciado. Outros métodos de validação podem ser aplicados nesse tipo de estudo e os enfermeiros pesquisadores precisam difundir as



técnicas de validação utilizadas e/ou criadas. Essas limitações poderão ser supridas por estudos posteriores, pelo próprio pesquisador dessa produção científica, assim como outros pesquisadores que tenham linhas de pesquisa e interesse de estudo em comum.

Foi perceptível, a partir desse estudo, a potencialidade da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>), enquanto sistema que congrega termos relevantes para a Enfermagem, na estruturação de enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem. Com essa classificação, o enfermeiro tem a possibilidade de construir os diagnósticos de enfermagem pela apresentação clínica das pessoas que estão sob seus cuidados, pois os termos ocorrem na sua prática, ao passo que exige a necessidade de raciocínio crítico em relação aos problemas de enfermagem. Tal possibilidade não fica evidenciada ao se utilizar outros sistemas de classificações e taxonomias.

O estudo proporcionou uma maior divulgação da CIPE<sup>®</sup> no contexto no qual foi desenvolvido, a Universidade Regional do Cariri (URCA), sendo essa uma das premissas do CIE, pesquisa e divulgação do sistema. Os enfermeiros precisam conhecer e buscar meios de aprofundar seus conhecimentos sobre a terminologia, não somente como forma de ampliar seu campo de conhecimento, mas também como forma de manter sempre vivo o potencial de raciocínio crítico na prestação de cuidados de enfermagem.

Enquanto pesquisador, o estudo trouxe muitas soluções às dúvidas previamente existentes, ao passo que outras surgiram, além de suprir uma necessidade, enquanto enfermeiro docente e assistencial, em identificar as necessidades para que se possa promover a saúde das pessoas com condições de risco cardiovascular. O enfermeiro deve tomar por base um sistema de classificação e padronizar a linguagem utilizada pelos integrantes da equipes de enfermagem, mas não pode padronizar os achados e apresentação clínica individual da pessoa que está sob seus cuidados. A CIPE<sup>®</sup> proporciona essa liberdade, padronizando a linguagem, mas tornando os enfermeiro que a utilizam mais críticos e reflexivos em relação ao cuidado de enfermagem.

Por fim, acredita-se que os objetivos propostos foram contemplados com sucesso, ao passo que se contribuiu com o desenvolvimento da classificação, sendo esse um dos principais meios para o alcance de maior visibilidade da Enfermagem enquanto ciência independente e inter-relacionada às demais, organizada por uma teoria de comprovada relevância e com o aumento do conhecimento dos possíveis problemas de enfermagem de uma prioridade de saúde por parte dos enfermeiros no âmbito gerencial, assistencial e acadêmico.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTI, K. G. M. M.; ECKEL, R. H.; GRUNDY, S. M.; ZIMMET, P. Z.; CLEEMAN, J. I.; DONATO, K. A. Harmonizing the Metabolic Syndrome. A Joint Interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. **Circulation.**, v. 120, n. 16, p. 640-5, 2009.
- ALBERTI, K. G. M. M.; ZIMMET, P.; SHAW, J. Metabolic syndrome – a new worldwide definition. A consensus statement from the International Diabetes Federation. **Diabetes Med.**, v.23, p. 469-480, 2005.
- ALBUQUERQUE, C. C.; NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Termos da linguagem de enfermagem identificados em registros de uma UTI neonatal. **Rev Eletr Enf [Online]**, v. 8, n. 3, p. 336-48, 2006. Disponível: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a04.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a04.htm). Acesso em: 21 jun 2015.
- ALBUQUERQUE, L. M. **Construção de um subconjunto terminológico da CIPE® para crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica**. Tese (Doutorado em Enfermagem). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.
- ANJOS, L. A. **Obesidade e saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- ARAÚJO, A. A. **Catálogo CIPE® para insuficiência cardíaca congestiva**. 2009. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2009.
- ARAÚJO, A. A.; NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 47, n. 2, p. 385-92, 2013.
- ARAÚJO, M. F. M.; FREITAS, R. W. J. F.; LIMA, A. C. S.; PEREIRA, D. C. R.; ZANETTI, M. L.; DAMASCENO, M. M. C. Relação entre qualidade do sono e síndrome metabólica em universitários. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 505-12, 2015.
- ASHRAF, H.; RASHIDI, A.; NOSHAD, S.; KHALILZADEH, O.; ESTEGHAMATI, A. Epidemiology and risk factors of the cardiometabolic syndrome in the Middle East. **Expert Rev Cardiovasc Ther.**, v. 9, n.3, p. 309-20, 2011.
- ASTRUP, A., DYERBERG, J. Nutrition transition and its relationship to the development of obesity and related chronic diseases. **Obes Rev.**, v. 9, Suppl. 1, p. 48-52, 2008.
- AZEVEDO, A. L. S.; SILVA, R. A.; TOMAS, E.; QUEVEDO, L. A. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad Saúde Pública.**, v. 29, n 9, p. 1774-1782, 2013.
- BACKES, D. S.; SCHWARTZ, E. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas de ponto de vista gerencial. **Rev Ciênc Cuidado Saúde.**, v. 4, n. 2, p. 182-8, 2005.

BALDUCCI, S.; ZANUSO, S.; NICOLUCCI, A; et al. Effect of an intensive exercise intervention strategy on modifiable cardiovascular risk factors in subjects with type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial: the Italian Diabetes and Exercise Study (IDES). **Arch Intern Med.**, v. 8, p. 1794-1803, 2010.

BARRA, D. C. C.; DAL SASSO, G. T. M. Processo de enfermagem conforme a classificação internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão da literatura. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 440-7, 2012.

BERARDINELLI, L. M. M.; GUEDES, N. A. C.; ACIOLI, S. Análise do déficit de autocuidado de clientes hipertensos e as implicações na produção de cuidado. **Rev Enferm UERJ.**, v. 21(esp.1), p. 575-80, 2013

BRAGA, C. G.; SILVA, J. V. **Teorias de enfermagem.** São Paulo: Iátria, 2011. 252 p.

BRANDÃO, A. P.; BRANDÃO, A. A.; MAGALHÃES, M. E.; POZAN, R. Management of metabolic syndrome in young population. **Am J Ther.**, v. 15, n. 4, p. 356-61, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Avaliação de Eficácia e Segurança dos medicamentos Inibidores do Apetite.** Brasília: Anvisa, 2011. 86 p.

BUCHHORN, S. M. M. **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.** 2014. 243f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

BUDÓ, M. L.; MATTIONI, F. C.; SILVA, F. M.; SCHIMITH, M. D. Educação em saúde e o portador de doença crônica: implicações com as redes sociais. **Cienc Cuid Saude.**, v. 8, p. 142-147, 2009.

CABRAL, L. S. **Acurácia diagnóstica de diferentes critérios para síndrome metabólica e análise de características associadas em pacientes epiléticos adultos.** 2011. 144f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2011.

CALTON, E. K.; JAMES, A. P.; PANNU, P. K.; SOARES, M. J. Certain dietary patterns are beneficial for the metabolic syndrome: reviewing the evidence. **Nutr Res.**, v. 34, n. 7, p. 559-568, 2014.

CAMHI, S.; STEFANICK, M.; KATZMARZYK, P.; YOUNG D. Metabolic syndrome and changes in body fat from a low-fat diet and/or exercise randomized controlled trial. **Obesity (Silver Spring)**, v.18, p. 548-554, 2010.

CARLSON, J. Abstract: consensus validation process: a standardized research method to identify and link the relevant NANDA, NIC, and NOC terms for local populations. **Int J Nurs Terminol Classif.**, v. 17, n. 1, p. 24-4, 2006.

CARPER, B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science. Gaithersburg.*, v. 1, n.1, p.13-23, 1978.

CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Rev Eletr Enf [Online].**, v. 11, n. 3, p. 46-6, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>. Acesso em: 10 de Jun 2015.

CARVALHO, M. W. A. C. **Catálogo CIPE® para dor oncológica.** 2009. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

CARVALHO-VIDIGAL, F.; BRESSAN, J.; BABIO, N.; SALAS-SALVADÓ, J. Prevalence of metabolic syndrome in Brazilian adults: a systematic review. **BMC Public Health.**, v. 13, n. 1198. 2013.

CASSIANO, D. P.; ANICHE, M. F.; LOCHIDA, L. C. Análise de componentes da síndrome metabólica e complicações em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 do centro de triagem de diabetes da Universidade Federal de São Paulo. **Rev Bras Clin Med.**, v. 9, n. 1, p. 15-9, 2011.

CAVALCANTI, S.; BRAGA, M. F. B. **Síndrome Metabólica: Tratamento Não Farmacológico para Redução do Risco Cardiovascular.** Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2006.

CIE. Conselho Internacional de Enfermeiros **Linhas de orientação de catálogos CIPE®.** Tradução Hermínia Castro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

CIE. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® Versão 1.0.** Tradução Heimar de Fátima Marin. São Paulo: Algor Editora, 2007.

CIE. **Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®)**. Tradução Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa, 2000.

CLARES, J. W. B. **Proposta de subconjunto terminológico da CIPE® para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica**. 2014. 128f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2014.

CLARES, J. W. B.; FREITAS, M. C.; GUEDES, M. V. C. Percurso metodológico para elaboração de subconjuntos terminológicos CIPE®: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 48, n. 6, p.1119-26, 2014.

CLARO, R. M.; CARMO, H. C.; MACHADO, F. M.; MONTEIRO, C. A. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. **Rev Saude Publica.**, v. 41, p. 557-64, 2007.

COENEN, A.; KIM, T. Y. Development of terminology subsets using ICNP®. **Int J Med Inform.**, v.79, n.7, p.530-538, 2010.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE – em ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e da outras providencias. Brasília, 2009.

COSTA, R. F.; MACHADO, S. C.; CORDÁS, T. A. Imagem corporal e comportamento sexual de mulheres obesas com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica. **Rev psiquiatr clín.**, v. 37, n. 1, p. 27-31, 2010.

CUBAS, M. R.; DENIPOTE, A. G. M.; MALUCELLI, A.; NÓBREGA, M. M. L. A norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologias de enfermagem. **Rev. Latino-Am Enfermagem.**, v. 18, n.4, 2010.

CUBAS, M. R.; SILVA, S. H.; ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Rev Eletr Enf [Online].**, v. 12, n.1, p. 186-94, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>. Acessado em 15 maio 2015.

CUBAS, M.R; NÓBREGA, M.M.L. (Org.) **Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. 1. Ed. Rio de janeiro: Elsevier, 2015. 328p.

DEL VECCHIO, F. B.; GALLIANO, L. M.; COSWIG, V. S. Aplicações do exercício intermitente de alta intensidade na síndrome metabólica. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde.**, v. 18, n. 6, p. 669-687, 2013.

DIAS, I. M. A. V.; TERRA, A. A. A.; MACHADO, J. R. O.; REIS, V. N. Organizing nursing care for quality management in health care. **Rev Baiana de Enferma.**, v. 25, n. 2, p. 161-172, 2011.

DIRETRIZ Brasileira de Prevenção Cardiovascular, I. **Arq Bras Cardiol.**, v. 101, n. 6, Supl., p. 1-63, 2013.

DIRETRIZES Brasileiras de Obesidade. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010/ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 3.ed. Itapevi, SP: **AC Farmacêutica**, 2009.

DIRETRIZ Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq Bras Cardiol.**, v. 88, suppl 1, 2007.

DIRETRIZ Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, I. **Arq Bras Cardiol.**, v. 84, Supl 1, p. 3-28, 2005.

FERREIRA, K. C. A.; MACHADO, L. M. M.; PIRES FILHO, J. A.; ARAÚJO, M. S. Associação entre a presença de síndrome metabólica e variáveis antropométricas, clinicobioquímicas e escore de risco cardiovascular em enfermeiras de um hospital universitário. **Brasília Med.**, v. 50, n. 3, p. 302-311, 2013.

FOWLER, D. J.; SÁ, A. C. Humanização nos cuidados de pacientes com doenças crônico-degenerativas. **O Mundo da Saúde.**, v. 33, n. 2, p. 225-230, 2009.

FRASURE-SMITH, N.; LESPERANCE, F. Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. **Arch Gen Psychiatry.**, v. 65, n. 1, p. 62-71, 2008.

FREITAS, R. W. J. F. **Prevalência da síndrome metabólica e seus componentes em universitários.** 2013. 163f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2013.

FREITAS, T. A. R.; SILVA, K. L.; NÓBREGA, M. M. L.; COLLET, N. Proposta de cuidado domiciliar a crianças portadoras de doença renal crônica. **Rev Rene.**, v. 12, n. 1, p. 111-9, 2011.

FURTADO, L. G.; NÓBREGA, M. M. L. Construção de banco de termos identificados em registros de enfermagem utilizando a CIPE®. **Rev Eletr Enf [Online].**, v. 9, n. 3, p. 630-55, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a06.htm>. Acessado em 02 out 2015.

GARCIA, T. R. (org.). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®: aplicação para a prática brasileira.** Porto Alegre: Artmed, 2015.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Rev Bras Enferm.**, v.66, n.esp., p.142-150, 2013.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. **Acta Paul Enfem.**, v. 22, (Especial – 70 anos), p. 875-9, 2009a.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 188-93, 2009b.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: há acordo sobre o conceito? **Rev Eletr Enf [Online]**, v. 11, n. 2, p. 233, 2009c. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a01.htm>. Acesso em: 23 set 2015.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; COLER, M. S. Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. **Rev Bras Enferm.**, v.61, n. 6, p. 88-91, 2008.

GARCIA, T.R.; CUBAS, M. R. (Org.) **Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

GATTI, R. M.; SANTOS, B. R. M.; FURLANETO, C. J.; GOULART, R. M. M.; MORERA, P. A. Avaliação dos fatores de risco para doença arterial coronariana em paciente de São Caetano do Sul segundo o Escore de Framingham e sua relação com a síndrome metabólica. **Arq Sanny Pesq Saúde.**, v. 1, n. 1, p.8-17, 2008.

GELONEZE, B. Síndrome metabólica: mito ou realidade? **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.50, n.3, p409-411, 2006.

GOOSSEN, W. Cross-mapping between three terminologies with the international standard nursing reference terminology model. **Int J Nurs Terminol Classif.**, v. 17, n.4, p. 153-64, 2006.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3 ed. St Louis: Mosby, p. 35-44, 1994.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Ed., 2012. 1176p.

HENDERSON, V. **Basic Principles of Nursing Care**. New York: ICN, 1969.

HERMIDA, P. M. V.; ARAUJO, I. E. M. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. **Rev Bras Enferm.** v. 59, n. 5, 2006.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HYUN, S.; PARK, H. A. Cross-mapping the ICNP® with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for unified nursing language system development. **Int Nurs Rev.**, v. 49, n. 2, p. 99-110, 2002.

ICN. International Council of Nurses. **International Classification for Nursing Practice: Version 2015**. [Online]; Disponível em: <http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html>. Acesso em: 10 dez 2015.

ICN. International Council of Nurses. **International Classification for Nursing Practice: Version 2011**. [Online]; Disponível em: <http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/download/>. Acesso em: 30 jun 2015.

ICN. **Partnering with individuals and families to promote adherence to treatment: ICNP® Catalogue**. Geneva: ICN, 2008.

ICN. **International Classification for Nursing Practice** – ICNP® Version 1.0. Geneva: ICN; 2005.

ICN. **International classification for Nursing Practice** – Beta 2 Version. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses, 2001.

ICN. **International Classification for Nursing Practice** - Beta. Geneva, Switzerland: ICN, 1999, 195p.

ICN. **Nursing's Next Advance: An International Classification System for Nursing practice** (ICNP®) Geneva: ICN, Headquarters, 1993.120p.

ICN. **The international classification for nursing practice: A unifying framework-The Alfa Version.** Geneva, Suiza: ICN, 1996. 252p.

ISO. International Organization for Standardization. **Health Informatics: Categorical structures for representation of Nursing diagnoses and Nursing actions in terminological systems.** (ISO/FDIS 18.104:2014). Geneva, 2014.

ISO. **ISO 18.104: health informatics integration of a reference terminology model for nursing,** Geneva: ISO, 2003.

ISOMAA, B. O.; ALMGREN, P.; TUOMI, T.; FORSÉN, B.; LAHTI, K.; NISSÉN, M. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. **Diabetes Care.**, v.24, n.4, p683-689, 2001.

JESUS, G. M.; JESUS, E. F. A. Predisposição para desenvolver resistência insulínica em policiais militares. **Pensar a Prática Goiânia.**, v. 13, n. 2, p. 1-15, 2010.

JUVÉ, U. M. E.; GONZALEZ, S. M.; MATUD, C. C. Mapping the diagnosis axis of an interface terminology to the NANDA International Taxonomy. **Nurs[Online]**. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3399394/>. Acesso em: 23 de jun 2015.

KAUR, P.; RADHAKRISNAN, E.; RAO, S. R.; SANKARASUBBAIYAN, S.; RAO, T.; GUPTE, M. D. The metabolic syndrome and associated risk factors in an urban industrial male population in South India. **J Assoc Physicians India.**, n. 58, p. 363-6, 2010.

KELLY, M. A. **Nursing Diagnosis Source Book: Guidelines for clinical application.** 1985.

LEAL, M. T. **A CIPE® e a visibilidade da enfermagem: mitos e realidade.** Lisboa: Lusociência, 2006.

LEDOUX, T. A.; HINGLE, M. D.; BARANOWSLI, T. Relationships of fruit and vegetable intake with adiposity: a systematic review. **Obes Rev.**, v. 21, n. 5, p. 143-50, 2011.

LEITE, E. B.; ANCHIETA, V. C. C. Identificação de síndrome metabólica em policiais civis do Distrito Federal, Brasil. **Brasília Med.**, v. 50, n. 3, p. 186-193, 2013.



LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasof, 2006.

LERARIO, A. C.; BETTI, R. T. B.; WAJCHENBERG, B. L. O perfil lipídico e a síndrome metabólica. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 55, n. 3, p. 229-50, 2009.

LIBERATO, S. M. D.; SOUZA, A. J. G.; GOMES, A. T. L.; MEDEIROS, L. P.; COSTA, I. K. F.; TORRES, G. V. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. **Rev Eletr Enf [Online]**., v. 16, n. 1, p. 191-8, 2014. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v16/n1/pdf/v16n1a22.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a22.pdf). Acesso em: 15 de mar 2016.

LIMA, C. L. H.; NÓBREGA, M. M. L. Banco de termos da linguagem especial de enfermagem da clínica médica. **Rev Eletr Enf [Online]**., v. 11, n. 1, p. 12-22, 2009. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n1/pdf/v11n1a02.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a02.pdf). Acesso em: 10 de set 2015.

LINS, S. M. S. B.; ESPÍRITO SANTO, F. H.; FULY, P. S. C.; GARCIA, T. R. Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE<sup>®</sup> para portadores de doença renal crônica. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. 2, p. 180-9, 2013.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan: 2001. 310p.

LUCENA, A. F.; BARROS, A. L. B. L. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 82-8, 2005.

LUPATINI FILHO, J. O.; SILVA, J. C.; POMATTI, D. M.; BETTINELLI, L. A. Síndrome metabólica e estilo de vida. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 1, p. 113-20, 2008.

MACHADO, H. B.; KOELLN, C. R. Crenças sobre saúde: influência nas atitudes de portadores de doenças crônico-degenerativas em relação ao cuidado à saúde. **Rev Baiana de Enferm.**, v. 22/v. 23, n. 1, 2, 3, p. 121-134, 2009.

MALUCELLI, A.; OTEMAIER, K. R.; BONNET, M.; CUBAS, M. R.; GARCIA, T. R. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 4, p. 629-36, 2010.

MARIANO, M. L. L.; PAULA, M. A. B.; BASSI, D. G.; PAULA, P. R. Cirurgia bariátrica: repercussões na sexualidade da pessoa obesa. **Rev Col. Bras Cir.**, v. 41, n. 6, p. 412-420, 2014.

MARIN, H. F. Vocabulário: recurso para construção de base de dados em Enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v.13, n.1, p. 86-89, 2000.

MARIN, H. F.; PERES, H. H. C.; DAL SASSO, G. T. M. Análise da estrutura categorial da Norma ISSO 18104 na documentação em Enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 3, p. 299-306, 2013.

MASSON, V. A.; MONTEIRO, M. I. Estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho de motoristas de caminhão. **Rev Bras Enf.**, v. 63, n. 4, p. 533-40, 2010.

MAZONI, S. R.; RODRIGUES, C. C.; SANTOS, D. S.; ROSSI, L. A.; CARVALHO, E. C. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a contribuição brasileira. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 2, 2010.

MEDEIROS, A. C. T. **Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos:** proposta de subconjunto terminológico da CIPE®.2011. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

MEDEIROS, A. C. T.; NÓBREGA, M. M. L.; RODRIGUES, R. A. P.; FERNANDES, M. G. M. Diagnósticos de enfermagem para idosos utilizando-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e o modelo de vida. **Rev Latino-Am Enfermagem.** v. 2 n. 2, 2013.

MEDINA, J. L. **La pedagogía del cuidado:** saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes, 1999.

MOLINA, M. C. B.; MORAIS, A. O.; COELHO, A. P. S.; SAPORITI, A. F.; SALAROLI, L. B.; BORGES, L. H. Síndrome metabólica em motoristas profissionais de transporte de cargas especiais nas rodovias do Espírito Santo. **UFES Rev Odontol.**, v. 10, n. 4, p. 37-47, 2008.

MONTEIRO, P. G.; SOUZA-MELLO, V.; GREGÓRIO, B. M.; NASCIMENTO, F. A. M.; REIS, G. S. O.; BARCELO, A. C.; CATTAPRETA, M. Caracteres da síndrome metabólica e tratamento não farmacológico: uma revisão da literatura. **Rev Augustus.**, v. 14, n. 29, 2010.

MOORHEAD, S.; DELANEY, C. Mapping nursing intervention data into the nursing interventions classification (NIC): process and rules. **Nurs Diagn.**, v. 8, n. 4, p.137-44, 1997.

MORAES, A. C.; FULAZ, C. S.; NETTO OLIVEIRA, E. R.; REICHERT, F. F. Prevalência de síndrome metabólica em adolescentes: uma revisão sistemática. **Cad Saude Publica.**, v. 25, n. 6, p. 1195-202, 2009.

MOTTILLO, S.; FILION, K. B.; GENEST, J.; JOSEPH, L.; PILOTE, L.; POIRIER, P. The metabolic syndrome and cardiovascular risk a systematic review and metaanalysis. **J Am Coll Cardiol.**, v. 56, n. 14, p. 1113-32, 2010.

MOURA, E. R. F.; PAGLIUCA, L. M. F. A Teoria de King e sua interface com o programa "Saúde da Família". **Rev Esc Enferm USP.**, v. 38, n.3, p. 270-279, 2004.

NAKAYAMA, C. K.; PEDROSO, M. A. Síndrome Metabólica na mira dos cuidados de enfermagem. **Rev Enferm UNISA.**, v. 8, p. 12-6, 2007.

NANDA-I. North American Nursing Diagnosis Association International. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2005/2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.

NASCIMENTO, D. M. **Proposta de um subconjunto terminológico da CIPE® para clientes submetidos à prostetomia.** 2013. 151f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, 2013.

NCEP/ATEP III. National Cholesterol Education Program. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program. Expert Panel on Direction, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. **J American Med Assoc.**, v.285, n.19, p.2486-2497, 2001.

NEVES, R. S. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de Horta. **Rev Bras Enferm.**, v. 59, n. 4, p. 556-559, 2006.

NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 2, p. 222-9, 2010.

NIELSEN, G. H.; MORTENSEN, R. A. The architecture for an international classification for nursing practice (ICNP®). Time for outcomes. Part I. **International Nursing Review.**, v. 44, n. 7, p. 182-89, 1997.

NÓBREGA, M. M. L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem é Projeto do CIE. **Nursing.** v. 51, p.12-4, 2002.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: instrumental tecnológico para a prática profissional. **Rev Bras Enferm.**, v. 62, n. 5, p. 758-61, 2009.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. **Rev Bras Enferm.**, v. 58, n. 2, p. 227-30, 2005.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R.; ARARUNA, J. F.; NUNES, W. C. A. N.; DIAS, G. K. G.; BESERRA, P. J. F. Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem. **Rev Eletr Enf [Online].**, v. 5, n. 2, p. 33-44, 2003. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista5\\_2/pdf/mapa.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/pdf/mapa.pdf). Acesso em 10 jul 2015.

NÓBREGA, M. M. L; GUTIÉRREZ, M. G. R. **Equivalência semântica da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE®**. 136p. João Pessoa: Idéia, 2000.

NÓBREGA, R. V. **Proposta de subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE® para hipertensos na atenção básica**. 2012. 147f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

NOGUEIRA, L. G. F. **Subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com diabetes mellitus na atenção especializada**. 2014. 196f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2014.

NOGUEIRA, L. G. F; NÓBREGA M. M. L. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada\*. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 49, n. 1, p. 54-60, 2015.

NONINO, F. O. L.; NAPOLEÃO, A. A.; CARVALHO, E. C.; PETRILLI FILHO, J. F. A utilização do mapeamento cruzado na pesquisa em enfermagem: uma revisão da literatura. **Rev Bras Enferm.** v. 61, n. 6, p. 872-7, 2008.

OLEFSKY, J. M.; GLASS, C. K. Macrophages, Inflammation, and Insulin Resistance. **Annu Rev Physiol.**, v. 72, p.219-46, 2010.

OLIVEIRA, C. J.; ARAÚJO, T. L.; COSTA, F. B. C.; COSTA, A. G. S. Validação clínica do diagnóstico "Falta de adesão" em pessoas com hipertensão arterial. **Esc Anna Nery.**, v. 17, n. 4, p. 611-619, 2013.

OLIVEIRA, L. M.; EVANGELISTA, R. A. Sistematização da assistência de enfermagem (SAE): excelência no cuidado. **Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão da UNIPAM.**, v.1, n.7,p. 83-8, 2010.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Brasília, 2003.

ONYEBUTULEM, H. C.; ONYEBUTULEM, P. I.; REIMANN, M, L. I. .; BORNSTEIN, S. R.; SCHWARZ, P. E. Metabolic syndrome in Africa: an emerging perspective. **Horm Metab Res.**, v. 41, n. 2, p.75-8, 2009.

PAN, W. H.; YEH, W. T.; WENG, L. C. Epidemiology of metabolic syndrome in Asia. **Asia Pac J Clin Nutr.** v. 17 (Supp 1), p. 37-42, 2008.

PAULA, M. A. B.; TAKAHASHI, R. F.; PAULA, P. R. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. **Rev Bras Coloproctol.**, v. 29, n. 1, p. 77-82, 2009.

PAVEL, S.; NOLET, D. **Manual de terminologia.** Canadá: Public Works and Government Services, 2002.

PIERIN, A.; CAVAGIONI, L. C. Hipertensão arterial e obesidade em motoristas profissionais de transporte de cargas. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 4, p. 455-60, 2010.

PIETROIUSTI, A.; NERI, A.; SOMMA, G.; COPPETA, L.; IAVICOLI, I.; BERGAMASCHI, A. Incidence of metabolic syndrome among night-shift healthcare workers. **Occup Environ Med.**, v. 67, n. 1, p. 54-7, 2009.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev Nutrição.** v.17, n.4, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRUMES, C. P. **Ser deficiente, ser envelhescente, ser desejanste.** 2007. 104f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

QUEIROZ, S. M. B. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em idosos com traumas musculoesqueléticos de membros inferiores: fundamentos para a prática clínica do enfermeiro.** 2014. 144f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos) –

Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza, 2014.

QUITANDA, R. N., C. M. Fatores de risco para síndrome metabólica em cadeirantes – Jogadores de basquetebol e não praticantes. **Rev Bras Med Esport.**, v. 14, n. 3, p. 188-191, 2008.

RAM, C. V.; FARMER, J. A. Metabolic syndrome in South Asians. **J Clin Hypertens.** v. 14, n. 8, p. 561-5, 2012.

REAVEN, G. M. Banting Lecture 1988. Role of insulin resistance in human diseases. **Diabetes.**, v. 37, p. 1595-1607, 1988.

REAVEN, G. M. The metabolic syndrome: time to get off the merry-go-round? **J Intern Med.**, v. 269, n. 2, p.127-36, 2011.

RIBEIRO, R. P.; MARZIALE, M. H. P.; MARTINS, J. T.; RIBEIRO, P. H. V.; ROBAZZI, M. L. C. C.; DALMAS, J. C. Prevalência da Síndrome Metabólica entre trabalhadores de Enfermagem e associação com estresse ocupacional, ansiedade e depressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 23, n. 3, p. 435-40, 2015.

RODRIGUES, P. F.; AMADOR, D. D.; SILVA, K. L.; REICHERT, A. P. S.; COLLET, N. Interação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas. **Esc Anna Nery.**, v. 17, n. 4, 2013.

SANTOS, J. C.; FLORÊNCIO R. S.; OLIVEIRA, C. J.; MOREIRA, T. M. M. Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem **Rev Rene.**, v. 13, n. 2, p. 343-353, 2012.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 355-358, 2011.

SANTOS, S. M. J.; NÓBREGA, M. M. L. Ações de enfermagem identificadas no projeto CIPESC e utilizadas no cuidado de pacientes com AIDS. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 38, n. 4, p. 369-78, 2004.

SANTOS, Z. E. A. **Impacto da perda de peso variáveis antropométricas e bioquímicas de pacientes com síndrome metabólica.** 2010. 107f. Tese (Doutorado em Medicina) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina. Área de concentração: Clínica Médica. Porto Alegre, 2010.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; BANG, H.; PANKOW, J. S.; BALLANTYNE, C. M.; GOLDEN, S. H.; FOLSOM, A. R. Chambless Atherosclerosis Risk in Communities Investigators. Identifying individuals at high for diabetes: Teh Atherosclerosis Risk in Communities Study. **Diabetes Care.**, v.28, p.2013-2018. 2005.

SILVA JUNIOR, V. R. **Fatores de risco para a síndrome metabólica em adultos jovens escolares:** análise de sua associação com características sociodemográficas e clínicas. 2014. 135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará. Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza, 2014.

SILVA, D. C. N.; RIBEIRO, A. A.; FABRÍCIO, S. C. C. Produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem a idosos. **Rev Enferm UERJ**. v.15, n.3, p.406-410, 2007.

SILVA, R. S. **Enfermagem em Cuidados Paliativos para um morrer com dignidade: Subconjunto Terminológico CIPE®**. 246 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

SIMON, B. S.; BUDÓ, M. L. D.; GARCIA, R. P.; GOMES, T. F.; OLIVEIRA, S. G.; SILVA, M. M. Rede de apoio social à família cuidadora de indivíduo com doença crônica: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**. v. 7 (esp), p. 4243-42, 2013.

SOOKOIAN, S.; GEMMA, C.; FERNÁNDEZ GIANOTTI, T.; BURQUEÑO, A.; ALVAREZ, A.; GONZÁLEZ, C. D. Effects of rotating shift work on biomarkers of metabolic syndrome and inflammation. **J Int Med**. v. 261, n. 3, p. 285-92, 2007.

SOUSA, E. F. R.; COSTA, E. A. O.; DUPAS, G.; WERNET, M. Acompanhamento de famílias de crianças com doença crônica: percepção da equipe de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. v. 47, n 6, p. 1367-72, 2013.

TAKEUCHI, T.; NAKAO, M.; NOMURA, K.; INOUE, M.; TSURUGANO, S.; SHINOZAKI, Y. Association of the metabolic syndrome with depression and anxiety in Japanese men: a 1-year cohort study. **Diabetes Metab Res Rev**. v. 35, p. 32-6, 2009.

TANNURE, M. C.; CHIANCA, T. C. M.; GARCIA, T. R. Construção de um banco de termos da linguagem especial de enfermagem. **Rev Eletr Enferm [Online]**. v. 11, n. 4, p. 1026- 30, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a29.htm>. Acesso em: 22 de out 2015.

TELLES-CORREIA, D.; BARBOSA, A.; MEGA, I.; MONTEIRO, E. Validação do questionário multidimensional da adesão no doente com transplante hepático. **Acta med port [Online]**. v. 21, n. 1, p. 31-6, 2008. Disponível em: <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/765/442>. Acesso em: 18 de mar 2016.

TORRES-LEAL, F.; CAPITANI, M.; TIRAPEGUI, J. The effect of physical exercise and caloric restriction on the components of metabolic syndrome. **Bras J Pharm Sci**. v. 45, p. 379-399, 2009.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev Bras Enferm**. v. 64, n. 1, p. 106-113, 2011.

VILARINHO, R. M. F.; LISBOA, M. T. L. Diabetes mellitus: fatores de risco em trabalhadores de enfermagem. **Acta Paul Enferm**. v.23, n. 4, p. 557-61, 2010.

VILHENA, M. M.; TAQUETTE, S. R. Obesidade e sexualidade na adolescência: um olhar interdisciplinar no campo da saúde. **Adolesc Saúde**. v. 4, n. 1, 2007.

WHO. World Health Organization. **The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: WHO, 2002.

ZAHRA, F. M.; CARVALHO, D. R.; MALUCELLI, A. Poronto: ferramenta para construção semiautomática de ontologias em português. **J Health Inform.** v. 5, n. 2, p. 52-9, 2013.

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o/a senhor/a à participar como juiz da pesquisa intitulada: **Diagnósticos/resultados de enfermagem da CIPE® para pessoas com síndrome metabólica**. Trata-se de dissertação de mestrado de Nuno Damácio de Carvalho Félix, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, sob a orientação da pesquisadora Profa. Dra. Célida Juliana de Oliveira.

Essa pesquisa tem como objetivos: construir o banco de termos sobre síndrome metabólica relevantes à prática de Enfermagem evidenciados nas publicações oficiais brasileiras; e elaborar enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem a partir da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para pessoas com síndrome metabólica, com base no referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas.

A finalidade da pesquisa é contribuir para a construção de diagnósticos/resultados de enfermagem para pessoas com síndrome metabólica que seja sensível a nossa realidade, e que possa favorecer a integração do conhecimento científico e prático, assim como a utilização de uma linguagem unificada para a documentação da prática profissional de Enfermagem.

Após sua aceitação em participar deste estudo, o(a) senhor(a) receberá a cópia de um formulário contendo os termos extraídos de publicações oficiais sobre síndrome metabólica no Brasil. No referido instrumento deverão ser assinalados com um X, para fins de validação, os termos e conceitos considerados relevantes para a prática clínica de enfermagem direcionadas às pessoas com a síndrome.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o(a) senhor(a) poderá desistir e cancelar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para a sua relação com o pesquisador ou em seu local de trabalho. Será garantida a sua privacidade e a proteção de sua imagem. Há riscos de constrangimento e/ou exposição emotiva na sua participação, que serão solucionados pelo pesquisador com a imediata solução de dúvidas e esclarecimentos, assim como a contínua disponibilidade do mesmo em reduzir tais riscos, como preconiza a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Sua participação é voluntária, portanto, não haverá remuneração.

Ressalta-se que as duas vias deste termo deverão ser assinadas: uma para o arquivamento junto ao pesquisador e outra para o(a) senhor(a).

Informamos ainda, nossos contatos:

Mestrando: Nuno Damácio de Carvalho Félix  
Rua Cel. Antônio Luis, 1161 – Departamento de Enfermagem  
Fone: (88) 99623-4816  
e-mail: nunof05@hotmail.com

Orientadora: Célida Juliana de Oliveira  
Rua Cel. Antônio Luis, 1161 – Departamento de Enfermagem  
Fone: (88) 3102-1212 – Ramal 2618  
e-mail: celida.oliveira@urca.br

**No caso de dúvidas, procurar o comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri - URCA - Rua Cel. Antônio Luis, 1161 - 63.100-000 - Pimenta - Crato/CE. Telefone: 3102.1212 ramal 2424, e-mail: cep@urca.br.**

Certos de contar com sua colaboração, desde já agradecemos.

Atenciosamente,

---

Nuno Damácio de Carvalho Félix  
Enfermeiro - pesquisador

### **TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que fui esclarecido(a) sobre a natureza, os objetivos e as garantias éticas da pesquisa,  
por isso, concordo em participar do estudo.

Crato-CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Nuno Damácio de Carvalho Félix - pesquisador

---

Assinatura do(a) participante da pesquisa

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

### Dados de Identificação:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade (em anos completos): \_\_\_\_\_

Titulação máxima: ( ) Graduado ( ) Especialista ( ) Mestre ( ) Doutor

Tempo de formação (graduação): \_\_\_\_\_

**Por favor, responda às seguintes questões (pode escolher mais de uma alternativa nas questões 1, 2 e 5):**

1. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor(a) ou orientador(a), estudo na temática Terminologias de Enfermagem, com enfoque na CIPE®?

- ( ) Monografia de graduação ( ) Monografia de especialização  
( ) Dissertação ( ) Tese  
( ) Artigos científicos ( ) Outros  
( ) Não se aplica

2. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor(a) ou orientador(a), estudo na temática da síndrome metabólica?

- ( ) Monografia de graduação ( ) Monografia de especialização  
( ) Dissertação ( ) Tese  
( ) Artigos científicos ( ) Outros  
( ) Não se aplica

3. Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática Terminologias de Enfermagem, com enfoque na CIPE®? ( ) Sim ( ) Não

4. Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática direcionada à síndrome metabólica? ( ) Sim ( ) Não

5. Nos últimos 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais?

- ( ) Hospital ( ) Unidade Básica de Saúde ( ) Instituição de ensino  
( ) Outro \_\_\_\_\_ ( ) Não se aplica

6. Utiliza/utilizou o processo de enfermagem (CIPE®) em sua prática profissional (assistência/ensino)? ( ) Sim. Por quanto tempo? \_\_\_\_\_ ( ) Não

7. Presta/prestou assistência de enfermagem a pessoas com síndrome metabólica?

- ( ) Sim ( ) Não

8. No ensino, ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática Terminologias de Enfermagem, com enfoque na CIPE®? ( ) Sim ( ) Não

9. Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática direcionada à síndrome metabólica? ( ) Sim ( ) Não

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO COM OS TERMOS UTILIZADOS NA  
VALIDAÇÃO POR CONSENSO**

No questionário abaixo consta os termos extraídos das publicações oficiais sobre síndrome metabólica, os quais deverão ser avaliados (marcando um X) quanto à relevância para a linguagem de enfermagem direcionada ao cuidado à pessoa com síndrome metabólica. As definições são apenas para facilitar a análise da pertinência e o especialista tem total liberdade em sugerir mudança nos termos, apontar repetição de termos similares e/ou troca de termos.

Estamos enviando o material para que cada especialista avalie os termos e no encontro com os demais especialistas será feita a validação por consenso, a qual validará o termo que tiver 100% de concordância. Os termos validados subsidiarão a construção de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para pessoas com a síndrome.

Termo	Eixo	Definição	Validado		Sugestão
			Sim	Não	
Abaixo		Menos elevado; num lugar mais baixo		X	
Abandono	F	Deixado, largado. Renunciado, desprezado.	X		
Abdome	L	Barriga; parte localizada no corpo humano que, separada do tórax pelo diafragma, abriga os sistemas digestivo e geniturinário.	X		
Abolir	A	Ocasionar o fim de; fazer com que seja extinto; revogar ou anular a ação de; ab-rogar.	X		
Abordagem	M	Aproximação; Maneira através da qual um assunto é entendido, abordado; Ponto de vista ou opinião usada para entender um assunto.	X		
Abordar	A	Chegar perto de uma pessoa para falar com ela; Ser o assunto de.	X		
Abrangente	J	Extenso; que abrange; que contém uma infinidade de coisas, de informações; Compreende, inclui, incorpora; que se estende.	X		
Absenteísmo		Circunstância em que uma pessoa (habitualmente) deixa de realizar as obrigações referentes ao seu trabalho; Se ausentar.	X		
Absorção	F	Processo Corporal: Incorporação de alimentos e líquidos nutrientes pelo corpo, via canal alimentar.	X		
Abstinência	F	Condição	X		
Abuso	F	Violência		X	Propor uma nova definição
Abusivo		Contrário às regras; excessivo	X		
Aceitação	F	Enfrentamento: Reduzir ou eliminar barreiras, apreensões ou tensões.	X		
Acentuar		Dar ênfase.	X		
Acercar		Abeirar(-se), aproximar(-se), avizinhar(-se).		X	
Acesso	F	Condição: Potencialidade para entrar (em algum lugar) ou para usar algo.	X		
Acolher	A	Aceitar, receber.	X		
Acompanhar	A	Executar	X		
Aconselhar	A	Guiar: Capacitar alguém a tomar as próprias decisões por meio de diálogo.	X		

Acrescentar	A	Tornar-se maior; Providenciar melhoria a.	X		
Acúmulo		Acumulação, amontoamento; sobrecarga; Quantidade excessiva de alguma coisa.	X		
Adaptação	F	Enfrentamento: Gerenciamento de novas situações.	X		
Adesão	F	Condição, Positiva: Ação iniciada pela própria pessoa para promover o bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem se desviar e estando devotada a um quadro de ações ou comportamentos. Em concordância com o regime terapêutico, toma os medicamentos como orientado, muda comportamentos para melhor, apresenta sinais de melhora, busca os medicamentos na data devida e demonstra internalização do valor de comportamentos de cuidado com a saúde, assim como da obediência às instruções relativas ao tratamento. (A adesão é frequentemente associada a apoio familiar e de outros significativos, conhecimento sobre medicamentos e processo de doença, motivação pessoal ou relacionamento com profissional de saúde.)	X		
Adicionar	A	Agrupar em um só número as unidades ou frações de unidade contidas em vários outros; Acrescentar, ajuntar, aditar.	X		
Administração	A	Ação de administrar, de dirigir os negócios públicos ou privados, de gerir bens.	X		
Adotar	A	Assumir um tipo de comportamento, atitude ou postura momentânea; Preferir; Apropriar; tomar para si; Aplicar; colocar em prática	X		
Adquirir	A	Comprar; passar a ser o dono de algo; participar na posse de uma propriedade ou bem; Obter.	X		
Aferir	A	Comparar as medidas com seus padrões específicos; Equiparar; verificar, por comparação com um padrão, a exatidão das indicações de um instrumento; estabelecer a graduação de um instrumento; Marcar.	X		
Agendar	A	Planejar: Fazer um cronograma, isto é, uma agenda de horário.	X		
Agrupar	A	Reunir em grupo, formar grupo com.	X		
Ajustar	A	Organizar: Fazer uma mudança para servir (cabem), adaptar.	X		Propor uma nova definição
Alcançar	A	Atingir; chegar a ou abater-se sobre; Aproximar-se de alguém ou estar ao lado dessa pessoa; Chegar a determinado valor.	X		
Álcool		Composto químico; Líquido obtido mediante a destilação do vinho, de outras bebidas ou líquidos fermentados.	X		
Alcoolismo		Psicopatologia. Ação de consumir de maneira excessiva, periódica e/ou permanente álcool, ocasionando, por sua vez, certa dependência psíquica e/ou física; etilismo.	X		
Alertar	A	Dar o alerta; advertir, prevenir de um perigo; despertar.	X		
Alimentação	F	Nutrir: alimentação saudável; Sustento; abastecimento das substâncias imprescindíveis à manutenção da vida.	X		
Alimentar	A	Executar: Dar alimentos ou líquidos para alguém.		X	
Alimentos		Tudo o que é utilizado para alimentação; os gêneros alimentícios.	X		
Aliviar	A	Tratar: Tornar algo mais fácil de suportar.	X		
Alterar	A	Regular: Fazer mudança em algo ou tornar alguma coisa diferente.	X		
Alternar	A	Revezar, intercalar.	X		

Alto	J	Nível Absoluto: Quantidade, concentração ou intensidade, superior à média ou mais do que o normal.	X		
Ambulatorial	L	Tudo que se pode referir a ambulatório	X		
Ampliar	A	Tornar amplo; alargar, dilatar, estender, aumentar.	X		
Antropométrico		Relativo à antropometria: medidas antropométricas.	X		
Amputação		Cirurgia	X		
Analisar	A	Avaliar: Sintetizar a informação sobre alguma coisa.	X		
Ansiedade	F	Emoção, Negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia.	X		
Aperfeiçoar	A	Aproximar-se da perfeição; fazer com que algo seja aprimorado, melhorado; Especializar; Retocar.	X		
Aplicar	A	Distribuir: Fazer uso prático de alguma coisa.	X		
Apoiar	A	Auxiliar: Dar ajuda social ou psicológica para que alguém possa progredir; evitar que alguém ou alguma coisa falhe; sustentar o peso, ou manter alguém ou alguma coisa na posição, segurar.	X		
Apoio emocional	F	Fenômeno	X		
Apontar	A	Assinalar, marcar; Indicar, mostrando.	X		
Aprender	A	Passar a ter conhecimento sobre; instruir-se	X		
Apresentar	A	Exibir; colocar à disposição; colocar à mostra.	X		
Aprimorar	A	Adequar; melhorar a qualidade de.	X		
Apropriar	A	Apoderar-se de algo que não lhe pertence; tomar a posse de; Adequar.	X		
Aptidão		Característica daquele que é apto, capaz de realizar alguma coisa; Tendência, capacidade natural ou adquirida, para realizar qualquer coisa	X		
Aquisição de medicação		Obter	X		
Argumentar	A	Usar de argumentos; discutir apresentando e contrapondo razões que, através do raciocínio lógico, levem a uma conclusão.	X		
Arterial	L	Que se refere às artérias ou particular destas; arterioso.	X		
Articulação	L	Conexões naturais existentes entre dois ou mais ossos	X		
Articular	L	Componente do Sistema Musculoesquelético.	X		
Artificial	F	Que é produzido não pela natureza mas por uma técnica.	X		
Assegurar	A	Tornar uma coisa certa, duradoura; Garantir, ornar algo seguro.	X		
Assistência		Ação de ajudar, de vir em auxílio.	X		
Atenção		Concentração: Introjeção objetivada e processamento da informação.	X		
Atenção básica		Conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação.	X		
Atender	A	Ação: Estar preocupado com, a serviço de, ou tomando conta de alguém ou de alguma coisa.	X		
Atendimento		Modo habitual através do qual são atendidos os clientes que procuram, ou utilizam, determinado serviço; Local que se destina ao recebimento do público.	X		
Atentar	A	Ter preocupação ou cuidado por; Observar atentamente; atentava para a palestra; Levantar em consideração.	X		
Atingir	A	Alcançar: atingir o alvo; Compreender, perceber.	X		
Atitude	F	Processo Psicológico: Modelos e opiniões mentais.	X		
Atividade	F	Ação; capacidade ou tendência para agir, para se movimentar, para realizar alguma coisa; Movimento.	X		

Ativo		Vivo, laborioso, diligente, empreendedor: aluno, trabalhador ativo; Energico, eficaz.	X		
Aumentado	J	Que obteve aumento, aumentou; Capacidade de aumentar, tornar-se maior; Que exagerou, corrompeu algum fato.	X		
Aumentar	A	Alterar: Ajustar alguma coisa para conseguir um resultado maior (ou melhor).	X		
Auscultar	A	Examinar: Ouvir os sons corporais internos.	X		
Ausência		Ação de afastar(-se) de casa ou dos locais os quais costuma frequentar; Que não comparece a um certo local; Estado, particularidade ou condição de ausente.	X		
Autocuidado	F	Atividade Autoexecutável: Cuidar do que é preciso para se manter, assegurar a sobrevivência e lidar com necessidades básicas, individuais e essenciais, e atividades da vida diária.	X		
Autoestima	F	Autoimagem: Opinião sobre si mesmo e visão do próprio valor e capacidades; verbalização de crenças sobre si mesmo, confiança em si mesmo; verbalização de autoaceitação e autolimitação, desafiando imagens negativas de si mesmo; aceitação de elogios, encorajamento, assim como de crítica construtiva.	X		
Autoimagem	F	Crença: Concepção ou imagem mental de si mesmo.	X		
Autonomia	F	Direitos do Paciente: Condição de autogovernança e autodirecionamento.	X		
Auxiliar	A	Atender: Fazer parte do trabalho, com ou para alguém.	X		
Avaliar	A	Determinar: Processo contínuo para medir o progresso, ou em que extensão os objetivos estabelecidos foram atingidos.	X		
Baixo	J	Nível Absoluto: Falta; déficit; quantidade, concentração ou intensidade abaixo da média ou inferior ao normal.	X		
Balancear	A	Oscilar; Equilibrar.		X	
Básico	J	Que serve de base; fundamental; essencial; basilar; Simples.	X		
Beber	A	Engolir um líquido qualquer.	X		
Bebida	M	Nutriente.	X		
Bom	J	Que tem o necessário para; que cumpre as exigências de; Saudável.	X		
Bradycardia	F	Arritmia: Batimentos cardíacos lentos; frequência de pulso inferior a 60 batimentos por minuto em adultos.	X		
Buscar	A	Pesquisar; analisar com minúcia; examinar exaustivamente; Esforçar-se excessivamente para encontrar algo.	X		
Capacidade	F	Condição.	X		
Capacidade de melhorar	F	Potencial para recuperação de algo.	X		
Capaz		Em condições de fazer ou realizar determinada coisa; Hábil.	X		
Capilar	L	Vaso sanguíneo.	X		
Cardíaco	F	Pertencente ou relativo ao coração.	X		
Causa	F	Razão, motivo, origem, princípio; Fato; Acontecimento.	X		
Cefaleia	F	Dor excessiva na cabeça; dor de intensidade variável e que se espalha por várias direções ou por diferentes partes da cabeça.	X		
Checar	A	Testar, conferir, para verificar a validade ou a exatidão de algo.	X		
Circunferência abdominal	F	Medida realizada, sendo um fator que representa risco de desenvolver doenças cardiovasculares.	X		

Classificar	A	Reunir em classes e nos grupos respectivos, segundo um sistema ou método: classificar pela ordem alfabética;	X		
Colaborar	A	Relacionar-se: Trabalhar juntamente com uma ou mais pessoas.	X		
Colesterol		Tipo de substância, lipídio responsável pelo armazenamento de energia, presente em todas as células do corpo humano e cujo excesso pode provocar doenças cardiovasculares.	X		
Coletivo	C	Que é capaz de abranger um grande número de pessoas e/ou coisas.	X		
Combinar	A	Juntar, misturar; Assentar, ajustar, pactuar, aprazar.	X		
Comparar	A	Examinar em conjunto; estabelecer paralelo entre.	X		
Compartilhar	A	Dividir; tomar partido em; fazer parte de algo com alguém; Partilhar; repartir.	X		
Complementar	A	Acrescentar; adicionar o elemento que falta a; receber o que completa ou conclui alguma coisa.	X		
Compor	A	Criar, produzir, inventar.	X		
Comportamental	F	Relacionado ao comportamento; Abracar em si mesmo; carregar em sua essência; incluir ou abranger-se.	X		
Compreender	A	Abracar em si mesmo; carregar em sua essência; incluir ou abranger-se.	X		
Comunicação	F	O que se relaciona ou pode ocasionar a transmissão ou recepção de ideias ou de mensagens, buscando compartilhar informações.	X		
Comunicar	A	Transmitir informação, dar conhecimento de; fazer saber, participar.	X		
Condição	F	Características: Situação de uma pessoa em relação aos outros; posição relativa de uma pessoa.	X		
Conduta clínica	M	Plano.	X		
Conduzir	A	Dirigir; dar as direções para; Transportar; carregar.	X		
Confiança	F	Emoção: Sentimento de confiança, crença na bondade, força e confiabilidade dos outros.	X		
Confirmar	A	Avaliar: Estabelecer a verdade e exatidão de alguma coisa.	X		
Conflito de decisão	F	Cognição, Prejudicada.	X		
Conhecimento	F	Saber; entendimento sobre alguma coisa; Ação de entender por meio da inteligência, da razão ou da experiência.	X		
Conhecimento adequado	F	Informações adquiridas de maneira satisfatória.	X		
Conjunto	C	Determinada quantidade de elementos que compõem um todo.	X		
Conseguir	A	Tentar obter alguma coisa (objetivo, meta, caminho); alcançar ou conquistar; Realizar alguma coisa e obter êxito por isso.	X		
Considerar	A	Julgar; caracterizar determinada coisa; fazer julgamentos.	X		
Constituir	A	Fazer parte da essência de; ser essencial para a criação de; formar-se.	X		
Construção	L	Artefato.		X	
Consulta		Pedido de opinião especializada; ação de solicitar uma opinião de um especialista sobre um assunto.	X		
Consumo		Uso que se faz de bens e serviços produzidos; Gasto.	X		
Contínuo	T	Sequência no Tempo: Ocorre sem parar ou sem intervalo, sequência ininterrupta.	X		



Contribuir	A	Auxiliar ou ajudar no desenvolvimento de alguma coisa; cooperar.	X		
Controlar	A	Organizar: Estruturar ou manter funções ou ações.	X		
Controle	F	Condição: Exercer forte influência sobre uma situação.	X		
Corporal	F	Que diz respeito ao corpo; característico ou que pertence ao corpo.	X		
Crescimento	F	Processo Corporal: Desenvolvimento físico, normal e progressivo, com mudanças físicas distintas da infância para a maturidade, como resultado de um processo gradual e normal de acréscimo e assimilação de acordo com a idade aproximada e estágios do crescimento e desenvolvimento.	X		
Criança	C	Indivíduo.	X		
Crônico	T	Início: Ocorre em um longo período de tempo; de longa duração.	X		
Cuidador	C	Indivíduo: Assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade (ou limitação); atende a necessidades de um dependente.	X		
Cuidar	A	Ter cuidado, tratar de, assistir; Ter cuidado.	X		
Cultural	F	Relativo à cultura intelectual.	X		
Cumprir	A	Executar; realizar uma determinação ou obrigação previamente estabelecida; Realizar.	X		
Curto	J	Que tem pouca duração; rápido; breve	X		
Cutâneo	F	Da pele; próprio ou relacionado com o tecido que envolve o corpo do homem ou dos animais; que tem relação com a cutis, com a camada externa que envolve a pele.	X		
Deficiência	J	Defeito que uma coisa tem ou perda que experimenta na sua quantidade, qualidade ou valor.	X		
Definir	A	Determinar limite(s); demarcar a fronteira de; delimitar.	X		
Demonstrar	A	Executar: Exibir um comportamento publicamente observável.	X		
Dependência	J	Condição.	X		
Descrever	A	Informar: Relatar verbalmente, ou por escrito, as características de alguém ou alguma coisa.	X		
Desenvolver	A	Promover: Favorecer o crescimento de uma ideia, pessoa, ou grupo/comunidade.	X		
Desequilíbrio	F	Ação ou efeito de desequilibrar; ato de se desequilibrar; Que não possui equilíbrio; que tende a ser instável; instabilidade.	X		
Desestimular	A	Deixar de dar estímulo; desanimar; desencorajar.	X		
Desfavorável	J	Que não se apresenta de modo favorável; que se opõe a; contrário ou inadequado.	X		
Destacar	A	Ressaltar; sobressair-se; Realçar; enfatizar.	X		
Detectar	A	Descobrir; revelar ou perceber a existência do que está escondido.	X		
Diabetes	F	Processo do Sistema Regulatório, Prejudicado.	X		
Dialogar	A	Conversar; escrever ou se expressar por meio de diálogo, de uma conversa interativa, da troca de informações, opiniões, ideias.	X		
Dieta	F	Ação de privar-se de determinados alimentos e/ou bebidas por respeito a alguns preceitos.	X		
Diminuir	A	Alterar: Ajustar alguma coisa para conseguir um resultado menor.	X		
Discutir	A	Apresentar questões acerca de alguma coisa; analisar apresentando questionamentos; examinar.	X		
Diurno	T	Que ocorre durante o dia.	X		

Documentar	A	Descrever: Acumular e registrar informação.	X		
Domicílio	L	A habitação, a casa de residência.	X		
Dúvida		Falta de certeza em relação a; incerteza sobre a veracidade de um fato; confusão ao afirmar ou negar algo.	X		
Educativo	L	Concernente à educação	X		
Elaborar	A	Desenvolver com dedicação e por etapas.	X		
Elevado	J	Alto; Superior.	X		
Elogiar	A	Relacionar-se: Expressar aprovação ou admiração por alguém ou alguma coisa.	X		
Emagrecimento		Perda de gordura; diminuição do peso do corpo; Definhamento.	X		
Encaminhar	A	Coordenar: Enviar ou dirigir uma pessoa para alguém ou alguma coisa.	X		
Encontrar	A	Achar; obter o que procurava; Descobrir.	X		
Encorajar	A	Apoiar: Dar confiança ou esperança a alguém.	X		
Enfatizar	A	Realçar; atribuir ênfase a; dar destaque a: enfatizou os aspectos positivos; Falar dando ênfase.	X		
Entender	A	Perceber ou reter pela inteligência.	X		
Entrevista		Prestação de informações; Conferência marcada por pessoas em lugar determinado; Encontro combinado.	X		
Envolver	A	Cativar; conseguir a atenção ou a admiração de; Abranger.	X		
Ensinar	A	Transmitir conhecimento sobre alguma coisa a alguém; Dar instrução sobre alguma coisa a alguém.	X		
Entender	A	Refere-se à maneira de pensar, ao entendimento; Apreender.	X		
Escola	L	Estrutura Social: Estrutura projetada e construída para educação e treinamento.	X		
Escolher	A	Selecionar, adotar, optar, preferir, eleger.	X		
Escutar	A	Ouvir com atenção.	X		
Esporte	F	Conjunto de exercícios físicos que se apresentam sob a forma de jogos individuais ou coletivos, cuja prática obedece a certas regras precisas e sem fim utilitário imediato.	X		
Estabelecer	A	Comunicar.	X		
Estilo de vida	F	Aspectos comportamentais.	X		
Estimar	A	fazer estimativa de; avaliar, calcular.	X		
Estimular	A	Executar: Incitar ou despertar alguma coisa.	X		
Estratégia	M	Meios desenvolvidos para conseguir alguma coisa.	X		
Estratificar	A	Dispor em camadas superpostas ou estratos.	X		
Estresse	F	Condição, Prejudicada: Sentimento de estar tenso e ansioso, de tal modo a estar incapaz de funcionar apropriadamente, tanto física como mentalmente; sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, a dor e a sentimento de estar física e mentalmente cansado; distúrbio no estado físico e mental de um indivíduo.	X		
Eutrófico	J	Que apresenta boa nutrição; que possui uma alimentação de qualidade.	X		
Evitar	A	Prevenir: Manter longe ou ficar longe de alguma coisa.	X		
Exame		Evento ou episódio.	X		
Examinar	A	Observar: Inquirir sobre alguma coisa e olhar de perto para alguma coisa ou alguém, para estabelecer presença, ausência ou características de alguma coisa.	X		
Excesso de peso	F	Peso corporal maior do que o proporcional para a sua altura.	X		

Exercício físico	F	Ato de exercitar, para adquirir vigor, agilidade ou aprendizagem em ofícios, artes ou profissões.	X		
Facilitar	A	Auxiliar: Tornar alguma coisa mais fácil para alguém.	X		
Fadiga	F	Emoção, Negativa: Sentimentos de diminuição da força e resistência, exaustão, cansaço mental ou físico; lassidão com aptidão diminuída para o trabalho físico ou mental.	X		
Família	C	Grupo: Uma unidade social ou o todo coletivo composto por pessoas vinculadas por consanguinidade, parentesco, relacionamento legal ou emocional, com a unidade ou o todo sendo vistos como um sistema, maior que a soma de suas partes.	X		
Fornecer	A	Abastecer, prover, garantir; Dar; Ministar.	X		
Fortalecer	A	Tornar forte; robustecer; Encorajar, corroborar, animar, dar força a.	X		
Frequência	T	Estado: O número de ocorrências em um dado período de tempo; o número de repetições por unidade de tempo.	X		
Ganho		Proveito; Vantagem; Melhora; Progresso.	X		
Garantir	A	Responsabilizar-se por; incumbir-se de; Afirmar com segurança.	X		
Glicemia	F	Presença de glicose no sangue.	X		
Glicose sanguínea	F	Substância corporal.	X		
Gordura	F	Tecido adiposo; adiposidade	X		
Hipercolesterolemia	F	Elevação patológica da taxa de colesterol no sangue (células e plasma).	X		
Hiperglicemia	F	Processo de Sistema Regulatório, Prejudicado.	X		
Hiperglicemiante	F	Corresponde ao aumento da concentração de glicose no sangue.	X		
Hiperinsulinemia	F	Resistência aumentada à insulina.	X		
Hipertrigliceridemia	F	tipo de hiperlipidemia causada por níveis séricos (sanguíneos) dos triglicerídeos (triacilgliceróis) acima de 150ml/dL em adultos.	X		
Hipocalórico	F	Cujo teor calórico é baixo; diz-se do alimento que tem baixo teor calórico.	X		
Histórico	F	Relativo à história; que pertence à história.	X		
Horário	T	Que diz respeito às horas; Por hora.	X		
Identificar	A	Avaliar: Estabelecer a identidade de alguém ou alguma coisa sistematicamente.	X		
Impacto		Colisão de dois ou vários corpos; choque emocional.	X		
Implementar	A	Gerenciar: Usar conhecimento e habilidades para colocar os planos em ação.	X		
Inadequado	J	Não adequado, que não convém.	X		
Incapacidade	F	Falta de capacidade; falta de aptidão, de habilidade; incompetência, inaptidão.	X		
Incentivar	A	Incitar a coragem ou o estímulo em alguém; fazer com que haja incentivo e/ou ânimo; encorajar ou estimular:	X		
Incompleto	J	Que não está completo.	X		
Índice de massa corpórea	F	Cálculo que identifica a relação entre o peso e a altura de uma pessoa.	X		
Individual		Que pertence a, ou próprio ao indivíduo.	X		
Ingestão nutricional	F	Ação ou efeito de ingerir.	X		
Inicial	T	Que dá início a; que se localiza no começo de; que começa.	X		
Iniciar	A	Regular: Começar a fazer mudanças em alguma coisa ou fazer alguma coisa de modo diferente.	X		
Intervenção	F	Ato de exercer influência em determinada situação na tentativa de alterar o seu resultado; interferência.	X		

Lesão	F	Trauma.	X		
Levar	A	Fazer passar de um lugar a outro; transportar, conduzir.	X		
Leve	J	Gravidade.	X		Propor uma nova definição
Lidar	A	Gerenciar.	X		
Limite		Circunstância ou época que assinala o princípio ou a finalização de um tempo.	X		
Listar	A	Anotar ou registrar em forma de lista.	X		
Longo	J	Extenso; comprido.	X		
Maior	J	Superior; que está acima de outro; que supera ou excede outro em grandeza, tamanho, intensidade, duração.	X		
Maneira		Modo, método particular de fazer alguma coisa; Jeito.	X		
Manejo	F	Ato de manejar, de servir-se de.	X		
Manter	A	Regular: Manter, reter ou continuar alguma coisa.	X		
Manutenção	F	Ação ou efeito de manter ou manter-se; ação de sustentar e/ou conservar.	X		
Medir	A	Avaliar: Atribuir números para os atributos de alguma coisa.	X		Propor uma nova definição
Melhor	J	Que está acima de bom; numa comparação, aquilo que é superior.	X		
Menor	J	Inferior em número, grandeza, extensão, intensidade, duração, importância.	X		
Mensurar	A	Definir o tamanho ou a medida de alguma coisa; medir.	X		
Metade		Uma das duas partes iguais de um todo.		X	
Minimizar	A	Alterar: Reduzir a uma quantia, tamanho ou grau menor.	X		
Minoria		Inferioridade de número.		X	
Moderado	J	Atenuado. Diminuído.	X		
Monitorar	A	Determinar: Exame minucioso, feito em ocasiões repetidas ou regulares, em alguém ou alguma coisa.	X		
Motivar	A	Promover: Fazer alguém agir de uma forma particular ou estimular o interesse de alguém em uma atividade.	X		
Modificar	A	Mudar a forma, a qualidade, o aspecto.	X		
Muscular	L	relativo ao músculo.	X		
Necessidade	F	Condição.	X		
Necessidade de cuidado	F	Condição.	X		
Negativo	J	Que contém ou exprime recusa, negação.	X		
Nutrição	F	Nutrimento; ação de nutrir, de se alimentar ou de providenciar alimentos; Alimento; o que nutre, alimenta.	X		
Obesidade	F	Sobrepeso: Situação de peso corporal elevado e massa corporal normalmente de mais de 20 % acima do peso ideal, aumento anormal da proporção de células gordurosas, principalmente nas vísceras e nos tecidos subcutâneos, associado a excesso ou ingestão contínua de nutrientes, comer em excesso e falta de exercício físico por um longo período de tempo.	X		
Observar	A	Determinar: Notar e olhar cuidadosamente alguém ou alguma coisa.	X		
Oferecer	A	Distribuir: Dar uma oportunidade para (alguém).	X		
Opinião		Avaliação; consenso; expressão de um julgamento ou de um ponto de vista sobre	X		
Organizar	A	Gerenciar: Estruturar alguma coisa, isto é, colocar alguma coisa em ordem.	X		
Orientar	A	Informar: Dar informação sistemática para alguém sobre assuntos relacionados à saúde.	X		

Osteomuscular		Referente a estruturas como como tendões, músculos, nervos, sinóvias e ligamentos.	X		
Paciente	C	Indivíduo.	X		
Pactuar	A	Fazer um acordo com (alguém); ajustar: pactuar deveres e compromissos.	X		
Palpação		Exploração de qualquer parte do corpo por meio da palma da mão ou dos dedos.	X		
Palpitação	F	Taquicardia; ritmo cardíaco acelerado; sensação de batimento cardíaco alterado, sem regularidade.	X		
Participar	A	Comportamento Interativo: Participar de alguma coisa, compartilhar uma atividade.	X		
Periódico	T	Que se reproduz com intervalos de tempos iguais.	X		
Persistir	A	Expressar constância; em que há insistência; continuar ou prosseguir.	X		
Pescoço	L	Parte do corpo que liga a cabeça ao tronco.	X		
Peso	F	Medida de um corpo. Qualidade de um corpo pesado.	X		
Planejar	A	Coordenar: Considerar, ordenar e arranjar alguma coisa antecipadamente.	X		
Plano	M	Artefato.	X		
Ponderal	F	Relativo a peso.	X		
Posição		Situação espacial de um corpo, definida em relação a um ou vários pontos de referência fora dele; Localização anatômica.	X		
Possibilitar	A	Proporcionar; fazer com que alguma coisa se torne possível para alguém.	X		
Prandial	M	Que está relacionado às refeições; que se refere à refeição.	X		
Praticar	A	Cometer, realizar.	X		
Prazer		Emoção: Sentimento de gratificação imediata de razão instintiva e de necessidades básicas satisfeitas, tais como beber quando se tem sede e comer quando se tem fome, ser consolado durante o choro, comumente manifestado por expressões de conforto.	X		
Prazo	T	Período de tempo predeterminado; tempo que se determina.	X		
Precoce	T	Que se produz antes do tempo.	X		
Presença	J	Condição.	X		
Presente	T	Ponto no Tempo ou Intervalo de Tempo.	X		
Pressão	F	Dimensão física.	X		Propor uma nova definição
Prevenir	A	Atender: Parar ou impedir que alguma coisa aconteça.	X		
Prioritário		Que tem prioridade.	X		
Priorizar	A	Planejar: Ordenar alguma coisa em uma fila, em termos de precedência.	X		
Privar	A	Impedir ou tirar alguma coisa de alguém.	X		
Procedimento	F	Evento ou episódio.	X		
Profissional de saúde		Que se relaciona com a enfermagem.	X		
Prolongado	T	De grande comprimento ou de longa duração; Demorado, duradouro.	X		
Prolongar	A	Alongar; encompridar; dilatar; aumentar.	X		
Promoção da saúde	M	Ato de tornar algo conhecido e/ou divulgado.	X		
Promover	A	Auxiliar: Ajudar a começar ou a avançar alguma coisa para alguém.	X		
Propiciar	A	Oferecer meios para que alguma coisa se realize; proporcionar.	X		
Propor	A	Apresentar; colocar diante de.	X		

Prover	A	Dar auxílio ou socorrer; Dispor; tomar as devidas providências.	X		
Providenciar	A	Fazer com que providências sejam tomadas para a obtenção de algo.	X		
Psicossocial	F	Que concerne simultaneamente à psicologia individual e à vida social.	X		
Pulmão	L	Principal órgão do sistema respiratório.	X		
Quantificar	A	Conceder um valor que se consegue medir (mensurar).	X		
Queixa		Lamentação; expressão de dor, de sofrimento; ação de se lamentar	X		
Questionar	A	Interpelar; contestar.	X		
Rápido		Que faz muito em pouco tempo; ligeiro, veloz, célere.	X		
Reajustar	A	Tornar a ajustar; Recolocar no lugar conveniente.	X		
Realidade	J	Aquilo que existe verdadeiramente; circunstância ou situação real.	X		
Realizar	A	Efetuar; colocar em prática; fazer com que seja desenvolvido.	X		
Reavaliar	A	Avaliar de novo.	X		
Recomendar	A	Dar a alguém alguma incumbência, alguma ordem.	X		
Reconhecer	A	Distinguir através de certos caracteres; Admitir como verdadeiro, real.	X		
Redefinir	A	Definir mais uma vez; atribuir uma definição nova.	X		
Redução		Diminuição; ação de reduzir, de diminuir, tornar menor; Limitação; que há restrições.	X		
Reduzir	A	Limitar, tornar menor.	X		
Refeição	M	Artefato.	X		Propor uma nova definição
Regime comportamental	F	Plano.	X		
Regime medicamentoso	F	Regime.	X		
Regime terapêutico	F	Regime.	X		
Registrar	A	Descrever: Relatar uma parte de evidência ou informação que constitui a narrativa do que ocorreu ou foi dito.	X		
Registro	L	Ação de registrar.	X		
Renda	F	Condição Financeira: Cuidar da equivalência do dinheiro como um recurso agendado para a manutenção do lar; recursos financeiros domésticos previstos em um período de tempo, tal como semana, mês ou ano; dinheiro recebido periodicamente pelo trabalho ou serviço, como meio de prover estabilidade e segurança, e satisfação das necessidades básicas.	X		
Reorganizar	A	Organizar mais uma vez; fazer uma nova organização; organizar criando melhorias, alterações e inovações; reestruturar.	X		
Reorientar	A	Orientar de novo, orientar em novo sentido.	X		
Repensar	A	Reconsiderar; pensar repetitivamente; pensar com insistência e novamente.	X		
Repetir	A	utilizar mais uma vez o que já foi utilizado.	X		
Repouso	F	Ato ou efeito de repousar.	X		
Requerer	A	Solicitar através de requerimento; requerer dispensa do trabalho; Ter como requisitos básicos; demandar	X		
Respeitar	A	Demonstrar ou possuir respeito por outras coisas e/ou pessoas; considerar importante; Levar em consideração.	X		
Responder	A	Ação: Replicar, responder, ato de reagir.	X		
Responsabilidade		Obrigaçao; dever de arcar, de se responsabilizar pelo próprio comportamento ou pelas ações de outra(s) pessoa(s); Sensatez.	X		

Resposta		Ato ou efeito de responder; Palavras ou gestos com que se responde a uma pergunta; Solução de questão.	X		
Ressaltar	A	Ter destaque; destacar-se.	X		
Restauração		Ação de recuperar e/ou reparar; conserto ou recuperação; Reestabelecer.	X		
Restringir	A	Fazer com que haja limite(s); limitar-se.	X		
Resultado laboratorial	F	Resultado.	X		
Retirar	A	Tirar para trás ou para si; retrain, recolher.	X		
Retomar	A	Regressar, voltar (para o ponto de onde se partiu).	X		
Rígido	J	Que tem rigidez; teso, rijo, hirt, duro.	X		
Rigorouso	J	Exato, preciso; Que é dotado de extrema severidade.	X		
Rim	L	Componente do Sistema Urinário.	X		
Risco	J	Potencialidade: Que existe em possibilidade, risco.	X		
Rotina	F	Conjunto de Processos: Curso detalhado de ação que é seguido regularmente; um quadro de procedimentos ou atividades costumeiros, que não variam, ou um conjunto habitual de ações.	X		
Sadio		Que tem boa saúde; saudável.	X		
Salientar	A	Fazer ficar saliente; tornar ou se tornar relevante; colocar em evidência; destacar.	X		
Sangue	F	Substância corporal.	X		
Satisfatório	J	Suscetível de satisfazer; Regular, suficiente, aceitável.	X		
Saudável	F	Que é bom para a saúde.	X		
Saúde	F	Condição: Um processo dinâmico de adaptação e de lidar com o ambiente, satisfazendo as necessidades e alcançando o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social; não meramente a ausência de doença ou enfermidade.	X		
Sedentário	J	Que não exercita o corpo e o conserva inativo.	X		
Selecionar	A	Fazer seleção ou escolha; escolher e separar um ou alguns, dentre muitos.	X		
Sentimento	F	Ação ou efeito de sentir, de perceber através dos sentidos.	X		
Serviço	F	Conjunto de Atos: Disponibilidade, locação e distribuição de sistemas que sustentam uma necessidade pública e benefícios comuns entre as pessoas.	X		
Serviço de enfermagem	F	Serviço de saúde.	X		
Sexualidade	F	Conjunto de caracteres especiais, externos ou internos, determinados pelo sexo do indivíduo; qualidade sexual.	X		
Simplificar	A	Fazer com que (algo) fique mais simples; tornar menos complicado.	X		
Síndrome metabólica	F	Conjunto de sinais e sintomas que compreende, na sua definição, doenças crônicas como a hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia.	X		
Sintetizar	A	Agrupar as partes em separado que compõem um todo.	X		
Sintoma	F	Fenômeno: Mudança no corpo, experiência subjetiva de mudança na sensação, funções ou aparência corporal.	X		
Sistema cardiovascular	F	Reunião dos elementos que, concretos ou abstratos, se interligam de modo a formar um todo organizado.	X		
Sistematizar	A	Ordenar (elementos) em um sistema; colocar (alguma coisa) em ordem ou de acordo com um sistema.	X		
Sobrecarga	F	Carga excessiva; Excesso.	X		
Sobrepeso	F	Carga excessiva; aquilo que se acrescenta à carga normal.	X		
Socioeconômico		Que engloba situações, circunstâncias, elementos sociais e econômicos.	X		

Solicitar	A	Pedir insistentemente; rogar; Tentar obter; buscar.	X		
Solidão	F	Emoção, Negativa: Sentimentos de falta de pertencimento, isolamento emocional, sentimento de ser excluído, sentimento de melancolia e tristeza associado a falta de companhia, simpatia e amizade, acompanhado de sentimentos de insignificância, vazio, retraimento, baixa autoestima.	X		
Substituir	A	Trocar; colocar algo ou alguém no lugar de outra coisa ou pessoa.	X		
Suficiente	J	Tanto quanto necessário; bastante.	X		
Sugerir	A	Insinuar; fazer com que se perceba sem dizer claramente; Indicar.	X		
Tabaco	F	Planta vigorosa, utilizada e consumida como fumo, para cheirar ou mascar.	X		
Tabagismo	F	Consumo obsessivo que se define pela dependência psicológica do uso de tabaco.	X		
Taquicardia	F	Arritmia: Batimentos cardíacos rápidos; frequência cardíaca anormal, superior a 100 batimentos por minuto em adultos.	X		
Taxa	F	Condição.	X		Propor uma nova definição
Tecido adiposo	F	Tecido corporal.	X		
Tratamento	F	Ato ou efeito de tratar.	X		
Triglicerídeos	F	Principais gorduras do organismo que compõem a maior parte das gorduras de origem vegetal e animal.	X		
Urina	F	Substância corporal.	X		
Valorizar	A	Reconhecer o merecimento de.	X		
Vascular		Que faz referência ao vaso que transporta os líquidos de um corpo.	X		
Vida		Existência; o tempo que um ser existe, entre o seu nascimento e a sua morte.	X		
Vínculo	F	Parentalidade: Ligação afetiva entre um bebê (ou lactente) e os pais; formação de laços afetivos.	X		
Vitamina	M	Nutriente.	X		Propor uma nova definição



## **ANEXOS**

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE REGIONAL DO  
CARIRI - URCA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROPOSTA DE UM SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA CLIENTES COM SÍNDROME METABÓLICA

**Pesquisador:** Nuno Damácio de Carvalho Félix

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51129815.8.0000.5055

**Instituição Proponente:** Universidade Regional do Cariri - URCA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.396.193

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, que seguirá recomendações do Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) :1ª Etapa - Identificação de termos relevantes para a clientela e/ou prioridade de saúde. Compreende uma pesquisa documental, com abordagem quantitativa, 2ª Etapa - Mapeamento cruzado dos termos identificados com os termos da CIPE®.Serão construídas duas planilhas no Excel for Windows, uma com os termos identificados e outra com os termos da CIPE® versão 2013, sendo cruzadas entre si com a utilização do Access for Windows, para identificação daqueles termos constantes e não constantes na versão da CIPE.. 3ª Etapa - Construção dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Após a normalização dos termos extraídos, os mesmos serão incluídos em um dos eixos da terminologia, e enviados para enfermeiros que trabalhem com a clientela com síndrome metabólica, seja na área assistencial ou docente, para validação de conteúdo dos termos por especialistas. Estes participarão após aplicação dos critérios para a composição do comitê de validação dos termos relevantes para a prática clínica de enfermagem ao cliente com síndrome metabólica. Os termos extraídos devem obter um Índice de Concordância (IC) igual ou superior a 0,8 entre os enfermeiros colaboradores. 4ª Etapa -Estruturação do subconjunto terminológico da CIPE® para clientes com síndrome metabólica.

Continuação do Parecer: 1.398.193

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Estruturar uma proposta de subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para pessoas com síndrome metabólica, com base no referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas.

**Objetivo Secundário:**

Identificar os termos sobre síndrome metabólica relevantes à prática de Enfermagem evidenciados nas publicações oficiais brasileiras; Validar os termos identificados e suas definições quanto à pertinência no cuidado de enfermagem ao cliente com síndrome metabólica; Realizar o mapeamento cruzado entre termos identificados e os termos constantes no Modelo de Sete Eixos da CIPE® versão 2013; Elaborar as afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pessoas com síndrome metabólica; Realizar o mapeamento cruzado entre enunciados elaborados e os identificados a partir da CIPE® 2013; Validar o conteúdo das afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem elaboradas e mapeadas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Há riscos de constrangimento e/ou exposição emotiva na sua participação, que serão solucionados pelo pesquisador com a imediata solução de dúvidas e esclarecimentos, assim como a contínua disponibilidade do mesmo em reduzir tais riscos.

**Benefícios:**

Essa pesquisa proporcionará uma ampliação nas perspectivas de cuidado de enfermagem aos clientes com síndrome metabólica, ao passo que os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem poderão ser utilizados na prática dos enfermeiros e emergindo melhorias na assistência de enfermagem a esses clientes com a referida síndrome. Na mesma perspectiva de avanços, o estudo promoverá a difusão da CIPE® no âmbito regional, almejando novas perspectivas de cuidado de base científica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Ética e relevante.

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

CEP: 63.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cep@urca.br

Continuação do Parecer: 1.396.193

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou os termos adequadamente.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_624258.pdf	19/11/2015 14:42:23		Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	19/11/2015 14:41:09	Céilda Juliana de Oliveira	Acelto
Outros	QUESTIONARIO.pdf	17/11/2015 16:29:42	Nuno Damácio de Carvalho Félix	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	17/11/2015 16:28:13	Nuno Damácio de Carvalho Félix	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/11/2015 16:20:30	Nuno Damácio de Carvalho Félix	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/11/2015 16:19:27	Nuno Damácio de Carvalho Félix	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/11/2015 16:16:56	Nuno Damácio de Carvalho Félix	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não