

Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem

CREATING DIAGNOSES AND INTERVENTIONS UNDER THE AUSPICES OF DIFFERENT NURSING CLASSIFICATION SYSTEMS

ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIÓNES SEGÚN DIFERENTES SISTEMAS DE CLASIFICACIONES DE ENFERMERÍA

Luciana Regina Ferreira da Mata¹, Cristiane Chaves de Souza², Tânia Couto Machado Chianca³, Emília Campos de Carvalho⁴

RESUMO

Este estudo faz uma análise sobre o uso de diferentes sistemas de classificação e o atendimento aos padrões estabelecidos pela ISO 18.104:2003 a partir de uma situação clínica fictícia. Foram elaborados diagnósticos e intervenções de enfermagem utilizando a NANDA-I, NIC e CIPE®, e analisou-se a correspondência terminológica destes sistemas de classificação ao modelo proposto pela norma ISO 18.104:2003. Para a construção de diagnósticos de enfermagem, a NANDA-I e a CIPE® adequando-se à norma ISO 18.104:2003. Para a construção das intervenções de enfermagem, a CIPE® atende ao modelo de referência terminológica proposto pela ISO 18104:2003. Por sua vez, a NIC não propõe um modelo de referência terminológica combinatória. A unificação das terminologias de enfermagem depende da revisão, padronização e teste dessas classificações para o estabelecimento de uma linguagem comum e sólida da profissão.

DESCRITORES

Diagnóstico de enfermagem
Cuidados de enfermagem
Terminologia
Classificação

ABSTRACT

This study analyzes the use of different nursing classification systems to meet the standards established by the norm ISO 18.104:2003, based on a fictitious clinical situation. Nursing diagnoses and interventions were created using NANDA-I, NIC and ICNP® and an analysis was performed of the terminology agreement of these classification systems with the model proposed by the norm ISO 18.104:2003. For the creation of nursing diagnoses, NANDA-I and ICNP® comply with norm ISO 18.104:2003. As for the creation of nursing interventions, ICNP® meets the terminology reference model proposed by ISO 18104:2003. NIC, on the other hand, does not propose a combinatory terminology reference model. The unification of nursing terminology depends on reviewing, standardizing and testing these classifications in order to establish a common and sound language for the profession.

DESCRIPTORS

Nursing diagnosis
Nursing care
Terminology
Classification

RESUMEN

El estudio analiza el uso de diferentes sistemas de clasificación y la atención de los patrones establecidos por la ISO 18.104:2003, a partir de una situación clínica ficticia. Fueron elaborados diagnósticos e intervenciones de enfermería utilizando la NANDA-I, NIC y CIPE® y se analizó la correspondencia terminológica de tales sistemas de clasificación al modelo propuesto por la norma ISO 18.104:2003. Para la construcción de diagnósticos de enfermería, la NANDA-I y la CIPE® se adecuan a la construcción de diagnósticos de enfermería. Para la construcción de intervenciones de enfermería, la CIPE® atiende al modelo de referencia terminológica propuesto por la ISO 18.104:2003. A su vez, la NIC no propone un modelo de referencia terminológica combinatoria. La unificación de las terminologías de enfermería depende de la revisión, estandarización y prueba de dichas clasificaciones para el establecimiento de un lenguaje común y sólido propio de la profesión.

DESCRIPTORES

Diagnóstico de enfermería
Atención de enfermería
Terminología
Clasificación

¹ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos. Doutoranda em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal de São João Del Rei. Divinópolis, MG, Brasil. Lucianadamata@usp.br
² Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora da Universidade Federal de São João Del Rei. Divinópolis, MG, Brasil. cristianecsouza@ufsj.edu.br
³ Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. tchianca@enf.ufmg.br
⁴ Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ecdcava@usp.br

INTRODUÇÃO

Cuidados de enfermagem representam uma grande proporção de atividades em saúde, o que implica na necessidade de integração dos termos utilizados pelos enfermeiros em terminologias⁽¹⁾. Existe um desafio mundial de universalizar a linguagem utilizada por enfermeiros para designar o que identificam, tratam e avaliam em seus pacientes, a fim de dar visibilidade ao saber da atuação da enfermagem. Este desafio tem impulsionado pesquisas para a construção de taxonomias de enfermagem que organizam os fenômenos com os quais lidamos profissionalmente, no sentido de padronizar a linguagem⁽²⁾. As taxonomias ou sistemas de classificação são conhecimentos estruturados nos quais os elementos de uma disciplina são organizados em grupos ou em classes com base em suas semelhanças. A primeira menção a sistemas de classificação em enfermagem se deu em 1860, quando Florence Nightingale apresentou uma proposta de uniformização da estatística hospitalar no 4º Congresso Internacional de Estatística em Londres⁽³⁾.

O uso de sistemas de classificação tem trazido contribuições significativas para a prática de enfermagem, tais como: melhoria da comunicação entre enfermeiros e destes com os demais membros da equipe de enfermagem e outros profissionais, melhora no registro dos dados possibilitando avaliar os resultados de enfermagem e escolher as melhores intervenções, e elaboração de softwares para otimizar a prática de enfermagem, o que implica diretamente na melhoria do cuidado prestado⁽⁴⁻⁶⁾.

Existem vários sistemas de classificação de enfermagem. No Brasil, os mais conhecidos e utilizados são: classificação diagnóstica da NANDA-I (North American Nursing Diagnoses Association), classificação das intervenções de enfermagem NIC (Nursing Intervention Classification), classificação dos resultados de enfermagem NOC (Nursing Outcome Classification), e a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). No ano de 2003, a ISO (International Organization for Standard), por meio do Comitê Técnico ISO/TC215, propôs a norma ISO 18104 como Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem⁽⁷⁾.

SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO EM ENFERMAGEM

O sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I é um dos mais divulgados e aplicados no âmbito mundial⁽⁸⁾. Os diagnósticos de enfermagem são

Julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos

vitais reais ou potenciais, e proporcionam a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável⁽⁹⁾.

A Taxonomia II da NANDA-I está organizada em 13 domínios, 47 classes e 201 diagnósticos de enfermagem. Sua estrutura multiaxial é composta por 7 eixos que direcionam o processo diagnóstico, a saber: eixo 1 – conceito diagnóstico; eixo 2 – sujeito do diagnóstico; eixo 3 – julgamento; eixo 4 – localização; eixo 5 – idade; eixo 6 – tempo; eixo 7 – situação do diagnóstico. Cada eixo corresponde a uma dimensão da resposta humana que é levada em consideração no processo diagnóstico. A construção do enunciado de um diagnóstico é estabelecida a partir da combinação de valores dos eixos 1, 2 e 3 e, quando necessário maior clareza, acrescenta-se valores dos demais eixos. Vale ressaltar que em alguns casos, os eixos *conceito diagnóstico* e *julgamento* podem ser combinados em um único conceito diagnóstico, por exemplo, ansiedade⁽⁹⁾.

O uso de sistemas de classificação tem trazido contribuições significativas para a prática de enfermagem, tais como: melhoria da comunicação entre enfermeiros e destes com os demais membros da equipe de enfermagem e outros profissionais, melhora no registro dos dados possibilitando avaliar os resultados de enfermagem e escolher as melhores intervenções...

O sistema *Nursing Interventions Classification* – NIC, construído por pesquisadores da Universidade de Iowa, é considerado um dos maiores avanços em termos de sistemas de classificação de intervenções de Enfermagem. Na NIC uma intervenção é considerada um tratamento realizado pela Enfermagem, sendo que uma intervenção é formada por várias atividades. A estrutura taxonômica da NIC é constituída por três níveis: o primeiro considerado o mais abstrato é representado por sete domínios (fisiológico básico; fisiológico complexo; comportamento; segurança; família; sistema de saúde e comunidade); o segundo nível é representado por 30 classes, organizadas dentro dos domínios; e o terceiro nível é constituído por 542 intervenções de enfermagem, agrupadas de acordo com as classes e domínios⁽¹⁰⁾.

As intervenções de enfermagem da NIC são constituídas por título e definição que não podem ser alterados por representarem a linguagem padronizada, e uma lista de atividades que descrevem as ações profissionais ao executar a intervenção de enfermagem, as quais podem ser modificadas proporcionando a individualização do cuidado. Para o uso clínico das intervenções da NIC, entre outros meios, há disponível um capítulo de ligação com os diagnósticos da NANDA-I (ligação NANDA-I/NIC), em que, a partir da identificação de um diagnóstico é possível identificar uma lista de intervenções de 1º nível ou prioritárias, 2º nível ou sugeridas e 3º nível ou adicionais optativas, assim classificadas de acordo com a maior probabilidade de resolução do diagnóstico identificado⁽¹⁰⁾.

Outra classificação em destaque é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que

contempla os fenômenos, intervenções e resultados de enfermagem⁽¹¹⁾. A CIPE® pode ser classificada como um sistema de terminologias combinatórias em uma estrutura multiaxial, ou seja, um ou mais conceitos simples podem se combinar para constituir conceitos complexos⁽¹²⁾.

Na Versão Beta 2, duas estruturas de classificação foram disponibilizadas: uma para os fenômenos de enfermagem com oito eixos, a fim de representar os diagnósticos e resultados de enfermagem e uma para as intervenções, também com oito eixos. Um diagnóstico de enfermagem era definido como título dado por um enfermeiro para denominar a decisão sobre o fenômeno, e intervenção de enfermagem como ações feitas em resposta aos diagnósticos de enfermagem para produzir o resultado. Em 2002, foi proposto um novo conjunto de eixos para unificar os 16 eixos da estrutura de classificação dos fenômenos e das ações da versão Beta 2. O novo modelo de sete eixos denominado CIPE® versão 1 possibilitou ampliar a representação e solucionar a redundância e ambiguidade presente na versão Beta 2⁽¹³⁾.

Essa versão da CIPE® é mais que um vocabulário, pois pode acomodar os vocabulários existentes e ser usado para desenvolver novos vocabulários a partir de uma terminológica composicional. Contem um modelo de sete eixos a partir do qual os enfermeiros podem elaborar enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. As definições para cada um dos sete eixos da CIPE® Versão1⁽¹¹⁾ são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Definições e exemplos de cada eixo estabelecido no modelo proposto na CIPE® – Versão 1

Eixo	Definição	Exemplo
Foco	Área de atenção relevante para a enfermagem	Aprendizagem cognitiva Conhecimento
Julgamento	Opinião clínica, determinação relacionada ao foco da prática profissional de enfermagem	Melhorado Parcial
Meios	Forma ou método de concretizar uma intervenção	Bolsa de urina Alimento
Ação	Processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente	Posicionar Aspirar
Tempo	O ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência	Admissão Semana
Localização	Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção	Pulmão Local da cirurgia
Cliente	Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção	Idoso Comunidade

Assim, para compor um diagnóstico de enfermagem usando o modelo de sete eixos da CIPE® são recomendados a inclusão de um termo do eixo foco e outro do eixo

juízo. Se necessário podem ser incluídos termos adicionais dos eixos foco e juízo ou dos demais. Para compor intervenções de enfermagem, recomenda-se a inclusão de um termo do eixo ação e pelo menos um termo alvo. Considera-se termo alvo qualquer termo de um dos eixos, exceto do eixo juízo. Nesse caso, também podem ser incluídos termos adicionais do eixo ação ou de outros eixos⁽¹³⁾.

Com a criação de múltiplas terminologias, tornou-se necessário desenvolver um modelo de referência que apoiasse tanto a representação dos conceitos de enfermagem, quanto à integração desse modelo com outros da área da saúde⁽¹²⁾.

A unificação dos diferentes vocabulários de enfermagem existentes é necessária para padronizar os elementos da prática de enfermagem de diferentes especialidades e regiões, e compor uma nomenclatura única de enfermagem⁽⁷⁾.

Neste contexto, a Norma ISO 18104:2003 é apropriada na medida em que tem o propósito de reunir os diferentes sistemas de classificação de enfermagem, a fim de promover a integração dos sistemas de informação e a possibilidade do mapeamento dos termos de enfermagem com outras terminologias de saúde. Esta norma estabelece critérios para avaliar as classificações existentes e, após o uso dessas, permite revisões sobre a própria padronização⁽¹⁴⁾. A padronização internacional inclui o desenvolvimento de modelos de referência terminológica para dois conceitos-chaves em enfermagem: diagnósticos e intervenções de enfermagem e as relações entre estes conceitos e os atributos de suas características⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

A Figura 1 é uma representação gráfica do modelo de referência terminológica para diagnóstico de enfermagem proposta pela ISO 18104:2003.

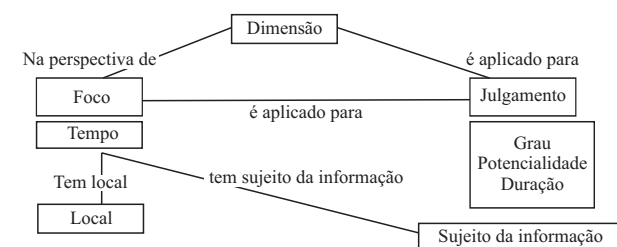


Figura 1 – Modelo de referência terminológica para diagnósticos de enfermagem – Fonte: ISO 18104:2003, Genebra, Suíça, p.3.

É importante destacar que um descritor para *foco* e um descritor para *juízo* são imprescindíveis na definição precisa do diagnóstico de enfermagem e, em alguns casos, um descritor pode ser, ao mesmo tempo, qualificador para *foco* e para *juízo*⁽¹⁶⁾.

O foco significa uma área de atenção, por exemplo, padrão respiratório e dor. O tempo é considerado como um atributo opcional para um termo do eixo foco. Foco tem uma relação opcional com o local (por exemplo, dor nas pernas) e uma relação com o sujeito da informação (por exemplo, o indivíduo

ou um grupo). O julgamento da enfermeira pode ser *incerto* ou *limitado* quando usa apenas o eixo foco. Além disso, o julgamento pode ser melhorado com uma descrição sobre o grau de gravidade, ou sobre a natureza real, potencial, aguda ou crônica da doença. A dimensão é útil quando se deseja maior especificidade (por exemplo, pode ter uma perspectiva do ponto de vista do eixo foco como atividades de vida diária do paciente). A dimensão pode ser usada para se obter mais detalhamento como é o caso de vestir e arrumar⁽¹⁶⁾.

Assim como para a formulação de diagnóstico de enfermagem, a ISO 18104:2003 estabelece um modelo de referência terminológica para as ações de enfermagem, conforme a Figura 2.

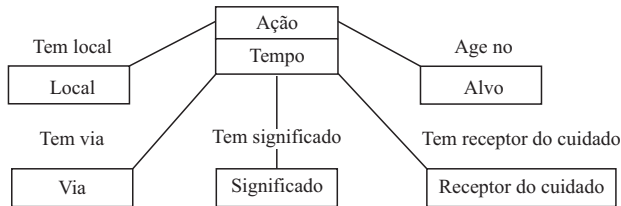


Figura 2 – Modelo de referência terminológica para ações de enfermagem – Fonte: ISO 18104:2003, Genebra, Suíça, p.6.

Uma ação de enfermagem é definida como um ato intencional aplicado em um alvo. Um descritor para *ação* e para *alvo* são imprescindíveis na definição precisa de uma ação de enfermagem. As ações são frequentemente expressas iniciando com verbos que expressam um ato ou efeito de atuar sobre algo.

Neste contexto, o objetivo deste estudo teórico é fazer uma análise sobre o uso de diferentes sistemas de classificação e o atendimento aos padrões estabelecidos pela ISO 18.104:2003, a partir da aplicação desses sistemas em uma situação clínica fictícia (ilustrativa).

SITUAÇÃO CLÍNICA

A. B. C, 75 anos, casado, pai de 10 filhos (maioria casados). Mora com a esposa e com a enteada. É analfabeto funcional. Aposentado, renda familiar em torno de três e meio salários mínimos.

Portador de hipertensão arterial há 15 anos, em uso de dois comprimidos de Captopril 25 mg, diariamente. Há cerca de um ano procurou o serviço médico por apresentar dor ao urinar e dificuldade para tal. Foi prescrito o uso do medicamento para próstata (doxazosina) por um período de 05 meses. Durante esse período foram realizadas 02 biópsias da próstata e diagnosticado câncer de próstata com indicação de tratamento cirúrgico.

No 1º dia pós-operatório, apresentava-se ansioso, agitado, preocupado com o desempenho sexual pós cirurgia, e relatou não ter dormido bem à noite. Sem queixas álgicas, descorado (2+/4+), pressão arterial 135x100 mmHg, frequência cardíaca de 88 bpm, frequência respiratória de 20 irpm e temperatura axilar 37°C. Ausência de gânglios palpáveis na

região do pescoço. Abdomen normotenso e indolor à palpação. Incisão cirúrgica longitudinal, localizada em região infra-umbilicar, estendendo-se até o pubis, com curativo oclusivo limpo e seco. Presença de dreno de penrose em flanco E, média quantidade de exudato sanguinolento. Mantinha sondagem vesical de demora (SVD) sem irrigação, sem fixação, com drenagem de 150 ml de urina hematurica (3+/4+) com presença de coágulos. Presença de venoclise em antebraço D, sem sinais flogísticos, com infusão de SF 0,9% a 30 gotas/minuto. MMII sem edema e dor à palpação.

Em relação aos cuidados após a cirurgia, nega ter conhecimentos sobre os cuidados com a SVD, incisão cirúrgica, alimentação, ingesta hídrica e eliminação intestinal. Refere-se que deve evitar atividades como dirigir, fazer esforço e pegar peso. Relatou que a esposa o ajudará nos cuidados em domicílio e que esta não conhece os cuidados necessários após a cirurgia.

RACIOCÍNIO CLÍNICO: AGRUPAMENTO DE PROBLEMAS

A partir do caso exposto, elencaram-se alguns dos problemas de enfermagem, agrupados por semelhança na esfera psicossocial, para exemplificar a utilização dos sistemas de classificação NANDA-I, NIC, CIPE® e a adequação à norma ISO 18104:2003 na identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem:

Analfabetismo funcional; nega ter conhecimento sobre os cuidados: SVD, incisão cirúrgica, alimentação, ingesta hídrica e eliminação intestinal; refere que deve evitar atividades com dirigir, fazer esforço e pegar peso; relatou que a esposa o ajudará nos cuidados em domicílio e que esta não conhece os cuidados necessários após a cirurgia; ansioso, agitado, preocupado com o desempenho sexual pós-cirurgia; relatou não ter dormido bem à noite.

CONSTRUÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NANDA-I CIPE®

Frente à situação clínica apresentada e agrupamento de problemas foram elaborados dois diagnósticos de enfermagem seguindo modelos estabelecidos em cada sistema de classificação.

Na NANDA-I⁽⁹⁾, a partir de sua estrutura hierárquica (domínios – classes – diagnósticos de enfermagem) buscou-se o domínio que agrupasse os problemas psicossociais referentes à cognição e à ansiedade. Assim, identificou-se o domínio 5 *percepção/cognição*, e dentre as cinco classes, na classe 4 *cognição* selecionou-se o diagnóstico *conhecimento deficiente*, e no domínio 9 *enfrentamento/tolerância ao estresse*, dentre as três classes, na classe 2 *reações de enfrentamento* o diagnóstico de *ansiedade*. A escolha de tais diagnósticos foi confirmada pelas características definidoras e fatores relacionados descritos na taxonomia. Já na CIPE® versão 1, a elaboração dos diag-

nósticos se deu por meio da construção combinatória de termos que compõem os eixos multiaxiais, usando um

termo do eixo *foco* e outro do eixo *juízo*, de acordo com a definição de cada termo (Quadro 2).

Quadro 2 – Diagnósticos de enfermagem segundo os sistemas de classificação NANDA-I(9) e CIPE® versão 1

NANDA-I	CIPE®
<p>Conhecimento <i>deficiente</i></p> <p>↓</p> <p>Conceito diagnóstico (Foco) Relacionado à falta de exposição e falta de familiaridade com os recursos de informação, caracterizado por verbalização do problema.</p> <p>Julgamento</p> <p>Definição do título diagnóstico: ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico.</p>	<p>Conhecimento <i>baixo</i></p> <p>↓</p> <p>Foco</p> <p>Julgamento</p> <p>Conhecimento: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida ou informação aprendida ou habilidade; cognição em reconhecimento da informação.</p> <p>Baixo: absoluto nível com específicas características: falta, déficit; quantidade, intenção ou intensidade abaixo da média ou do normal.</p>
<p>Ansiedade</p> <p>↓</p> <p>Conceito diagnóstico (Foco) / Julgamento relacionado à mudança no estado de saúde, caracterizado por agitação, preocupação e insônia.</p> <p>Definição do título diagnóstico: vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com ameaça.</p>	<p>Ansiedade</p> <p>↓</p> <p>Foco</p> <p>Ansiedade: emoção com características específicas: sentimento de ameaça, perigo ou angústia sem saber o motivo, acompanhado de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular, aumento do pulso, pele pálida, aumento da respiração, suores da palma da mão, pupilas dilatadas e voz trêmula.</p>

CONSTRUÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NIC E CIPE®

Para os diagnósticos de enfermagem de *Conhecimento Deficiente* e *Ansiedade* foram estabelecidas intervenções de enfermagem NIC e CIPE® julgadas apropriadas à situação/diagnósticos descritos.

As intervenções da NIC foram selecionadas pela ligação NANDA/NIC⁽¹⁰⁾ a partir dos diagnósticos de enferma-

gem descritos no Quadro 2. Foi elencada uma intervenção prioritária para cada diagnóstico, por ser aquela mais provável para solucioná-lo, e algumas das atividades listadas para cada intervenção.

Na CIPE® versão 1, a elaboração das intervenções se deu por meio da construção combinatória de termos que compõem os eixos multiaxiais, usando um termo do eixo *ação* e outro termo denominado *alvo* que pode ser um termo de qualquer um dos eixos, exceto do eixo *juízo* (Quadro 3).

Quadro 3 – Intervenções de enfermagem segundo os sistemas de classificação NANDA-I(9) e CIPE® versão

NIC	CIPE®
<p>Título - ENSINO: Indivíduo</p> <p>Definição - Planejamento, implementação e avaliação de um programa de ensino elaborado para atender às necessidades especiais de um paciente.</p> <p>Atividades - Determinar as necessidades de aprendizagem do paciente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selecionar métodos/estratégias de ensino adequados; • Adaptar o conteúdo às capacidades/incapacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas; • Corrigir interpretações erradas das informações. 	<p>Ensinar o paciente sobre o auto-cuidado</p> <p>↓ ↓ ↓</p> <p>Ação Cliente Foco</p> <p>Ensinar: ato de informar com características específicas: dar informação sistemática para alguém sobre assuntos relacionados à saúde.</p> <p>Paciente: indivíduo.</p> <p>Auto-cuidado: atividade de auto-desempenho com características específicas: cuidar do que é preciso para se manter, assegurar a sobrevivência e lidar com as necessidades básicas individuais e íntimas e atividades da vida diária.</p>
<p>Título - Melhora do ENFRENTAMENTO</p> <p>Definição – Auxílio ao paciente para se adaptar a estressores, mudanças ou ameaças percebidos que interfiram na satisfação das necessidades vitais e no desempenho de papéis.</p> <p>Atividades – Avaliar o impacto da situação de vida do paciente sobre papéis e relacionamentos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a compreensão que o paciente tem do processo de doença; • Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico; • Promover situações que estimulem a autonomia do paciente. 	<p>Diminuir ansiedade do paciente.</p> <p>↓ ↓ ↓</p> <p>Ação Foco Cliente</p> <p>Diminuir: ato de alterar com características específicas: ajustar alguma coisa para conseguir o resultado desejado: menor/mais baixo.</p> <p>Paciente = indivíduo.</p>

DISCUSSÃO

A partir do modelo de referência terminológica para a construção de diagnósticos de enfermagem proposto pela norma ISO 18104:2003, percebe-se que ambos os sistemas de classificação NANDA-I e CIPE® adequam-se à norma, uma vez que a estrutura diagnóstica proposta nas duas classificações é composta por descritores dos eixos *foco* (na NANDA-I designado como *conceito diagnóstico*) e *juízo*. Na taxonomia NANDA-I, cada título diagnóstico possui uma definição, um conjunto de fatores relacionados (causas) e características definidoras (sinais e sintomas) que colaboram na confirmação ou exclusão da impressão diagnóstica. Em consonância, o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) tem proposto a criação de catálogos CIPE® para a construção de um conjunto de declarações comumente usadas em áreas específicas da enfermagem⁽¹³⁾.

A norma ISO 18104:2003 considera que em algumas situações, o enunciado de um diagnóstico pode ser elaborado a partir de um único conceito, como exemplo pode-se citar o diagnóstico de *ansiedade*. Desta forma, tanto a CIPE® quanto a NANDA-I se adequam a norma. Na CIPE®, os diagnósticos aprovados pelo ICN e inclusos nos catálogos já constroem nomenclaturas apenas com conceitos do eixo *foco*.

A norma ISO 18104:2003 define ação de enfermagem como um ato intencional aplicado em um alvo. À luz desta definição, percebe-se uma diferenciação de conceitos nos sistemas NIC e CIPE®. Para a NIC, uma ação de enfermagem se relaciona a atividade, definida como um comportamento específico realizado por enfermeiros para implementar uma intervenção⁽¹⁰⁾. Assim, a prescrição de enfermagem é composta por um conjunto de ações relativas às intervenções propostas e colocadas em ação. Já para a CIPE®, uma ação é um ato intencional aplicado a um cliente (ex.: educar, trocar, administrar), sendo este um eixo essencial na formulação de uma intervenção de enfermagem. Neste contexto, é possível inferir que na etapa de planejamento da assistência de enfermagem uma intervenção da CIPE® encontra-se na mesma esfera de aplicação prática de uma atividade da NIC. Para a CIPE® uma prescrição de enfermagem parece ser composta de um conjunto de atos intencionais denominados intervenções de enfermagem.

Apesar da diferenciação de conceitos, a estruturação das intervenções de enfermagem utilizando a CIPE® atende ao modelo de referência terminológica proposto pela ISO 18104:2003, na medida em que ambas recomendam a utilização de um termo do eixo *ação* e ao menos um termo *alvo* para definição precisa de uma ação de enfermagem. No entanto, existe uma diferença de conceito do termo *alvo* para a CIPE® e para a ISO 18104:2003. Para a CIPE® *alvo* pode ser um termo de qualquer um dos demais eixos da sua estrutura, exceto do eixo *juízo*. Já a norma ISO 18104:2003 define *alvo* como aquilo que

é afetado pela ação de enfermagem, tratando-o como um eixo específico (Figura 2).

Ao contrário da CIPE® e da norma ISO que estabelecem como regra para construção de uma intervenção (CIPE®) ou ação (ISO) a combinação de termos, a NIC não propõe um modelo de referência terminológica combinatória. As intervenções apresentadas nesta taxonomia já são pré-estabelecidas e agrupadas em domínios e classes, com uma estrutura de título e definição não modificáveis, além de uma lista de atividades que podem ser selecionadas e alteradas para a resolução de problemas reais ou potenciais de cuidado de saúde do paciente. Essas intervenções advêm de estudos e da prática dos enfermeiros, validadas quanto ao conteúdo e aplicação clínica, e não de uma estrutura multiaxial que contemple um banco de termos.

Na compreensão dos presentes autores, para o grupo de pesquisadores que adota as diretrizes da Universidade de Iowa, a intervenção de enfermagem é selecionada baseada no problema (diagnóstico de enfermagem) que se precisa resolver ou minimizar e na meta (resultado de enfermagem) que se quer alcançar, usando como método o processo de enfermagem. Já para o grupo de pesquisadores que segue as diretrizes do CIE, a CIPE® é uma terminologia de referência para fenômenos (diagnósticos de enfermagem) que o enfermeiro identifica no paciente, família ou comunidade e no que ele faz (ações de enfermagem) para resolvê-los.

CONCLUSÃO

Embora haja múltiplas terminologias em enfermagem, a inquietação que permeia é a dificuldade em comparar dados entre serviços/especialidades que utilizam diferentes terminologias padronizadas. Não é surpresa que existam diferentes vocabulários de enfermagem em uso no mundo, já que a mesma possui um extenso domínio que contempla diferentes especialidades e sub-especialidades.

Em um cenário de crescente necessidade de informatização dos serviços, a norma ISO 18104:2003 torna-se uma ferramenta imprescindível para diminuir as dificuldades de equivalência terminológica entre as classificações, a fim de propiciar a utilização de linguagem única para a enfermagem descrever o que identifica e trata em seus pacientes e colaborar no processo de mapeamento que precisa ser procedido, de forma que todas as linguagens possam se encontrar. Logo, contribui para o desenvolvimento de sistemas computacionais que acomodem as várias terminologias e classificações e permite a interoperabilidade e a troca de informações entre sistemas.

A partir do presente estudo foi possível relacionar os sistemas de classificação com a norma ISO, e constatar que as terminologias da NANDA-I e da CIPE® atendem ao Modelo de referência proposto pela norma ISO 18104:2003, o que não fica explicitado na estruturação das intervenções da NIC.

Para que haja unificação das terminologias de enfermagem torna-se necessário um amplo processo de revisão,

padronização e teste dessas classificações com vistas a estabelecer uma linguagem comum e sólida para a profissão.

REFERÊNCIAS

1. Hwang J, Cimino JJ, Bakken S. Integrating nursing diagnostic concepts into the medical entities dictionary using the ISO Reference Terminology Model for Nursing Diagnosis. *J Am Med Inform Assoc*. 2003;10(4):382-8.
2. Clark J, Lang NM. Nursing's next advance: an international classification of nursing practice. *Int Nurs Rev*. 1992;39(1):109-11.
3. Gordon M. Nursing nomenclature and classification system development. *Online J Issues Nurs* [Internet]. 1998 [cited 2011 Feb 22];3(2). Available from: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol31998/No2Sept1998/NomenclatureandClassification.aspx>
4. Chianca TCM, Souza CC, Ercole FF, Rocha AM. Reconhecimento dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: uma contribuição. *REME Rev Min Enferm*. 2007;2(3):233-37.
5. Rutherford M. Standardized nursing language: what does it mean for nursing practice? *Online J Issues Nurs* [Internet]. 2008 [cited 2011 Feb 15];13(1). Available from: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/StandardizedNursingLanguage.aspx>
6. Santos SR. Computers in nursing: development of free software application with care and management. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2011 Apr 05];44(2): 295-301. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_08.pdf
7. Marin HF. Terminologia de referência em enfermagem: a norma ISO 18104. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(4):445-8.
8. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos I, Figueiredo NMA, Padilha MICS, Cupello AJ, Souza SROS, Machado WCA. *Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 37-63.
9. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
10. McCloskey JC, Bulechek GM. *Classificação das intervenções de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
11. International Council of Nurses (ICN). *About ICNP®: definitions & elements* [Internet]. Geneva; 2010 [cited 2011 Jan 29]. Available from: http://www.icn.ch/icnp_def.htm
12. Nóbrega MML, Garcia TR. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(2):227-30.
13. Conselho Internacional de Enfermagem. *CIPE® Versão 1: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. São Paulo: Algor; 2007.
14. Cubas MR, Denipote AGM, Malucelli A, Nobrega MML. The ISO 18.104: 2003 as integrative model of nursing terminologies. *Rev Latino Am Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2012 Feb 06];18(4):669-74. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_02.pdf
15. International Organization for Standardization. *ISO 18104 - Health informatics integration of a reference terminology model for nursing* [Internet]. Geneva; 2003 [cited 2011 Jan 29]. Available from: http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=33309
16. Goossen W. Cross-mapping between three terminologies with the international standard nursing reference terminology model. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2006;17(4):153-64.