

**REPORT OF CLINICAL CASE ARTICLE****USING THE REFERENCE TERMINOLOGY MODEL IN THE FORMULATION OF NURSING DIAGNOSES****UTILIZAÇÃO DO MODELO DE TERMINOLOGIA DE REFERÊNCIA NA ELABORAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM****UTILIZACIÓN DEL MODELO DE TERMINOLOGÍA DE REFERENCIA EN LA ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt¹, Lidiane Lima de Andrade², Maria da Graça Oliveira Crossetti³, Maria Miriam Lima da Nóbrega⁴

ABSTRACT

Objective: to report the use of the reference terminology model for formulating nursing diagnoses having NANDA-I and ICNP® 2.0 as a basis. **Method:** this is an experience report with selection of a fictitious clinical case and use of the conceptual map for identifying relevant data. The priority nursing diagnoses were identified according to NANDA-I and the online version of ICNP® 2.0, observing ISO 18.104. **Results:** three nursing diagnoses were identified: hyperthermia; impaired physical mobility/compromised body movement; impaired skin integrity/compromised skin integrity. **Discussion:** having the reference terminology model as a basis for nursing diagnoses, it was possible to view elements identified through this model in the verbal structuring of nursing diagnoses in the two classification systems selected. **Conclusion:** it is known that the classification systems are in a constant updating process and none of them is able to meet all the needs of clinical practice. It is believed, therefore, that the selection through the terminology in use should be compatible with the needs and resources available in the clinical practice, as well as with the nurse's identification with the classification system which best suits her/his beliefs and values. **Descriptors:** nursing; nursing diagnosis; terminology.

RESUMO

Objetivo: relatar a utilização do modelo de terminologia de referência para elaboração de diagnósticos de enfermagem com base na NANDA-I e na CIPE® 2.0. **Método:** trata-se de um relato de experiência com seleção de um caso clínico fictício e utilização do mapa conceitual para identificação de dados relevantes. Os diagnósticos de enfermagem prioritários foram identificados com base na NANDA-I e na CIPE® 2.0 versão on-line, obedecendo à ISO 18.104. **Resultados:** identificaram-se três diagnósticos de enfermagem: hipertermia; mobilidade física prejudicada/movimento corporal comprometido; integridade da pele prejudicada/integridade da pele comprometida. **Discussão:** tendo-se como base o modelo de terminologia de referência para os diagnósticos de enfermagem, foi possível visualizar elementos determinados por esse modelo na estruturação verbal dos diagnósticos de enfermagem nos dois sistemas de classificação selecionados. **Conclusão:** sabe-se que os sistemas de classificação estão em um constante processo atualização e nenhum deles é capaz de atender todas as necessidades da prática clínica. Acredita-se, portanto, que a seleção pela terminologia a ser utilizada deva ser compatível com as necessidades e recursos disponíveis na prática clínica, bem como com a identificação do enfermeiro com o sistema de classificação que melhor se adequa às suas crenças e valores. **Descritores:** enfermagem; diagnóstico de enfermagem; terminologia.

RESUMEN

Objetivo: relatar la utilización del modelo de terminología de referencia para la elaboración de diagnósticos de enfermería con base en la NANDA-I y la CIPE® 2.0. **Método:** esto es un relato de experiencia con selección de un caso ficticio y utilización del mapa conceptual para identificación de datos pertinentes. Los diagnósticos de enfermería prioritarios fueron identificados con base en la NANDA-I y la CIPE® 2.0 versión en línea, obedeciendo a la ISO 18.104. **Resultados:** se identificaron tres diagnósticos de enfermería: hipertermia; movilidad física perjudicada/movimiento corporal comprometido; integridad de la piel perjudicada/integridad de la piel comprometida. **Discusión:** con base en el modelo de terminología de referencia para los diagnósticos de enfermería, fue posible visualizar elementos determinados por ese modelo en la estructuración verbal de los diagnósticos de enfermería en los dos sistemas de clasificación seleccionados. **Conclusión:** se sabe que los sistemas de clasificación están en constante proceso de actualización y ninguno de ellos es capaz de satisfacer todas las necesidades de la práctica clínica. Se cree, por tanto, que la selección por la terminología que será utilizada deba ser compatible con las necesidades y los recursos disponibles en la práctica clínica, así como con la identificación del enfermero con el sistema de clasificación que mejor se adecúe a sus creencias y valores. **Descriptores:** enfermería; diagnóstico de enfermería; terminología.

¹Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS/RS). Membro do Núcleo de Estudos do Cuidado de Enfermagem (NECE - UFRGS). Porto Alegre/RS, Brasil e do Grupo de Estudos e Pesquisa em Fundamentação da Assistência de Enfermagem (GEPFAE - UFPB). João Pessoa/PB. E-mail: greicykel@gmail.com; ²Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal da Paraíba. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPB. Membro GEPFAE/UFPB. João Pessoa/PB, Brasil. E-mail: lidilandrade@hotmail.com; ³Enfermeira. Doutora em Filosofia em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC/SC). Docente Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da UFRGS. Líder do NECE/UFRGS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS, Brasil E-mail: mgcrossetti@gmail.com; ⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria; Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora CNPq. Diretora do Centro CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - Brasil. Líder do GEPFAE/UFPB. João Pessoa/PB, Brasil. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br

INTRODUÇÃO

Na Enfermagem, conta-se com alguns sistemas de classificação desenvolvidos e relacionados com as fases do processo de enfermagem que possibilitam a documentação dos elementos que envolvem o planejamento da assistência de enfermagem, ou seja, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. A ideia é que esses nomes tenham o mesmo significado para profissionais de diferentes regiões em direção a uma padronização da linguagem profissional, entre os enfermeiros, a fim de que essas palavras se tornem nomenclatura de enfermagem que podem ser combinadas para formar, então, o sistema de linguagem da profissão.¹

Desde a década de 1970, os sistemas de classificação dos diagnósticos de enfermagem começaram a ser desenvolvidos sendo constantemente atualizados em diferentes versões visando sua adequação à prática profissional. Entre os sistemas de classificação desenvolvidos na Enfermagem, os mais utilizados e conhecidos para elaboração de afirmativas diagnósticas são a Taxonomia da NANDA-I (*North American Nursing Diagnoses Association International*) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).²⁻³

A Taxonomia da NANDA-I começou a ser desenvolvida, na década de 1970, e partir dela surgiram outras taxonomias relacionadas com as fases do processo de enfermagem. A edição mais recente da Taxonomia NANDA-I apresenta um formato multiaxial, composto pelos seguintes eixos: 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. O conceito diagnóstico é o elemento identificador da resposta humana, constituindo o elemento central para o enunciado do diagnóstico. Pode consistir em um ou mais substantivos para denotar sentido a esse enunciado. Com base neste sistema de classificação, o Eixo 1 (conceito diagnóstico) e o Eixo 3 (julgamento) constituem os principais eixos para a denominação do enunciado de um diagnóstico de enfermagem, podendo ser acrescido termos de outros eixos para sua maior clareza.⁴ O modelo de diagnóstico de enfermagem proposto pela NANDA-I vem sendo alterado desde a edição 2005-2006 para estruturar os enunciados dos diagnósticos de acordo com este modelo.

Com relação à CIPE®, desde a versão 1.0, sua estrutura está desenvolvida de acordo com o Modelo de Sete Eixos, constituído pelos eixos: A - Ações, C - Cliente, F - Foco, J -

Julgamento, L- Localização, M - Meios e T - Tempo. Este modelo é utilizado para representar as classificações independentes dos fenômenos e das ações de enfermagem que foram estruturadas numa única classificação. Nesses eixos, constam termos que podem e devem ser utilizados na estruturação verbal dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem⁵. Desde sua criação até o presente momento, sete versões da CIPE® foram publicadas: *Alfa*, *Beta* e *Beta 2* (preliminares), versão 1.0 (2005), versão 1.1 (2008), versão 2 (2009) e a versão 2011. As três últimas estão disponibilizadas, unicamente via WEB (disponível em: <<http://www.icn.ch/icnp.htm>>)⁶ e traduzidas em Português.

A CIPE® versão 1.1 foi publicada em 2008, sendo disponibilizada unicamente na WEB, não sendo prevista versão impressa. A grande novidade desta versão foi a inclusão de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem no corpo da classificação, somando um número de 376 termos.⁷ A Versão 2.0 da CIPE® foi lançada em agosto de 2009, também está disponibilizada como *browser*, apresentando novos conceitos e definições, sendo acrescida de quatrocentos novos conceitos em sua estrutura, além de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções pré-combinadas construídas com base no Modelo de Sete Eixos, dando continuidade à construção de uma terminologia que represente a Enfermagem em âmbito mundial⁶. Todas estas publicações de novas versões são resultantes do trabalho coordenado pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), no sentido de garantir a consistência e precisão da classificação, no sentido de aproximar a nomenclatura a cada realidade.

Com a existência de diferentes terminologias em enfermagem, tornou-se necessário desenvolver um modelo de referência a ser considerado como base comum para o desenvolvimento de terminologias. Desenvolveu-se, então, um modelo de terminologia de referência como uma iniciativa empreendida por um grupo de peritos do Comitê de Informática em Saúde, sob a liderança colaborativa da Associação Internacional de Informática Médica - Grupo de Interesse Especial dos Cuidados (IMIA-IMIA-NI) e do CIE para estabelecer nomes, definições e a relação entre conceitos clínicos, a fim de fornecer um quadro comum de referência para as terminologias serem mapeadas para comparações.⁸

Esse modelo de terminologia de referência para a Enfermagem foi publicada em 2003, pela *International Organization for Standardization* (ISO), recebendo o número ISO 18.104, com o grande propósito de fornecer uma estrutura para geração de expressões de conceitos de diagnósticos e ações de enfermagem, que precisa ser levada em consideração por todos os sistemas de classificação da área.⁹

Uma terminologia de referência com representação de conceitos facilita o mapeamento de termos de enfermagem com outras terminologias de saúde promovendo a integração dos sistemas de informação. O modelo de terminologia de referência para diagnóstico de enfermagem pode servir de instrumento para facilitar a representação dos diagnósticos de enfermagem promovendo avaliações sistemáticas de terminologias existentes e harmonizações entre os diversos conceitos em uso na prática profissional.⁹ Esse fato ilustra a possibilidade de identificação de termos comuns entre diferentes sistemas de classificação da prática profissional tendo em vista que uma das finalidades do modelo de terminologia de referência para o diagnóstico de enfermagem é estabelecer um padrão comum para a construção de taxonomias.

Mediante esse contexto, entende-se que há a possibilidade de utilização de diferentes sistemas de classificação para denominar diagnósticos de enfermagem que sejam comuns entre eles. Acredita-se que a utilização desses sistemas na prática clínica ainda representa um desafio para enfermeiros e a sua utilização requer conhecimentos dos conceitos provenientes da prática clínica a fim de avaliar aquele que melhor se adéqua ao enfermeiro e as suas condições de trabalho. O interesse em desenvolver este estudo surgiu a partir da observação de certa resistência, por parte de enfermeiros, para percepção da possibilidade de utilização de diferentes sistemas de classificação, na prática clínica, para denominação de diagnósticos de enfermagem que poderiam ser comuns entre eles já que o modelo de terminologia de referência da ISO estabelece uma estrutura para orientar o desenvolvimento de linguagens padronizadas.

Assim, elaborou-se este estudo cujo objetivo é o de relatar a utilização do modelo de terminologia de referência para elaboração de diagnósticos de enfermagem com base na NANDA-I e na CIPE® 2.0.

MÉTODO

Trata-se de um relato de caso clínico que surgiu como uma proposta de trabalho final de

um tópico especial intitulado Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Neste tópico, foi abordado o desenvolvimento das terminologias em enfermagem, o modelo de terminologia de referência para os diagnósticos de enfermagem da ISO 18.104, os aspectos históricos, conceituais e estruturais da CIPE® e suas finalidades, bem como sua aplicação na Enfermagem brasileira.

Este trabalho foi elaborado com o intuito de demonstrar a utilização do modelo de terminologia de referência para elaboração do diagnóstico de enfermagem. Para tanto, selecionaram-se a NANDA-I⁴ e a CIPE® 2.0⁵, disponível *online*, por serem os sistemas de classificação mais conhecidos e utilizados na Enfermagem brasileira para denominação do diagnóstico de enfermagem.

Selecionou-se um caso clínico fictício e utilizou-se como estratégia o mapa conceitual para auxiliar na identificação de dados de interesse e seus inter-relacionamentos para elaboração dos diagnósticos de enfermagem prioritários. Para tanto, recorreu-se à ferramenta *CMap Tools* em sua versão 5.03, um *software* desenvolvido e distribuído gratuitamente pelo *Institute for Human Machine Cognition da University of West Florida*, que permite ao usuário construir, navegar, compartilhar e criticar modelos de conhecimento representados com mapas conceituais. O *CMap Tools* é utilizado para fazer a autoria de mapas conceituais em que o usuário elabora e cria os mapas, podendo compartilhar o conhecimento expresso com outros usuários. Ele é definido como uma representação gráfica que estimula a organização dos conceitos e a união entre teoria e prática. Identificam-se conceitos-chave de um fenômeno específico, que são unidos para mostrar suas conexões e fornecer informações sobre o conteúdo, estrutura e inter-relações de conhecimento no fenômeno identificado¹⁰. Ao levantar sinais e sintomas relevantes do caso clínico apresentado, procedeu-se a compreensão da relação existente entre eles visando à elaboração dos diagnósticos de enfermagem, considerados prioritários naquela situação, de acordo com a NANDA-I e com a CIPE® versão 2.0.

Por fim, foram identificados os elementos que estruturam os diagnósticos de enfermagem com base nos descritores estabelecidos pelo modelo de terminologia de referência para os diagnósticos de enfermagem da ISO 18.104⁸, como mostra a figura 1:

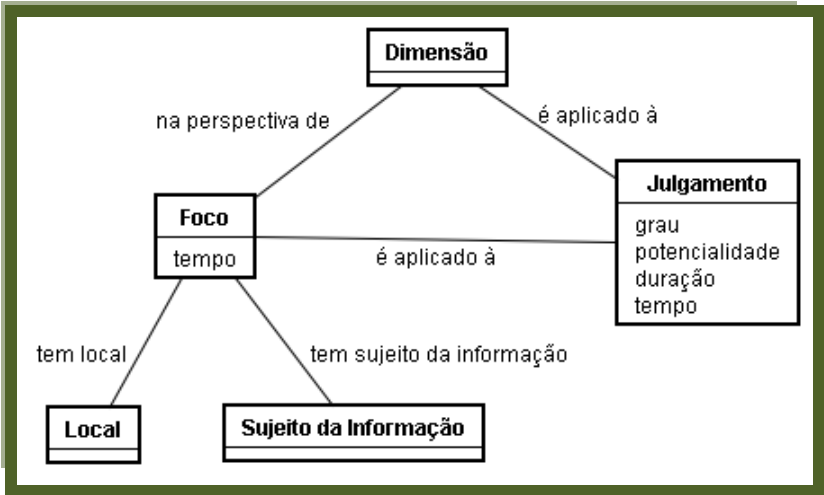


Figura 1 - Modelo de terminologia de referência do diagnóstico de enfermagem. Fonte: Saba, Hovenga, Coenen, McCormick, Bakken⁸

Esse modelo de terminologia de referência foi aprovado, tendo como desígnio a integração de um modelo de terminologia de referência para cuidados de enfermagem cuja finalidade principal é acomodar as várias terminologias e classificações dos cuidados usadas nesta área. Sendo assim, é estabelecido um modelo de referência para diagnósticos de enfermagem, em que um diagnóstico de enfermagem é o julgamento ou o foco numa determinada dimensão. Para se denominar um diagnóstico de enfermagem, de acordo com o modelo da ISO 18.104, é necessário que seja explicitado no enunciado diagnóstico, no mínimo, um descritor para o eixo foco e um descritor para o eixo julgamento.⁸

RESULTADOS

Nesta sessão, apresenta-se um caso clínico fictício para ilustrar os sinais e sintomas identificados visando à identificação de diagnósticos de enfermagem com base na NANDA-I e na CIPE® Versão 2.0 online. Mostra-se um Mapa Conceitual para elucidar o

raciocínio diagnóstico presente na identificação dos principais dados da situação clínica apresentada, demonstrando-se a inter-relação entre eles na tomada de decisão quanto aos diagnósticos de enfermagem prioritários.

Caso Clínico

MLC, 74 anos, sexo feminino, casada, aposentada. Motivo da internação: febre recorrente, tontura, desmaio e extremidades frias. Paciente acamada há três dias, encontra-se desidratada com a pele ressecada com turgor e elasticidade diminuídos e lesão hiperemiada com exsudato de cor amarelada na parte lateral da coxa direita e lesão hiperemiada no calcâneo esquerdo. Apresenta dificuldade de deambulação e está restrita ao leito com dificuldades de mudar de posição. Verificados sinais vitais: T= 39,3° C; R=20 lrpm; PA= 130X80 mm/Hg; FC= 110bpm.

Com base na identificação dos principais dados do caso clínico apresentado, elaborou-se uma figura ilustrativa da relação entre eles para auxiliar na identificação de diagnósticos de enfermagem prioritários.

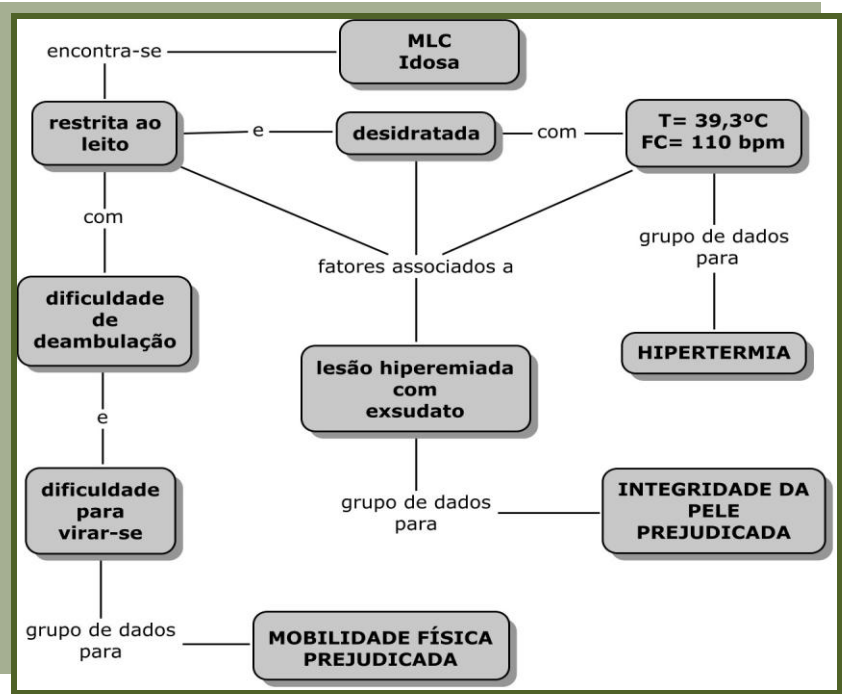


Figura 2. Representação diagramática dos dados referentes ao caso clínico e sua inter-relação. Porto Alegre, 2011.

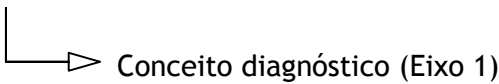
DISCUSSÃO

De acordo com a taxonomia da NANDA-I, os diagnósticos de enfermagem considerados prioritários, nessa situação clínica, foram HIPERTERMIA relacionada à desidratação, evidenciada por elevação da temperatura corporal e taquicardia; MOBILIDADE FÍSICA prejudicada, relacionada à força muscular diminuída, evidenciada por dificuldade para virar-se; INTEGRIDADE DA PELE prejudicada, fatores mecânicos, mudanças no turgor da pele e hipertermia, evidenciada por lesão hiperemiada com exsudato.

A seguir esquematizaram-se os diagnósticos de enfermagem levando-se em consideração o modelo de referência terminológica da ISO para o diagnóstico de enfermagem.

Considerou-se a desidratação e o quadro infeccioso nas lesões como fatores que contribuíram para HIPERTERMIA. Este diagnóstico de enfermagem foi considerado prioritário devido ao aumento na temperatura corporal (39,3°C), aos episódios de febre recorrentes e à frequência cardíaca alterada (FC=110 bpm) apresentada pela paciente do caso clínico avaliado.

HIPERTERMIA

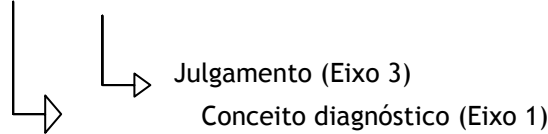


A Hipertermia é considerada o enunciado diagnóstico e o conceito diagnóstico. O diagnóstico de enfermagem é expresso em seu nível mais útil, do ponto de vista da prática clínica, e o conceito HIPERTERMIA (Eixo 1), por si só, já descreve a “reação humana” que é o foco do diagnóstico.⁶ Neste caso, tornou-se desnecessário um termo do eixo julgamento (Eixo 3), pois o substantivo, que é o foco do diagnóstico, já expressou o sentimento de apreensão da paciente para o qual o enfermeiro deve estar atento.

O diagnóstico de Hipertermia é conceituado como temperatura corporal aumentada acima da variação normal.⁴ Neste caso, existem causas subjacentes, quais sejam, desidratação e lesão com exsudato de cor amarelada, conferindo características de infecção. Portanto, o enfermeiro pode realizar intervenções que minimizem a temperatura corporal, como também os problemas subjacentes. Em um estudo¹¹, esta resposta fisiológica também foi identificada, tendo como fator relacionado um quadro de infecção, sendo caracterizada pelo aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros de normalidade.

Na afirmativa diagnóstica de MOBILIDADE FÍSICA prejudicada, além dos dois Eixos (1 e 3) explícitos tem-se, também, de forma implícita, o sujeito da informação, correspondendo ao Eixo 2. De acordo com o modelo de terminologia de referência da ISO, entende-se que esse diagnóstico tem um JULGAMENTO (prejudicada) com qualificador de potencialidade atual aplicado a um FOCO (Mobilidade física) cujo SUJEITO DA INFORMAÇÃO é o indivíduo.

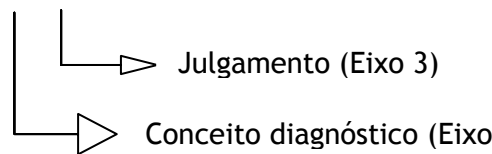
MOBILIDADE FÍSICA prejudicada



O termo Mobilidade física prejudicada é conceituado como uma restrição da mobilidade física independente e intencional do corpo ou dos membros⁴, sendo caracterizado pela diminuição da amplitude dos movimentos, realizar atividades motoras como deambular e manter-se restrita ao leito por dificuldade de movimentar-se.¹² Estes aspectos são evidenciados em outros casos comuns entre idosos, no sentido de visualizar as consequências de lesões sofridas em uma idade mais avançada ou devido a um período de internação mais longo, podendo gerar maiores incapacidades, como a imobilidade devido à atrofia muscular.¹¹

A distribuição dos eixos do diagnóstico de INTEGRIDADE DA PELE prejudicada ocorre da mesma forma do diagnóstico discutido anteriormente, mas, neste caso, o Conceito Diagnóstico (Eixo 1) é a Integridade da pele.

INTEGRIDADE DA PELE prejudicada



O diagnóstico de Integridade da pele prejudicada é descrito como alteração da derme e/ou epiderme.⁴ Sendo assim, não só as lesões na lateral da coxa como no calcâneo representam modificações nas camadas da pele, pois sinais de desidratação, turgor e elasticidade diminuídos conferem modificações decorrentes da senilidade. A desidratação ocorre devido à diminuição das glândulas sudoríparas e sebáceas; o enrugamento é decorrente do adelgaçamento da epiderme e derme, promovendo o aparecimento de pregas e diminuição do turgor.¹³ O envelhecimento também ocasiona modificações cutâneas que ocasionam perda da espessura da pele, diminuindo assim a barreira de proteção e, consequentemente, a resistência da pele, dificultando o processo de

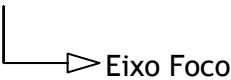
cicatrização, favorecendo o surgimento de lesões.¹¹

De acordo com a CIPE® versão 2.0, para se denominar um diagnóstico de enfermagem, são necessários, no mínimo, um termo do Eixo Foco e um termo do Eixo Julgamento. O Eixo Foco é considerado uma área de atenção relevante para a Enfermagem que se constitui o cerne das intervenções de enfermagem. Alguns exemplos de termos pertencentes a esse eixo são respiração, pressão sanguínea, dor, eliminação, sono, conhecimento dentre outros. O Eixo Julgamento é a opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem, por exemplo, presente, moderado, nível diminuído, risco, aumentado, dentre outros. Termos dos demais eixos são opcionais na construção do diagnóstico de enfermagem.⁵

No caso clínico apresentado, foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem de acordo com essa classificação: Hipertermia, Mobilidade física comprometida, Integridade da pele comprometida. Em seguida, esses diagnósticos de enfermagem serão esquematizados, levando-se em consideração o modelo de referência terminológica da ISO para o diagnóstico de enfermagem.

A HIPERTERMIA é a diminuição da habilidade de mudar o termostato interno acompanhada por um aumento na temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia, associada à disfunção do SNC ou sistema endócrino.⁵ O termo HIPERTERMIA pertence ao Eixo Foco e é considerado uma área de atenção relevante para a Enfermagem que se constitui o cerne das intervenções de enfermagem.

HIPERTERMIA



A Enfermagem pode está intervindo diretamente neste diagnóstico e tratando ao mesmo tempo a lesão da pele que seria um fator desencadeante da infecção. No tocante a HIPERTERMIA, tem-se, como sugestões de intervenções, administrar medicações prescritas; aplicar compressas frias; incentivar a ingestão de líquidos devido à desidratação; monitorar a temperatura corporal e promover um ambiente arejado, dentre outros.

Na CIPE®, o termo MOVIMENTO CORPORAL é conceituado como movimento espontâneo, inconsciente e involuntário da musculatura, articulações e ossos, bem como funções de motilidade. Já o termo MOBILIDADE é caracterizado pelo movimento voluntário e psicomotor do aparato corporal, incluindo

coordenação de músculos e articulações, bem como equilíbrio, posicionamento e deambulação.⁵

MOVIMENTO CORPORAL comprometido



Sendo assim, o diagnóstico de MOVIMENTO CORPORAL COMPROMETIDO será mais abrangente e apropriado para a situação clínica avaliada. O termo MOVIMENTO CORPORAL pertence ao Eixo Foco. O termo comprometido é um julgamento negativo que caracteriza algo que está alterado, inadequado ou inefetivo e está presente no Eixo Julgamento. Este diagnóstico apresenta também o Eixo Cliente implícito.⁵

Considera-se, portanto, que a cliente MLC apresenta o diagnóstico de enfermagem MOVIMENTO CORPORAL COMPROMETIDO, visualizado por meio das seguintes características específicas: dificuldade de deambulação, dificuldade de mudar de posição e restrição ao leito. Além disso, é idosa e apresenta lesões hiperemiadas com exsudato na coxa direita e calcâneo que são fatores que contribuem para a dificuldade de movimentar-se. Por meio de intervenções que estimulem a movimentação, mesmo que de maneira passiva, é possível minimizar alguns problemas como aumento de complicações na integridade da pele, estimular um melhor padrão respiratório e uma melhor circulação sanguínea.

O diagnóstico de enfermagem INTEGRIDADE DA PELE COMPROMETIDA além de apresentar um Julgamento com potencialidade atual (COMPROMETIDA) aplicado a um Foco (INTEGRIDADE DA PELE), apresenta o Eixo Cliente implícito.

INTEGRIDADE DA PELE comprometida



A INTEGRIDADE DA PELE comprometida é evidenciada por características, como idade (74 anos), pele desidratada, ressecada com turgor e elasticidade diminuída. Esses problemas atingem a pele em sua camada superior (epiderme), e, além disso, a cliente MLC apresenta lesão hiperemiada com exsudato na parte lateral da coxa e no calcâneo esquerdo. Os termos hiperemiada e exsudato reportam características de inflamação e infecção, quando associados à temperatura, mas apenas com intervenções

que visem a melhorar a integridade da pele, podemos não atingir os resultados verdadeiramente esperados. Este fato justifica a identificação do diagnóstico de enfermagem HIPERTERMIA.

Mediante os diagnósticos de enfermagem identificados, neste estudo, percebe-se a existência de conceitos comuns presentes na Taxonomia da NANDA-I e na CIPE® 2.0, conforme pode ser visualizado na Figura 3.

Nanda-I	Cipe® 2.0	Observações
Hipertermia (Conceito diagnóstico)	Hipertermia (Conceito do Eixo Foco)	O aumento da temperatura corporal foi considerado um sinal de alerta de uma condição fora dos parâmetros de normalidade. Na NANDA-I, a hipertermia aparece como um fator relacionado à integridade da pele prejudicada, evidenciada por lesão hiperemiada com exsudato. Já na CIPE® 2.0, a hipertermia aparece como um termo do Eixo Foco como elevação da temperatura corporal, podendo-se ser atribuída a uma infecção. Assim, em ambos os sistemas de classificação, a elevação da temperatura é considerada um sinal de alerta seja ela descrita como um fator relacionado a um processo infeccioso ou como foco da ação do enfermeiro.
Mobilidade Física Prejudicada (Conceito diagnóstico e julgamento)	Movimento Corporal comprometido (Conceitos dos Eixos foco e julgamento)	Embora as afirmativas diagnósticas recebam denominações diferentes, acredita-se que esses diagnósticos de enfermagem sejam similares no que diz respeito à determinação de intervenções de enfermagem que ajudem a melhorar a movimentação física da cliente. Na NANDA-I, mobilidade física prejudicada é conceituada como uma restrição da mobilidade sendo caracterizada pela diminuição da amplitude dos movimentos, realizarem atividades motoras como deambular e manter-se restrita ao leito por dificuldade de movimentar-se. Já na CIPE® 2.0, o termo movimento corporal comprometido será mais abrangente, pois se refere ao movimento espontâneo, inconsciente e involuntário, relacionando também a funções de motilidade, sendo mais apropriado para a situação clínica avaliada.
Integridade Da Pele prejudicada (Conceito diagnóstico e julgamento)	Integridade Da Pele comprometida (Conceitos dos Eixos foco e julgamento)	Diagnósticos de enfermagem correspondentes cujo objetivo principal é mostrar a existência de um dano na pele. Na NANDA-I, a integridade da pele prejudicada é descrita como alteração da derme e/ou epiderme. Já na CIPE® 2.0, o julgamento comprometido está relacionado a algo alterado, inadequado ou inefetivo.

Figura 3. Diagnósticos de enfermagem prioritários com base na NANDA-I e na CIPE® 2.0. Porto Alegre, 2011.

Tendo-se como base o modelo de terminologia de referência para os diagnósticos de enfermagem, foi possível visualizar os elementos determinados por esse modelo na estruturação verbal dos diagnósticos de enfermagem nos dois sistemas de classificação selecionados, que foram os conceitos pertencentes aos eixos foco e julgamento considerados essenciais para a definição de um diagnóstico de enfermagem.

Esse fato demonstra a importância de uma padronização na linguagem profissional que já vem sendo levada em consideração na construção de terminologias de enfermagem e colabora com o desafio de estabelecer um vocabulário comum na documentação dos diagnósticos de enfermagem.

Ressalta-se que alguns dos objetivos na identificação do diagnóstico de enfermagem

são expressar as necessidades de saúde que requerem cuidados e orientar as ações do enfermeiro durante a implementação do cuidado. Acredita-se, que independentemente da escolha do sistema de classificação utilizado, esses objetivos devam ser atendidos para que um diagnóstico de enfermagem tenha a função de melhorar a assistência de enfermagem.

Atenta-se para o uso do Mapa Conceitual, neste estudo, como uma estratégia que facilitou a identificação de dados relevantes do caso clínico e a tomada de decisão quanto aos diagnósticos de enfermagem prioritários. A utilização de estratégias que requerem habilidades de pensamento crítico pode auxiliar na tomada de decisão do enfermeiro e facilitar a construção do diagnóstico de enfermagem. O uso dessas habilidades no

processo diagnóstico em enfermagem oportuniza a identificação de evidências, a partir de informações verdadeiras, relativas às reais condições do indivíduo, e possibilita a identificação do diagnóstico de enfermagem com consequentes intervenções adequadas e alcance de resultados eficazes.¹⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de terminologia de referência para os diagnósticos de enfermagem possibilitou a comparação entre dois sistemas de classificação e facilitou a identificação de conceitos comuns entre eles, demonstrando que a padronização da linguagem profissional pode facilitar a comunicação e o registro de enfermagem, uma vez que os enfermeiros podem utilizar conceitos similares independentemente do sistema de classificação adotado em sua prática clínica.

Sabe-se que os sistemas de classificação estão em constantes atualizações, e que mesmo assim, nenhum deles é completo o suficiente para atender a todas as necessidades da prática clínica. Acredita-se, portanto, que a seleção da terminologia a ser utilizada deve ser compatível com as necessidades e com os recursos disponíveis na prática clínica e com a identificação do enfermeiro com o sistema de classificação que mais se adequa às suas crenças e valores.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Internacional de Enfermagem. Classificação Internacional para Prática de Enfermagem CIPE Beta 2. São Paulo: CENFOBS/UNIFESP; 2003.
2. Carvalho EC. The concern with the structure of the nursing while science. Rev Enferm UFPE on line [periódico da internet] 2008 [acesso em 2011 jul 17];2(3). Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/339>.
3. Nóbrega MML da, Garcia TR, Furtado LG, Albuquerque CC, Lima CLH. Terminologias de enfermagem: da taxonomia da NANDA à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Rev Enferm UFPE [periódico da internet] 2008 [acesso em 2011 abr 07] 2(4):454-61. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/333/pdf_408
4. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre (RS):Artmed; 2010.
5. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de

Enfermagem Versão 1.0. São Paulo (SP): Algor Editora; 2007.

6. International Council of Nurses (ICN). International Classification for Nursing Practice. Version 2. [on line] 2009 [cited 2011 abr 02]. Available from: <http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/>
7. Cubas MR, Silva SH, Rosso M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. Rev Eletr Enf [periódico da Internet]. 2010 [acesso em 2011 abr 02];12(1):186-94. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>.
8. Saba V, Hovenga E, Coenen A, McCormick K, Bakken S. Nursing language terminology models for nurses by the steering committee for ISO/FDIS 18104. ISO Bulletin. 2003 Sep; p. 16-8.
9. Marin, H. Terminologia de referencia em enfermería: La norma ISO 18104. Acta Paul Enferm. 2009;22(4):445-8.
10. Institute for Human and Machine Cognition-CmapTools [página da internet]. University of West Florida. [acesso 2010 Fev 19] Disponível em: <http://cmap.ihmc.us>
11. Guedes HM, Nakatani AYK, Santana RF, Bachion MM. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar. Rev Eletr Enf [Internet]. 2009;11(2):249-56. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a03.htm>.
12. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Diagnósticos de enfermagem. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.
13. Resende DM, Bachion MM, Araújo LAO. Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Acta Paul Enferm. 2006;19(2):168-73.
14. Crossetti, MGOC. Processo Diagnóstico na Enfermagem: condições para a tomada de decisão do enfermeiro. Enferm Atual. 2008;44(3):45-50.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/05/23

Last received: 2011/11/04

Accepted: 2011/11/05

Publishing: 2011/12/01

Corresponding Address

Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt
Avenida Sapé, 953, Ap. 601 – Manaíra
CEP: 58038-381 – João Pessoa (PB), Brazil