

CLASSIFICAÇÕES EM ENFERMAGEM: TENSÕES E CONTRIBUIÇÕES

NURSING CLASSIFICATIONS: TENSIONS AND CONTRIBUTIONS

Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz¹

Resumo: O enfrentamento das tensões geradas pelo desenvolvimento e uso de classificações de enfermagem produz contribuições importantes para articular a teoria à prática clínica de enfermagem. Neste artigo são discutidas fontes relevantes dessas tensões no movimento das classificações de enfermagem e apresentadas algumas contribuições geradas de pesquisas sobre diagnósticos segundo a classificação da *North American Nursing Diagnosis Association*.

Palavras-Chave: classificação, diagnóstico de enfermagem, pesquisa.

Abstract: Facing tensions generated by the nursing classifications development and use produces contributions that are important to articulate theoretical and clinical nursing. In this article relevant sources of these tensions in the movement of the classifications of nursing are argued and some contributions generated from research on nursing diagnoses according to the North American Nursing Diagnosis Association classification are presented.

Keywords: classification, nursing diagnosis, research

¹Enfermeira. Professora - Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo E-mail: mtmlf@usp.br, dinacruz@terra.com.br.

INTRODUÇÃO

Classificações de enfermagem é assunto inquietante que tem mobilizado enfermeiros em todo o mundo. Este artigo trata das contribuições que podem ser geradas pelo reconhecimento e enfrentamento dos confrontos entre o ideal das classificações nas profissões e o que é real e possível na enfermagem atual.

Serão apresentadas características das classificações de enfermagem e do movimento que as têm produzido e, a seguir, serão exemplificadas questões de pesquisa oriundas de tensões provocadas pela classificação de diagnósticos da *North American Nursing Diagnosis – International (NANDA-I)*.

O tema deste artigo refere-se aos crescentes esforços que a disciplina de enfermagem tem articulado com o propósito de representar o seu conhecimento em termos ou palavras que possam ser utilizados em sistemas informatizados de documentação em saúde.

Uma classificação é a separação espacial, temporal ou espaço-temporal das “coisas do mundo”; é um conjunto de ‘caixas’ nas quais as coisas podem ser colocadas para então realizar-se algum tipo de trabalho – burocrático ou de produção de conhecimento.¹ Nas ciências e profissões, as classificações são aplicadas para separar, codificar e ordenar os fenômenos de interesse e têm impactos importantes para o desenvolvimento das próprias ciências e profissões.¹

Idealmente, um sistema de classificação deve exibir as seguintes propriedades:

- 1) princípios de classificação específicos e consistentes – as características segundo as quais os fenômenos são classificados estão claramente definidas e são aplicáveis a todos os casos, sem exceção;
- 2) categorias mutuamente excludentes – as classes onde podem se localizar os fenômenos não se superpõem; isto é, um fenômeno só pode ser incluído numa determinada classe e nela só;
- 3) completude – o sistema permite que todos os fenômenos de interesse sejam classificados; não se admite uma classe chamada “outros”.¹

No sentido real, nenhuma classificação exibe completamente essas propriedades e duvida-se de que algum dia alguma classificação as exibirá.¹ É exatamente a inconsistência entre o ideal e o real que gera tensões importantes, não só nos trabalhos de classificação, mas também no interior da profissão a que ela se destina. Devida atenção deve ser dada a ocorrência dessas tensões para que se avaliem as implicações éticas e políticas da introdução de novas estruturas classificatórias. A criação de sistemas formais de classificação nas ciências e nas profissões requer a identificação de seus propósitos e de seus elementos centrais.¹

CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM

Os propósitos definidos pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) – organismo que representa a enfermagem mundial junto à Organização Mundial da Saúde (OMS) – para uma classificação de enfermagem sintetizam os de diversos sistemas de classificação existentes. O propósito mais abrangente para as classificações de enfermagem é o de estabelecer uma linguagem comum para descrever o cuidado da enfermagem para com os indivíduos, as famílias e as comunidades em diferentes locais, de forma a permitir comparações espaciais e temporais.² Descrever o cuidado de enfermagem significa representar o conhecimento de enfermagem; permitir comparações significa que os dados que vão alimentar a representação do conhecimento devem estar estruturados e organizados de forma que garantam a melhor eficiência possível nos processos de armazenamento, recuperação e análise.³ As narrativas em linguagem livre, que tradicionalmente usamos na documentação em saúde, não são apropriadas para esses processos. Por essa razão, “a grande maioria dos vocabulários taxonômicos elaborados para registro de dados em saúde são organizados na forma de classificações hierárquicas”.³

É freqüente utilizarmos como sinônimos os termos classificações, taxonomias, terminologias e nomenclatura, entre outras. No entanto, os estudiosos do assunto fazem distinções entre eles. Para um autor, por exemplo, classificações, taxonomias, nomenclatura e *thesaurus* são tipos de terminologias.⁴ Expressões como terminologia combinatória e terminologia referencial são também utilizadas. Essas expressões são atribuídas, por exemplo, à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1.0, pois é útil para desenvolver novos vocabulários, realizar mapeamentos cruzados e para identificar relacionamentos entre conceitos e vocabulários.²

O tema classificações de enfermagem trata de conhecimento que se ramifica em campos relativamente novos para a disciplina. Campos novos que precisam estar aderentes aos saberes já consolidados, pois as classificações de enfermagem devem servir de instrumentos para representação do conhecimento próprio da disciplina. A relação entre desenvolvimento de classificações e desenvolvimento de conhecimento tem direção dupla. Ao se desenvolverem terminologias criam-se novos recursos para pensar o conhecimento existente, o que pode conduzir a determinadas reorientações no seu desenvolvimento que sem as terminologias não seriam feitas. Por outro lado, as características e o conteúdo das terminologias dependem do conhecimento que se é capaz de identificar no interior da disciplina para a qual a terminologia está sendo desenvolvida. Essa indissociabilidade, “conhecimento da disciplina enfermagem – classificações de enfermagem”, que por vezes é motivo de grandes tensões, deve nortear a pesquisa sobre classificações de enfermagem.

Desenvolver o conhecimento sobre classificações de enfermagem demanda articular várias disciplinas em torno de pesquisas com múltiplos enfoques, mas com propósitos pertinentes à enfermagem como disciplina. Um

ambiente como esse é propício para nutrir questões sobre o desenvolvimento de habilidades de pesquisa, sobre a aplicação de resultados de pesquisa e, especialmente, sobre os elementos centrais de interesse para a enfermagem que requerem classificação.

Conforme mencionado, a criação de sistemas formais de classificação nas ciências e nas profissões requer a identificação de seus elementos centrais.¹ Os elementos centrais a serem classificados estão definidos no contexto do processo de enfermagem e têm por base o entendimento de que há decisões fundamentais no cuidar. As decisões fundamentais do processo de enfermagem são as decisões sobre os diagnósticos, as intervenções e sobre os resultados sensíveis às intervenções. Os diagnósticos correspondem à decisão sobre quais são as necessidades de cuidados do paciente ou da pessoa sob cuidados de enfermagem; as intervenções correspondem à decisão sobre quais são as melhores intervenções para atender àquela necessidade; e os resultados correspondem à decisão sobre quais são os resultados que se deseja obter com as intervenções ou quais são os resultados que foram obtidos com as intervenções selecionadas. Diagnósticos, intervenções e resultados são os elementos de que tem tratado o movimento de classificações na enfermagem.

É possível pensar em classificação de outros conteúdos. No entanto, na enfermagem clínica, não se vislumbram outros elementos centrais que não os diagnósticos, as intervenções e os resultados pertinentes às ações da enfermagem.

MOVIMENTO DE CLASSIFICAÇÕES NA ENFERMAGEM

Admite-se que os esforços para o desenvolvimento de sistemas de classificação na enfermagem foram desencadeados pelos avanços das tecnologias da informação na área da saúde na década de 1960. Apesar de essa década ter sido marcante, alguns fatos anteriores vinham preparando terreno para as classificações (figura 1).

Não é possível identificar, com confortável segurança, quando surgiu na enfermagem o interesse pelas classificações. No advento da enfermagem moderna a atividade classificatória estava presente. Classificar pacientes de acordo com a sua gravidade e necessidades de cuidado foi uma atividade que marcou os trabalhos de Nightingale e prevalece até os dias de hoje (Gordon, 1994).⁵

Na década de 1920, antecedendo a proposta formal do processo de enfermagem, afirma-se que a enfermagem é um processo como forma de guiar o ensino das enfermeiras nos Estados Unidos e a partir daí há referências sobre a importância de se identificarem os problemas de enfermagem do paciente. Abdellah, na década de 1950, produz um trabalho norteado pelo pressuposto de que as enfermeiras precisavam voltar a centrar o cuidado no paciente.⁶ A sua proposta, consoante com as idéias de processo de enfermagem, inclui o que se admite hoje ter sido a primeira classificação de enfermagem. Ela propôs a conhecida lista dos 21 problemas de enfermagem, concebendo esses problemas como metas terapêuticas a serem alcançadas no cuidado. Henderson,

em 1966, propõe 14 necessidades básicas como as áreas de pertinência dos cuidados de enfermagem.⁷ Apesar de não ter especificado quais poderiam ser os ‘problemas de enfermagem do paciente’ nessas 14 áreas, os trabalhos de Henderson também prepararam a enfermagem para as classificações.

Apesar de os trabalhos de Abdellah e de Henderson despontarem como pioneiros é em 1973 que se dá o principal marco dos movimentos de classificação na enfermagem. Nesse ano, reúne-se um grupo de enfermeiras dos Estados Unidos e Canadá com a finalidade de identificar e classificar diagnósticos de enfermagem.⁸ Do interior desse grupo cria-se, em 1987, um outro que inicia os trabalhos para a classificação de intervenções (*Nursing Interventions Classification – NIC*⁹) e resultados de enfermagem (*Nursing Outcomes Classification – NOC*¹⁰). Em 1982, institui-se a *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, que assume os trabalhos de classificação dos diagnósticos;¹¹ em 1995, na Universidade de Iowa, os trabalhos de classificação das intervenções e resultados, iniciados em 1987, adquirem o status de um centro de classificações.^{9,10} Também na década de 1980, deu-se início a outras classificações para atender às necessidades de projetos específicos, como a classificação para enfermagem em saúde comunitária¹² e a classificação para cuidado domiciliário de Virginia Saba.¹³

Em 1989, o Conselho Internacional de Enfermeiras inicia um projeto para desenvolver um sistema de classificação internacional de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.²

No Brasil, destacam-se os trabalhos de Horta, nas décadas de 1960 e 1970.¹⁴ A aplicação da teoria das necessidades humanas básicas, ainda que não tivesse a finalidade de criar um sistema de classificação, requeria a categorização dos problemas de enfermagem dos pacientes segundo algumas necessidades: as básicas e a categorização das atividades de enfermagem segundo o grau de dependência do paciente para o atendimento das necessidades identificadas.

Na década de 1980 a Irmã Cleamaria Simões realizou trabalhos que visavam criar um vocabulário de enfermagem.¹⁵ As suas publicações mostram que os elementos que se pretendiam denominar estavam além das atividades clínicas da enfermagem, eram mais genéricos que diagnósticos, intervenções e resultados.^{15,16}

Não se encontram outras referências sobre atividades classificatórias na enfermagem brasileira até o final dos anos 1980. A idéia de classificação, tal como é hoje conhecida, começa a ser veiculada em nosso meio no final dos anos 1980 e início dos 1990 e o enfoque era o da classificação de diagnósticos da NANDA. Dois núcleos de estudos sobre diagnósticos de enfermagem começaram a se formar: um em São Paulo, com as orientações da Profª. Dra. Edna Aparecida de Moura Arcuri, e outro na Paraíba sob a liderança da Profª. Marga Coler da Universidade de Connecticut, professora visitante na Universidade Federal da Paraíba. Em 1989 houve a primeira dissertação de mestrado sobre o tema¹⁷ e em 1990 Farias, Nóbrega, Perez e Coler¹⁸ publicaram o primeiro livro brasileiro sobre os diagnósticos de enfermagem da NANDA, o que foi marcante para a disseminação do assunto em nosso meio.

Na década de 1990 o CIE agrega, por meio da Associação Brasileira de Enfermagem, consultoras brasileiras nos trabalhos para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE-CIE). Em 1997 inicia-se o projeto Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), sob a coordenação da Associação Brasileira de Enfermagem e

direção técnica da Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry, com a finalidade de identificar elementos próprios das práticas em saúde coletiva para a CIPE. É, portanto, no meio acadêmico que, no Brasil, manifesta-se o movimento de classificações de enfermagem.

A figura 1 sintetiza esses marcos no movimento de classificações.

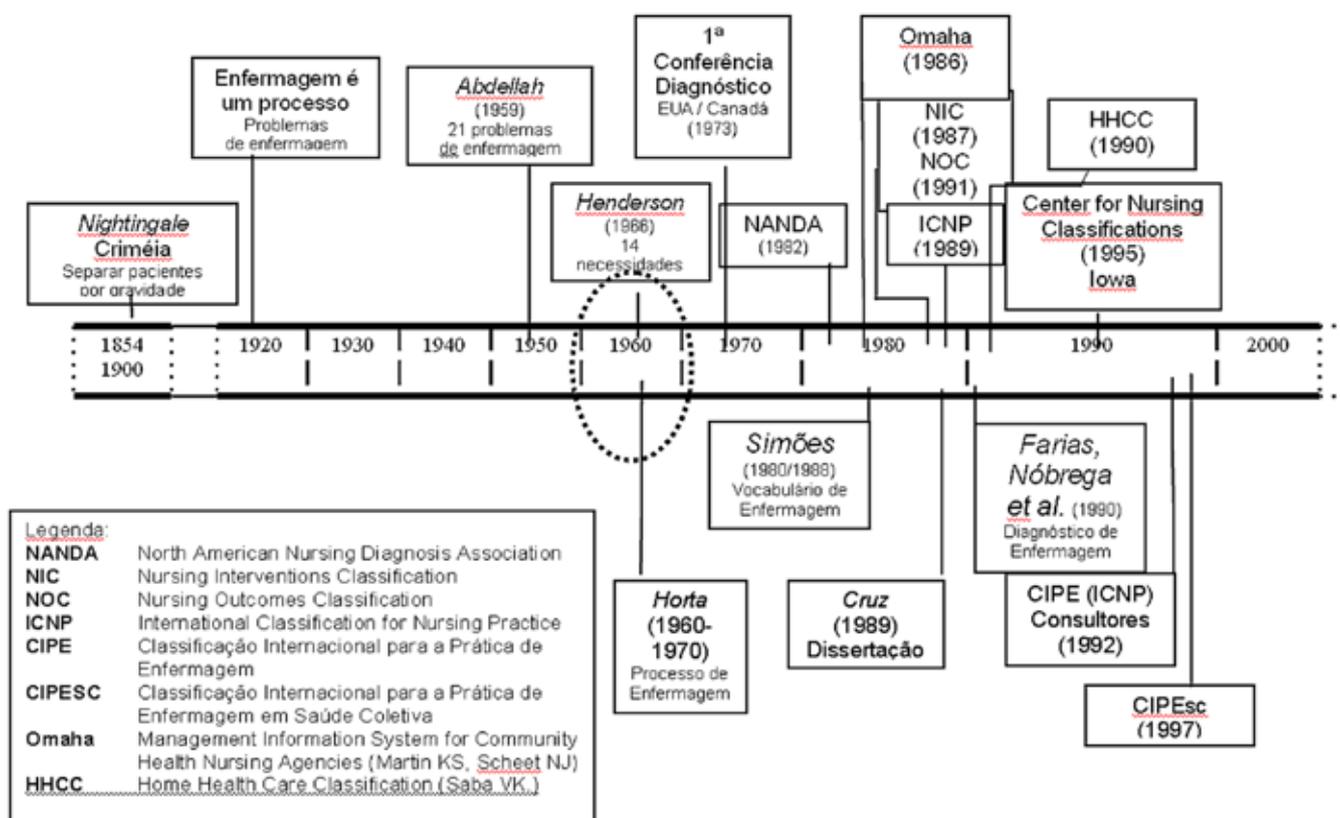


FIGURA 1. MARCOS NO MOVIMENTO DAS CLASSIFICAÇÕES EM ENFERMAGEM.

Na Europa destacam-se as atividades das enfermeiras francófonas, das espanholas e as da Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes (ACENDIO), que buscam integrar as iniciativas de diversos grupos europeus.

A Association Francophone Européenne des Diagnostic Interventions Resultats Infirmiers, sediada atualmente em Bruxelas, foi criada em 1991 em Paris com a finalidade de promover e refinar os diagnósticos de enfermagem. Reúne enfermeiras belgas, francesas e suíças (<http://www.afedi.com/debut.htm>).

A Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes (ACENDIO) foi criada em 1995 com a finalidade de promover o desenvolvimento de linguagem profissional de enfermagem e criar uma rede de enfermeiros interessados no desenvolvimento de uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem. No sítio da ACENDIO (<http://www.acendio.net/>) há referência de que em alguns países da Europa as enfermeiras estão desenvolvendo terminologias para atender às necessidades de uma linguagem de enfermagem nos seus países e de que outras adaptaram ou traduziram terminologias e classificações desenvolvidas em outros países ou por outras disciplinas.

Em 1996 foi criada a Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía e Diagnóstico de Enfermería (AENTDE), com sede em Barcelona, com a finalidade de reunir enfermeiros interessados em estudar e trabalhar por uma linguagem comum entre os profissionais de enfermagem. No sítio da AENTDE (<http://www.aentde.com/index.php>) informa-se que as enfermeiras associadas trabalham com o diagnóstico de enfermagem, independentemente do sistema de classificação que utilizem.

No ano de 2002 a NANDA alterou seus estatutos e passou a ser uma organização internacional (NANDA – International). O próximo presidente da NANDA-I será o

dr. Dickon Weir-Hughes, diretor de enfermagem do Royal Marsden Hospitals de Londres, Reino Unido.

Das principais produções dos trabalhos de classificação, no Brasil e no exterior, destacam-se: a realização de 16 conferências bienais pela NANDA-I, sendo que desde o ano de 2000 elas têm sido realizadas pela aliança entre NANDA-I, NIC e NOC; atualização bienal da publicação da classificação e definições da NANDA-I; publicação de um periódico específico de classificações em enfermagem que foi lançado em 1990 com o título de Nursing Diagnosis e alterado para The International Journal of Nursing Terminologies and Classifications em 2002; o Conselho Internacional de Enfermeiras publicou a International Classification for Nursing Practice Version 1.0;2 e no ano de 2007 realiza-se a VI Conferência da ACENDIO, com o tema central Nursing Communication in Multidisciplinary Practice.

No Brasil, realizou-se em 1990 o I Simpósio Nacional sobre Diagnóstico de Enfermagem, coordenado pelas enfermeiras do Hospital Dante Pazzanese. Esse simpósio foi assumido pela Associação Brasileira de Enfermagem Nacional que os realiza a cada dois anos e no ano de 2006 foi realizado o oitavo. As edições da classificação da NANDA-I têm sido traduzidas para o português, assim como dispomos, também em português, das classificações de intervenções e resultados do Centro de Classificações de Iowa. As versões alfa e beta da CIPE foram traduzidas para o português de forma que as enfermeiras brasileiras pudessem conhecer a proposta em desenvolvimento e dela participar. Hoje há a participação de enfermeiras brasileiras nos comitês da NANDA-I e o periódico The International Journal of Nursing Terminologies and Classifications inclui resumos em português. Esses são apenas alguns destaques que sugerem uma rede de trabalhos intensos e contínuos na área de classificações de enfermagem.

CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS

Na classificação da NANDA-I, diagnósticos de enfermagem são denominações que se atribuem a situações clínicas que podem ser modificadas por ações de enfermagem. Na definição aceita um diagnóstico é um julgamento clínico sobre as respostas a problemas de saúde ou a processos de vida. O diagnóstico é a base para selecionar intervenções para alcançar resultados pelos quais a enfermagem é responsável (NANDA-I).¹⁹ A estrutura dessa classificação tem se desenvolvido desde a primeira conferência em 1973 e hoje é multiaxial, organizada em domínios e classes. Na classificação 2007-2008 (NANDA-I)¹⁹ há 13 domínios, 47 classes e 188 diagnósticos. Os domínios e classes abrangem várias dimensões da vida humana e são consistentes com o valor que tradicionalmente a enfermagem atribui à perspectiva integrada das esferas biológica, psicossocial e espiritual do ser humano.

Tensões

Cada título – o nome do diagnóstico – tem uma definição, um conjunto de características definidoras, que

são os indicadores da presença do diagnóstico, e fatores relacionados, que são situações que podem contribuir para a ocorrência do diagnóstico.

Cada diagnóstico é um conceito que, de acordo com a concepção clássica de conceito, é uma representação mental. Cada diagnóstico é uma representação mental sobre uma resposta humana a problemas de saúde ou a processos de vida.

As características definidoras correspondem às propriedades do conceito e o ideal seria que cada diagnóstico tivesse a definição de quais características definidoras são necessárias e suficientes para que se pudesse afirmar quando ele está presente ou não com alta acurácia. Na realidade isso não acontece, pois os trabalhos de desenvolvimento da maioria dos diagnósticos estão ainda em estágios iniciais; mesmo nos casos de diagnósticos mais bem desenvolvidos algum grau de incerteza estará presente ao aplicá-los.

A cada conferência da NANDA-I novos diagnósticos são apresentados para inclusão na classificação e alterações nos componentes dos diagnósticos já aceitos são sugeridas com a finalidade de refiná-los e melhorar sua utilidade clínica.

Lidar com a incerteza própria dos julgamentos clínicos, cujas decisões se expressam em conteúdos de classificações, imperfeitas por natureza e pelo estágio de desenvolvimento em que se encontram, gera tensões. Essas podem ser desqualificadas, ignoradas, negadas ou reconhecidas. Se reconhecidas elas podem ser um rico material. As tensões pelos confrontos entre o ideal e o possível nas classificações de enfermagem motivam estudos sobre questões relevantes para a articulação do conhecimento da disciplina. A idéia de que cada diagnóstico é um conceito que representa um foco clínico da enfermagem pode, por meio da pesquisa, fazer dele um elo essencial entre a teoria e a prática.

As inúmeras questões sobre classificação de diagnósticos vão configurando uma rede de pesquisa:

- estudos para identificar novos diagnósticos e refinar os já aceitos;
- estudos sobre a ocorrência de diagnósticos em populações específicas, sobre os processos pelos quais os diagnósticos são formulados, sobre as intervenções mais adequadas para se alcançar um determinado resultado para um determinado diagnóstico;
- estudos sobre as propriedades do próprio sistema de classificação e o seu impacto e sobre as implicações éticas, políticas e sociais da introdução da classificação em serviços e no ensino.

Para exemplificar, são apresentados a seguir alguns estudos realizados sobre alguns desses tópicos. São estudos de nossa autoria ou realizados sob nossa orientação que mostram possíveis contribuições das classificações de enfermagem.

Contribuições

Estudos de prevalência de diagnósticos de enfermagem em populações específicas têm as finalidades de descrever a frequência de ocorrência de situações clínicas de enfermagem,

os elementos que compõem essas situações e os fatores que as predispoem.

Resultados desse tipo de estudo podem orientar a estimativa de necessidades de cuidados de populações específicas, a previsão de recursos para o cuidado, o estabelecimento de comparações temporais e espaciais, relações de associações entre os diagnósticos ou entre os diagnósticos e outras variáveis, além de subsidiar a definição de conteúdos de ensino e capacitação. Pelo fato de ainda não termos alcançado delineamento adequado para caracterizar estudos de frequência de diagnósticos em amostras específicas como estudos de prevalência propriamente ditos, eles serão designados de estudos de frequência de diagnósticos.

Analisamos os diagnósticos mais usuais no conjunto dos resultados de cinco estudos de frequência de diagnósticos de enfermagem em amostras de populações específicas. As amostras desses estudos somaram 284 pacientes: 30 internados por cardiopatia chagásica,¹⁷ 68 em tratamento

ambulatorial por dor crônica oncológica e 46 por não oncológica,²⁰ 40 em tratamento ambulatorial de diabetes,²¹ 40 internados para cirurgias corretivas de fissuras lábio-palatais²² e 60 mulheres internadas para tratamento clínico ou cirúrgico²³ (tabela 1). Em todos esses estudos foram identificados os diagnósticos de enfermagem com base em entrevista e exame físico dos participantes pelo pesquisador principal. Essas amostras são de pacientes característicos de enfermagem médico-cirúrgica na saúde do adulto.

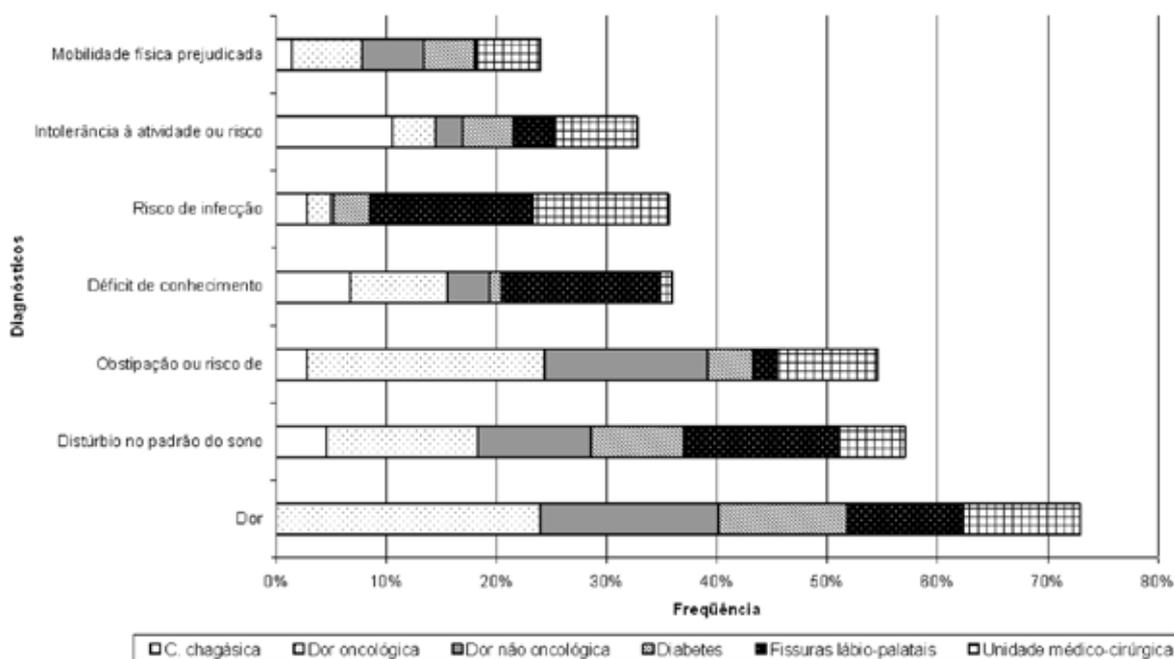
A figura 2 representa os sete diagnósticos mais usuais para o total das amostras (284 pacientes) e o quanto cada estudo contribuiu com a frequência total de cada diagnóstico. Os diferentes padrões em cada barra representam as contribuições das frequências de cada estudo. Dor teve a proporção maior, 70%, seguido do padrão de sono perturbado, presente em quase 60% e pela obstipação ou risco de obstipação em mais de 50%.

Esse resultado vai delineando os diagnósticos mais frequentes entre os pacientes de enfermagem médico-

Tabela 1. Características das amostras de cinco estudos de frequência de diagnósticos.

Estudo	N	Sexo	Idade	
1	Cardiopatia Chagásica ¹⁷	30	41%	30-59 anos (53%)
2	Dor crônica oncológica ²⁰	68	45%	57 anos (média)
	Dor crônica não oncológica ²⁰	46	67%	47 anos (média)
3	Diabetes ²¹	40	65%	40-60 anos (55%)
4	Fissuras Labio-pal. (pré e pós op.) ²²	40	52%	22 anos (média)
5	Unidade Médico-Cirúrgica ²³	60	100%	49 anos (média)

Figura 2. Diagnósticos mais frequentes em cinco estudos selecionados (N=284).



cirúrgica. A agregação de resultados de outros estudos de frequência de diagnósticos em outras amostras permitirá definir os focos clínicos de enfermagem mais comuns na enfermagem médico-cirúrgica. Essa definição auxilia na seleção de conteúdos prioritários para o ensino nessa área. Os diagnósticos que mais aparecem nas diferentes amostras, mas que não são compartilhados entre elas poderão direcionar a inclusão de conteúdos específicos de ensino quando se tratar de cada subárea da enfermagem médico-cirúrgica na saúde do adulto. Esse é só um exemplo que pode ser reproduzido em todas as outras áreas clínicas de enfermagem.

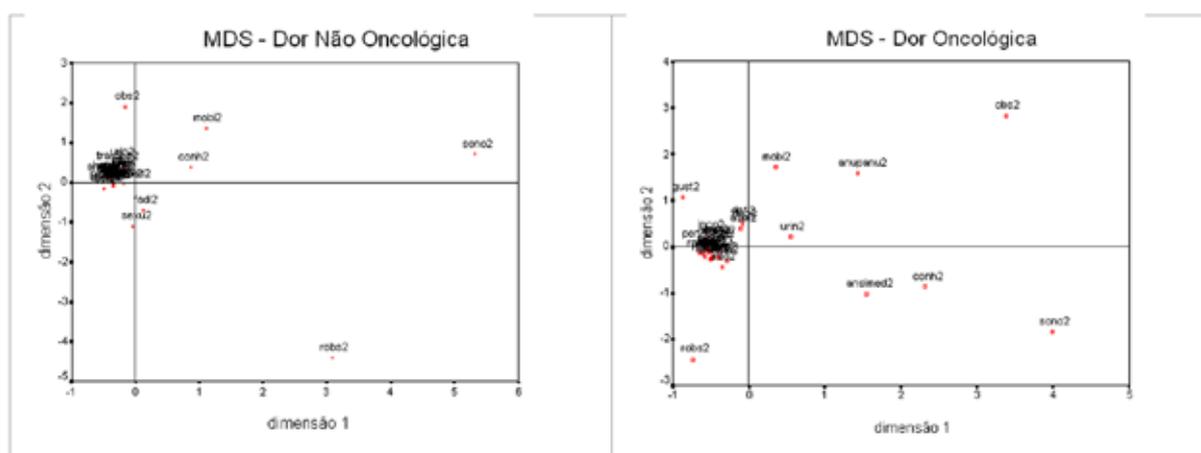
Nesses estudos de frequência observamos que a média de diagnósticos por paciente foi alta e que alguns diagnósticos pareciam configurar um padrão de ocorrência. No trabalho com pacientes com dor crônica, por exemplo, parecia haver um conjunto de diagnósticos que ficavam como se estivessem articulados uns aos outros em torno da resposta de dor. Daí surgiu o interesse de verificar se era possível encontrar um núcleo comum de diagnósticos nos pacientes com dor crônica, como uma síndrome de diagnósticos nessa situação. Desenvolvemos então um estudo para verificar se tal padrão de diagnósticos poderia ser configurado.²⁴

Nesse estudo, os 544 diagnósticos de 114 pacientes em tratamento ambulatorial de dor crônica (oncológica e não oncológica) primeiro foram analisados por escalonamento multidimensional. Segundo, pela etiologia da dor crônica (oncológica e não oncológica), o sexo dos pacientes, faixas de intensidade “habitual” da dor (1-4; 5-7; 8-10, em escala de 0 a 10, em que 0 é sem dor) e predomínio de descritores verbais (sensoriais ou afetivos, segundo o Questionário de dor McGill).²⁴ O escalonamento multidimensional é uma técnica estatística que produz mapas em que as variáveis (diagnósticos), distribuídas por meio de suas frequências num espaço multidimensional, são representadas por projeção em figuras planas. A figura 3 mostra os mapas obtidos para as frequências dos diagnósticos dos pacientes com dor crônica de origem oncológica e não oncológica.

Na figura 3 as imagens que mais parecem borrões representam a aglutinação de diagnósticos no espaço. A interpretação, para a finalidade do estudo em questão, foi de que os diagnósticos contidos nesses ‘borrões’ estavam mais associados à etiologia da dor crônica representada em cada mapa (oncológica ou não oncológica). Os diagnósticos que ficaram distantes desses aglutinamentos foram os diagnósticos que não eram específicos para os pacientes com dor oncológica ou não oncológica. Foram produzidos mapas segundo o sexo dos pacientes, a intensidade da dor e segundo a predominância de descritores verbais. Todos os mapas foram analisados um a um, observando-se que alguns diagnósticos ficaram sempre distantes do “aglutinamento”, não importando a etiologia e as outras características da dor (intensidade e predominância de descritores) e o sexo do paciente. Esses diagnósticos que permaneceram distantes foram considerados os possíveis componentes de uma síndrome da dor crônica. Foram eles: padrão de sono perturbado, mobilidade física prejudicada, ansiedade/medo, déficit de conhecimento, e obstipação / risco de obstipação. Os limites desse estudo repousam especialmente em possíveis vieses relativos à avaliação dos pacientes, que pode ter conduzido à omissão de diagnósticos presentes e ao caráter qualitativo da análise dos mapas.

A avaliação de todos os pacientes foi feita segundo roteiro publicado em outro artigo²⁵ e pela própria pesquisadora que também fez os julgamentos diagnósticos; a interpretação dos mapas do escalonamento multidimensional foi comparada a resultados de Análise de Cluster e a análise univariada de associação das frequências dos diagnósticos com as características já mencionadas da dor e com o sexo dos pacientes.²⁰ Estudos desse tipo são importantes, por exemplo, para o ensino sobre o cuidado ao doente com dor crônica. Admitindo-se que a resposta à dor é multifatorial na sua expressão, identificar as outras respostas que frequentemente ocorrem junto com ela informa decisões sobre as áreas a serem prioritariamente avaliadas na pessoa com dor crônica,

Figura 3. Mapas de Escalonamento Multidimensional (MDS) da frequência dos diagnósticos de pacientes com dor crônica oncológica e não oncológica²⁴.



auxilia na previsão de intervenções que podem ter impacto no alívio da dor e na observação dos resultados obtidos com essas intervenções.

Outra questão que surgiu dos trabalhos de frequência de diagnósticos foi a da acurácia dos diagnósticos. Observa-se que diante dos mesmos dados, diferentes enfermeiros às vezes enunciam diferentes diagnósticos. Esse é um problema inerente a qualquer diagnóstico clínico.

Na enfermagem, em função do estágio de desenvolvimento da classificação, esse é um problema relevante na prática clínica e que também influencia a credibilidade dos estudos de frequência de diagnósticos.

Identificamos na literatura um instrumento desenvolvido para avaliar a acurácia de diagnósticos e resolvemos verificar se ele era adequado para estimar a acurácia de diagnósticos formulados a partir de dados escritos de avaliação do paciente. Esse instrumento foi desenvolvido por Lunney,²⁶ como parte de um método para ser aplicado à beira de leito, pelo qual os diagnósticos formulados por uma enfermeira são pontuados quanto a acurácia por um avaliador que também examina o paciente.

O método prevê uma escala de sete níveis de acordo com a consistência entre os dados de avaliação e o diagnóstico formulado. O conceito de acurácia em que o método se fundamenta é de que a acurácia é um *continuum* representado pelo grau com que o diagnóstico é coerente com as pistas existentes na situação. O escore mais alto (+5) é aplicado quando os dados presentes são suficientes para a afirmação diagnóstica. O escore mais baixo (-1) é aplicado quando há dados que rejeitam o diagnóstico enunciado. O interessante desse método é o reconhecimento e a operacionalização da idéia de que a acurácia é um *continuum*, não uma variável dicotômica, pois isso reflete muito bem o que se encontra na prática clínica.

No nosso estudo, o interesse era verificar se esse instrumento poderia ser aplicado por um avaliador que, de posse dos registros de exame físico e entrevista, julgasse a acurácia dos diagnósticos formulados pelo enfermeiro que fez e registrou a avaliação do paciente. A escala foi adaptada para a língua portuguesa (tabela 2) e quatro enfermeiras, treinadas para seu uso, aplicaram-na a 159 diagnósticos formulados para 26 pacientes de três estudos primários de frequência de diagnósticos.²¹⁻²³ Cada enfermeira recebeu o histórico preenchido e a lista dos diagnósticos formulados para o paciente. A baixa concordância entre os pares de avaliadores levou à conclusão de que esse método, criado para avaliar a acurácia à beira do leito, não se aplica quando se trata de registros.²⁷ As análises sugeriram que uma das possíveis razões para o resultado inesperado são as descrições dos critérios da escala. Uma escala de acurácia de diagnósticos para dados escritos pode ser instrumento importante para, entre outras finalidades, refinar as pesquisas de frequência de diagnósticos. Incluir na metodologia de tais estudos procedimento capaz de aferir, de forma padronizada, a acurácia dos diagnósticos identificados pode aumentar a confiabilidade e a validade de seus resultados. Diante desse entendimento e dos resultados que indicaram que a escala de Lunney adaptada para o português não foi válida para dados escritos, iniciou-se outro estudo para, com base no conceito de acurácia de Lunney,²⁸ desenvolver uma escala de acurácia para dados escritos cujos resultados preliminares são animadores.²⁹

É importante enfatizar que ainda não há estudo que tenha testado o método e a escala de acurácia de Lunney²⁶ no Brasil em situações para as quais ela foi originalmente criada; isto é, situações em que a escala é aplicada no cenário do cuidado.

A acurácia dos diagnósticos formulados para os pacientes

Tabela 2. Escala de Acurácia de Diagnósticos de Lunney adaptada para português²⁸.

Score	Critério
5	O diagnóstico é consistente com todas as pistas, suportado por pistas altamente relevantes e preciso.
4	O diagnóstico é consistente com a maioria ou todas as pistas e suportado por pistas relevantes, mas falha em refletir uma ou poucas pistas relevantes.
3	O diagnóstico é consistente com muitas das pistas, mas falha em refletir a especificidade de pistas disponíveis.
2	O diagnóstico é indicado por algumas das pistas, mas as pistas relevantes são insuficientes para o diagnóstico e/ou o diagnóstico tem prioridade menor que outros diagnósticos.
1	O diagnóstico é somente sugerido por uma ou poucas pistas.
0	O diagnóstico não é indicado por nenhuma pista. / Nenhum diagnóstico é afirmado quando há pistas suficientes para afirmar um diagnóstico. O diagnóstico não pode ser pontuado.
-1	O diagnóstico é indicado por mais de uma pista mas deveria ser rejeitado com base na presença de pelo menos duas pistas que o desconfirmam.

não depende exclusivamente do raciocínio diagnóstico, mas também do grau de refinamento do próprio diagnóstico. Os estudos de refinamento dos diagnósticos são importantes para aumentar a utilidade clínica dos mesmos.

Uma das tensões no trabalho com os diagnósticos é que eles estão em estágios iniciais de desenvolvimento. O ideal seria refiná-los para depois utilizá-los. Mas não há como refiná-los sem o uso clínico. Os diagnósticos são incluídos na classificação da NANDA-I quando estão suficientemente claros, segundo alguns critérios, para serem testados clinicamente. O desejável seria que tivéssemos para cada diagnóstico um conjunto altamente preciso das características que o definissem. Isso provavelmente não será alcançado, mas os estudos de validação servem ao propósito de identificar as características mais relevantes para cada diagnóstico em diferentes populações e situações.

É necessário ter-se sempre em mente que os diagnósticos são conceitos que necessitam de clarificação, análise e desenvolvimento contínuos. Os estudos de refinamento se prestam a esse propósito e podem requerer métodos qualitativos ou quantitativos a depender da pergunta de pesquisa.³⁰ São comumente chamados de estudos de validação de diagnósticos. Esses estudos pretendem informar o grau com que um grupo de características definidoras descreve uma realidade que pode ser observada na interação cliente-ambiente em duas perspectivas: o grau com que cada característica representa o diagnóstico em questão é a “validade interna” e o grau com que cada característica pode ser usada para diagnosticar a condição em diferentes grupos é a “validade externa”.⁵

Três estratégias básicas podem ser utilizadas para os estudos de validação. Em uma delas especialistas opinam sobre a importância de cada característica para o diagnóstico em estudo (validação por especialistas). Em outra, se observa o comportamento de cada característica em pessoas com o diagnóstico, e na terceira, comparam-se as características definidoras entre pessoas com e sem o diagnóstico.

A base para qualquer estratégia usada são os estudos de análise de conceito, geralmente de caráter qualitativo.³⁰ Os estudos de análise de conceito têm a finalidade de ajustar as definições para cada diagnóstico e também de articulá-los às perspectivas teóricas que os originam.

Estudo de validação do diagnóstico de dor teve como orientação a pergunta: “Quais são as características definidoras da dor aguda no pós-operatório de cirurgia cardíaca?” Trinta e uma características selecionadas de um grupo maior de características identificadas na literatura foram definidas operacionalmente e pesquisadas em 80 pacientes adultos em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Desse total, 40 pacientes tinham dor e 40 não.³¹ As frequências ou magnitudes das características definidoras foram comparadas entre os dois grupos. O grupo de pacientes com dor teve maior frequência ou magnitude das características: desconforto, expressão facial de dor, postura não usual, comportamento protetor, imobilidade, irritabilidade, inquietação, diminuição na ingestão de alimentos, alteração do sono, ansiedade, medo da dor, afastamento do contato social, prejuízo nos processos

de pensamento, elevação da pressão arterial, alteração no padrão respiratório, aumento da frequência cardíaca.³¹ Essas características indicam maior validade interna desse diagnóstico entre os pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Em outro estudo semelhante foi focalizado o diagnóstico de débito cardíaco diminuído.³² Da mesma forma que no anterior,³² características definidoras foram comparadas entre pacientes com índice cardíaco baixo e com índice cardíaco normal estimado por termodiluição. Duas características foram mais frequentes no grupo com índice cardíaco baixo: pulso periférico filiforme e diminuição da perfusão periférica. Esse resultado confirma que, entre as várias características definidoras de débito cardíaco diminuído, essas duas avaliações são fundamentais no pós-operatório de cirurgia cardíaca quando se pensa em acompanhar o débito cardíaco desses pacientes.

Muitos desafios se colocam para o aprimoramento dos métodos nos estudos de validação. Uma delas é a necessidade de estudos com análises multivariadas que permitam ajustar as interações entre as características estudadas.

Estudos de desenvolvimento de conceitos são necessários para todos os diagnósticos e especialmente muito adequados para os diagnósticos de natureza psicossocial porque permitem o desenvolvimento de instrumentos para avaliar diagnósticos específicos em diferentes populações. Resultados desses estudos podem ser integrados, não só para melhorar as definições dos diagnósticos, mas também para apoiar os estudos clínicos de validação. Os estudos de análise de conceito são bases para desenvolver instrumentos padronizados de medidas para uso na clínica e na pesquisa. Nessa linha, foi realizado um estudo metodológico com a finalidade de desenvolver um instrumento para avaliar o diagnóstico de sentimento de impotência.³³ O conceito de sentimento de impotência foi analisado e optou-se pelo modelo de impotência de White e Roberts³⁴ para orientar o desenvolvimento de itens. No final, obteve-se uma escala com 12 itens em três domínios: percepção do paciente sobre sua capacidade de realizar comportamentos, percepção do paciente sobre sua capacidade de decidir e resposta emocional à percepção de controle das situações. O instrumento desenvolvido apresentou estimativas adequadas de validade e confiabilidade e está sendo aplicado a outras amostras de pacientes adultos para refinamento. Após a padronização dos escores ele poderá ser utilizado em estudos de validação clínica desse diagnóstico.³³

Outro campo de estudos é sobre o raciocínio clínico e o uso de classificações. Um importante pressuposto nessa área é que dispor de uma classificação significa dispor de um universo de possibilidades para as decisões diagnósticas o que, por sua vez, auxilia na interpretação dos dados de avaliação dos pacientes.

Num estudo pautado nesse pressuposto o interesse

era saber se a introdução de conteúdo de ensino sobre a classificação de diagnósticos da NANDA-I melhorava o desempenho de alunos de graduação no processamento das informações de avaliação de pacientes.³⁵ Trinta e sete de 67 alunos que estavam ingressando no quarto ano da graduação em 1994 e que não tinham conhecimento prévio sobre diagnósticos de enfermagem participaram do estudo. Os 37 alunos foram divididos em grupo experimental e grupo controle, sendo que o experimental foi submetido a um programa de ensino de 20 horas sobre diagnóstico de enfermagem. Todos foram avaliados antes e após o programa de ensino para o grupo experimental nas atividades de:

- a) identificar dados relevantes;
- b) agrupar esses dados; e
- c) denominar os agrupamentos feitos a partir de estudos de caso escritos.

Essas três atividades correspondem à estrutura genérica do raciocínio diagnóstico segundo Gordon.⁵ Os resultados de comparação inter e intragrupos mostraram que os dois grupos tiveram desempenho semelhante antes do programa. Após, o grupo experimental teve melhores escores que o controle, melhorando o desempenho após o curso, enquanto o grupo controle não obteve melhoras. Esses resultados sugerem que a introdução da classificação de diagnósticos de enfermagem no ensino auxilia o processamento de informações clínicas por alunos de graduação.³⁵

Em outro estudo, o interesse foi verificar se um programa educacional sobre pensamento crítico e raciocínio clínico melhorava a acurácia dos diagnósticos formulados por enfermeiras.³⁶ As respostas de 39 enfermeiras a estudos de casos escritos padronizados antes a após um curso de 20 horas sobre raciocínio clínico e pensamento crítico foram comparadas. Das 39 enfermeiras, dez tinham experiência prévia com o uso de diagnósticos e 29 não. Os resultados mostraram que, antes do curso, as enfermeiras com experiência tiveram melhor desempenho – fizeram diagnósticos mais acurados – que as enfermeiras sem experiência, e essa diferença deixou de existir após o curso.³⁶ Esse resultado sugere que a apresentação formal de conteúdo sobre raciocínio clínico e pensamento crítico pode ser estratégia válida para melhorar o desempenho na formulação de diagnósticos em termos de acurácia.

É razoável admitir-se que o uso de classificações causa impactos nos sistemas de assistência como, por exemplo, nos processos de trabalho, nos sistemas de documentação, nas necessidades de pessoal e na qualidade do cuidado. Causa

impactos, ainda desconhecidos, sobre as atitudes e raciocínio clínico do profissional, assim como na organização e avaliação do ensino. O impacto das classificações de enfermagem é um campo praticamente inexplorado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na enfermagem, as classificações têm a função de separar, codificar e ordenar os fenômenos de interesse para a disciplina e profissão. Há várias críticas às classificações e as mais contundentes referem-se ao reducionismo e ao possível engessamento da prática. Realmente não há como se denominarem os fenômenos de interesse para a disciplina sem se exercer algum reducionismo, mas o que não é denominado tende a ser invisível e impossível de ser objeto de discussões e desenvolvimento. O reducionismo que qualquer sistema de linguagem apresenta é, portanto, no que se refere às classificações de enfermagem, necessário para desenvolver o conhecimento sobre a enfermagem clínica.

O engessamento da prática de enfermagem é um risco que o uso de classificações oferece. Porém, se as enfermeiras forem capazes de ajustar o significado das classificações como um mapa de território da enfermagem, serão capazes também de usá-las apenas como mapas – referências – para “pensar a enfermagem” do paciente. Caberá também a nós, enfermeiras, nas atividades de pesquisa, refinar a classificação e seus conteúdos.

Contrapõem-se ao inevitável reducionismo e ao risco de engessamento da prática as possibilidades de visibilidade e comparabilidade dos cuidados de enfermagem tanto do ponto de vista gerencial, como do ponto de vista da pesquisa e do ensino.

Provavelmente o uso responsável de classificações na clínica de enfermagem tem efeitos positivos nas representações mentais que as enfermeiras vão construindo sobre as contribuições do cuidado de enfermagem à saúde e qualidade de vida das pessoas. É possível que nessa trajetória haja maior reconhecimento, pelas próprias enfermeiras, do legítimo papel clínico que podem desempenhar, com conseqüente aumento da percepção do poder que têm para influenciar a saúde das populações junto com os outros profissionais da área da saúde.

Diante das tensões geradas pelos confrontos entre o ideal e o real, entre o desejável e o possível, entre as críticas, que por vezes paralisam, e as possibilidades, que convidam ao avanço, fica aqui o convite para enfrentá-las. É ao enfrentar as tensões que surgem as contribuições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOWKER, G. C.; STAR, S.L. *Sorting things out: classification and its consequences*. Cambridge, MA: The MIT Press, 2000.
2. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. ICNP® Version 1 - International Classification For Nursing Practice. Geneva (Switzerland): ICN - International Council of Nurses, 2005.
3. AMARAL, M. B. Padrões de registro e transmissão de dados em saúde. In: MASSAD, E., MARIN, H. F., AZEVEDO, R.S.; editores. *O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico*. São Paulo: OPAS/OMS, 2003. p. 47-62.
4. INGENERF, J. *Taxonomic vocabularies in medicine: the intention of usage determines different established structures*. Medinfo 1995. 8(Pt1):136-9.
5. GORDON, M. *Nursing diagnosis: process and application*. 3rd ed. Saint Louis: Mosby, 1994.
6. ABDELLAH, F. G. *Patient centered approaches to nursing*. New York: MacMillan, 1960.
7. HENDERSON, V. *The nature of nursing*. New York: Macmillan, 1966.
8. GEBBIE, K. M.; LAVIN, M. A. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the first national conference, 1973 Oct 1-5; Saint Louis, MO*. Saint Louis: Mosby, 1975.
9. MCCLOSKEY, J. C.; BULECHEK, G. M. *Nursing interventions classification (NIC)*. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 2000.
10. MOORHEAD, S.; JOHNSON, M. *Maas M. Nursing outcomes classification*. St Louis: Mosby, 2004.
11. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - INTERNATIONAL. *NURSING DIAGNOSES: DEFINITIONS AND CLASSIFICATION 2003-2004*. Philadelphia: NANDA - I, 2003.
12. MARTIN, K. S.; SHEET, N.J. *The Omaha system: applications for community health nursing*. Philadelphia: Saunders, 1992.
13. SABA, V. Nursing classifications: Home Health Care Classification System (HHCC): an overview. In: *Online J Issues Nurs* [periódico na internet]. 2002 Aug, 7(3):[aproximadamente 23 p.]. Disponível em <http://nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_7.htm>. Acesso em: 18 abr. 2006.
14. HORTA, W. A. *O processo de enfermagem*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.
15. SIMÕES, C. I. *Contribuição ao estudo da terminologia básica de enfermagem no Brasil: taxionomia e conceituação*. Dissertação. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1980.
16. _____. *Vocabulário técnico-científico de enfermagem*. Bauru (SP): Cedas, 1990.
17. CRUZ, D. A. L. *Diagnósticos de enfermagem e padrões funcionais de saúde alterados de pacientes internados por cardiopatia chagásica crônica*. Dissertação. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1989.
18. FARIAS, J. N., NÓBREGA, M. M. L., PÉREZ, V. L. A. B.; COLER, M. S. *Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática*. João Pessoa, PB: Santa Marta, 1990.
19. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSES CLASSIFICATION - International -. *Nursing diagnoses: definitions and classification 2007-2008*. Philadelphia: NANDA - International, 2007.
20. CRUZ, D. A.L. M. *Dor crônica: categoria diagnóstica ou síndrome?* Tese. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1998.
21. AZEVEDO, S. L. *Diagnósticos de enfermagem como orientadores do cuidado de pacientes com diabetes mellitus*. Dissertação. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.
22. FONTES, C. M. B. *Fissuras lábio-palatais: diagnósticos de enfermagem no pré e pós-operatório*. Dissertação. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.
23. VOLPATO, M. P. *Diagnóstico de enfermagem em clientes internadas em unidade médico-cirúrgica*. Dissertação. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.
24. CRUZ, D. A.L., PIMENTA, C. M. *Chronic pain: nursing diagnosis or syndrome?* Nurs Diag 2001,12(4):117-121.
25. _____. *Avaliação do doente com dor crônica em consulta de enfermagem: proposta de instrumento segundo diagnósticos de enfermagem*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 1999, 7(3):49-62.
26. LUNNEY, M. Measurement of accuracy of nursing diagnoses. In: CARROLL-JOHNSON, R. M., PAQUETTE, M., editors. *Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the tenth conference*. 1994 Apr 25-29, San Diego, CA. Saint Louis: Lippincott, 1994. p. 281-4.

27. CRUZ, D. A.L.M., FONTES, C. M. B., VOLPATO, M. P., LOPES, S.A.; GUEDES, E. S. Lunney Scoring Method Applied to written nursing assessment data. In: *A book of abstracts NANDA, NIC, NOC: working together for quality nursing care: striving toward harmonization*, 2004 March 24-27, Chicago: NANDA - I, 2004. p. 29.
28. LUNNEY, M. *Accuracy of nursing diagnoses: concept development*. Nurs Diag 1990, 1(1):12-17.
29. MATOS, F.G.O.A. *Construção de instrumento para a avaliação da acurácia diagnóstica*. Dissertação. São Paulo: Universidade de São Paulo,; 2006.
30. RODGERS, B. L. & KNAFL, K.A. *Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 2000.
31. CORRÊA, C. G.; CRUZ, D.A.L.M. *Pain: clinical validation with postoperative heart surgery patients*. Nurs Diag 2000,;11(1):5-14.
32. OLIVA, AP.V.; CRUZ, D.A.L.M. *Decreased cardiac output: validation with postoperative heart surgery patients*. Dim Crit Care Nurs 2003, 22(1):39-44.
33. BRAGA, C. G. *Construção e validação de um instrumento para avaliação do "Sentimento de Impotência"*. Tese. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.
34. WHITE, B. S.; ROBERTS, S.L. *Powerlessness and the pulmonary alveolar edema patient*. Dim Crit Care Nurs 1993,12(3):127-137.
35. CRUZ, D.A.L.M.; ARCURI, E.A.M. *The influence of nursing diagnosis in information processing by undergraduate students*. Nurs Diag 1998, 9(3):93-100.
36. PIMENTA, C.A.M., CRUZ, D.A.L.M., MOTA, D.C.F.; KURITA, G.P. Effects of a clinical reasoning course on the accuracy of nursing diagnoses. In: *A book of abstracts NANDA, NIC, NOC: working together for quality nursing care: striving toward harmonization*, 2004 March 24-27; Chicago: NANDA - I; 2004. p. 81.