



ORIGINALES

Avaliação da acurácia dos diagnósticos de enfermagem em um hospital universitário

Evaluación de la exactitud del diagnóstico de enfermería en un hospital universitario
Evaluation of nursing diagnoses accuracy in a university hospital

Thaís Vanessa Bugs¹

Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos²

João Lucas Campos de Oliveira³

Débora Cristina Ignácio Alves⁴

¹Residente de Enfermagem do Programa de Residência em Enfermagem na Especialidade de Gerenciamento de Clínica Médica e Cirúrgica. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil.

²Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora adjunta da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Cascavel, Paraná, Brasil.

³Enfermeiro. Doutorando da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente colaborador da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brasil.

⁴Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora adjunta da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Cascavel, Paraná, Brasil.

Email: thaisvbugs@yahoo.com.br

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.296021>

Submissão: 2/06/2017

Aprovação: 9/11/2017

RESUMO:

O estudo **objetivou** avaliar o grau de acurácia dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em um hospital universitário. Trata-se de uma pesquisa documental, transversal, retrospectiva com análise quantitativa. Os dados foram coletados de prontuários de pacientes internados no setor de neurologia de um hospital de ensino da região oeste do Paraná, Brasil. Foram avaliados 292 prontuários, após a análise dos critérios de inclusão e exclusão, 12 (4,1%) fizeram parte do estudo. Foram identificados 19 diagnósticos de enfermagem, documentados 94 vezes. A avaliação da acurácia dos diagnósticos de enfermagem foi feita por meio EADE-2. A maioria dos diagnósticos de enfermagem (n=88; 93,6%) foi avaliada como sendo altamente acurada. O grau de acurácia mais frequente foi 13,5 (n=87; 92,6%) e a média do grau de acurácia foi 12,9, com variação de 2 a 13,5. **Conclui-se** que os diagnósticos de enfermagem analisados foram altamente acurados, porém é notória a carência na realização do processo de enfermagem na instituição pesquisada.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; Processos de Enfermagem; Hospitais de ensino.

RESUMEN:

El **objetivo** de este estudio fue evaluar el grado de precisión de los diagnósticos de enfermería de pacientes ingresados en un hospital universitario. Es una investigación documental, transversal, retrospectiva con análisis cuantitativo. Los datos fueron recogidos a partir de los registros médicos de pacientes hospitalizados en el servicio de neurología de un hospital universitario en la región oeste del estado de Paraná, Brasil. Se evaluaron 292 historias clínicas, tras el análisis de los criterios de inclusión y exclusión, 12 (4,1%) fueron parte del estudio. Se identificaron 19 diagnósticos de enfermería, documentado 94 veces. La evaluación de la exactitud del diagnóstico de enfermería se realizó a través de EADE-2. La mayoría de los diagnósticos de enfermería (n=88; 93,6%) fue evaluada como muy precisa. El grado de precisión más frecuente fue de 13,5 (n=87; 92,6%) y el grado de precisión promedio fue de 12,9, con una variación de 2 a 13,5. **Se concluye** que los diagnósticos de enfermería son muy precisos, pero es notoria la carencia en la aplicación del proceso de enfermería en la institución investigada.

Palabras claves: Diagnóstico de Enfermería; Procesos de Enfermería; Hospitales de Enseñanza.

ABSTRACT:

The study **aimed** to evaluate the degree of accuracy of the nursing diagnoses of patients hospitalized in a university hospital. This is a documentary, cross-sectional and retrospective research with quantitative analysis. Data were collected from records of patients hospitalized in the neurology sector of a teaching hospital in the western region of Paraná, Brazil. 292 patients' records were evaluated and after the analyses of inclusion and exclusion criteria, 12 (4.1%) were part of the study. Nineteen nursing diagnoses were identified, documented 94 times. The evaluation of the accuracy of the nursing diagnoses was done using EADE-2. Most of nursing diagnoses (n = 88, 93.6%) were evaluated as highly accurate. The most frequent degree of accuracy was 13.5 (n = 87; 92.6%) and the mean accuracy was 12.9, with a variation from 2 to 13.5. **It is concluded** that the nursing diagnoses analyzed were highly accurate, but it's notorious the lack of nursing process at the institution studied.

Key Words: Nursing Diagnosis; Nursing Process; Teaching Hospitals.

INTRODUÇÃO

Por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é possível realizar o Processo de Enfermagem (PE) na prática clínica do enfermeiro. O PE consiste em um método de trabalho sistemático que norteia o cuidado profissional de enfermagem, sendo constituído por cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem^(1,2).

Para ser efetivo na sua implantação, o PE deve ser estruturado com base em uma teoria de enfermagem, sendo imprescindível a utilização de um arcabouço científico para que a teoria e os conceitos sejam propagados na prática clínica de enfermagem⁽³⁾. Nestes termos, a realização do PE confere maior segurança à assistência ofertada aos usuários, origina ações com maior qualidade e promove autonomia aos profissionais de enfermagem, conciliando conhecimentos técnicos-científicos e humanos do profissional enfermeiro na assistência prestada⁽³⁾.

A aplicação de uma metodologia de trabalho desenvolve no profissional a aptidão para o planejamento de suas atividades e para o gerenciamento do cuidado, proporcionando maior clareza de suas ações⁽⁴⁾.

A identificação dos diagnósticos de enfermagem (DEs) é realizada na segunda fase do PE e é caracterizada como a interpretação clínica das respostas dos usuários aos problemas de saúde atuais ou potenciais. Com base nos DEs elencados, é realizada a seleção das intervenções de enfermagem (IEs) para alcançar os resultados desejados pelos quais o enfermeiro é o responsável⁽⁵⁾.

A realização do PE pelo enfermeiro favorece a comunicação entre a equipe de enfermagem e a comunicação com a equipe multiprofissional, provendo elementos que contribuem para o aumento da qualidade do atendimento de saúde⁽⁶⁾.

A comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem ocorre por meio de linguagens padronizadas que visam: promover melhorias na qualidade da assistência prestada, facilitar a documentação dos DE e das IE propostas, e avaliar a eficácia dos mesmos no cuidado aos usuários⁽⁷⁾.

O desenvolvimento do conhecimento de enfermagem tem indicado que as respostas das pessoas aos processos de vida e aos problemas de saúde podem naturalmente ser mal interpretadas, porque avaliar as reações de indivíduos é uma tarefa complexa⁽⁸⁾. As interpretações que os enfermeiros realizam frente às respostas dos indivíduos são subjetivas, o que pode favorecer a identificação de DEs menos acurados⁽⁹⁾.

Em termos de definição, um diagnóstico é considerado altamente acurado quando o mesmo reflete as reais características do paciente avaliado⁽¹⁰⁾. A acurácia dos DE é avaliada com base no conjunto de dados clínicos do paciente. Ter habilidade de raciocínio diagnóstico na formulação dos DEs é importante para promover o enunciamento de DEs com maiores graus de acurácia⁽¹¹⁾.

É importante destacar que a acurácia de um DE é uma propriedade contínua, o que confere a possibilidade ao DE de ser mais ou menos acurado⁽¹²⁾.

A preocupação com a acurácia dos DEs elencados é recente. De forma geral, no seu cotidiano de trabalho os enfermeiros acabam explorando superficialmente as manifestações clínicas que indicam DEs ou valorizando indícios que não correspondem às reais necessidades do paciente⁽¹²⁾.

Com base em interpretações clínicas acuradas é possível prescrever cuidados de enfermagem adequados que favoreçam a obtenção de resultados desejáveis. No entanto, quando são elencados diagnósticos pouco acurados pode haver negligência no cuidado prestado ao paciente, podendo acarretar em danos assistenciais⁽⁸⁾.

Diante desse contexto, conhecer o grau de acurácia dos DEs enunciados é importante para auxiliar na avaliação do raciocínio diagnóstico dos enfermeiros que atuam na instituição estudada. Para tanto, o objetivo do estudo foi avaliar o grau de acurácia dos DEs dos pacientes internados em um hospital universitário.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, transversal, retrospectiva, com análise quantitativa dos dados. O presente estudo faz parte de um estudo maior intitulado Sistematização da assistência de enfermagem: implantação na prática clínica de um hospital escola⁽¹³⁾. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, CAAE: 19704613.1.0000.0107, parecer nº 1.025.721, de 16 de abril de 2015.

O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário do interior do Paraná, região sul do Brasil, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo diversas especialidades. Possui 210 leitos, englobando leitos de internamentos, ambulatórios de especialidades, Centro Cirúrgico (CC), Centro Obstétrico (CO), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, UTI Pediátrica, UTI Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário (UCI) e Pronto Socorro (PS).

Os dados foram coletados de prontuários de pacientes internados no setor de neurologia, que contém 12 leitos, tanto clínicos quanto cirúrgicos. Justifica-se a seleção do referido setor por ser um dos únicos setores de internação não crítico que

realizava o PE no prontuário eletrônico do paciente (PEP) no período em que o estudo foi desenvolvido.

Foram avaliados todos os prontuários de pacientes neurológicos internados no referido setor no período de 01/01/2014 a 31/12/2014. Optou-se por esse período de estudo por ser o último ano em que o PE foi realizado no setor, visto que a instituição em questão vem passando por um processo de readequação tecnológica do PE.

Os critérios de inclusão dos prontuários no estudo foram:

- 1) Ser de pacientes neurológicos, clínicos ou cirúrgicos, hospitalizados na unidade de internação não crítica;
- 2) Ser de pacientes internados no período de 01/01/2014 a 31/12/2014.

Os critérios de exclusão dos prontuários no estudo foram:

- 3) Ser de pacientes com idade inferior a 12 anos;
- 4) Não ter registro de DEs decorrente da avaliação do paciente;
- 5) Não ter autorização dos enfermeiros que realizaram os registros dos DEs que seriam avaliados, visto que todos os enfermeiros que trabalhavam no setor no período estipulado para a realização do estudo foram consultados sobre o interesse de participar da pesquisa, autorizando a análise dos DEs registrados nos prontuários por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Convencionou-se que seria avaliado o primeiro registro de DE contido nos prontuários, independente do tempo transcorrido na internação do paciente. Neste aspecto a avaliação da acurácia dos DEs foi feita por meio do instrumento intitulado: Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem – Versão 2 (EADE-2), evidenciada no Quadro 1.

A EADE-2 foi criada para avaliar o grau com que uma declaração diagnóstica é sustentada pelo conjunto de dados clínicos do paciente⁽¹²⁾. Para determinar o grau de acurácia diagnóstica por meio da EADE-2, cada DE elencado pelo enfermeiro deve ser avaliado individualmente com base no conjunto de “pistas” contido nos registros da anamnese e do exame físico do paciente⁽¹²⁾.

A acurácia dos DEs medida pela EADE-2 pode ser considerada uma variável quantitativa ou qualitativa. Para usar a variável como quantitativa, considera-se o escore geral de 0 (zero) a 13,5 indicado como “grau de acurácia” e para usar a variável como qualitativa, considera-se as quatro “categorias de acurácia”⁽¹²⁾.

Quadro 1 - Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem-Versão 2 (EADE-2).

Diagnósticos de Enfermagem (DEs)*	Item 1		Item 2		Item 3		Item 4		Item 5		Grau de acurácia	Categoria de acurácia
	Há pistas? **		Relevância (pista x DE)		Especificidade e (pista x DE)		Coerência (pista x DE x conjunto dos dados)		Você manteria esse DE?			
	Sim (1)	Não (0)	A/M (1)	B (0)	A/M (3,5)	B (0)	A/M (8)	B (0)	Sim	Não		

Legenda: A: Alta; M: Moderada; B: Baixa; N: Nula.

*Inserir número de linhas igual ao número de DEs a serem avaliados pela EADE.

**Quando a resposta for não, não preencher as demais células PARA O DE.

- **pistas:** Manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios ou sinais e sintomas do DE que esta sendo avaliado.
- **relevância da pista:** Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) necessária (s) para indicar o DE que esta sendo avaliado.
- **especificidade da pista:** Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) característica (s) do DE que esta sendo avaliado.
- **coerência da pista:** Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) consistente (s) com o DE que esta sendo avaliado e com o conjunto das informações disponíveis.

Fonte: MATOS, CRUZ, 2013.

Para aplicar a EADE-2, cada diagnóstico deve ser inserido na primeira coluna da escala denominada “diagnósticos de enfermagem” e deve ser avaliado se há alguma pista que indique o DE em avaliação (item 1: pontua 1 ou 0); se a pista existente é relevante para indicar o DE (item 2: pontua 1 ou 0), se a pista existente é específica para indicar o DE (item 3: pontua 3,5 ou 0) e se a pista existente é coerente com o DE elencado e com o conjunto de dados clínicos do paciente (item 4: pontua 8 ou 0). Após essas quatro avaliações o pesquisador pode julgar se é pertinente ou não manter o DE elencado pelo enfermeiro (item de caráter reflexivo, não pontuável); essa aplicação da EADE-2 ocorreu individualmente pelo pesquisador.

Na sequência, é feito a somatória dos escores de cada avaliação, obtendo-se um escore final que indica o grau de acurácia e a respectiva categoria de acurácia (0: acurácia nula; 1: acurácia baixa; 2, 4,5 e 5,5: acurácia moderada; e 9, 10, 12,5 e 13,5: alta acurácia).

No presente estudo a aplicação da EADE-2 foi feita concomitantemente por duas pesquisadoras, que por consenso, indicaram os valores de cada item avaliado.

A análise da acurácia dos DEs em estudo foi realizada no período de abril a julho de 2016. Os dados foram lançados em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Office Excel, versão 2010. Após isso, procedeu-se análise descritiva dos dados em medidas de proporção.

RESULTADOS

Após a avaliação dos critérios de exclusão, dos 292 (100%) prontuários analisados, apenas 12 (4,1%) fizeram parte da amostra de estudo.

Com relação aos pacientes que tiveram seus registros de DEs avaliados, oito eram do sexo masculino (n=8; 60%); tinham idade média de 42,6 anos com variação de 15 a

66 anos; o traumatismo cranioencefálico (TCE) foi a causa do agravo neurológico mais frequente (n=7; 58,3%); o tempo médio entre a internação e o primeiro registro de DE (pistas e diagnósticos) no PEP foi oito dias com variação de um a 45 dias.

Ao analisar os prontuários dos pacientes neurológicos foi possível identificar 19 (100%) rótulos diagnósticos, que foram enunciados 94 vezes. A média de DEs por paciente foi 7,8 DEs, com mínimo de três DEs e máximo de doze DEs.

A Tabela 1 mostra os rótulos diagnósticos identificados no estudo, com suas respectivas frequências.

Tabela 1 - Diagnósticos de enfermagem de pacientes neurológicos internados em um hospital universitário (N=19). Cascavel-PR, 2016

Diagnósticos de Enfermagem	Frequência	
	N	%
1. Mobilidade no leito prejudicada	11	11,8
2. Déficit no autocuidado para banho/higiene	11	11,8
3. Déficit no autocuidado para alimentação	10	10,6
4. Mobilidade física prejudicada	10	10,6
5. Integridade da pele prejudicada	9	9,6
6. Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	8	8,5
7. Risco de aspiração	7	7,4
8. Desobstrução ineficaz de vias aéreas	6	6,4
9. Risco de integridade da pele prejudicada	6	6,4
10. Padrão respiratório ineficaz	5	5,3
11. Constipação	2	2,1
12. Termorregulação ineficaz	2	2,1
13. Comunicação verbal prejudicada	1	1,1
14. Confusão aguda	1	1,1
15. Proteção ineficaz	1	1,1
16. Retenção urinária	1	1,1
17. Risco de síndrome do desuso	1	1,1
18. Trocas gasosas prejudicadas	1	1,1
19. Dor aguda	1	1,1
Total	94	100

A Tabela 2 mostra o grau de acurácia de cada DE identificado no estudo, com suas respectivas frequências.

Tabela 2 - Acurácia dos rótulos diagnósticos identificados em pacientes neurológicos, hospitalizados em um hospital escola (N=94). Cascavel-PR, 2016

Rótulos diagnósticos	Categoria de Acurácia			
	Alta		Moderada	
	N	%	N	%
Mobilidade no leito prejudicada	11	100	-	-
Déficit no autocuidado para alimentação	10	100	-	-
Mobilidade física prejudicada	10	100	-	-
Integridade da pele prejudicada	9	100	-	-
Déficit no autocuidado para banho/higiene	8	72,7	3	27,3
Risco de aspiração	7	100	-	-
Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	6	75	2	25
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	6	100	-	-
Risco de integridade da pele prejudicada	6	100	-	-

Padrão respiratório ineficaz	5	100	-	-
Constipação	2	100	-	-
Termorregulação ineficaz	2	100	-	-
Comunicação verbal prejudicada	1	100	-	-
Confusão aguda	1	100	-	-
Proteção ineficaz	1	100	-	-
Retenção urinária	1	100	-	-
Risco de síndrome do desuso	1	100	-	-
Trocas gasosas prejudicadas	1	100	-	-
Dor aguda	0	0	1	100

A Tabela 3 apresenta a frequência da acurácia dos diagnósticos de enfermagem em categorias e em graus.

Tabela 3-Frequência das categorias de acurácia dos diagnósticos de enfermagem e seus respectivos graus de acurácia (N=94). Cascavel, 2016.

Categorias de acurácia	Graus de acurácia	Frequência	Total
Nula	0	-	-
Baixa	1	-	-
	2	1 (1,1%)	
Moderada	4,5	-	6 (6,4%)
	5,5	5 (5,3%)	
	9	-	
	10	1 (1,1%)	
Alta	12,5	-	88 (93,6%)
	13,5	87 (92,6%)	
TOTAL		94 (100%)	94 (100%)

DISCUSSÃO

Dos 292 (100%) pacientes neurológicos que tiveram seus prontuários avaliados, o PE foi realizado em apenas 12 pacientes (4,11%). Apesar da realização do PE ser uma atividade privativa do enfermeiro e estar prevista na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7.498/86) e na Resolução do COFEN nº 358/2009 (que revogou a Resolução 272/2002) percebe-se que de forma geral essa prática ainda não foi efetivamente implantada nas unidades de saúde que prestam assistência de enfermagem⁽¹⁴⁾. No presente estudo, a falta de adesão dos enfermeiros às normativas nacionais vigentes que determinam a execução do PE pode estar atrelada ao fato do referido hospital estar reestruturando a SAE institucionalmente⁽¹³⁾.

O tempo médio entre a internação e o primeiro registro de DE no PEP foi de oito dias, com variação de um a 45 dias. Esse dado contrapõe-se à literatura, visto que é recomendável que o enfermeiro faça a avaliação inicial do paciente nas primeiras 24 horas de internação do mesmo⁽¹⁵⁾.

O estudo identificou que o TCE (n=07; 58,3%) foi a causa do agravo neurológico mais frequente, acometendo predominantemente pacientes do sexo masculino (n=8; 60%), na faixa etária de 40 a 49 de idade (média de 42,6 anos). Tais resultados estão em consonância com os achados na literatura⁽¹⁶⁾ que investigou a epidemiologia do TCE no Brasil. O referido estudo identificou que indivíduos do sexo masculino, com idade entre 21 e 60 anos também eram os mais acometidos pelo agravo.

Durante a análise dos prontuários, foram identificados 19 (100%) rótulos diagnósticos, enunciados 94 vezes. A média de DE por paciente foi de 7,8 diagnósticos, que se assemelha com o resultado encontrado em um estudo desenvolvido no nordeste do país com pacientes acometidos por AVE, que identificou uma média de 6,7 DEs por paciente⁽¹⁷⁾. Da mesma forma, em um estudo desenvolvido em São Paulo, realizado em uma unidade de clínica médica e cirúrgica, a média de DEs foi de 7,3 diagnósticos por paciente⁽¹⁸⁾.

Dos 19 (100%) rótulos diagnósticos identificados, 16 (84,2%) foram classificados como sendo de “diagnósticos com foco no problema” e três (15,8%) foram classificados como sendo “diagnóstico de risco”⁽⁵⁾

Segundo a NANDA-I os diagnósticos com foco no problema estão relacionados com “a resposta humana indesejada às condições de saúde/processos de vida que existem no momento atual”. Por sua vez, os diagnósticos de risco correspondem a um estado de “vulnerabilidade para desenvolver no futuro uma resposta humana indesejável a condições de saúde/processo de vida”⁽⁵⁾. Estudo desenvolvido com pacientes em hemodiálise realizado no nordeste do Brasil, ressalta a notoriedade da função desempenhada pelo enfermeiro em ações específicas com a finalidade de prevenir que diagnósticos de risco se tornem reais⁽¹⁹⁾

É importante ressaltar que o enfermeiro deve atuar de forma a evitar que os diagnósticos de risco transformem-se em diagnósticos reais. O enunciamento de diagnósticos de risco intensifica a importância do emprego do PE na gestão dos riscos, sendo fundamental desempenhar ações destinadas à prevenção e à promoção da saúde⁽²⁰⁾.

Dos 19 (100%) rótulos diagnósticos identificados no estudo, sete (36,8%) pertenciam ao Domínio 4: Atividade/Repouso e cinco (26,3%) rótulos pertenciam ao Domínio 11: Segurança/Proteção. Os domínios: Eliminação e Troca; Percepção/Cognição; Promoção a Saúde; e Conforto apresentaram respectivamente: três (15,7%), dois (10,5%) e um (5,2%) rótulos diagnósticos⁽⁵⁾.

Como observado na Tabela 1, os DEs mais frequentes foram: “mobilidade no leito prejudicada” (n=11; 11,8%), “déficit no autocuidado para banho/higiene” (n=11; 11,8%), “déficit no autocuidado para alimentação” (n=10; 10,6%) e “mobilidade física prejudicada” (n=10,6; %).

O presente estudo possui dados semelhantes aos de uma pesquisa desenvolvida no sul do país, com pacientes vítimas de múltiplos traumas, que também identificou entre os DEs mais frequentes o diagnóstico de “mobilidade física prejudicada”, “mobilidade no leito prejudicada” e “déficit no autocuidado para banho”⁽²¹⁾.

A mobilidade do paciente relaciona-se com o grau de independência do mesmo e de forma geral, nos casos de trauma é comum que a mesma encontre-se prejudicada⁽²²⁾. A alta frequência dos DEs de mobilidade prejudicada no presente estudo pode ser explicada pelo fato de um DE estar diretamente relacionado ao outro.

O DE “déficit no autocuidado para banho/higiene” apresentou 11,8% (n=11) de frequência. No entanto, outro estudo realizado com pacientes internados em uma unidade de clínica médica identificou que este DE esteve presente em 36% dos pacientes⁽²³⁾. Outro estudo realizado com pacientes com lesão medular revelou que esse DE apresentou 93,3% de frequência⁽²⁴⁾. O DE “déficit no autocuidado para alimentação” costuma ser frequente em pacientes com lesões no sistema nervoso e tal condição clínica pode trazer graves implicações para o estado nutricional do paciente devido o comprometimento físico e cognitivo do paciente, que são fundamentais para

promover uma nutrição apropriada ⁽²⁵⁾. Diante dos achados pode-se inferir que tanto os diagnósticos de mobilidade prejudicada quanto os diagnósticos de déficit de autocuidado podem ser causados pelo comprometimento neurológico dos pacientes com TCE.

A literatura ⁽²¹⁾ ressalta que o DE “dor aguda” possui relação direta com os DE de “mobilidade prejudicada” e de “déficit no autocuidado” devido as limitações funcionais causadas pelo quadro algico, no entanto, no presente estudo o DE “dor aguda” apresentou baixa frequência de resposta, sendo enunciado apenas uma vez (n=1; 1,1%).

Como observado na Tabela 2, dos 19 (100%) rótulos diagnósticos avaliados, 16 (84,2%) foram avaliados como altamente acurados; três (15,8%) rótulos diagnósticos tiveram frequência de resposta na categoria de acurácia moderada, sendo eles: “déficit no autocuidado para banho/higiene”, “déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se” e “dor aguda”; não houve frequência de resposta nas categorias de baixa acurácia e de acurácia nula (Tabela 3).

Importante ressaltar que o DE “déficit no autocuidado para banho/higiene” foi um dos DEs mais frequentes, no entanto apresentou acurácia moderada. Tal achado pode ser explicado porque os DEs mais frequentes podem predizer diagnósticos com menor grau de acurácia visto que a familiaridade do enfermeiro com DE mais frequentes pode despertar menos atenção nos enfermeiros, pode induzir a uma sub-avaliação do paciente, ou sub-documentação da avaliação e gerar DEs pouco acurados⁽²⁶⁾. Quando o enfermeiro identifica pistas que possam indicar DEs não tão comuns na sua prática diária ele acaba buscando estratégias mais elaboradas para pautar a sua tomada de decisão e acaba obtendo DEs mais acurados⁽²⁶⁾.

Dos 94 DEs documentados, a maioria (n=88; 93,6%) foi avaliada como sendo altamente acurada (Tabela 3). Outro estudo desenvolvido em um hospital universitário da região sudeste do Brasil identificou que 70,4% dos DEs enunciados pelos enfermeiros também eram altamente acurados⁽²⁵⁾. Já um estudo desenvolvido na região nordeste do país identificou que apenas 54,9% (formulados com base na NANDA-I) e 39,5% (formulados com base na CIPE) dos DEs foram avaliados como altamente acurados ⁽²⁷⁾.

É bastante complexo discutir tais resultados (27). Aceitar como satisfatório que 93,6% dos DEs sejam altamente acurados é também aceitar como satisfatório que 6,4% da terapêutica prescrita seja pautada em DEs com baixos grau de acurácia, ou seja, que 6,4 % das ações de enfermagem realizadas não alcancem os resultados esperados. O resultado ideal seria que 100% dos DEs fossem altamente acurados ⁽²⁷⁾.

A EADE–2 foi elaborada para avaliar a acurácia dos DEs por meio de dados escritos e essa propriedade da escala pode indicar erroneamente uma baixa acurácia diagnóstica ⁽²⁶⁾ pois a avaliação da acurácia dos DEs depende da completude dos registros da avaliação clínica de enfermagem. Portanto, o enfermeiro até pode ter avaliado corretamente o paciente, mas a falha no registro das pistas que descrevem o DE em avaliação pode indicar DEs pouco acurados.

Um dos fatores que pode ter contribuído para a alta acurácia dos DEs no presente estudo é a forma de registrar a avaliação do paciente no prontuário eletrônico. No programa utilizado pela instituição em estudo, quando o enfermeiro seleciona os campos que representam as “pistas” do paciente em avaliação, o próprio sistema sugere alguns DEs e, a partir disso, o profissional faz a seleção manual dos DEs que melhor expressem as manifestações clínicas do paciente. A literatura evidencia⁽²⁸⁾ que

os DEs estabelecidos com apoio do sistema eletrônico apresentaram maiores graus de acurácia.

O grau de acurácia mais frequente foi 13,5 (n=87; 92,6%) e a média do grau de acurácia por DE foi 12,9 com variação de 2 a 13,5 (Figura 1). Tais resultados corroboram com os achados encontrados em São Paulo(26) que identificou em seu estudo que o grau de acurácia mais frequente também foi 13,5 (n=2.328; 68,1%) e a média do grau de acurácia por diagnóstico de enfermagem foi 9,8 com variação de 0 a 13,5.

Cabe registrar, que a amostra do estudo, mesmo sendo a totalidade no período avaliado, pode ser considerada uma limitação da presente pesquisa pois inferimos que em uma amostra maior de estudo seria possível identificar maior variabilidade de escores de acurácia diagnóstica. A carência de estudos sobre a temática em estudo também dificultou a discussão dos achados.

CONCLUSÕES

O estudo identificou que os DEs elencados aos pacientes neurológicos, clínicos ou cirúrgicos, hospitalizados em uma unidade de internação não crítica de um hospital universitário localizado no interior do Paraná, possuem predominantemente alta acurácia. Esse indicador é fundamental para auxiliar no processo de implementação da SAE na instituição estudada, pois evidencia que o processo de raciocínio diagnóstico dos enfermeiros pesquisados tem sido realizado de forma efetiva, mesmo sendo notório a não realização do PE à maioria dos pacientes hospitalizados.

São necessárias novas pesquisas nas demais unidades do hospital para possibilitar uma avaliação mais ampliada da acurácia dos DEs enunciados pelos enfermeiros da referida instituição.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 358/2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. [Internet] 15 out 2009 [acesso em 7 jan 2017]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.
2. Malucelli A, Otemaler KR, Bonnet, M, Cubas MR, Garcia TR. Sistema de informação para apoio à sistematização da assistência de enfermagem. Rev. bras. enferm. [Internet] 2010; 63(4):629-36 [acesso em 18 abr 2016]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/20.pdf>.
3. Jesus ACC. O processo de enfermagem. In: Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da assistência de enfermagem: Guia prático. 2.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2010. p.17-22.
4. Santos FOF, Montezeli JH, Peres AM. Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros. Rev. min. enferm. [Internet] 2012; 16(2):251-7. [acesso em 13 abr 2016]. Disponível: <http://reme.org.br/content/imagebank/pdf/v16n2a14.pdf>
5. Herdeman TH, Kamitsuru S, organizadores. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
6. Pereira JMV, Cavalcanti ACD, Lopes MVO, VG Silva, Souza RO, Gonçalves LC. Accuracy in inference of nursing diagnoses in heart failure patients. Rev. bras. enferm.

- [Internet] 2015; 68(3): 690-96 [acesso em: 15 abri 2016]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/en_0034-7167-reben-68-04-0690.pdf
7. Oliveira ARS, Carvalho EC, Rossi LA. Dos princípios da prática à classificação dos resultados de enfermagem: olhar sobre estratégias da assistência. Ciênc. Cuid. saúde [Internet] 2015; 14 (1): 986-992 [acesso em: 13 abr 2016]. Disponível: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22034/14208>.
8. Lunney M. Critical Need to Address Accuracy of Nurses' Diagnoses. Journal of Inssues in Nursing. OJIN. [Internet] 2008; 13 (1) [acesso em 11 jun 2016]. Disponível: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/AccuracyofNursesDiagnoses.html>.
9. Lunney M (cols). Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: análises e estudos em enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.45.
10. Matos FGOA, Cruz DALM. Construção de instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. Rev. esc. enferm. USP [Internet] 2009; 43(Esp):1088-97 [acesso em: 18 abr 2016]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a13v43ns.pdf>.
11. Silva ERR da, Lucena AF (cols). Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 31.
12. Matos FGOA, Cruz DALM. Escala de acurácia de diagnósticos de enfermagem. In:NANDA International Inc: Herdman TH, organizadores. PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmes/Panamericana; 2013. p.91-116.
13. Rosin J, Matos FGOA, Alves DCI, Carvalho ARS, Lahm JV. Identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes neurológicos internados em hospital de ensino. Ciênc. cuid. saúde [Internet] 2016, v.15,n 4, pp: 607-615. [acesso em 12 fev 2017]. Disponível: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/31167/pdf>.
14. Maria MA, Quadros FAA, Grassi MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. Rev. bras. enferm. [Internet] 2012, vol.65, n.2, pp. 297-303. [acesso em 05 nov 2016]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a15.pdf>
15. Universidade Federal do Paraná. Hospital de Clinicas, Diretoria de Enfermagem – Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem (COMISAE). Avaliação de enfermagem: anamnese e exame físico (adulto, criança e gestante). Curitiba: Hospital de Clinicas, 2014.
16. Gaudêncio TG, Leão GM. A epidemiologia do traumatismo crânio encefálico: Um Levantamento Bibliográfico no Brasil. Rev. neurocienc. [Internet] 2013; 21(3):427-434. [acesso em 09 jan 2017]. Disponível: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2103/revisao/814revisao.pdf>
17. Oliveira ARS, Costa AGS, Moreira RP, Cavalcante TF, Araujo TL. Diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício em pacientes com acidente vascular cerebral. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2012; 20(2): 221-8. [acesso em 21 ago 2016]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/29.pdf>
18. Oliveira IM, Silva RCG. Comparação do grau de acurácia diagnóstica de graduandos e enfermeiros em programas de residência. Rev. min. enferm. [Internet]. 2016; 20: 952. [acesso em 14 set 2016]. Disponível: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1085>
19. Aguiar LL; Guedes MVC. Diagnósticos e intervenções de enfermagem do domínio segurança e proteção para pacientes em hemodiálise. Enfermería Global. [Internet]. 2017. 47: 13-25. [acesso em 2 nov 2017]. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/248291/212811>

20. Lemos RX, Raposo SO, Coelho EOE. Diagnósticos de enfermagem identificados durante o período puerperal imediato: estudo descritivo. Rev. enferm. Cent. -Oeste. Min. [Internet] 2012; 2(1):19-30 [acesso em 17 ago 2016]. Disponível: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/183/252>.
21. Bertoncello, KCG; Cavalcanti CDK; Ilha P. Diagnósticos reais e proposta de intervenções de enfermagem para os pacientes vítimas de múltiplos traumas. Rev. eletrônica. enferm. [Internet]. 2013 out/dez;15(4):905-14 [acesso em 14 set 2016]. Disponível: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/pdf/v15n4a07.pdf.
22. Silva FS, Fernandes MV, Volpato MP. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. Rev. gaúch. enferm. [Internet]. 2008 29(4):565-72. [acesso em 20 ago 2016]. Disponível: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3826>.
23. Lima AFC, Fugulin FMT, Castilho V, Nomura FH, Gaidzinski RR. Contribuição da documentação eletrônica de enfermagem para aferição dos custos dos cuidados de higiene corporal. J. Health Inform. [Internet]. 2012. Disponível: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/239/129>.
24. Brito MAGM, Bachion MM, Souza JT. Diagnósticos de enfermagem de maior ocorrência em pessoas com lesão medular no contexto do atendimento ambulatorial mediante abordagem baseada no modelo de Orem. Rev. eletrônica. enferm. [Internet]. 2008; 10(1):13-28 [acesso em 18 nov 2016]. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a02.htm>
25. Simony RF, Chaud DMA, Abreu ES de, Assis SMB. Caracterização do estado nutricional dos pacientes neurológicos com mobilidade reduzida. Journal of Human Growth and Development. [Internet] 2014; 24(1): 42-48 [acesso em 23 set 2016]. Disponível: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/239/129>.
26. Matos, FGOA. Fatores preditores da acurácia dos diagnósticos de enfermagem. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2010.
27. Morais SCR, Nobrega MML, Carvalho EC. Convergence, divergence and diagnostic accuracy in the light of two nursing terminologies. Rev. bras. enferm. [Internet] 2015; 68(6):777-83 [acesso em 26 out 2016]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/en_0034-7167-reben-68-06-1086.pdf
28. Peres HHC, Jensen R, Martins TYC. Avaliação da acurácia diagnóstica em enfermagem: papel versus sistema de apoio à decisão. Acta paul. enferm. [Internet]. 2016, vol.29, n.2, pp.218-224. [acesso em 10 dez 2016]. Disponível: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307046625013.pdf>

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia