

ACURÁCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS AO PACIENTE CRÍTICO

ACCURACY OF NURSING DIAGNOSES IN CRITICAL PATIENT CARE

PRECISIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO

Alexsandra Martins da Silva¹
Aline Daiane Colaço¹
Kátia Cilene Godinho Bertonecello²
Tatiana Gaffuri da Silva²
Lúcia Nazareth Amante²
Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos³

¹Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC - Brasil.

²UFSC, Departamento de Enfermagem. Florianópolis, SC - Brasil.

³Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, Departamento de Enfermagem. Cascavel, PR - Brasil.

Autor Correspondente: Alexsandra Martins da Silva
E-mail: alexsandrams.enf@gmail.com

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Alexsandra M. Silva, Fabiana G. O. A. Matos; **Aquisição de Financiamento:** Alexsandra M. Silva; **Coleta de Dados:** Alexsandra M. Silva, Tatiana G. Silva; **Conceitualização:** Fabiana G. O. A. Matos, Lúcia N. Amante; **Investigação:** Alexsandra M. Silva, Tatiana G. Silva; **Metodologia:** Alexsandra M. Silva, Aline D. Colaço; **Redação - Preparação do Original:** Alexsandra M. Silva; **Redação - Revisão e Edição:** Alexsandra M. Silva, Aline D. Colaço, Fabiana G. O. A. Matos; **Supervisão:** Kátia C. G. Bertonecello.

Fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil - CAPES. Código de Financiamento 001.

Submetido em: 31/10/2020

Aprovado em: 09/12/2021

Editores Responsáveis:

Allana dos Reis Corrêa
Luciana Regina Ferreira da Mata

RESUMO

Objetivo: avaliar a acurácia dos diagnósticos de Enfermagem de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. **Método:** pesquisa quantitativa, documental, retrospectiva e transversal. Foram avaliados 122 prontuários de pacientes adultos internados na unidade de terapia intensiva de um hospital público catarinense, no período de 12 meses, que continham o histórico de Enfermagem e os diagnósticos de Enfermagem documentados nas primeiras 24 horas de internação do paciente. A avaliação da acurácia dos diagnósticos de Enfermagem foi realizada por duas avaliadoras, utilizando a Escala de Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem - versão 2. **Resultados:** foram avaliados 809 diagnósticos, contidos em 122 prontuários, documentados por nove enfermeiros. Houve predominância de diagnósticos de Enfermagem com alta acurácia (n=665; 82,2%). Diagnósticos com acurácia moderada (n=64; 7,9%), acurácia baixa (n=54; 6,6%) e acurácia nula (n=26; 3,2%) foram pouco frequentes. **Conclusão:** o alto grau de acurácia da maioria significativa dos diagnósticos de Enfermagem avaliados indica o nível de refinamento do raciocínio clínico diagnóstico dos enfermeiros.

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Confiabilidade dos Dados.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the accuracy of Nursing diagnoses of patients hospitalized in an intensive care unit. **Method:** quantitative, documentary, retrospective, and cross-sectional research. A total of 122 medical records of adult patients admitted to the intensive care unit of a public hospital in Santa Catarina were evaluated, over a period of 12 months, which contained the Nursing assessment and the Nursing diagnoses documented in the first 24 hours of the patient's hospitalization. The assessment of the accuracy of Nursing diagnoses was performed by two evaluators, using the Scale of Accuracy of Nursing Diagnoses - version 2. **Results:** 809 diagnoses were evaluated, contained in 122 medical records, documented by nine nurses. There was a predominance of Nursing diagnoses with high accuracy (n=665; 82.2%). Diagnoses with moderate accuracy (n=64; 7.9%), low accuracy (n=54; 6.6%) and null accuracy (n=26; 3.2%) were infrequent. **Conclusion:** the high degree of accuracy of the significant majority of the Nursing diagnoses evaluated indicates the level of refinement of the nurses' diagnostic clinical reasoning.

Keywords: Nursing Diagnosis; Nursing Process; Intensive Care Units; Data Accuracy.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la precisión de los diagnósticos de enfermería de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. **Método:** investigación cuantitativa, documental, retrospectiva y transversal. Se evaluaron 122 historias clínicas de pacientes adultos ingresados en la unidad de cuidados intensivos de un hospital público de Santa Catarina durante un período de 12 meses, que contenían la historia de enfermería y los diagnósticos de enfermería documentados en las primeras 24 horas de internación del paciente. La evaluación de la precisión de los diagnósticos de enfermería fue realizada por dos evaluadores, utilizando la Escala de Exactitud del Diagnóstico de Enfermería - versión 2. **Resultados:** se evaluaron 809 diagnósticos, contenidos en 122 historias clínicas, documentadas por nueve enfermeros. Predominó los diagnósticos de enfermería con alta precisión (n = 665; 82,2%). Los diagnósticos con precisión moderada (n = 64; 7,9%), precisión baja (n = 54; 6,6%) y precisión cero (n = 26; 3,2%) fueron infrecuentes. **Conclusión:** el alto grado de precisión de la mayoría significativa de los diagnósticos de enfermería evaluados indica el nivel de refinamiento del razonamiento clínico diagnóstico de los enfermeros.

Palabras clave: Diagnóstico de Enfermería; Proceso de Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos; Exactitud de los Datos.

Como citar este artigo:

Silva AM, Colaço AD, Bertonecello KCG, Silva TG, Amante LN, Matos FGOA. Acurácia dos diagnósticos de Enfermagem nos cuidados ao paciente crítico. REME - Rev Min Enferm. 2022[citado em _____];26:e-1424. Disponível em: _____ DOI: 10.35699/2316-9389.2022.38659

INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) demanda dos enfermeiros sólida base de conhecimentos, habilidades e ferramentas para o desenvolvimento do pensamento crítico e do empoderamento para a tomada de decisão clínica.¹⁻³ O processo de Enfermagem (PE) é considerado o principal instrumento para o desempenho sistemático da prática profissional de Enfermagem, oferecendo as condições necessárias para um cuidado individualizado e integral ao paciente.^{2,4,5} O PE favorece o processo de raciocínio clínico do enfermeiro, bem como os registros das informações acerca da atenção prestada, dando respaldo legal e visibilidade à profissão.^{2,4}

O PE possui cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo elas: histórico de Enfermagem (HE), diagnósticos de Enfermagem (DE), planejamento de Enfermagem, implementação e avaliação de Enfermagem.⁵ Os DEs identificados na segunda etapa do PE são considerados elementos-chave do processo de cuidar, pois descrevem as respostas humanas às situações de saúde nas quais o enfermeiro deve intervir.⁶

A correta identificação dos DEs direciona o cuidado a ser realizado, proporcionando resultados mais satisfatórios aos pacientes e equipe de saúde.^{4,7,8} Um DE é considerado altamente acurado quando reflete as reais características do paciente avaliado.

Destaca-se que diferentes DEs podem ser identificados diante de um mesmo conjunto de dados. A complexidade do processo de diagnosticar exige do enfermeiro diferentes competências e habilidades para a correta interpretação das respostas dos indivíduos aos problemas de saúde manifestados.⁹

O raciocínio clínico balizado pelo conhecimento científico e linguagem uniforme padronizada possibilitam a identificação de DEs que direcionam para práticas de Enfermagem coerentes e coesas com as necessidades dos pacientes avaliados.¹⁰

Cabe ao enfermeiro avaliar e identificar os DEs que melhor expressam as respostas humanas do paciente/família/comunidade assistidos e que representem o estado de saúde e doença dos pacientes, uma vez que o estabelecimento de DEs acurados contribui para a determinação de intervenções efetivas para o alcance de resultados satisfatórios durante a internação.¹¹⁻¹³ Recente revisão integrativa da literatura identificou que o desenvolvimento do raciocínio clínico melhora a capacidade diagnóstica dos enfermeiros; que o enunciamento de DEs acurados favorece a escolha de ações de Enfermagem mais adequadas para o alcance de resultados de saúde esperados.¹⁴

A acurácia dos DEs pode ser estimada por meio de instrumentos de medida disponíveis na literatura nacional e internacional.¹⁴ O *Lunney Scoring Method Accuracy of nursing Diagnoses* (LSM) é um instrumento norte-americano que foi traduzido para a língua portuguesa, porém não obteve evidências de confiabilidade em estudo realizado com dados escritos no contexto brasileiro.¹⁵ Com base nos trabalhos de Lunney, os pesquisadores Matos e Cruz desenvolveram em 2006 a Escala de Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem (EADE) e em 2010 ela foi aprimorada, resultando na versão 2 (EADE – 2). Importante destacar que a EADE-2 foi desenvolvida para ser utilizada com qualquer classificação de diagnósticos de Enfermagem.⁹

Observa-se que, apesar da importância de estudos de acurácia para a prática clínica, ainda há escassez de pesquisas nessa área. Reconhecer que DEs acurados direcionam a seleção de intervenções de Enfermagem de forma assertiva, qualificando o cuidado oferecido, é uma forma de repensar o cuidado em Enfermagem. Assim, a questão norteadora do presente estudo foi: qual o grau de acurácia dos diagnósticos de Enfermagem de pacientes internados em unidade de terapia intensiva de um hospital público catarinense? Diante disso, o objetivo da pesquisa foi avaliar a acurácia dos diagnósticos de Enfermagem de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa quantitativa, documental, retrospectiva e transversal, desenvolvida em uma UTI geral de um hospital público do oeste catarinense. A escolha da unidade hospitalar foi vinculada ao processo de implantação do PE, por meio de uma parceria estabelecida entre três escolas de graduação em Enfermagem da cidade. O referencial teórico adotado pela instituição hospitalar é a Teoria das Necessidades Humanas, de Wanda de Aguiar Horta, e o sistema de classificação dos DE é da NANDA-I.

Foram incluídos no estudo prontuários de pacientes internados na UTI no período de 1º de dezembro de 2016 a 30 de novembro de 2017. O cálculo amostral foi realizado utilizando-se o programa *Sestatnet*, com base na população de pacientes internados na unidade (N = 459) durante o período estipulado para o estudo, com nível de significância de 99%. A amostra (n) foi estimada em 122 pacientes, selecionados por amostragem aleatória simples utilizando o programa referenciado. Foram excluídos prontuários de pacientes com idade inferior a 18 anos, prontuários sem registros de histórico de Enfermagem (HE) e/ou DEs documentados pelo enfermeiro nas primeiras 24 horas de internação.

A coleta de dados correspondeu aos primeiros 12 meses de implantação de todas as etapas do PE na unidade pesquisada. Dos prontuários selecionados foram coletados dados referentes às características sociodemográficas e clínicas dos pacientes, o HE, os DEs e demais informações que pudessem contribuir para a avaliação da acurácia dos DEs documentados.

Para a avaliação da acurácia dos DEs foi utilizada a EADE-2, mediante autorização formal das autoras.⁹ Para estimar a acurácia dos DEs por meio da EADE-2, cada DE enunciado foi avaliado individualmente por duas pesquisadoras (dupla checagem), após treinamento sobre a utilização da referida escala, com base no conjunto de *pistas* documentadas no prontuário do paciente.

Para estimar a acurácia diagnóstica, cada DE foi inserido na primeira coluna da EADE-2, sendo avaliado quanto a: existência (item 1: pontua 1 ou 0); relevância (item 2: pontua 1 ou 0); especificidade (item 3: pontua 3,5 ou 0); e coerência das pistas avaliadas (item 4: pontua 8 ou 0).⁹

Após essas quatro etapas, as avaliadoras julgavam se o DE analisado deveria ou não compor os registros realizados pelos enfermeiros, no entanto, o presente item era de caráter reflexivo, não sendo pontuável e não interferindo no cálculo do grau de acurácia do DE. Na sequência era realizada a somatória dos valores obtidos em cada avaliação, correspondendo ao grau de acurácia (0; 1; 2; 4,5; 5,5; 9; 10; 12,5 e 13,5) e na respectiva categorização de acurácia (nula, baixa, moderada ou alta).⁹

Os dados obtidos foram lançados em planilhas eletrônicas no programa *Microsoft Office Excel*[®], versão 2016, e transferidos para o programa *Statistical Package for the Social Sciences*[®] (SPSS), versão 22.0, para proceder às análises descritivas. Os dados foram apresentados na forma de distribuição de frequências absoluta e relativa.

A pesquisa respeitou os princípios éticos adotados em pesquisas que envolvem seres humanos, conforme a Resolução 466/2012. Esta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Parecer n° 2.537.092, de 11 de março de 2018, CAAE: 794550174.0000.0121.

RESULTADOS

Dos 122 prontuários avaliados, a maioria pertencia a pacientes do sexo masculino (n=68; 55,7%) com média de idade de 64 anos e variação de 18 a 98 anos. Os diagnósticos médicos (CID-10) que desencadearam a internação na UTI foram: causas externas de morbidade e de mortalidade (n=31; 25,4%); doenças do aparelho

respiratório (n=21;17,2%); doenças do sistema nervoso (n=20;16,4%); neoplasias (n=19;15,6%); doenças do aparelho circulatório (n=11;8,9%); doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (n=6;4,9%); doenças do aparelho digestivo (n=5;4,1%); e outras (n= 9;7,5%).

Foram identificados 809 DEs nos prontuários avaliados, que correspondiam a 34 títulos diagnósticos. Eles foram documentados por nove enfermeiros atuantes no setor investigado. A Tabela 1 apresenta os títulos de DEs identificados no estudo, com suas respectivas frequências, grau de acurácia e categoria de acurácia.

A Tabela 2 apresenta a frequência da acurácia dos diagnósticos de Enfermagem em graus e em categorias.

A Tabela 3 apresenta a frequência de resposta aos itens da EADE-2 (Presença de pista/ Relevância da Pista/ Especificidade da Pista/ Coerência da Pista) entre os DE com foco no problema e os DE de Risco.

DISCUSSÃO

De acordo com os 122 prontuários analisados, houve predominância de pacientes do sexo masculino (n=68; 55,7%). A idade avançada (média de 64 anos) foi outra característica que encontra respaldo na literatura, com destaque para as pessoas com idade igual ou maior de 60 anos, representando mais da metade dos pacientes internados.¹⁶

A média de títulos diagnósticos elencados por paciente (por prontuário) neste estudo foi de 6,6 DEs. Quanto ao tipo de diagnóstico, prevaleceram os classificados como DEs de risco (obtidos por meio da projeção da vulnerabilidade do paciente crítico) (n=20; 58,8%), seguidos dos DEs com foco no problema (obtidos a partir de evidências e fatos - n=14; 41,2%). Vale destacar que não foram identificados DEs de promoção da saúde, podendo indicar uma fragilidade da avaliação de Enfermagem ou no raciocínio diagnóstico dos enfermeiros atuantes no setor investigado.

As características dos DEs identificados, vinculadas às particularidades dos pacientes internados em UTI, evidenciavam necessidades de cuidados intensivos voltados para a recuperação do estado de saúde, com alta dependência de cuidados, vulnerabilidade e riscos à saúde.^{17,18} Outros estudos que também avaliaram os DEs no cenário da terapia intensiva identificaram maior frequência de DE com foco no problema.^{1,8,16} A alta frequência dos diagnósticos de risco ressalta a importância de utilizar o PE na gestão do cuidado, sendo fundamental para ações destinadas à prevenção de riscos, à promoção e à manutenção da saúde do indivíduo.^{19,20}

Tabela 1 - Estatística descritiva do grau de acurácia e das categorias de acurácia dos títulos diagnósticos documentados segundo a EADE-2 (N=34) Florianópolis, 2018

Título diagnóstico de Enfermagem	Frequência		Grau de acurácia					Categorias de acurácia			
	N	%	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínima	Máxima	Nula	Baixa	Moderada	Alta
Nutrição Desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	120	98,4	8,55	13,5	5,7	0	13,5	7	27	20	66
Déficit no autocuidado	118	96,7	12,66	13,5	3,13	0	13,5	3	4	1	110
Risco de infecção	113	92,6	13,5	13,5	0	13,5	13,5	0	0	0	113
Troca de gases prejudicada	87	71,3	12,02	13,5	3,95	0	13,5	1	7	3	76
Risco de integridade da pele prejudicada	67	54,9	13,5	13,5	0	13,5	13,5	0	0	0	67
Risco de glicemia instável	57	46,7	9,44	13,5	5,18	0	13,5	3	5	15	34
Risco de ressecamento ocular	41	33,6	13,17	13,5	2,1	0	13,5	1	0	0	40
Mobilidade física prejudicada	40	32,8	10,85	13,5	4,51	0	13,5	1	2	8	29
Risco de lesão por pressão	33	27,0	13,5	13,5	0	13,5	13,5	0	0	0	33
Integridade da pele prejudicada	31	25,4	10,37	13,5	5,53	0	13,5	6	0	2	23
Risco de aspiração	14	11,5	7,64	5,5	5,55	1	13,5	0	4	4	6
Risco de choque	13	10,7	11,57	13,5	4,71	0	13,5	1	0	1	11
Risco de constipação	10	8,2	10,75	13,5	4,52	2	13,5	0	0	3	7
Comunicação verbal prejudicada	9	7,4	12,61	13,5	2,66	5,5	13,5	0	0	1	8
Distúrbio no padrão de sono	8	6,6	6,87	7,25	7,09	0	13,5	3	1	0	4
Mobilidade no leito prejudicada	8	6,6	11,93	13,5	4,41	1	13,5	0	1	0	7
Risco de desequilíbrio eletrolítico	5	4,1	8,7	13,5	6,58	1	13,5	0	1	1	3
Risco de lesão na córnea	5	4,1	13,5	13,5	0	13,5	13,5	0	0	0	5
Débito cardíaco diminuído	4	3,3	13,5	13,5	0	13,5	13,5	0	0	0	4
Padrão respiratório ineficaz	4	3,3	10,37	13,5	6,25	1	13,5	0	1	0	3
Risco de síndrome do desuso	4	3,3	13,5	13,5	0	13,5	13,5	0	0	0	4
Risco de sofrimento espiritual	3	2,5	13,5	13,5	0	13,5	13,5	0	0	0	3
Risco de baixa autoestima situacional	2	1,6	13,5	13,5	0	13,5	13,5	0	0	0	2
Conforto prejudicado	2	1,6	13,5	13,5	0	13,5	13,5	0	0	0	2
Risco de função hepática prejudicada	2	1,6	2	2	0	2	2	0	0	2	0
Náusea	1	0,8	12,5	13,5	0	13,5	13,5	0	0	0	1
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	1	0,8	2	2	0	2	2	0	0	1	0
Risco de confusão aguda	1	0,8	5,5	5,5	0	5,5	5,5	0	0	1	0
Risco de dignidade humana comprometida	1	0,8	5,5	5,5	0	5,5	5,5	0	0	1	0
Risco de débito cardíaco diminuído	1	0,8	13,5	13,5	0	13,5	13,5	0	0	0	1
Risco de perfusão renal ineficaz	1	0,8	13,5	13,5	0	13,5	13,5	0	0	0	1
Ventilação espontânea prejudicada	1	0,8	1	1	0	1	1	0	1	0	0
Deglutição prejudicada	1	0,8	13,5	13,5	0	13,5	13,5	0	0	0	1
Risco de sangramento	1	0,8	13,5	13,5	0	13,5	13,5	0	0	0	1

Fonte: autora, 2020.

Tabela 2 - Frequência dos diagnósticos de Enfermagem segundo graus e categorias de acurácia (N =809). Florianópolis, 2018

Graus de acurácia	Frequência		Categorias de acurácia	Frequência	
	N	%		N	%
00	26	3,2	Nula	26	3,2
01	54	6,5	Baixa	54	6,5
02	10	1,2	Moderada	64	7,8
4,5	03	0,3			
5,5	51	6,3			
09	0	0	Alta	665	82,2
10	0	0			
12,5	0	0			
13,5	665	82,2			
Total	809	100	Total	809	100

Fonte: autora, 2020.

Tabela 3 - Frequência de respostas aos itens da EADE-2 (n =809). Florianópolis, 2018

Itens da EADE	Diagnósticos de Enfermagem com foco no problema	Diagnósticos de Enfermagem de risco
Presença de Pista		
Não	21 (4,8%)	5 (1,3%)
Sim	413 (95,2%)	370(98,7%)
Relevância da Pista		
Baixa	67 (15,4%)	16 (4,3%)
Alta/Moderada	367 (84,6%)	359(95,7%)
Especificidade da Pista		
Baixa	67 (15,4%)	23 (6,1%)
Alta/Moderada	367 (84,6%)	352(93,9%)
Coerência da pista		
Baixa	100 (23,0%)	44(11,7%)
Alta/Moderada	334 (77,0%)	331(88,3%)

Fonte: autora, 2020

Os resultados do estudo retrataram DEs acurados (n=665; 82,2%) (Tabela 2), adequado raciocínio clínico dos enfermeiros, correta avaliação do paciente e apropriada documentação no prontuário. Ressalta-se que DEs acurados possibilitam o planejamento e a implementação de intervenções mais adequadas às necessidades fisiopatológicas e à realidade biopsicossocial dos pacientes, impactando positivamente em efetiva recuperação.¹

Estudo recente apurou que os enfermeiros têm feito diagnósticos assertivos para pacientes que requerem intervenções rápidas e efetivas para sua pronta recuperação.¹³ Em relação aos diagnósticos de risco, dois DEs apresentaram alta frequência (> 50 %) e alta acurácia (valor médio calculado em 13,5), sendo eles: risco de infecção” (n=113; 92,6%) e “risco de integridade da pele prejudicada” (n=67; 54,9%).

A literatura referência que o diagnóstico de “risco de infecção” é um dos mais frequentes em UTI.^{1,8,16} A elevada prevalência e o alto grau de acurácia dos diagnósticos de risco identificados no estudo reafirmam as características dos pacientes internados em UTI, submetidos a vários procedimentos invasivos e com defesas primárias comprometidas em decorrência da gravidade da doença e da fragilidade das condições fisiológicas. O diagnóstico de “risco de infecção” está associado à maior probabilidade (entre cinco e 10 vezes) de o indivíduo desenvolver infecção nesse ambiente. Ademais, sua magnitude pode elevar a taxa de mortalidade, ampliar o tempo de permanência em UTI e aumentar os custos em saúde.^{8,16}

O diagnóstico de “risco de integridade da pele prejudicada” (n=67;54,9%) está atrelado a imobilidade no leito, mais contato com superfícies úmidas, lençóis enrugados, fricção e abrasão, além da inadequada situação cardiovascular dos pacientes, os quais, não raro, exibem quadros de disóxia tecidual e comprometimento ou risco de interferência na integridade da pele.^{6,21}

Quanto aos diagnósticos com foco no problema, dois DEs mostraram alta frequência (> 50%) e alta acurácia (valor médio calculado em 13,5), sendo eles: “déficit de autocuidado” (n=118; 96,7%) e “trocas de gases prejudicada” (n=87; 71,3%).

O diagnóstico “déficit no autocuidado” é comum nos pacientes críticos com nível de consciência reduzido, dispositivos invasivos (acesso venoso periférico e/ou central, intubação orotraqueal, intubação gastrointestinal, cateterismo urinário, entre outros), visto que prejudicam o autocuidado ou até mesmo impedem que ele seja realizado de forma independente.^{1,22} Já o diagnóstico “troca de gases prejudicada” está relacionado ao aparelho respiratório e à incapacidade de manutenção equilibrada da relação ventilação-perfusão, frequentemente associada a secreções em vias aéreas, uso de suporte ventilatório e complicações, podendo ser confirmado por agitação, coloração anormal da pele, taquicardia e respiração anormal.^{1,8}

Cabe destacar que o DE “nutrição desequilibrada, menos que as necessidades corporais”, apesar de ser o DE mais frequente (n=120; 98,4%), sendo identificado em quase a totalidade dos prontuários avaliados (n=122, 100%), apresentou valor médio de acurácia de 8,55, correspondendo à moderada acurácia. Tal achado pode ser indicativo de generalização, falta de conhecimento ou insuficiente avaliação clínica por parte do enfermeiro.

Os resultados da presente pesquisa indicam que o alto grau de relevância, especificidade e coerência das pistas identificadas e documentadas pelos enfermeiros resultaram em DE altamente acurados.

Como limitação do estudo identificou-se o fato de a população estudada ser composta de pacientes internados em um único complexo hospitalar, o que não possibilita a generalização dos resultados encontrados para outros serviços.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo revelaram que os enfermeiros apresentaram alto grau de acurácia na identificação dos DEs, o que permite inferir que há adequado raciocínio clínico na avaliação do paciente e apropriados documentação/registro em prontuário.

Encontrou-se ainda que o cuidado de Enfermagem da instituição investigada está centrado em diagnósticos de “risco”, seguidos pelos diagnósticos com “foco no problema”. Outro achado de destaque é a ausência de DE com foco na promoção da saúde. A identificação dos DEs deve ser um exercício constante na prática clínica do enfermeiro, de forma a instrumentalizá-los para a tomada de decisão, principalmente no ambiente de terapia intensiva, em que a gravidade, a complexidade e a instabilidade dos pacientes demandam agilidade e assertividade nas ações de Enfermagem.

São necessárias novas pesquisas para avaliar a acurácia dos DEs nos diversos contextos da prática clínica, de forma a solidificar esse conhecimento e sensibilizar os enfermeiros para a importância da acurácia dos diagnósticos de Enfermagem para uma prática qualificada e segura.

REFERÊNCIAS

1. Silva RS, Lima MOM, Bandeira WCO, Pereira AT, Sampaio AAC, Paixão GPN. Diagnósticos de Enfermagem prevalentes em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. *Rev Enferm Contemporânea*. 2016[citado em 2020 jul. 12];5(2):242-52. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1023>
2. Tannure MC, Lima ANS, Oliveira CR, Lima SV, Chianca TCM. Processo de Enfermagem: comparação do registro manual versus eletrônico. *J Health Inform*. 2015[citado em 2020 jul. 12];7(3):69-74. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/337>
3. Massarolli R, Martini JG, Massarolli A, Lazzari DD, Oliveira SN, Canever BP. Nursing work in the intensive care unit and its interface with care systematization. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2015[citado em 2020 jul. 12];19(2):252-8. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/en_1414-8145-ean-19-02-0252.pdf
4. Bugs TV, Matos FGOA, Oliveira JLC, Alves DCI. Avaliação da acurácia dos diagnósticos de Enfermagem em um hospital universitário. *Enferm Glob*. 2018[citado em 2020 jul. 12];17(4):179-90. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt_1695-6141-eg-17-52-166.pdf
5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). Resolução nº 358, de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEn; 2009[citado em 2019 jan. 28]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucofcofen-3582009_4384.html
6. Herdman TH, Kamitsuri S. NANDA International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2018-2020. Edição: NANDA International. Porto Alegre: Artmed; 2018.
7. Peres HHC, Jensen R, Martins TYC. Assessment of diagnostic accuracy in nursing: paper versus decision support system. *Acta Paul Enferm*. 2016[citado em 2020 jul. 12];29(2):218-24. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v29n2/en_1982-0194-ape-29-02-0218.pdf
8. Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros ALBL. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. *Rev Bras Enferm*. 2016[citado em 2020 jul. 12];69(2):307-15. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/en_0034-7167-reben-69-02-0307.pdf
9. Matos FGO, Cruz DALM. Escala de acurácia de diagnósticos de Enfermagem. In: NANDA International, Herdman TH, organizadores. PRONANDA - Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2013. p.91-116.
10. Castellan C, Sluga S, Spina E, Sanson G. Nursing diagnoses, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirement in Intensive Care Unit. *J Adv Nurs*. 2016[citado em 2021 jul. 23];72(6):1273-86. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.12913>
11. Lunney M. Accuracy of nursing diagnoses: concept development. *Rev Nurs Diag*. 1990[citado em 2020 jul. 12];1(1):12-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2350523/#:~:text=The%20concept%20of%20accuracy%20of,are%20either%20accurate%20or%20inaccurate>
12. Pereira JMV, Cavalcanti ACD, Lopes MVO, Silva VG, Souza RO, Gonçalves LC. Acurácia na inferência de diagnósticos de Enfermagem de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Bras Enferm*. 2015[citado em 2021 jul. 23];68(4):690-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.20156804171>
13. Vieira LF, Fernandes VR, Papathanassoglou E, Azzolin KO. Accuracy of defining characteristics for nursing diagnoses related to patients with respiratory deterioration. *Int J Nurs Knowl*. 2020[citado em 2021 jul. 23];31(4):262-7. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/2047-3095.12272>
14. Silva AM, Bertonecello KCG, Silva TG, Amante LN, Matos FGOA. Acurácia de diagnósticos de Enfermagem: revisão integrativa. *Enferm Brasil*. 2020[citado em 2020 jul. 12];19(2):167-75. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3078>
15. Cruz DALM, Fontes CMB, Braga CG, Volpato MP, Azevedo SL. Adaptação para a língua portuguesa e validação do Lunney Scoring Method for Rating Accuracy of Nursing Diagnoses. *Rev Esc Enferm USP*. 2007[citado em 2020 jul. 12];41(1):127-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a16.pdf>
16. Cabral VH, Andrade IRC, Melo EM, Cavalcante TMC. Prevalence of nursing diagnoses in an intensive care unit. *Rev Rene*. 2017[citado em 2020 jul. 12];18(1):84-90. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/19216>
17. Ortega DB, D'innocenzo M, Silva LMG, Bohomol E. Analysis of adverse events in patients admitted to an intensive care unit. *Acta Paul Enferm*. 2017[citado em 2020 jul. 12];30(2):168-73. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/en_1982-0194-ape-30-02-0168.pdf

18. Roque KE, Tonini T, Melo EC. Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. *Cad Saúde Pública*. 2016[citado em 2020 jul. 12];32(10):1-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n10/1678-4464-csp-32-10-e00081815.pdf>
 19. Lemos RX, Raposo SO, Coelho EOE. Diagnósticos de Enfermagem identificados durante o período puerperal imediato: estudo descritivo. *Rev Enferm Cent.-Oeste Min*. 2012[citado em 2020 jul. 12];2(1):19-30. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/183>
 20. Stralhoti KON, Matos FGOA, Alves DCI, Oliveira JLC, Berwanger DC, Anchieta DW. Intervenções de Enfermagem prescritas para pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UFSM*. 2019[citado em 2020 jul. 12];9(24):1-16. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33373>
 21. Sousa RG, Santana AB. Risco de integridade da pele prejudicada: avaliação e conduta de Enfermagem frente às úlceras por pressão - UPP - em pacientes em terapia intensiva. *Universitas Ciênc Saúde*. 2016[citado em 2020 jul. 12];14(2):167-73. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3840>
 22. Gimenes FRE, Motta APG, Silva PCS, Gobbo AFF, Atila E, Carvalhi EC. Identifying nursing interventions associated with the accuracy used nursing diagnoses for patients with liver cirrhosis. *Rev Latinoam Enferm*. 2017[citado em 2020 jul. 12];25:1-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2933.pdf>
-