

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

MAIKO MARINI

**ACURÁCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Porto Alegre

2006

MAIKO MARINI

**ACURÁCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão II, do curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria da Graça Oliveira Crossetti

Porto Alegre

2006

“Agradeço,

- a minha mãe e ao meu pai por todo o amor e carinho, que dentre todas as coisas que propiciaram, está este trabalho (...),*
- especialmente a minha irmã Camila que esteve presente fisicamente até a metade deste curso, mas que tem intensa e doce presença espiritual até o presente momento, por todo os seus ensinamentos de amor, de paz (...),*
- a minha orientadora, pela dedicação, atenção, carinho e amizade, que possibilitou a concretização deste estudo.*
- a todas as pessoas que me ajudaram de alguma forma, seja por palavras de amizade e apoio ou por energias positivas.”“.*

“Vivemos num mundo onde cada vez mais há incertezas. A crença no determinismo que era dogma no século passado desmoronou. O problema é como enfrentar e reaguntar a incerteza”.

Edgar Morin

RESUMO

Este trabalho busca verificar o grau de acurácia de dez diagnósticos de enfermagem (DE) mais incidentes em sala de observação adulto do serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SOA-SE/HCPA), através da escala de Lunney. Constitui-se de um estudo exploratório e descritivo e documental, com abordagem qualitativa. Teve como campo de estudo a (SOA-SE/HCPA). A unidade análise compreendeu os prontuários de pacientes selecionados aleatoriamente de forma intencional, que continham registros dos enfermeiros referentes a um ou mais diagnósticos de enfermagem dentre os dez mais incidentes na (SOA-SE/HCPA), conforme os resultados do estudo de Crossetti *et al.* A coleta de dados foi feita a partir da análise desses registros. Os dados foram coletados independentes do momento em que o DE foi elaborado pelo enfermeiro sendo que os DE registrados nos prontuários foram analisados apenas uma vez. O processo de coleta de dados ocorreu obedecendo aos seguintes passos: seleção aleatória intencional do prontuário a partir da verificação do registro de no mínimo um dos DE incidentes, identificação do(s) DE incidentes, identificação do(s) sinais e sintomas ou dados subjetivos e objetivos coletados pelo enfermeiro, registrados no prontuário do paciente, e que caracterizam o(s) DEs incidentes elaborados pelo enfermeiro; registro dos dados coletados em um instrumento próprio com campos específicos; os DE incidentes foram analisados três vezes em situações distintas. A análise dos dados seguiu as seguintes etapas: 1ª Etapa: comparação dos sinais e sintomas ou dados subjetivos e objetivos coletados pelo enfermeiro, no prontuário do paciente, e que caracterizam o(s) DE incidentes com os que constam no referencial teórico de Bennedet e Bub que caracterizarem os DE. 2ª Etapa: identificação das evidências (sinais/sintomas/ características definidoras) dos DE incidentes verificando a maior ou a menor predominância das evidências de acordo com o referencial teórico de Benedet e Bub (1998) 3ª Etapa: verificação do grau de acurácia dos dez DE mais incidentes, segundo a escala de Lunney. Concluiu-se que os diagnósticos de enfermagem mensurados e os graus de acurácia a eles atribuídos foram *alto grau de acurácia*: “+5”: *risco para traumas e dor aguda*; “+4”: *integridade*

tissular prejudicada e risco para infecção; baixo grau de acurácia: “+3”: mobilidade física prejudicada, “+2”: dor aguda, déficit no auto-cuidado: banho/higiene “+1”: risco para infecção, nutrição desequilibradas: menos do que as necessidades corporais, padrão respiratório ineficaz, eliminação urinária prejudicada, mobilidade física prejudicada, déficit no volume de líquidos, “0” (zero): integridade tissular prejudicada, eliminação urinária prejudicada, nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, “-1”: déficit no volume de líquidos; 76,66% (23) dos dez DE mensurados através da escala de Lunney foram de baixa acurácia e 23,33% (7) foram de alta acurácia.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem. Acurácia. Pensamento crítico.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Relação dos Diagnósticos de Enfermagem e o grau de acurácia	27
Gráfico 1 –	Freqüência dos DE segundo o grau de acurácia	28
Gráfico 2 -	O Percentil dos DE segundo o grau de acurácia	29
Quadro 2 -	Graus de acurácia do DE “ <i>Déficit</i> no Auto-cuidado: banho ou higiene”	30
Quadro 3 –	Graus de acurácia do DE “Nutrição Desequilibrada: menos do que as necessidades corporais”	31
Quadro 4 –	Graus de acurácia do DE “Padrão Respiratório Ineficaz”	32
Quadro 5 –	Graus de acurácia do DE “Integridade Tissular Prejudicada”	34
Quadro 6 –	Graus de acurácia do DE “Eliminação Urinária Prejudicada”	35
Quadro 7 –	Graus de acurácia do DE “Mobilidade Física Prejudicada”	36
Quadro 8 –	Graus de acurácia do DE “ <i>Déficit</i> no Volume de Líquidos”	37
Quadro 9 –	Graus de acurácia do DE “Risco para Trauma”	38
Quadro 10 –	Graus de acurácia do DE “Risco para Infecção”	40
Quadro 11 –	Graus de acurácia do DE “Dor Aguda”	41

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	12
3	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	13
4	METODOLOGIA	21
4.1	Tipo de Estudo	21
4.2	Campo de Estudo	21
4.3	População e Amostra	22
4.4	Coleta de Dados	22
4.5	Análise dos Dados	23
4.6	Aspectos Éticos	24
5	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	26
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
	REFERÊNCIAS	44
	APÊNDICE – Instrumento de Coleta de Dados	47
	ANEXO A – Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa	48
	ANEXO B – Termo de Compromisso para Utilização de Dados	49

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma disciplina que tem como foco o cuidado. Nas últimas décadas a busca de modelos e referenciais para as práticas de cuidado na enfermagem passou a ser um imperativo para os enfermeiros no contexto nacional e internacional. Fato oriundo das necessidades de metodologias de enfermagem que individualizassem o cuidado e conduzissem à resolutividade dos problemas reais e ou potenciais do indivíduo e ou da família, bem como contribuísse com a produção do conhecimento específico da enfermagem. Nesse contexto, observa-se o crescimento expressivo desta iniciativa em direção ao desenvolvimento de tecnologias do cuidado que aplicadas no cotidiano profissional estabelecem diretrizes de assistência ao paciente. Dentre estas tecnologias, destaca-se o processo de enfermagem (PE) que com base no método científico sistematiza a assistência a ser implementada a partir das necessidades de cuidado do indivíduo.

O PE é formado por fases seqüenciais que são interdependentes, cujo resultado quando aplicado é a modificação das repostas humanas mediante intervenções precisas aos reais e potenciais problemas de saúde do paciente. Nesta metodologia se insere o Processo Diagnóstico (PD), na qual o enfermeiro, com base no pensamento crítico e raciocínio clínico, avalia a condição do paciente, e toma decisões que se expressam através da elaboração do Diagnóstico de Enfermagem (DE).

Os DE são estruturados na classificação da NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association* (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2005) que é baseada nos fenômenos da prática de enfermagem. Dentre as vantagens que a aplicação dos DE trazem, está a padronização da linguagem, que possibilita a comunicação uniforme entre os profissionais de Enfermagem de diferentes realidades, bem como contribui para visibilidade e definição dos domínios da enfermagem enquanto disciplina.

A partir dos dados subjetivos e objetivos, coletados na etapa de anamnese e exame físico do paciente, elabora-se os DE que constituem a base para as prescrições dos cuidados. Sendo fundamental neste momento avaliar o paciente como um ser holístico, com sua singularidade, inserido num contexto que determina suas condições de saúde/doença. (LUNNEY, 2004).

Os DE correspondem às respostas humanas a serem modificadas diante das ações de enfermagem. Portanto, não basta que o enfermeiro simplesmente diagnostique, é necessário que o faça com acurácia. A acurácia dos DE refere-se à precisão no julgamento e na interpretação da situação clínica e de vida do paciente, trata-se do diagnosticar com exatidão em relação às evidências (LUNNEY, 1990). Assim, o enfermeiro ao decidir por determinado DE, deve fazê-lo a partir de dados correspondentes às características definidoras, aos fatores relacionados e evidenciados descritos de acordo com aqueles apontados pelo referencial teórico que o caracteriza (LUNNEY; PARADISO, 1995).

Neste sentido faz-se necessário que o enfermeiro, no processo diagnóstico aplique as habilidades de pensamento crítico e raciocínio clínico na tomada de decisão. Nas situações clínicas em que o enfermeiro diagnostica há uma diversidade e uma complexidade, o que caracteriza este processo com alta acurácia como uma tarefa desafiadora que requer altos níveis de inteligência e habilidades. Estas se apresentam em níveis variados em todas as pessoas, portanto neste desafio exige-se do enfermeiro o desenvolvimento de suas habilidades cognitivas e de hábitos mentais, os quais podem ser ampliados, uma vez que são intrínsecas ao pensamento crítico necessário ao processo diagnóstico na Enfermagem (LUNNEY, 2003).

Isto posto, evidencia-se a importância de estudos sobre acurácia onde a utilização de classificações é uma realidade na prática de enfermagem, em específico no que se refere à taxonomia do DE, dado a sua relação com a busca de intervenções adequadas e conseqüente resultados de enfermagem.

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) faz-se uso da classificação dos DE há aproximadamente cinco anos (CROSSETTI, 2003), num modelo estruturado com base na teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Horta (1979), no referencial proposto por Benedet e Bub (1998) e NANDA (NORTH AMERICAN

NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2005). Os DE com suas características definidoras ou sinais e sintomas, etiologias ou fatores relacionados, prescrição de enfermagem e respectivas NHB estruturam este modelo, que se denomina Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem. Esse *software* facilita a elaboração do processo diagnóstico com conseqüente agilização e tomada de decisão do enfermeiro adequadas às necessidades do paciente (CROSSETTI *et al.*, 2002). Diante dessa realidade identifica-se a relevância de estudos de avaliação e validação deste modelo no que se refere a acurácia do DE.

Nesse contexto o Núcleo de Estudo do Cuidado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de Rio Grande do Sul - NECE/EEUFRGS - em um dos seus eixos temáticos, em que pesquisa as tecnologias do cuidado, vem desenvolvendo estudos em diferentes perspectivas. Dentre esses destaca-se o trabalho de Saurin (2004) que realizou uma pesquisa para verificar o grau de acurácia dos DE, segundo a escala de Lunney (1990), em que os enfermeiros a partir de um estudo de caso elaboraram 37 DE. Destes constatou que 57% tinham alto grau de acurácia, com graus + 5 e +4, e 43% baixo grau de acurácia com graus +3 a 0 (zero). Ainda, dentre os estudos desse núcleo, destaca-se outro que procurou verificar a incidência dos DE elaborados pelos enfermeiros do HCPA em diferentes unidades de internação no período de um ano. Os autores concluíram que foram identificados 145.404 DE para 26.877 pacientes, com uma média de 5,4 DE/paciente (CROSSETTI *et al.*, 2005). Ao estratificarem esses resultados nas unidades campos estudo constataram dez DE mais incidentes específicos destas áreas. Dentre esses se destaca os mais incidentes na SOA/SE – HCPA que são: *déficit no auto-cuidado: banho e ou higiene, alteração na nutrição: menos do que o corpo necessita, padrão respiratório ineficaz, integridade tissular prejudicada, alteração na eliminação urinária, mobilidade física prejudicada, déficit no volume de líquidos, risco para trauma, risco para infecção e dor aguda.*

Nesse contexto, ao se estar comprometido com o avanço dos estudos sobre a aplicação das classificações na prática de enfermagem, buscando-se consolidar o conhecimento específico e a constatação com os resultados desses trabalhos de que a utilização da linguagem taxonômica é uma realidade na prática assistencial dos enfermeiros no HCPA, identifica-se a necessidade de se continuar com os estudos

sobre DE. A partir desse pressuposto, acredita-se ser relevante continuar a se estudar o grau de acurácia dos DE desenvolvidos pelos enfermeiros o que poderá subsidiar o desenvolvimento de outras pesquisas tais como que habilidades intelectuais os enfermeiros fazem uso no processo diagnóstico, como desenvolvem e aplicam o pensamento crítico e lógico, além do raciocínio clínico para a tomada de decisão por um ou outro DE em direção a uma prática de enfermagem com bases em evidências.

Como bolsista de Iniciação Científica do NECE/EEUFRGS participando de projetos de pesquisa como foco nos DE e considerando minhas atividades de estágios e o contato com essa tecnologia, decidi fazer este estudo sobre a acurácia enfocando os dez DE mais incidentes na sala de observação adulto do Serviço de Emergência do HCPA (SOA/SE-HCPA), acima descritos e objeto de conclusão do estudo de Crossetti *et al.* (2005).

O campo do estudo SOA/SE - HCPA foi escolhido dado à natureza do ambiente de cuidado que exige do enfermeiro habilidades de pensamento crítico e raciocínio clínico precisos e eficientes na tomada de decisão, dado a características dos pacientes que o procuram. Assim agir com prontidão e com julgamento precisos diante das evidências é a certeza de se estabelecer DE com acurácia em um serviço dessa natureza.

2 OBJETIVOS

Este estudo visou verificar o grau de acurácia dos dez diagnósticos de enfermagem mais incidentes em sala de observação adulto do serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, através da escala de Lunney (1990).

3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Acurácia ao levantar-se DE refere-se a um julgamento, a uma interpretação da declaração do diagnóstico que esteja de acordo com a situação do paciente, na qual a constatação de alto grau de acurácia denota a validade e a confiança dos DE (LUNNEY, 1990). Esse julgamento acontece de forma contínua, diferindo-se de quando é aplicado a outros fenômenos. A acurácia é um aspecto da decisão clínica que é elaborada a partir do pensamento crítico, que dá base a esse processo. Os DE se caracterizam por terem alta acurácia e outros não, estes últimos referem-se àqueles que não são evidenciados pelos dados dos pacientes (LUNNEY; PARADISO, 1995). Para mensurar o grau de acurácia, foi elaborada uma escala que considera uma valoração de sete pontos, a qual varia de “-1” até “+5”, em que “-1” refere-se ao menor grau de acurácia e “+5” ao maior grau de acurácia respectivamente (LUNNEY, 1990).

Estudos sobre acurácia são relevantes na enfermagem em nível de pesquisa, assistência e ensino. O desenvolvimento, a avaliação de modelos para mensurar o grau de acurácia dos DE, validando sua base conceitual diante de indicadores clínicos, dariam maior credibilidade e segurança aos enfermeiros na aplicação das classificações em sua prática. (HARRIS; SCROGGINS, 2003). A utilização dessas metodologias permitiria o intercâmbio entre enfermeiro iniciantes e os especialistas (CRUZ E PERES, 2003). O DE com acurácia, como base para intervenções, é de vital importância no processo de enfermagem (PE), trata-se de um ponto crucial que possibilita e qualifica o alcance dos resultados esperados para a melhora dos pacientes (FLORIN; EHRENBORG; EHNFORSS, 2005).

A preocupação sobre a acurácia deve estender-se a todos os níveis e áreas da enfermagem (LUNNEY, 1990). Contudo observa-se a inexistência de atenção para acurácia dos DE em todos os domínios da profissão, o que demonstra a existência de uma má interpretação de dados dos pacientes (LUNNEY, 1998).

O enfermeiro que está preocupado com a solução dos problemas dos pacientes tem que se focalizar na acurácia dos DE, devido a sua direta conexão com a precisa interpretação dos dados, seleção de intervenções e ao alcance de resultados positivos.

Por outro lado, a baixa acurácia pode implicar em dano ao paciente, por negligência de seu problema atual ou potencial, ou mesmo, a escolha de intervenções impróprias com conseqüente resultados de enfermagem inadequados, desperdício de tempo e de energia no tratamento dos fenômenos, além do descontentamento dos pacientes e da família (LUNNEY; PARADISO, 1995).

A acurácia dos DE deveria ser a meta principal, ao considerar que diagnósticos refere-se a probabilidades consideradas através do julgamento clínico e dessa maneira sempre há o risco de haver uma baixa acurácia (LUNNEY, 2003). As melhores evidências de estudos clínicos provêm de estudos sobre a acurácia; têm-se, pois, que estes estudos como de inquestionável relevância (CRUZ; PIMENTA, 2005).

Um estudo sobre acurácia dos DE, realizado com 62 enfermeiros, em três hospitais, com uma amostra de 153 pacientes, aplicou a escala de Lunney (1990) e demonstrou uma variação no grau de acurácia dos DE. Desta concluiu-se que 66% dos DE foram avaliados como grau +3 ou mais, o que significa que estes DE refletiram sugestões de alta relevância, segundo a descrição da escala utilizada. Dos sujeitos da amostra destacam-se dois profissionais que elaboraram os seus DE com a colaboração dos pacientes, com os quais discutiam algumas de suas suposições diagnóstica (LUNNEY *et al.*, 1998 *apud* LUNNEY, 2003).

Em outra pesquisa, na qual foi distribuído um estudo de caso para 80 enfermeiros, concluiu-se que houve 46 interpretações diferentes, que obtiveram os sete pontos diferentes da escala de Lunney (1990). Este resultado confirma a variação da acurácia dos DE, e a inquestionável possibilidade de erros ao levantar DE, o que torna a alta acurácia um desafio para o enfermeiro (LUNNEY, 2003).

Em uma mensuração do grau de acurácia de 388 DE levantados por 89 sujeitos, que compreendiam enfermeiros e alunos, através da escala de Lunney (1990), constatou-se que 235 (61%) dos DE obtiveram o mesmo grau de acurácia, 101 (21%) obtiveram uma diferença de 1 grau de acurácia, 11 (3%) obtiveram diferença de 2 graus de acurácia e 41 (11%) obtiveram 3 graus de acurácia (CRUZ E PERES, 2003). O estudo obteve um alto percentil de concordância, porém nos resultados não se descreveu o grau de acurácia, ao passo que não especificou a valoração atribuída conforme a escala utilizada.

Em uma análise da acurácia dos DE, levantados por 62 enfermeiros de três hospitais, em 160 casos de pacientes, através de escala de Lunney (1990), constatou-se que 32,5% dos DE receberam o grau de acurácia “+5” de, 71,2% dos DE receberam o grau +3, e 28,8% DE obtiveram avaliação abaixo do grau “+3”. Nesse resultado, em que quase 30% foram mal elaborados, devido ao baixo grau de acurácia constatado, apóia-se a premissa de que os cuidados de enfermagem sejam comprometidos por baixa precisão diagnóstica (LUNNEY *et al.*, 1994 *apud* LUNNEY; PARADISO, 1995).

Existe uma direta relação entre a acurácia do DE, a seleção de intervenções e os resultados esperados (LUNNEY; PARADISO, 1995). Portanto, ao ter-se a ocorrência de maior ou menor grau de acurácia, respectivamente, refletirá alta ou baixa qualidade nos resultados esperados com a intervenção de enfermagem.

Destaca-se, então, a necessidade de se direcionar a atenção para estudos sobre a acurácia, pois a interpretação dos problemas de saúde do paciente é um processo complexo, o que atesta a necessidade de se "acurar" os DE. Além de que todas as interpretações de dados clínicos têm potencial para ter menos acurácia do que indicado pelos dados (LUNNEY; PARADISO, 1995).

A partir dessa perspectiva, foram elaborados quatro pressupostos para orientar o enfermeiro a acurácia dos DE. O primeiro postula que o enfermeiro deve aceitar que os DE podem não ter alto grau de acurácia considerando a complexidade do processo diagnóstico. Além disso, os critérios individuais envolvidos neste processo, como as diferenças nas habilidades intelectuais e técnicas, de capacidade de percepção, habilidades interpessoais dos enfermeiros, por si já são um risco para a variabilidade da acurácia. Incluem o princípio da incerteza no processo diagnóstico. O segundo pressuposto aponta para uma mudança estrutural e funcional no processo de enfermagem, em que se unificam os cuidados de enfermagem aos problemas médicos. Visto que nesse modelo entende-se que não há interesse na acurácia dentro dos domínios da enfermagem, acrescenta, ainda, que dessa forma se estaria impossibilitando a focalização em acurácia nessa disciplina (LUNNEY; PARADISO, 1995).

Nesse contexto, as autoras destacam que as políticas dentro da instituição de saúde não deveriam ditar o número de DE que devem ser levantados para cada paciente, ou seja padronizá-los sem permitir a crítica do enfermeiro considerar que ao diagnosticar tem-se a pretensão de reconhecer existência dos fenômenos a serem tratados, fazer essa delimitação de número de DE, se restringe o enfermeiro na investigação dos fenômenos que acercam o paciente e, conseqüentemente, a individualização do cuidado.

O terceiro pressuposto aponta a necessidade de ter-se a intenção de elaborar DE com alta acurácia. Intenção que deve ser estudada a partir da análise de dados estatísticos e qualitativos de estudos sobre os DE com acurácia. Acrescenta que, ao se focalizar a acurácia na enfermagem, se promove à diminuição de custos à instituição. Dessa maneira, tem-se que a habilidade do enfermeiro em levantar os DE com precisão também trás benefício financeiro para o hospital (LUNNEY; PARADISO, 1995).

No quarto pressuposto, as autoras referem que acurar os DE deve ser uma expectativa dos enfermeiros e desse modo tornar-se um hábito. Dizem, também, que nessa expectativa deve ser compartilhada, consideram, então, que o PD não deve ser uma decisão arbitrária. Acrescentam que há a necessidade de autoconfiança e de um poder pessoal para diagnosticar com acurácia. Dessa maneira, as autoras contemplam o cunho interdisciplinar do processo diagnóstico, porém destacam a participação individual do enfermeiro como pré-requisito para diagnosticar com alto grau de acurácia (LUNNEY; PARADISO, 1995).

A solução para o descaso em relação a acurácia é reconhecer sua importância e focalizar-se nela, tendo-a como meta para os DE. O hábito de desatenção precisa mudar, pois se trata de uma força inibidora para o cuidado. Para que isso aconteça, faz-se necessário demonstrar aos enfermeiros a possibilidade de resultados positivos que podem ser alcançados com a alta acurácia dos DE e que aqueles com baixa acurácia podem resultar em prejuízos ao paciente. Torna-se importante, pois, investir na busca pela acurácia (LUNNEY, 1998).

Os estudos sobre acurácia representam um desafio à mudança da situação existente na enfermagem. Na medida em que tendem a quebrar paradigmas na tomada de decisões dos enfermeiros, que ao fazerem sua declaração diagnóstica, acreditam

estarem sempre corretos, crença que pode ser comparada a um mito. Para os enfermeiros mais experientes é uma ameaça considerar que as suas tomadas de decisões, durante a sua atuação assistencial, não foram feitas com alta acurácia. Já para os enfermeiros mais novos, pode ser assustador considerar sua responsabilidade em tomar decisões com alta acurácia (LUNNEY, 1998).

Nas situações clínicas em que o enfermeiro diagnostica há uma diversidade e uma complexidade, que caracteriza o processo diagnóstico com alta acurácia como uma tarefa desafiadora que requer altos níveis de inteligência e habilidades. Estas se apresentam em níveis variados em todas as pessoas, portanto neste desafio propõem-se ao enfermeiro o desenvolvimento de suas habilidades cognitivas e de hábitos mentais, os quais podem ser ampliados, considerando-se que são intrínsecos ao pensamento crítico necessário ao processo diagnóstico na enfermagem (LUNNEY, 2003).

Inteligência refere-se à interação entre o mundo interno e o externo do indivíduo, além da experiência que resulta dessa interação. O mundo interno da pessoa consiste em metacomponentes e em componentes de aquisição de conhecimento e de desempenho. Os metacomponentes referem-se aos processos de pensar que envolvem o planejamento, a monitoração e a avaliação para resolver problemas e os componentes referem-se aos processos de pensar utilizados na resolução do problema em si. O mundo interno envolve-se com o externo através de interações e experiências em busca de uma adaptação. Dessa maneira, quanto maior for a experiência, maior será a facilidade no planejamento e conclusão de tarefas, como também será maior o controle das interações complexas (LUNNEY, 2003). A inteligência do indivíduo tem potencial para se desenvolver e melhorar continuamente (STERBERG, 1997 *apud* LUNNEY, 2003).

Nesse sentido, o pensamento crítico refere-se a habilidades de diferenciar entre argumentos bons e ruins, administrar os raciocínios dedutivos e indutivos, fazer suposições, perceber evidências, avaliar conclusões e de justificar fatos e valores. Refere-se aos processos de pensar resultantes da interação do ser com o ambiente, ou seja, com o seu contexto (LUNNEY, 2003). O pensamento crítico é um processo produtivo e positivo que recebe estímulos dos eventos da vida, tendo sua manifestação de acordo com a sua variação contextual (BROOKFIELD, 1991).

Ao se realizar um estudo sobre o pensamento crítico com 55 enfermeiras, concluiu-se que houve o reconhecimento de sete habilidades cognitivas e dez hábitos mentais (SHEFFER; RUBENFELD, 2000). Ao relacionar essas habilidades cognitivas e hábitos mentais, utilizados no pensamento crítico do processo diagnóstico de enfermagem, descreveram-se as habilidades utilizadas (LUNNEY, 2003). Segue abaixo essas descrições realizadas por Lunney nesse estudo.

A habilidade cognitiva analisar envolve a fragmentação de uma situação em diferentes partes para atribuir possíveis significados no PD. Esta habilidade influenciada pelo hábito mental de flexibilidade que proporciona a consideração de que os DE pareçam menos óbvios.

Discriminar é uma habilidade é influenciada pelo hábito mental de reflexão e de compreensão, que ajuda o enfermeiro a rejeitar determinados DE, com suas etiologias e sinais e sintomas, que geralmente seriam considerados quando houver dados que permitam essa rejeição. Essa habilidade possibilita o enfermeiro a diferenciar determinada situação de outra similar.

A habilidade cognitiva para buscar informações é considerada em situações em que seja necessária informação adicional. A intuição é um hábito mental que influencia esta habilidade, pois ela pode auxiliar na percepção de que a busca de informações faz-se necessária.

O raciocínio lógico é uma das habilidades cognitivas que auxilia o enfermeiro frente à relevância dos dados para agrupar sugestões em padrões significativos, auxilia nas situações em que se faz a comparação entre diferentes DE por grupos de sugestões ou sugestões específicas. A flexibilidade é o hábito mental que se encontra presente nessa habilidade.

A habilidade de aplicar padrões relaciona-se a que o enfermeiro tenha conhecimento de situações clínicas específicas, que faça uso e teste sua aplicabilidade de forma padronizada, quando estiver diante dessas determinadas situações. Para essa habilidade faz-se necessário à contínua procura por padrões adicionais, que têm em si envolvidos os hábitos mentais de integridade intelectual e a curiosidade.

O predizer é uma habilidade cognitiva em que o enfermeiro consegue antecipar uma conclusão diagnóstica ao denotar as intervenções de enfermagem necessárias. Essa habilidade deriva da confiança como um hábito mental, de um conhecimento e de experiência em enfermagem.

Transformar conhecimento é uma habilidade cognitiva em que o enfermeiro utiliza-se do conhecimento de situações passadas e o adapte para utilização em outra situação semelhante. Os hábitos mentais de criatividade e aceitar idéias e novas, que estão relacionados a essa habilidade, propiciam a flexibilidade para a resolução de problemas de forma não tradicionais e comuns.

Foram elaboradas estratégias para melhorar ou adquirir os hábitos mentais que foram apontados por Sheffer e Rubenfeld (2000) (LUNNEY, 2003). Segue abaixo essas estratégias.

Fazer a conexão entre os pensamentos permite a criação sinérgica das habilidades de pensamento do enfermeiro proporcionando a produção de habilidades de alto nível (HAYAKAWA; HAYAKAWA, 1990 *apud* LUNNEY, 2003). Essa conexão pode ser realizada através de discussões a respeito do PD. Portanto melhorar o as habilidades de pensamento crítico que pode ser realizada a partir da elaboração de suposições, conclusões e interpretação de possíveis DE. Porém é preciso partir do pressuposto de que os DE possam ter baixa acurácia, de esse modo propor um desafio mental para alcançar a alta acurácia.

Acredita-se que considerar possibilidades de DE alternativos, possa ampliar o uso das habilidades cognitivas no momento em que apoiará o desenvolvimento da reflexão e da flexibilidade mental, além de maior compreensão das situações que cercam os DE. Brookfield (1991) afirma que se deve desenvolver um hábito de ceticismo reflexivo para auxiliar na consideração de DE alternativos. Assim na busca de diagnósticos acurados, no processo diagnóstico, o autor sugere ao enfermeiro a:

- procurar o equilíbrio entre o ceticismo reflexivo com uma autoconfiança. Deve-se fazer questionamento, desafios em relação aos DE levantados, considerando-os com alta acurácia, até que evidências mostrem o contrário;
- desenvolver uma sensibilidade para perceber os fatores contextuais, pois situações específicas podem alterar o significado dos dados;
- avaliar a credibilidade dos DE a partir de discussões e comparações baseados nas evidências, pode-se, também, comparar os sinais e sintomas levantados aos presentes na literatura. O questionamento acerca de evidências suficientes para a declaração de determinado DE é essencial para alcançar a alta acurácia;
- reconhecer e aceitar o saber intuitivo, antes de dados claros que evidenciem determinado DE. A intuição reflete visões mais novas a respeito do Pensamento crítico;
- tolerar ambigüidades existentes em julgamentos clínicos, como diagnosticar é estar sujeito a erros, deve se utilizar essa incerteza a favor do paciente. Desse modo se estará lançando um desafio na busca da alta acurácia do DE, o que permitirá a possibilidade de alcançá-la;
- controlar a ansiedade em torno da possibilidade de baixa acurácia. Cometer erros pode ameaçar o amor-próprio, o que contribui para sentimentos de medo e de ansiedade. Para o controle desses sentimentos pode utilizar-se da auto-sugestão positiva e de outras estratégias cognitivas. Precisa-se permitir a si a possibilidades de cometer erros, pois estes fazem parte do processo diagnóstico.

4 METODOLOGIA

Serão abordados, a seguir: tipo e campo de estudo, população e amostra, coleta e análise de dados, e os aspectos éticos deste trabalho.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e documental, com abordagem qualitativa (POLIT; HUNGLER, 1995). Pesquisas exploratórias visam proporcionar maior familiarização com os problemas e torná-los mais explícito ou constituir mais hipóteses. Pesquisas descritivas objetivam descrever características de determinada população ou fenômeno, ou ainda, estabelecer a relação entre variáveis (GIL, 2002).

4.2 Campo de Estudo

O campo de estudo foi a sala de observação do serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SOA/SE – HCPA). Esta tem em média diária de 30 pacientes adultos admitidos procedentes do setor de acolhimento, da sala de procedimentos adultos ou da unidade vascular. Geralmente trata-se de pacientes acamados, que aguardam definição de diagnóstico médico, transferência para outras instituições ou leitos para internação.

4.3 População e Amostra

A unidade de análise deste estudo compreendeu os prontuários de pacientes admitidos na SOA do SE do HCPA durante o período da coleta de dados. Estes foram selecionados aleatoriamente de forma intencional, ou seja, foram parte da amostra os prontuários que compreenderam nos registros dos enfermeiros referentes a um ou mais diagnósticos de enfermagem que estiveram dentre os dez mais incidentes na SOA do SE do HCPA conforme resultados do estudo de Crossetti *et al.* (2005). Estes são: *déficit no auto-cuidado: banho e ou higiene, nutrição desequilibrada: menos do que o corpo necessita padrão respiratório ineficaz, integridade tissular prejudicada, alteração na eliminação urinária, mobilidade física prejudicada, déficit no volume de líquidos, risco para trauma, risco para infecção e dor aguda.*

Como critério de inclusão constituiu unidade de análise somente os prontuários que compreenderam registros de no mínimo um dos dez DE mais incidentes, já elencados ou pré-selecionados.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi feita a partir da análise dos registros dos enfermeiros contidos no prontuário dos pacientes, no que se refere aos DE. Os dados foram coletados independentes do momento em que o DE foi elaborado pelo enfermeiro, sendo que os DE registrados em um mesmo prontuário foram analisados apenas uma vez. O registro dos dados coletados foi realizado em um instrumento (APÊNDICE). O processo de coleta de dados ocorreu obedecendo aos seguintes passos:

1. seleção aleatória intencional do prontuário a partir da verificação do registro de no mínimo um dos DE incidentes,
2. identificação do(s) DE incidentes,

3. identificação do(s) sinais e sintomas ou dados subjetivos e objetivos coletados pelo enfermeiro, registrados no prontuário do paciente, e que caracterizam o(s) DEs incidentes elaborados pelo enfermeiro,
4. registro dos dados coletados em um instrumento próprio (APÊNDICE), nos campos específicos,
5. os DE incidentes foram analisados três vezes em situações distintas.

4.5 Análise dos Dados

A análise dos dados seguiu as seguintes etapas:

a) 1ª Etapa

- comparação dos sinais e sintomas ou dados subjetivos e objetivos coletados pelo enfermeiro, no prontuário do paciente, e que caracterizam o(s) DEs incidentes com os que constam no referencial teórico de Bennedet e Bub (1998) que caracterizarem os DE.

b) 2ª Etapa

- identificação das evidências (sinais/sintomas/características definidoras) dos DEs incidentes verificando a maior ou a menor predominância das evidências de acordo com o referencial teórico de Benedet e Bub (1998).

c) 3ª Etapa

- verificação do grau de acurácia dos dez DE mais incidentes, segundo a escala de Lunney (1990).
- para a mensuração da avaliação da acurácia dos dez DE mais incidentes, utilizou-se o seguinte escore decodificado, segundo a escala de Lunney (1990). O DE recebeu a acurácia:
 - “+5” quando todos os sinais e sintomas listados pelos enfermeiros estão de acordo com o referencial;
 - “+4” quando todos ou a maioria dos sinais e sintomas listados

estão de acordo com o referencial, mas apresenta um ou mais sinais e sintomas que não são apresentados pelo referencial;

- “+3” quando muitos dos sinais e sintomas e listados tem a ver com o diagnóstico, mas não são específicos do mesmo;
- “+2” quando alguns dos sinais e sintomas são listados, mas não são específicos do diagnóstico de acordo com o referencial e/ou o diagnóstico não é prioritário;
- “+1” quando poucos ou apenas um sinal e sintoma é (são) específico(s) do diagnóstico é (são) listado(s) de acordo com o referencial;
- “0” (zero) quando nenhum sinal e sintoma e listado é coerente com o referencial;
- “-1” quando no mínimo dois dos sinais e sintomas listados são errados, não estando de acordo com o referencial, podendo o diagnóstico ser rejeitado, mesmo apresentando mais de um sinal e sintoma e condizente com o referencial;

A acurácia diagnóstica foi atribuída de acordo com o escore decodificado. Ou seja, quanto maior o escore, maior foi a acurácia dos DE.

A discussão dos resultados teve por base a literatura pertinente ao estudo bem como as experiências clínicas acumuladas na formação profissional.

4.6 Aspectos Éticos

Os aspectos ético-legais para pesquisas com seres humanos foram observados conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 196/96). O projeto em tese foi encaminhado para parecer ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA (GPPG), instituição que abriga o campo de estudo, e obteve aprovação (ANEXO A). Conforme a Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS 1993)

o pesquisador responsável assinou um “Termo de Responsabilidade” (ANEXO B) para manuseio dos prontuários do HCPA, em que se compromete em usar as informações dos prontuários única e exclusivamente para fins de estudo. As informações coletadas ficarão sob responsabilidade de o pesquisador por um período de cinco anos, sendo após destruídas.

5 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao se buscar neste estudo verificar o grau de acurácia dos diagnósticos de enfermagem (DE) mais incidentes em sala de observação adulto do serviço de emergência do HCPA através da escala de Lunney (1990), determinou-se como critério para a seleção dos mesmos o resultado do estudo de Crossetti *et al.* (2005). A partir desse estudo arbitrou-se elencar dez DE por ordem de incidência. Procurando-se ter uma maior abrangência do estudo, optou-se por analisar cada DE três vezes em situações clínicas distintas, ou seja, em diferentes prontuários incluídos conforme definido na metodologia, o que pode ser constatado nos Quadros abaixo, cujos resultados foram discutidos e analisados a partir de literatura pertinente.

Dentre a utilização de classificações na enfermagem a do DE é a que tem sido aplicada de forma crescente na prática, pelos enfermeiros em diferentes realidades fato que trás como vantagens a padronização da linguagem, que facilita a comunicação entre os profissionais, bem como contribui para a visibilidade e definição dos domínios da profissão enquanto disciplina. Esta condição implica em preocupações para os que estudam os elementos da prática de enfermagem no que se refere à exatidão das tomadas de decisões dos enfermeiros no processo diagnóstico, ação que deve refletir os reais ou potenciais problemas de saúde dos pacientes, pois servirão como base para as intervenções de enfermagem, portanto não basta que o enfermeiro diagnostique, é necessário que o faça com acurácia.

Nesse contexto os Quadros a seguir apresentados e analisados mostram o grau de acurácia dos DE na sala de observação adulto do serviço de emergência do HCPA.

Diagnósticos de Enfermagem	Grau de Acurácia
RISCO PARA TRAUMAS	+5
DOR AGUDA	+5
INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	+4
RISCO PARA TRAUMAS	+4
RISCO PARA INFECÇÃO	+4
RISCO PARA INFECÇÃO	+4
DOR AGUDA	+4
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	+3
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADE: BANHO/HIGIENE	+2
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADE: BANHO/HIGIENE	+2
DÉFICIT NO AUTO-CUIDADE: BANHO/HIGIENE	+2
DOR AGUDA	+2
NUTRIÇÃO DESIQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	+1
NUTRIÇÃO DESIQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	+1
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	+1
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	+1
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	+1
ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	+1
ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	+1
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	+1
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	+1
DÉFICIT NO VOLUME DE LÍQUIDOS	+1
RISCO PARA INFECÇÃO	+1
RISCO PARA TRAUMAS	0
INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	0
INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	0
ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	0
NUTRIÇÃO DESIQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	0
DÉFICIT NO VOLUME DE LÍQUIDOS	-1
DÉFICIT NO VOLUME DE LÍQUIDOS	-1

Quadro 1- Relação dos Diagnósticos de Enfermagem e o grau de acurácia.

Fonte: MARINI, Maiko, coleta de dados em SOA/SE-HCPA, Porto Alegre, Outubro de 2006.

No Quadro 1 observam-se os DE com respectivos graus de acurácia, mensurado a partir da escala de Lunney (1990). Estes representam os mais incidentes na SOA/SE – HCPA, avaliados em situações clínicas distintas. Verifica-se a distribuição dos graus de acurácia de acordo com a escala utilizada foram encontrados em distintas declarações diagnósticas. Constata-se que os DE com alta acurácia, ou seja, mensurados com grau “+5” e “+4” foram *Risco para Trauma, Dor Aguda, Integridade*

Tissular Prejudicada e Risco para Infecção. Em outro extremo, constata-se que os DE com baixa acurácia, mais freqüentemente declarados, foram os *Risco para Trauma, Integridade Tissular Prejudicada, Eliminação Urinária Prejudicada, Nutrição Desequilibrada: menos do que as necessidades corporais* e *Déficit no Volume de Líquidos*. Os graus de acurácia atribuídos a esses DE foram “0”(zero) e “-1”. Esses resultados vêm ao encontro da idéia de que estes diagnósticos podem ter sido elaborados por diferentes enfermeiros com experiência clínica, vivências, crenças e valores distintos o que pode levar a estabelecer diagnósticos com alta ou baixa acurácia. Fato que justifica a importância de estudos sobre a acurácia dos DE pelos enfermeiros, considerando a relação com o sucesso das intervenções (LUNNEY, 1990, 1998, 2003).

Os Gráficos 1 e 2 ilustram a freqüência e o percentual dos diferentes níveis de acurácia encontrados no presente estudo, possibilitando melhor visualização dos achados.

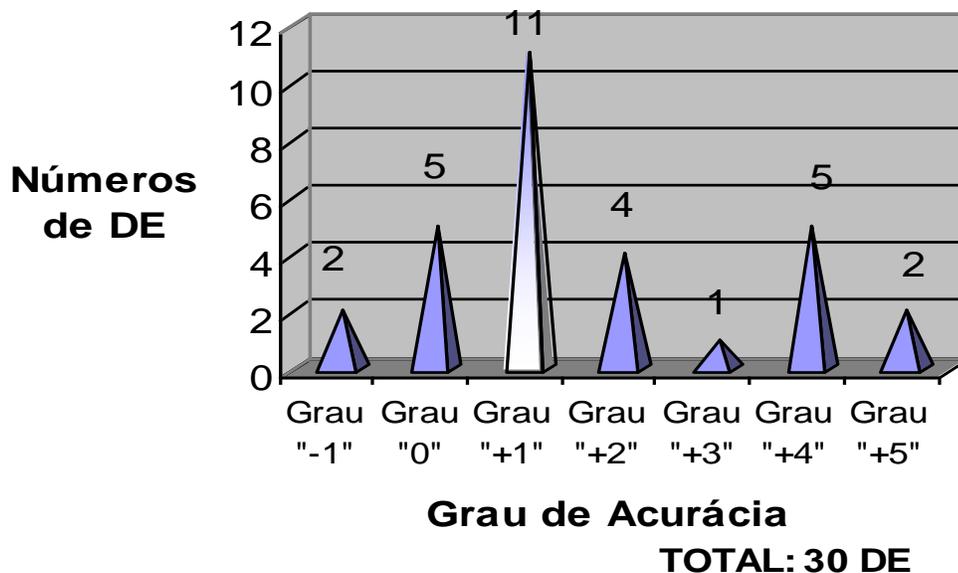


Gráfico 1 – Freqüência dos DE segundo o grau de acurácia

Fonte: MARINI, Maiko, coleta de dados em SOA/SE-HCPA. Porto Alegre, Outubro de 2006.

O Gráfico 1 apresenta a distribuição das freqüências DE segundo o grau de acurácia, considerando que cada diagnóstico foi avaliado em três situações clínicas distintas entre si. Dentre os diferentes níveis de acurácia, proposta por Lunney (1990) o

que teve a maior incidência foi o de grau “+1” (11) e o de menor freqüência o de grau “+3” (1). Destacam-se no Gráfico 01 a declaração de diagnósticos de enfermagem com grau de acurácia “0” (5) e “+4” (5).

A distribuição dos dados presente no Gráfico 01 traduz-se em percentil dos DE, segundo o grau de acurácia apresentados a seguir no Gráfico 2.

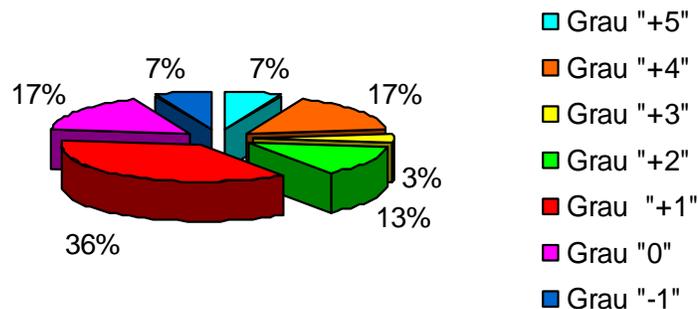


Gráfico 2 – O Percentil dos DE segundo o grau de acurácia

Fonte: MARINI, Maiko, coleta de dados em SOA/SE-HCPA. Porto Alegre, Outubro de 2006.

O Gráfico 2 apresenta o percentil dos DE segundo o grau de acurácia, destaca-se o grau de acurácia “+1” com 36% de incidência dentre as demais mensurações dos diagnósticos elaborados pelos enfermeiros na SOA/SE – HCPA. De modo geral os Gráficos 1 e 2 demonstram que aproximadamente 76,66%(23) dos DE foram de baixa acurácia, ou seja, ao serem declarados deixou de considerar-se as evidências específicas coerentes com suas definições e com dados subjetivos e objetivos dos pacientes. Porém revela também o estudo a elaboração de diagnóstico com graus “+5” e “+4”, com aproximadamente 23,33%(7) de representatividade, configura DE de alta acurácia, o que se atribui a aplicação do pensamento crítico e raciocínio clínico dos enfermeiros na tomada de decisão no processo diagnóstico.

DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO: banho ou higiene	
Avaliação 1	Acurácia “+2”
Avaliação 2	Acurácia “+2”
Avaliação 3	Acurácia “+2”

Quadro 2 – Graus de acurácia do DE “*Déficit No Auto-Cuidado: banho ou higiene*”.
 Fonte: MARINI, Maiko, coleta de dados em SOA/SE-HCPA. Porto Alegre, Outubro de 2006.

O Quadro 2 mostra os graus de acurácia do DE *déficit no auto-cuidado: banho ou higiene* obtidos a partir da escala de mensuração de Lunney (1990). Constata-se que os graus de acurácia conferidos ao DE em análise foi de “+2” nas três avaliações, ou seja, cada avaliação refere-se à mensuração do diagnóstico presente em prontuários diferentes. Para Lunney (1990) o grau de acurácia “+2” atribui-se quando alguns dos sinais e sintomas são listados, mas não são específicos do diagnóstico de acordo com o referencial e/ou o diagnóstico não é prioritário.

Na análise dos DE, nos prontuários, observou-se que os sinais e sintomas, ou as características definidoras, são levantadas pelos enfermeiros como fatores relacionados contrariando o referencial adotado. Conclui-se que este é um diagnóstico que foi elaborado pelos enfermeiros, com baixa acurácia. Fato que pode demonstrar o desconhecimento do enfermeiro com relação à definição, características definidoras, ou sinais e sintomas, do DE *déficit no auto-cuidado: banho ou higiene*, a falta de registros das evidências no prontuário ou o até uma avaliação superficial, com base na aparência do paciente, caracterizando a necessidade da aplicação do pensamento crítico e raciocínio clínico. Nesse sentido, Carnevali e Thomas (1993) e Gordon (1994) *apud* Lunney (2003), afirmam que a tarefa diagnóstica com precisão está relacionada com as habilidades dos enfermeiros. Isto é, aludem os autores que a habilidade para diagnosticar inclui habilidades de interpretação para coletar dados válidos e confiáveis do paciente, e a intelectual inerente ao conhecimento e pensamento crítico. Aspectos que estão relacionados à criteriosa avaliação do histórico de saúde e exame físico do paciente, a busca de informações importantes para o processo diagnóstico e ao contexto situacional, o que pressupõe um diálogo autêntico entre o ser cuidado e cuidador. Assim as habilidades do diagnosticista, segundo esses autores, são fundamentais no estabelecimento de um DE com alta acurácia.

Esse DE foi o mais incidente no estudo de Crosseti *et al.* (2005), fato que por si só justificaria a sua elaboração com alto grau de acurácia.

DESIQUILIBRADA: menos do que as necessidades corporais	
Avaliação 1	Acurácia “+1”
Avaliação 2	Acurácia “+1”
Avaliação 3	Acurácia “0”

Quadro 3 – Graus de acurácia do DE “Nutrição”.

Fonte: MARINI, Maiko, coleta de dados em SOA/SE-HCPA. Porto Alegre, Outubro de 2006.

No Quadro 3 visualiza-se o grau de acurácia referente ao DE *Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais*. Constata-se o baixo grau de acurácia, atribuído ao diagnóstico nas três avaliações através da mensuração proposta por Lunney (1990). Dentre as avaliações destaca-se que em uma delas a valoração da acurácia foi “0” (zero), o que é atribuído por Lunney (1990) quando nenhum dos sinais e sintomas estão de acordo com o referencial.

Nas demais avaliações o DE em análise foi mensurado com o grau de acurácia “+1”, o que significa que poucos ou apenas um dos sinais e sintomas é específico do diagnóstico de acordo com o referencial de Benedet e Bub (1998). Nesse contexto, na análise desses DE nos diferentes prontuários, identificou-se que foram atribuídos fatores relacionados como sinais e sintomas, expressando um julgamento que não tem aderência com o referencial. Esses DE tiveram como evidências a referência de diagnósticos médicos como o Diabetes Melitos e o de Hipertensão Arterial Sistêmica, fato que se acredita ser justificado pelos fatores relacionados “restrições dietéticas e/ou hábitos alimentares” selecionados pelos enfermeiros. O fato de o paciente ter prescrição médica: “dieta para diabete *melitus*”, pode justificar como prioridade a declaração do DE em tese, uma vez que esta situação foi constatada nas três avaliações. É possível que esse seja um critério para a escolha deste diagnóstico, independente das características definidoras constantes no referencial teórico. Hipótese que se reforça com a avaliação do DE *Nutrição Desequilibrada: menos que as necessidades corporais*, cujo grau de acurácia foi “0” (zero) em que não há nenhum

sinal e sintoma que o caracterize, avaliados pelos enfermeiros, contudo o diagnóstico médico DM se fazia presente.

Esse é um aspecto que remete a predominância, ainda, do modelo biomédico na prática de enfermagem em que o foco das intervenções de enfermagem são as patologias médicas. Nesse sentido acredita-se que se faz necessário que o enfermeiro aplique o pensamento crítico e o julgamento clínico em um processo diagnóstico que confira identidade e validade ao ser e fazer enfermagem.

Esses resultados vão ao encontro do que referem Lunney e Paradiso (1995) sobre a baixa acurácia diagnóstica, ou seja, essa condição pode implicar em dano ao paciente por negligência de seu problema atual ou potencial, ou mesmo, a escolha de intervenções impróprias com conseqüente resultados de enfermagem inadequados, desperdício de tempo e de energia no tratamento dos fenômenos, além do descontentamento dos pacientes e da família. Os autores afirmam ainda que ao se unificar cuidados de enfermagem baseando-se em problemas médicos está se afirmando á falta de interesse em acurácia dentro dos domínios da enfermagem. Portanto, evidencia-se no estudo, a necessidade dos enfermeiros focalizarem a importância da acurácia dos DE no seu cotidiano.

Neste contexto concorda-se com Saurin (2004), que em seu estudo conclui que o baixo grau de acurácia dos DE pode estar atribuído a dificuldades dos enfermeiros na elaboração dos DE, ou seja, na utilização do pensamento crítico e nas habilidades necessárias para um correto raciocínio clínico, pressupondo seu desenvolvimento para que possam tomar decisões adequadas diante dos problemas de saúde dos pacientes. Lima e Cassiani (2000) afirmam que os enfermeiros precisam instrumentalizar-se para o pensa criticamente, e dessa maneira capacitarem-se para processar dados complexos e tomar decisões adequadas para o cuidado de enfermagem.

PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	
Avaliação 1	Acurácia “+1”
Avaliação 2	Acurácia “+1”
Avaliação 3	Acurácia “+1”

Quadro 4 – Graus de acurácia do DE “Padrão Respiratório Ineficaz”.

Fonte: MARINI, Maiko, coleta de dados em SOA/SE-HCPA. Porto Alegre, Outubro de 2006.

Observa-se no Quadro 4 que os graus de acurácia do DE *Padrão Respiratóriolínficaz* foram de “+1”, conforme o preconizado no referencial de Lunney (1990), em todas as avaliações em distintos prontuários. O que significa que ao serem elaborados pelos enfermeiros apresentavam somente um sinal ou sintoma específico do diagnóstico em análise.

À análise deste DE sentiu-se a necessidade da busca de dados adicionais como de resultados de exames laboratoriais, que subsidiassem o pensamento crítico e raciocínio clínico do enfermeiro na seleção do DE. Nessa avaliação, foram levantados pelo enfermeiro sinais e sintomas como agitação e confusão, evidências específicas que caracterizam o DE *Troca de Gases Prejudicada*, associadas às alterações das medidas de gases sanguíneos (PCO₂ e PO₂ e SAT de O₂), conforme o referencial de Benedet e Bub (1998). Higuchi e Donald (2002) identificaram que os enfermeiros, em seus registros, escolhiam informações a partir de dados clínicos críticos de uma situação clínica específica, que fosse pertinente e sustentassem-se suas ações de enfermagem. Desse modo consideraram que a operação cognitiva selecionar é um processo de pensamento importante para a tomada de decisão clínica. Lunney e Paradiso (2005) afirmam que se o enfermeiro não se focalizar no que é importante, não conseguirá reconhecer/constatar fenômenos relevantes.

Essa constatação expressa a importância do conhecimento e da experiência clínica do enfermeiro na aplicação do pensamento crítico e julgamento clínico em direção ao estabelecimento de DE precisos e conseqüentes intervenções e resultados de enfermagem. Além de que se faz necessário registrar as informações para a visualização dos processos de pensamento utilizados para esse fim.

Para enfermeiros que precisam tomar decisões rápidas diante de múltiplas possibilidades, como os que atuam na unidade de emergência, o pensamento crítico tem um papel vital no processo de cuidado, pois este habilita o profissional para análise de dados complexos sobre os pacientes, tome decisões sobre os problemas dos pacientes e possíveis intervenções, avalie cada problema, para decidir o que melhor a ele se aplica e escolha as intervenções apropriadas para a situação (OERMANN, 1999). Nesse sentido constata-se a interdependência do pensamento crítico e da acurácia dos diagnósticos de enfermagem.

INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	
Avaliação 1	Acurácia “+4”
Avaliação 2	Acurácia “0”
Avaliação 3	Acurácia “0”

Quadro 5 – Graus de acurácia do DE “Integridade Tissular Prejudicada”.

Fonte: MARINI, Maiko, coleta de dados em SOA/SE-HCPA. Porto Alegre, Outubro de 2006.

O Quadro 5 demonstra a avaliação do DE *Integridade Tissular Prejudicada*, quanto ao grau de acurácia, mensurado através da escala de Lunney (1990), referente as três avaliações. Na primeira avaliação o diagnóstico teve sua valoração de acurácia “+4”, que se aplica aos DE em que todos ou a maioria dos sinais e sintomas listados estão de acordo com o referencial, mas apresenta um ou mais sintomas que não são apresentados pelo referencial. Atribui-se, então, uma alta acurácia a este diagnóstico. Porém as demais avaliações conferiram o grau de acurácia “0” que é atribuído quando o diagnóstico não está associado a nenhum sinal ou sintoma (BENEDET; BUB, 1998), o significa que nessas avaliações os DE foram de baixa acurácia.

Esses resultados demonstram uma discrepância entre o grau de acurácia da primeira avaliação, o que se pode atribuir às diferenças individuais dos enfermeiros que realizaram a declaração diagnóstica, no que se refere ao conhecimento estrutura dos DE e a prática clínica. Lunney (2001) em um estudo sobre acurácia, realizado a partir de estudo de casos, também encontrou variações nos grau de acurácia nos DE levantados e concluiu que em casos reais se encontrariam diferenças também. A previsão da autora é confirmada nos resultados deste estudo. Neste contexto, Florin, Ehrenberg e Ehnfors (2005) e Cruz e Pimenta (2005) afirmam que diferenças de níveis de acurácia refletem a falta ou a mal interpretação dos dados dos pacientes no processo diagnóstico e que está situação é refletida de uma habilidade diminuída em definir cuidados de enfermagem adequados.

ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	
Avaliação 1	Acurácia “+1”
Avaliação 2	Acurácia “+1”
Avaliação 3	Acurácia “0”

Quadro 6– Graus de acurácia do DE “Eliminação Urinária Prejudicada”.

Fonte: MARINI, Maiko, coleta de dados em SOA/SE-HCPA. Porto Alegre, Outubro de 2006.

No Quadro 6 constam as avaliações do DE *Eliminação Urinária Prejudicada* declarados pelos enfermeiros em situações clínicas distintas. Os diagnósticos foram avaliados quanto a acurácia utilizando-se a graduação da escala de Lunney (1990). Nas primeiras situações o DE recebeu o grau “+1”, o que significa que poucos ou apenas um sinal e sintoma era específico do diagnóstico em comparação com o referencial teórico de Benedet e Bub (1990). Já na última avaliação o grau de acurácia conferido foi “0” (zero), medida conferida ao diagnóstico que não possui nenhum sinal e sintoma coerente ao referencial em questão. Denota-se, então, que nas distintas avaliações os DE foram avaliados como sendo de baixa acurácia.

Na análise do diagnóstico *Eliminação Urinária Prejudicada* foram listados pelos enfermeiros como sinal e sintomas piúria e hematúria, característica não definidas pelos referenciais. Porém acredita-se que tais elementos deveriam ser incluídos em suas características de definidoras, já que a definição do diagnóstico em questão pressupõe essas respostas humanas. Neste sentido Parker e Lunney (1998) referem que os sinais e sintomas, que são utilizado pelos enfermeiros na prática clínica, devem ser validados para que haja um desenvolvimento contínuo dos conceitos dos DE. Afirmam ainda que, para se promover o desenvolvimento de uma taxonomia válida e segura não basta construí-la é preciso torna-la precisa, ou adequada às resposta humanas. Lunney, (1998) e Lunney e Paradiso (1995) apontam que a fase subsequente para a confiabilidade dos DE está em focar a atenção para a acurácia.

Constatou-se na análise dos prontuários uma situação em que somente o procedimento “sondagem vesical de demora” poderia ter alguma relação com a *Eliminação Urinária Prejudicada*, porém essa terapêutica não se encontra listada no referencial como característica definidora por não se tratar de um sinal/sintoma. Nesse momento notou-se a necessidade de um aprofundamento da investigação clínica, ou

ainda, de registros específicos das alterações clínicas do paciente através da anamnese e exame físico que subsidiassem essa declaração diagnóstica.

MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	
Avaliação 1	Acurácia “+3”
Avaliação 2	Acurácia “+1”
Avaliação 3	Acurácia “+1”

Quadro 7 – Grau de acurácia do DE “Mobilidade Física Prejudicada”.

Fonte: MARINI, Maiko, coleta de dados em SOA/SE-HCPA. Porto Alegre, Outubro de 2006.

O Quadro 7 demonstra o grau de acurácia, segundo a escala de Lunney (1990), do DE *Mobilidade Física Prejudicada*, os valores mensurados referem-se a distintas avaliações inerentes a pacientes diferentes. Na primeira avaliação o DE obteve grau de acurácia “+3”, que é atribuída aos diagnósticos quando muitos dos sinais e sintomas têm relação com o DE em questão, mas que não são específicas do mesmo. Nas demais avaliações, atribuiu-se o grau de acurácia “+1” que caracteriza o DE com poucos ou apenas um sinal e sintoma listados conforme o referencial de Benedet e Bub (1998). Constatou-se baixa acurácia nas distintas situações, mesmo que em tenha obtido maior mensuração, não foi suficiente para que se atribuísse ao DE um alto grau de precisão. Nas avaliações em que se atribuiu o grau “+1”, sente-se necessidade mais uma vez de avaliações mais críticas e precisas dos dados clínicas, subjetivos e objetivos, do paciente, e ou o registro de informações mais adequadas às reais situações dos pacientes, pois uma vez este grau de acurácia, na escala de Lunney (1990), sempre terá um sinal/sintoma específico do diagnóstico. Esse fato deveria instigar o enfermeiro à busca de dados mais precisos, se a declaração de diagnósticos acurados fosse o objetivo primeiro do profissional.

Cruz e Pimenta (2005) afirmam o enfermeiro encontra como uma da dificuldade para levantar DE com alta acurácia a variedade de características definidoras que estão presentes em DE diferentes. Assim se manifestam as alterações das respostas humanas, que também apresentam entre si semelhanças. Esta é uma situação em que se faz necessário um interpretar, ou melhor, fazer-se uso do pensamento crítico

específico para enfermagem para eleger o DE adequado a determinado contexto de saúde/doença do paciente.

DÉFICIT NO VOLUME DE LÍQUIDOS	
Avaliação 1	Acurácia “+1”
Avaliação 2	Acurácia “-1”
Avaliação 3	Acurácia “-1”

Quadro 8– Graus de acurácia do DE “*Déficit no Volume de Líquido*”.

Fonte: MARINI, Maiko, coleta de dados em SOA/SE-HCPA. Porto Alegre, Outubro de 2006.

No Quadro 7 verifica-se os graus de acurácia do DE *Déficit no Volume de Líquidos* declarados a partir de diferentes prontuários, avaliados segundo a escala proposta neste estudo. À mensuração conferiu-se o grau “+1”, que se caracteriza pelo DE que para sua declaração apresenta poucos ou apenas um sinal e sintoma é específico do diagnóstico de acordo com o referencia de Benedet e Bub (1998). Constata-se também ao DE em análise foi atribuído o grau “-1”, que expressa a situação diagnóstica em que no mínimo dois dos sinais e sintomas listados estão errados, podendo ser rejeitado, mesmo que apresentando mais de que um sinal e sintoma condizente com o modelo teórico em comparação. Em todas as medidas o DE obteve grau mínimo da escala de Lunney (1990).

Na avaliação em que se conferiu ao DE o grau de acurácia “+1”, observou-se que os dados subjetivos e objetivos do paciente contidos no prontuário orientavam para a declaração adequada a situação clinica em questão para DE *Risco para Déficit no Volume de Líquidos*, pois os registros do enfermeiro apresentavam características definidoras específicas para subsidiar a declaração desse diagnóstico. Já nas avaliações em que se atribuiu o valor da acurácia como “-1” constatou-se evidencias que indicavam a rejeição para o levantamento do DE *Déficit no Volume de Líquidos* considerando a definição deste diagnóstico. Estas condições caracterizam um DE com baixa acurácia, o que pode se atribuir a inadequada aplicação do processo diagnóstico no cotidiano da prática, para o que se pressupõe o conhecimento aprofundado dos elementos da prática, destacando-se neste estudo, o da classificação dos diagnósticos

de enfermagem. Faz-se necessário também que o enfermeiro saiba o que e porque buscar na avaliação do paciente.

Segundo Parker e Lunney (1998) para os DE interpretados de forma inexatas, as intervenções e os resultados selecionados não serão os mais efetivos. Nesse sentido Cruz e Pimenta (2005) complementam que os resultados das intervenções são dependentes da acurácia da interpretação dos dados clínicos dos pacientes. Lunney (1998) afirma que os DE não são válidos se não refletirem o que realmente está acontecendo com os seres cuidados, além de que não existe uma lógica, em que as conclusões sobre as alterações das necessidades humanas não estejam relacionadas às escolhas das intervenções. Lunney e Paradiso (1995) referem que a baixa precisão diagnóstica pode causar dano direto ao paciente pela negligência de seus problemas reais potenciais, ou ainda através de intervenções inadequadas. A partir dessas afirmações das autoras constata-se que DE elaborados com baixas precisões podem estar expondo os pacientes a riscos, além da baixa qualidade de cuidado de enfermagem.

Lunney (2003) considera que os diagnosticistas sempre estão passíveis a erros, e acredita que a principal meta seria que os enfermeiros tentassem fazer o melhor trabalho possível diante do contexto diagnóstico, condição que pode levá-lo a se conscientizar de que sua declaração é passível de erros, fato que poderá promover a melhor acurácia dos DE.

RISCO PARA TRAUMA	
Avaliação 1	Acurácia “+5”
Avaliação 2	Acurácia “+4”
Avaliação 3	Acurácia “0”

Quadro 9 – Graus de acurácia do DE “Risco para Trauma”.

Fonte: MARINI, Maiko, coleta de dados em SOA/SE-HCPA. Porto Alegre, Outubro de 2006.

O Quadro 9 mostra as mensurações do grau de acurácia do DE *Risco para Trauma* elaborado a partir da avaliação de prontuários diferentes conforme metodologia. As medidas apresentaram-se distintas em todas as situações. Observa-se

no quadro que o DE obteve o grau de acurácia “+5” que se caracteriza por apresentar todos os fatores de risco levantados pelos enfermeiros, de acordo com Benedet e Bub (1990). Foi-lhe atribuído também grau de acurácia “+4” que se refere a condição em que todos ou a maioria dos fatores de riscos estão de acordo com o referencial, mas apresenta um ou mais fatores de riscos não considerados por este. Estes graus conferidos ao DE *Risco para Trama*, classificam-no como DE de alta acurácia, ou sejam expressam os reais ou potenciais problemas de saúde do paciente, orientando o enfermeiro a intervenções adequadas em busca de resultados positivos as ações de enfermagem. Contudo no Quadro 09 constata-se ainda que o DE em análise obteve o grau de acurácia “0” (zero) o que retrata que nenhum fator de risco levantado estava de acordo com o referencial em comparação e que não condiziam com a situação clínica do paciente, fato caracteriza o DE como de baixa acurácia de acordo com a escala de Lunney (1990).

Esses resultados demonstraram a complexidade e as diferenças dos contextos situacionais em que o enfermeiro deve considerar na declaração do diagnóstico de enfermagem, fatores esses que podem determinar tomadas de decisões precisas. Outro aspecto a considerar na discrepância dos dados refere-se à diversidade de conhecimento na aplicação do diagnóstico de enfermagem, às habilidades de pensamento crítico, ao emprego do raciocínio lógico e às experiências clínicas dos enfermeiros. Para Cruz e Pimenta (2005), as habilidades cognitivas e hábitos mentais inerentes ao pensamento crítico são essenciais para o diagnosticar com precisão. Nesse sentido, Oermann (1999) afirma que o pensamento crítico permite ao enfermeiro argumentar e fazer julgamentos sobre o qual é a melhor solução para cada problema específico. Desta forma, para incorrer em menos erros o enfermeiro precisa estar aprimorando o seu pensamento crítico. Higushi e Donald (2002) e Lunney (2003) sustentam que para desenvolver ou aprimorar as habilidades cognitivas precisa-se pensar nos processo específico de enfermagem.

RISCO PARA INFECÇÃO	
Avaliação 1	Acurácia “+4”
Avaliação 2	Acurácia “+4”
Avaliação 3	Acurácia “+1”

Quadro 10 – Graus de acurácia do DE “Risco para Infecção”.

Fonte: MARINI, Maiko, coleta de dados em SOA/SE-HCPA. Porto Alegre, Outubro de 2006.

Observa-se no Quadro 10, que o DE *Risco para Infecção* ao ter sua acurácia medida através da escala de Lunney (1990), de situações clínicas diversas, obteve graus de acurácia “+4”, o que caracteriza o DE quando todos ou a maioria dos fatores relacionados tem seus sinais ou sintomas listados de acordo com o referencial de Benedet e Bub (1990), mas apresenta outros fatores relacionados ao ser declarado, que não constam no referencial. E, numa terceira situação foi-lhe atribuído grau de acurácia “+1”, o que indica que o diagnóstico apresentou poucos ou apenas um fator relacionado que lhe era específico ao ser declarado conforme o referencial. Assim, constata-se que o DE *Risco para infecção* neste estudo foi caracterizado como DE de alta acurácia, e como de baixa acurácia.

A diversidade entre alta e baixa acurácia do diagnóstico *Risco para Infecção* em mais um momento vem reforçar a idéia de que as habilidades cognitivas, referentes ao pensamento crítico de cada profissional, ou a experiência clínica, podem interferir positivamente ou negativamente no diagnosticar em enfermagem. Em um estudo em que Lunney (1992) mensurou as habilidades de pensamentos básicos dos enfermeiros constatou que uma ampla variação na maneira de pensar. Do mesmo modo que ao medir a precisão das interpretações diagnóstica, neste estudo, encontrou-se grandes diferenças. Ademais, Lunney (2003) considera que a interpretação de dados dos pacientes são complexas e variadas, o que contribui para o risco de baixa acurácia, além de que decisões diagnósticas têm em si alto grau de abstração, desse modo pode haver conclusões realizadas de alguns dados que podem estar incorretos.

DOR AGUDA	
Avaliação 1	Acurácia “+5”
Avaliação 2	Acurácia “+4”
Avaliação 3	Acurácia “+2”

Quadro 11 – Graus de acurácia do DE “Dor Aguda”.

Fonte: MARINI, Maiko, coleta de dados em SOA/SE-HCPA. Porto Alegre, Outubro de 2006.

O Quadro 11 expõe as avaliações do DE *Dor Aguda* em três momentos distintos, em que são avaliados segundo o seu grau de acurácia através da escala de Lunney (1990) e utilizando-se do referencial de Benedet e Bub (1998). Ao diagnóstico que se atribuiu o grau “+5”, a acurácia máxima segundo a escala utilizada, considera-se que todos os sinais e sintomas estão listados conforme o referencial. Aquele que foi considerado como de grau “4”, diz-se que todos ou a maioria de seus sinais ou sintomas estão de acordo com a o referencial, mas que alguns não são representados pelo referencial. O DE, cujo grau de acurácia foi “+2”, tem alguns de seus sinais e sintomas listados não específicos do diagnóstico em questão e/ou não é o DE prioritário. As avaliações que apontaram o grau “+5” e “+4” caracterizaram-se como de alta acurácia respectivamente, porém aquele de grau “+2” como de baixa acurácia.

Com relação ao DE com alta acurácia, antagonicamente aos diagnósticos de baixa, Florin, Ehrenberg e Ehnfors (2005) afirmam que oferecem condições prévias para alcançar um cuidado ao paciente com alta qualidade. Defendem que a congruência entre a percepção do enfermeiro e a do paciente é crucial para o desenvolvimento de um cuidado baseado em evidência, ou seja, em um julgamento diagnóstico realizado com precisão. Neste contexto, Lunney e Paradiso (1995) acrescentam que também é preciso uma interação e apoio da equipe de enfermagem e de familiares do paciente, para dessa forma estar validando interpretações, metas e intervenções acuradas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de classificação na enfermagem tem sido um caminho percorrido pelos enfermeiros na busca de equilíbrio das respostas humanas dos pacientes através dos diagnósticos, planejamento e implementação das ações de cuidar. Condição que impõem não só o desenvolvimento de taxonomias específicas de enfermagem, mas que também exige validá-las e aplica-las visando à exatidão dos seus processos e conseqüentes tomadas de decisões dos enfermeiros.

Tendo em vista os objetivos deste estudo de verificar o grau de acurácia dos dez diagnósticos de enfermagem mais incidentes em SOA/SE - HCPA através da escala de Lunney (1990) concluiu-se que:

a) os diagnósticos de enfermagem mensurados e os graus de acurácia a eles atribuídos foram:

- *alto grau de acurácia: “+5”*: risco para traumas e dor aguda; “+4”*: integridade tissular prejudicada e risco para infecção;*
- *baixo grau de acurácia: “+3”*: mobilidade física prejudicada, “+2”*: dor aguda, déficit no auto-cuidado: banho/higiene “+1”*: risco para infecção, nutrição desequilibradas: menos do que as necessidades corporais, padrão respiratório ineficaz, eliminação urinária prejudicada, mobilidade física prejudicada, déficit no volume de líquidos, “0” (zero)*: integridade tissular prejudicada, eliminação urinária prejudicada, nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, “-1”*: déficit no volume de líquidos;

b) aproximadamente 76,66% (23) dos dez DE mensurados através da escala de Lunney (1990) foram de baixa acurácia e aproximadamente 23,33% (7) foram de alta acurácia.

Acredita-se que fatores como experiência clínica; uso das habilidades do pensamento crítico, raciocínio clínico e lógico no processo diagnóstico; conhecimento do contexto situacional; conhecimento das definições, características definidoras ou

sinais e sintomas, fatores relacionados ou etiologias da taxonomia dos DE; relação dialógica com os pacientes e seus familiares são determinantes na declarações acuradas dos diagnósticos pelos enfermeiros.

Nesse contexto, os resultados deste estudo apontam para importância dos enfermeiros terem como meta de seus processos de cuidar a aplicação das classificações com precisão. Ao terem suas habilidades desenvolvidas para a aplicação da taxonomia dos diagnósticos de enfermagem sugere-se que sejam associados conhecimentos sobre a importância da acurácia como um instrumento de sustentação verdadeira no contexto de cuidado do paciente.

Ao se concluir este estudo, diante das evidências aqui constatadas, sugere-se que os enfermeiros tenham como um dos focos principais de sua prática a acurácia dos DE, procurando estudá-las em suas diferentes dimensões na assistência, no ensino e na pesquisa visando qualificar seu processo de cuidar junto aos pacientes e seus familiares.

REFERÊNCIAS

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual do diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA**. Florianópolis: Bernúncia, 1998.

BROOKFIELD, S. Using TV drama to teach adults: realness, recognition, and critical thinking in thirtysomething, **Adult Learning**, Arlington, v. 2, n. 1-19, Sept. 1990.

CROSSETTI, M. G. O. *et al.* O uso do computador como ferramenta para a implementação do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 6, p. 705-708, nov./dez. 2002.

_____. **Incidência e prevalência dos diagnósticos de enfermagem reais e de risco assistidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Escola de Enfermagem/UFRGS, 2005.

CRUZ, D. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, maio/jun. 2005.

FLORIN, J.; EHRENBERG, A; EHNFOR, M. Quality of nursing diagnoses: evaluation of an educational intervention. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 16, n 2, p. 33-43. Apr./June 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

HIGUCHI, K. A.; DONALD, J. G.; Thinking processes used by nurses in clinical decision making. **Journal of Nursing Education**, v. 41 n. 4, p. 145-53, Apr. 2002.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

LEVIN, R. F.; LUNNEY, M; MILLER, B. K. Improving diagnostic accuracy using an evidence-based nursing model, **Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 15, n. 4, p. 114-122. Oct./Dec. 2004.

LIMA, M. A. C.; CASSIANI, S. H. B. Pensamento crítico na educação de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, jan. 2000.

LUNNEY, M. Accuracy for nursing diagnosis: concept development. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 1, n. 1 p. 12-17, Jan./Mar. 1990.

_____. Accuracy of nurses' diagnoses: Foundation of NANDA, NIC, and NOC. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 9, n. 2, p. 83-85, Apr./Jun. 1998.

_____. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 14, n. 3, p. 96-108, Jul./Sept. 2003.

_____. **Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudo de casos e análises**. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

_____.; PARADISO, C. Accuracy of interpreting human responses. **Nursing Management**, Chicago, v. 26, n. 10, p. 48-51, Oct. 1995.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (Org.). **Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2003-2004**. Trad. Cristina Correia. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2005.

OERMANN, M. H. Critical thinking, critical practice. **Nursing Management**, Chicago, v. 30, n. 4, p. 40-45, Apr. 1999.

PARKER, L.; LUNNEY, M. Moving beyond content validation of nursing diagnoses. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v. 9, n. 4, p. 144-51, Oct./Dec. 1998.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SAURIN, G. **Pensamento crítico e acurácia dos diagnósticos de enfermagem em um hospital universitário**. Trabalho de conclusão (Graduação). - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

SCHEFFER, B. K.; RUBENFELD, M. A consensus statement on critical thinking in nursing. **Journal of Nursing Education**, Thorofare, v. 39, n. 8, p. 352-360, Nov. 2000.

SCROGGINS, L.; HARRIS, M. Evaluating nursing diagnoses. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 14, n. 4, p. 8, Oct./Dec. 2003.

APÊNDICE - Instrumento de Coleta de Dados

Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem em Serviço de Emergência de um Hospital Universitário		
Instrumento de Coleta de Dados		
Diagnóstico de Enfermagem: DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO: BANHO E OU HIGIENE		
Sinais/Sintomas (BENEDET & BUB, 1998)	Sinais/Sintomas (Prontuários dos Pacientes)	Grau de acurácia (Escala de Lunney, 1990)
	()	<p>† +5 quando todos os sinais e sintomas listados pelos enfermeiros estão de acordo com o referencial;</p> <p>† +4 quando todos ou a maioria dos sinais e sintomas listados estão de acordo com o referencial, mas apresenta um ou mais sinais e sintomas que não são apresentados pelo referencial;</p> <p>† +3 quando muitos dos sinais e sintomas e listados tem a ver com o diagnóstico, mas não são específicos do mesmo;</p> <p>† +2 quando alguns dos sinais e sintomas e são listados, mas não são específicos do diagnóstico de acordo com o referencial e/ou o diagnóstico não é prioritário;</p> <p>† +1 quando poucos ou apenas um sinal e sintoma e específicos do diagnóstico é listado de acordo com o referencial;</p> <p>† 0 quando nenhum sinal e sintoma e listado é coerente com o referencial;</p> <p>† -1 é quando no mínimo dois dos sinais e sintomas listados são errados, não estando de acordo com o referencial, podendo o diagnóstico ser rejeitado mesmo apresentando mais de um sinal e sintoma e condizente com o referencial;</p> <p>Observações:</p>
	()	
	()	
	()	
	()	
	()	
	()	
	()	
	()	
	()	
	()	
	()	
	Total Sinais e Sintomas =	
Diagnóstico Médico:	Fator Relacionado:	

ANEXO A - Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B - Termo de Compromisso para Utilização de Dados



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

ACURÁCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	Cadastro no GPPG
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2006.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Maria da Graça Oliveira Crossetti	
Maiko Marini	