

Performance de enfermeiros não peritos na classificação dos indicadores clínicos do débito cardíaco diminuído

Non-expert nurses' performance in classifying clinical indicators of decreased cardiac output

Rendimiento de enfermeros no expertos en la clasificación de los indicadores clínicos de la disminución del gasto cardíaco

Graciele Oroski Paes^I; Juliana Faria Campos^{II}; Juliana Silva Marinho^{III}; Erika Christiane Marocco Duran^{IV}; Rafael Oliveira Pitta Lopes^V; Marcos Antônio Gomes Brandão^{VI}

RESUMO

Objetivo: verificar performance de enfermeiros assistenciais em cardiologia, não peritos em diagnóstico de enfermagem, em classificar indicadores clínicos do débito cardíaco diminuído (DCD), tendo por base os achados de um estudo realizado com peritos. **Método:** estudo quantitativo, transversal, de acurácia diagnóstica. Realizado com 23 enfermeiros atuantes em unidades de cuidados intensivos de hospital público estadual do Rio de Janeiro, especializado em cardiologia. As medidas de performance utilizadas foram: eficiência, taxa de superestimação e taxa de subestimação. **Resultados:** a taxa média de eficiência de classificação dos indicadores clínicos do DCD foi de 65,9%. Na comparação intergrupos, a taxa de subestimação foi maior para os que usam diagnóstico na prática clínica (26,5%) e a de superestimação para os que não usam (49,9%). **Conclusão:** há adequação na eficiência dos enfermeiros, com atuação clínica em enfermagem cardiológica, não peritos em classificar um conjunto de indicadores de forma similar a peritos.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; débito cardíaco; enfermeiros; baixo débito cardíaco.

ABSTRACT

Objective: to assess the performance of cardiology nurses, non-experts in nursing diagnosis, in classifying clinical indicators of decreased cardiac output, based on the findings of a study of experts. **Method:** this quantitative, cross-sectional study of diagnostic accuracy examined 23 nurses working in intensive care units of a Rio de Janeiro State public specialist cardiology hospital. The performance measures used were: efficiency, overestimation rate, and underestimation rate. **Results:** the average rating for efficiency in classifying clinical indicators of decreased cardiac output was 65.9%. In intergroup comparison, the underestimation rate was higher (26.5%) among those who used diagnosis in clinical practice, while overestimation was higher (49.9%) among those who did not use it. **Conclusion:** non-expert nurses working in clinical cardiology nursing were adequately efficient in classifying a set of indicators similarly to experts.

Descriptors: Nursing diagnosis; cardiac output; nurses; low cardiac output.

RESUMEN

Objetivo: verificar el rendimiento del enfermero asistencial en cardiología, no experto en diagnóstico de enfermería, en la clasificación de indicadores clínicos del bajo gasto cardíaco, basado en los hallazgos de un estudio llevado a cabo con expertos. **Método:** estudio cuantitativo, transversal, de precisión diagnóstica. Realizado junto a 23 enfermeros que trabajan en unidades de cuidados intensivos de un hospital público estadual de Río de Janeiro, especializado en cardiología. Las medidas de rendimiento utilizadas fueron: eficiencia, tasa de sobreestimación y tasa subestimación. **Resultados:** la tasa media de eficiencia de los indicadores clínicos del bajo gasto cardíaco fue 65,9%. En la comparación intergrupala, la tasa de subestimación fue mayor para aquellos que utilizan el diagnóstico en la práctica clínica (26,5%) y la sobreestimación de los que no lo utilizan (49,9%). **Conclusión:** existe adecuación de la eficiencia de los enfermeros con el trabajo clínico en enfermería cardiológica, no expertos en clasificar un conjunto de indicadores de manera similar a los expertos.

Descriptores: Diagnóstico de enfermería; gasto cardíaco; enfermeros; gasto cardíaco bajo.

INTRODUÇÃO

Diferentes alternativas foram aplicadas para trabalhar o diagnóstico de enfermagem (DE) desde a proposição original por Fry, em 1953¹, até a incorporação atual em seu conceito da ideia de julgamento clínico sobre respostas humanas^{2,3}.

Como julgamento comunica um parecer sintético sobre conhecimentos reunidos e expressam a opinião sobre a existência de um fenômeno. Desse modo, um

diagnóstico de enfermagem é uma estimativa ou decisão profissional julgada a partir da manipulação clínica de um conjunto de pistas ou evidências de interesse profissional e disciplinar de enfermagem.

Os fenômenos, conceitos e pistas (indicadores clínicos) têm sido propostos, descritos e classificados nas taxonomias diagnósticas de enfermagem pelos denominados peritos. Eles seriam profissionais com

^IEnfermeira. Pós-doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: gracieleoroski@gmail.com.

^{II}Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: jujufariacampos@yahoo.com.br.

^{III}Enfermeira intensivista. Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: julymarinho23@gmail.com

^{IV}Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta, Universidade Estadual de Campinas. Brasil. E-mail: ecduran@unicamp.br

^VMestre. Enfermeiro do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione. Rio de Janeiro, Brasil. Email: pitta.rafael@hotmail.com.

^{VI}Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: marcosantonioogbrandao@gmail.com

reconhecido conhecimento e experiência em um dado fenômeno ou área de conhecimento.

Uma das críticas ao diagnóstico de enfermagem é que o mesmo representaria um projeto acadêmico⁴. Para a autora, o DE representa uma tentativa disciplinar de construir e tomar o controle física e conceitualmente do encontro clínico, distinguindo-o do de outras disciplinas, e assumindo o direito de descrever o que está ou poderia estar acontecendo. Tal iniciativa é mantida, em sua maioria, pelos enfermeiros acadêmicos, muitos dos quais docentes e pesquisadores.

A importância sobre o peso de características acadêmicas ou clínicas que seriam adequadas para os estudos de validação de um diagnóstico de enfermagem ainda segue uma questão em discussão.

Um dos modelos mais utilizados para analisar e validar o conteúdo de diagnósticos de enfermagem foi o proposto por Fehring^{5,6}. No modelo, um sistema de pontuação identifica um perito adotando atributos com maiores valores para traços acadêmicos, como formação acadêmica e publicação. É fato que, na época de proposição dos critérios, os pesquisadores em diagnóstico de enfermagem também costumavam possuir uma destacada experiência clínica. Contudo, com a mudança dos contornos da formação em pós-graduação e aceleração da transição entre graduação e pós-graduação, houve incremento dos pesquisadores acadêmicos em diagnóstico de enfermagem que podem dispor de pouca experiência clínica em contextos reais de serviços de saúde.

Isso suscita um debate em considerar importante a experiência clínica e o conhecimento teórico na definição de um perito em diagnóstico de enfermagem⁷.

A partir disso, o que se questiona é qual a diferença entre a performance de enfermeiros peritos em diagnóstico de enfermagem e a de enfermeiros não peritos nesse diagnóstico na classificação de indicadores clínicos. O presente estudo investiga essa questão para o débito cardíaco diminuído (DCD).

O presente estudo estabeleceu como objetivos: verificar a performance de enfermeiros assistenciais em cardiologia não peritos em diagnóstico de enfermagem, em classificar indicadores clínicos do DCD, tendo por base os achados de um estudo realizado com peritos.

REVISÃO DE LITERATURA

O DCD é a quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais. Atualmente, é constituído por 36 características definidoras (CD) e seis fatores relacionados (FR)⁵. As principais CDs são dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna, cansaço, edema, distensão de veia jugular e fração de ejeção diminuída⁸, sendo de crucial importância para a atuação do enfermeiro no enfrentamento de situações cardíacas, especialmente as de maior gravidade.

Historicamente, desde a época de Florence Nightingale, a área da enfermagem se preocupa com a prestação de qualidade do seu cuidado⁹ e nesse contexto a aplicação do diagnóstico de enfermagem determina a clareza na conduta dos cuidados e melhor comunicação entre a equipe¹⁰.

Uma boa avaliação clínica permite identificar pacientes com baixo débito cardíaco, e os enfermeiros possuem essa capacidade de avaliação confiável dos pacientes com insuficiência cardíaca, melhorado seus prognósticos¹¹. Não obstante a contribuição das linguagens diagnósticas padronizadas para o raciocínio clínico⁷ a decisão diagnóstica não é um aspecto consensual, ainda mais em se tratando de um constructo em fase de refinamento e validação clínica.

MÉTODO

Estudo quantitativo, de tipologia transversal de performance (acurácia do diagnosticador) e realizado com 23 enfermeiros atuantes em unidades de cuidados intensivos do Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC), um hospital público estadual especializado em cardiologia, localizado no, Rio de Janeiro-RJ. A pesquisa ocorreu em 2011.

O critério de inclusão contemplava apenas enfermeiros ativos do sistema que são plantonistas das unidades de terapia intensiva, totalizando 44 funcionários do hospital. Os critérios de exclusão foram: recusa em participar e aqueles enfermeiros que não apresentavam situação ativa na Instituição, como no caso de férias, licenças, afastamento, entre outros. Dessa forma, foi possível entrevistar 23 enfermeiros que atendiam os critérios.

A instituição e amostra foram compatíveis com a realidade de muitos serviços de saúde do RJ: (1) sem uso institucional normatizado de linguagens padronizadas de DE, (2) enfermeiros com menos de cinco anos de graduados (56,5%), vínculos de trabalho flexíveis (contratados) (69,6%) e com ao menos mais de um emprego (86,9%).

Para a coleta de dados foi construído um instrumento com 53 indicadores clínicos (sinais, sintomas e achados) que poderiam ser relacionados ao DCD. Desses, 46 derivados do estudo de Lopes, Altino Silva¹² e sete índices inapropriados inseridos pelos autores como confundidores; sendo 30 características definidoras da taxonomia diagnóstica da NANDA-I - 2009-2011 (versão disponível quando da submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética).

Cada indicador clínico foi pontuado em uma escala de quatro pontos que melhor representasse a *força de indicação ou intensidade de adequação* do indicador clínico ao diagnóstico de DCD, sendo as respostas: 3 = principal; 2 = secundária; 1 = irrelevante e 0 = inapropriada. Buscou-se trabalhar com a semântica do conceito força de evidência contida nos conceitos de principal, secundário, irrelevante e inapropriado.

Foram dispensados os seguintes procedimentos por vezes realizados nos estudos de validação por peritos: apresentação de definições conceituais ou operacionais e realização de capacitação para o conhecimento ou uso de diagnósticos de enfermagem ou sobre estratégias de raciocínio clínico. Isso se fez pelo objetivo de captar participantes não tidos como peritos em diagnóstico em situações cotidianas de atuação.

Como parâmetro de comparação para as respostas dos participantes, tomou-se como base a validação de conteúdo das CD do diagnóstico de enfermagem DCD, desenvolvida em estudo conduzido por Lopes, Altino, Silva¹² onde as CD que obtiveram peso igual ou maior que 0,80 foram consideradas como principais, as com peso entre 0,51 a 0,79 como secundárias, as com média igual ou menor que

0,50, como irrelevantes e 0 inapropriadas. Após definição das categorias principais, secundárias e irrelevantes, as CD foram consideradas validadas (principais e secundárias) e não validadas (irrelevantes e inapropriadas).

Os indicadores clínicos confundidores considerados *inapropriados*, ou seja, que não são parâmetros para julgar o DCD são: desidratação, cefaléia, turgor cutâneo diminuído, diarreia, calafrios, alterações do RX de tórax e broncoespasmo.

Os 46 indicadores clínicos que coincidiram com as CD do estudo de Lopes, Altino, Silva¹² foram comparados em sua *força de indicação* com as categorias derivadas dos pesos, segundo a opinião dos peritos.

Cada indicador clínico pontuado de 0 a 3 pelos participantes dessa pesquisa foi dicotomizado nas categorias de válidas (2 e 3) e não válidas (0 e 1) para comparação com as CD válidas (primárias e secundárias) e não validadas (irrelevantes) do estudo de referência¹². A comparação gerou situações coincidentes e divergentes.

As divergentes: situações que um participante classificava um indicador na categoria de não válida (0 ou 1) sendo válido no estudo de Lopes, denominava-se *subestimação do indicador clínico*; quando um indicador era classificado pelos participantes como válido (2 ou 3) mas não havia sido validado no estudo com peritos, dizia-se ser *superestimação do indicador clínico*.

As medidas de performance utilizadas para avaliar o julgamento dos enfermeiros sobre os indicadores clínicos foram: eficiência, taxa de superestimação e taxa de subestimação.

A eficiência é a performance de um avaliador em classificar coincidentemente a força do indicador clínico em função de sua validade na opinião de especialistas (E = número de identificações coincidentes / número total de casos analisados x 100).

A taxa de subestimação (Tsub) é o percentual de indicadores clínicos que tiveram sua força classificada como menor do que a validade atribuída pelos peritos (Tsub = número de situações de classificação em que ao indicador clínico foi atribuída uma força menor do que realmente teria/ número total de casos passíveis de subestimação x 100).

A taxa de superestimação (Tsup) é a percentual de indicadores clínicos que tiveram sua força classificada como maior do que a validade atribuída pelos peritos (Tsup = número de situações de classificação em que ao indicador clínico foi atribuída uma força maior do que realmente teria/ número total de casos passíveis de superestimação x 100).

As diferenças entre eficiência, taxas de subestimação e superestimação foram comparadas em significância estatística entre grupos de enfermeiros que usam o diagnóstico e os que não usam pela aplicação do teste de Mann-Whitney com o uso do *Software GraphadInstat* versão 3.10. Para todas as análises foi adotado nível de significância de 5% (p<0,05).

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde ocorreu a coleta de dados, sob o parecer nº 2011/44. Todos os participantes

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após concordarem em participar do estudo.

RESULTADOS

Informaram utilizar o DE em sua prática clínica 11(47,8%) enfermeiros e 12 (52,2%) não o aplicam.

A eficiência de classificação do conjunto de todos os 53 indicadores clínicos do DCD foi de 65,9%. Os indicadores validados e não validados no estudo de referência¹³ são apresentados com seus valores de eficiência nas Tabelas 1 e 2.

A média dos valores de eficiência foi maior (73,6%) na categoria dos indicadores que foram considerados validados pelos peritos (principais e secundários) – conforme mostra a Tabela 1.

TABELA 1: Taxa de eficiência para os indicadores clínicos validados pelos peritos e sua relação com a Taxonomia da NANDA-I (n=23). Rio de Janeiro, Brasil, 2015.

| Indicador clínico | % Eficiência (média) | CD NANDA |
|--|----------------------|----------|
| Fração de ejeção do VE diminuída | 100,0 | s |
| Débito cardíaco < 4l/min | 95,7 | s |
| Diminuição da perfusão periférica | 95,7 | s |
| Dispneia | 91,3 | s |
| Alterações na PA | 91,3 | s |
| Diminuição dos pulsos periféricos | 87,0 | s |
| Ortopneia | 87,0 | s |
| Índice do trabalho sistólico do VE | 87,0 | s |
| Índice do VS diminuído | 86,4 | s |
| Índice cardíaco <2,5l/m/m2 | 82,6 | n |
| Cianose | 82,6 | n |
| Sonolência confusão mental inquietação | 82,6 | s |
| Alteração da Paop | 82,6 | s |
| Fadiga | 81,8 | s |
| Pele fria e pegajosa | 78,3 | s |
| Mudanças da cor da pele | 78,3 | s |
| Taquicardia | 73,9 | s |
| Oligúria | 73,9 | s |
| Aumento da RVS | 73,9 | s |
| Distensão jugular | 73,9 | s |
| Aumento da RV pulmonar | 69,6 | s |
| Dispneia paroxística noturna | 65,2 | s |
| Crepitações | 65,2 | s |
| Acidose | 65,2 | n |
| PVCElevada | 60,9 | s |
| Hipoxemia | 60,9 | n |
| Anúria | 56,5 | s |
| Estertores | 56,5 | n |
| Diminuição da PVC | 52,2 | s |
| Dificuldade de falar | 30,4 | n |
| Pele ruborizada | 13,0 | n |
| Total | 73,6 (±18,8) | |

Legenda: s=sim; n=não; CD=Característica definidora.

Em relação ao grupo de indicadores não validados (irrelevantes) com o percentual geral de 55,1%, eles estão relacionados na Tabela 2. A diferença entre as médias de eficiência dessas categorias obteve um valor p de 0.018 no teste de Mann-Whitney, considerado significativo.

Prosseguindo na análise entre grupos, os participantes foram separados em dois grupos, segundo o critério de usar e não usar o DE. Para tais grupos foram calculadas a eficiência, Tsub e Tsup de indicadores clínicos para cada participante, de acordo com a Tabela 3.

TABELA 2: Taxa de eficiência para os indicadores clínicos não validados e sua relação com a Taxonomia da NANDA-I (n=23). Rio de Janeiro, Brasil, 2015.

| Indicador clínico | % Eficiência (média) | CD NANDA |
|-------------------------------------|----------------------|----------|
| Diarreia | 87,0 | n |
| Indigestão | 82,6 | n |
| Hiperglicemia | 78,3 | n |
| Cefaleia | 78,3 | n |
| Calafrios | 78,3 | n |
| Desidratação | 73,9 | n |
| Dor | 69,6 | n |
| Enzimas cardíacas alteradas | 65,2 | n |
| Broncoespasmo | 65,2 | n |
| Expectoração espumosa | 60,9 | n |
| Turgor cutâneo diminuído | 60,9 | n |
| Palpitação | 59,1 | n |
| Ganho de peso | 56,5 | n |
| Hemoglobina e Hematócrito alterados | 47,8 | n |
| Tosse | 43,5 | n |
| Ansiedade | 43,5 | n |
| Temperatura corporal alterada | 34,8 | n |
| Alteração RX tórax | 30,4 | n |
| Edema | 26,1 | s |
| Sódio e potássio alterados | 26,1 | n |
| Alterações no eletrocardiograma | 21,7 | s |
| Arritmias | 21,7 | s |
| Total | 55,1 | |
| | (±21,3) | |

Legenda: s=sim; n=não; CD=Característica definidora.

O grupo de enfermeiros que aplicam o DE foi mais eficiente (66,5%) do que o grupo que não o utilizam (65,3%). Contudo, sem significância estatística das diferenças entre esses grupos (p= 0,60).

Na comparação intergrupos (usam e não usam o DE na prática), a Tsub foi maior para os que usam (26,5%) e a Tsup para os que não usam (49,9%). Não houve significância da diferença de valores com p=0,99 e p=0,37 para subestimação e superestimação, respectivamente.

As diferenças entre as taxas de Tsub (26,5%) e Tsup (43,4%) do grupo que usa o DE não foi significativa (p=0,099). Já dos que não usavam o DE, a diferença entre as medianas da Tsup (49,9%) em relação à Tsub (24,8%) teve significância estatística (p= 0,001).

DISCUSSÃO

Um dos desafios do estudo é estabelecer qual eficiência geral poderia indicar diferença entre peritos em diagnóstico e não peritos em diagnóstico. A eficiência geral de 65,9% em classificar coincidentemente os 53 indicadores clínicos parece ser conveniente. Pesquisas de validação clínica de DE apresentam a eficiência mínima esperada para apenas uma CD em 70%^{7,14}. Porém, o desenho do presente estudo tem as complexidades e subjetividades da consideração de dezenas de indicadores clínicos.

Em relação à performance de avaliadores em identificar corretamente os DE, há a proposta de utilizar um valor mínimo de 80% para a eficiência⁷. Contudo, há diferenças de interpretação em classificar coincidentemente 80% de 53 indicadores com a opinião de peritos para, então, ser considerado eficiente.

Destaca-se que o melhor desempenho dos participantes foi em indicadores clínicos considerados validados, ou seja, muito representativos do DE referente ao DCD. Dos 31 itens dessa categoria, a eficiência foi maior do que 80% e foi obtida por 14 deles.

Assim, o fato da alta performance verificada apenas demonstra que os participantes têm julgamento coincidente com o dos peritos do estudo que serviu de base de comparação. Nenhuma inferência definitiva pode ser feita sobre os valores de acurácia diagnóstica (validade clínica) de indicadores.

TABELA 3: Performance dos enfermeiros que usam e não usam diagnóstico de enfermagem, em relação ao percentual de eficiência, taxas de subestimação e de superestimação de indicadores clínicos para o débito cardíaco diminuído (n=11). Rio de Janeiro, Brasil, 2015.

| Participantes que não usam o diagnóstico de enfermagem | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|------|
| Medidas | O | H | N | P | C | F | G | L | T | U | X | R | Média | DP |
| Eficiência (%) | 69,8 | 75,5 | 66,0 | 55,8 | 61,5 | 69,8 | 71,7 | 60,4 | 64,2 | 62,3 | 69,8 | 56,6 | 65,3 | 61,9 |
| Tsub (%) | 9,7 | 9,7 | 38,7 | 40,0 | 9,7 | 25,8 | 19,4 | 9,7 | 25,8 | 32,3 | 25,8 | 51,6 | 24,8 | 14,0 |
| Tsup (%) | 59,1 | 59,1 | 27,3 | 50,0 | 81,0 | 36,4 | 40,9 | 81,8 | 50,0 | 45,5 | 36,4 | 31,8 | 49,9 | 49,9 |
| Participantes que usam o diagnóstico de enfermagem | | | | | | | | | | | | | | |
| Medidas | I | E | V | S | A | J | M | B | D | Q | K | Média | DP | |
| Eficiência (%) | 50,9 | 75,5 | 66,0 | 69,8 | 62,3 | 67,9 | 62,3 | 75,5 | 62,3 | 69,8 | 69,2 | 66,5 | 7,0 | |
| Tsub (%) | 71,0 | 19,4 | 45,2 | 6,5 | 19,4 | 29,0 | 19,4 | 25,8 | 0,0 | 25,8 | 30,0 | 26,5 | 19,0 | |
| Tsup (%) | 18,2 | 31,8 | 18,2 | 63,6 | 63,6 | 36,4 | 63,6 | 22,7 | 90,9 | 36,4 | 31,8 | 43,4 | 23,6 | |

Legenda: Tsub=taxa de subestimação; Tsup=taxa de superestimação.

A maior eficiência em indicadores clínicos considerados de avaliação por monitorização hemodinâmica invasiva e/ou dependentes de avaliação clínica contraria novas tendências diagnósticas. Atualmente, estimula-se a utilização de técnicas/tecnologias menos invasivas para minimizar os riscos advindos da assistência à saúde e porque muitos cardiopatas estão internados em unidades de baixa e média complexidade, onde nem sempre é possível aplicar a monitorização invasiva ou minimamente invasiva. Assim, ganham relevância as CD dependentes da avaliação por exame físico, entrevista ou observação.

As diferenças mínimas e sem significância estatística entre os valores de eficiência dos enfermeiros que usam e os que não usam o DE são de certo modo surpreendentes à primeira vista. Entretanto, no caso específico (porém não exclusivo) do DCD, pode-se afirmar que é um conceito derivado das ciências básicas e de comum abordagem na formação do graduando de enfermagem, especialmente em disciplinas de fisiologia e biofísica. Tanto a idéia quanto os indicadores de alterações no débito cardíaco são temas que tendem a compor o conhecimento teórico da enfermagem cardiológica.

Além disso, os enfermeiros que fizeram parte do estudo são aqueles que atuam em unidades intensivas cardiológicas, onde presumivelmente as alterações no débito cardíaco não seriam ocorrências raras.

Assim, é possível supor que mesmo que a maioria dos participantes não usasse a linguagem específica do DE, muito provavelmente suas ações de enfermagem envolviam avaliar, monitorar e intervir em indivíduos que apresentassem o DCD. De certa forma, a ausência de formalização da linguagem não seria critério impeditivo, dada a relevância do conhecimento e experiência específicos.

Então, levanta-se a reflexão sobre a necessidade dos critérios de perícia⁵ dado os esforços em atendê-los nas situações onde já existam profissionais com experiência e conhecimento teórico no diagnóstico específico ou na área correlata⁷.

Outra questão é a do mito (inconsciente) da inerência dos peritos. Eles são particularmente sujeitos a erros ligados à omissão de importantes informações, visão em túnel e tendência a hipóteses familiares. Assim, suas opiniões não podem ser tomadas como infalíveis¹⁵.

Analisando as T_{sup} e T_{sub} entre os grupos (usam e não usam), pode-se afirmar a existência de uma inclinação por superestimar indicadores clínicos, demonstrando um perfil mais liberal de classificação, mesmo que não sustentada na significância estatística.

Uma hipótese para a superestimação é da crença de menor dano de erros do tipo falso positivo ou de superestimar o valor do indicador. A ideia de *pecar por excesso* levaria a se aceitar indicadores sem real relevância como menos danoso que subestimar um dado relevante.

Outra explicação teria a ver como ensino do DE e uso de CDs os quais não são acompanhados de infor-

mações que indiquem seu valor de teste diagnóstico (sensibilidade, especificidade, valores preditivos, entre outros). Logo, as estimativas da força de evidência de uma CD ficam a cargo de suposições individuais baseadas na opinião, no conhecimento e na experiência prévia do profissional que diagnostica ou do docente que ensina a diagnosticar.

Outra particularidade em alguns DE da NANDA International Inc. é o alto número de CD. Isso, hipoteticamente, pode levar os enfermeiros a considerar que DE tenham de fato muitas evidências que os sustentam. Contudo, a publicação oficial da NANDA-I ressalta o desejo de limitar a quantidade de indicadores diagnósticos acreditando que longas listas de sinais/sintomas não são tão úteis do ponto de vista clínico³.

No que se refere à diferença entre T_{sup} e T_{sub} para um mesmo grupo, pode-se afirmar que a diferença não se deu ao acaso apenas para os que não usam o DE, indicando clara predominância de tendência a superestimar versus tendência de subestimar. Pode-se pressupor que o desconhecimento das CD da NANDA-I incrementa ainda mais essa predominância de dar relevância a dados que não são sustentadores do diagnóstico.

A ausência de significância estatística entre a superestimação e a subestimação para os que usam o DE apenas comunica um maior equilíbrio em suas discordâncias dos peritos, anulando uma tendência para um lado ou outro da discordância. Contudo, em termos de performance, isso não os tornam melhores do que os profissionais que não usam DE (ausência de significância estatística na diferença na eficiência entre os grupos).

CONCLUSÃO

Conclui-se que há adequação na eficiência dos enfermeiros com atuação clínica em enfermagem cardiológica não peritos em DE em classificar um conjunto de indicadores de forma similar a peritos em DE. Isso é ainda mais destacado entre os indicadores validados pelos peritos do que os considerados não válidos.

Nas discordâncias entre participantes do estudo e peritos do estudo de referência acerca da força de um dado indicador em servir como evidência do DCD a tendência foi em superestimação, tanto para os que afirmaram usar o diagnóstico na prática, quanto os que não o usam. Contudo, apenas no grupo dos que não usam é que se observou uma tendência significativa para superestimação em função da subestimação.

Com apoio nos resultados depreende-se que a maior performance dos participantes está nos indicadores clínicos considerados validados e dependentes de avaliação por monitorização hemodinâmica invasiva e/ou dependentes de avaliação clínica.

A pesquisa apresentou como limitação a interrupção dos enfermeiros ao responderem os formulários, pois durante o preenchimento os enfermeiros eram

solicitados pela equipe/pacientes ou admissões no setor. É possível que as pausas dos entrevistados tenham sido um viés neste estudo.

Os resultados deste estudo instigam e fomentam a discussão sobre a importância da perícia baseada em critérios ligados ao academicismo nos DE, em detrimento do valor da prática clínica especializada.

REFERÊNCIAS

1. Benedet SA, Hermida PMV, Sell BT, Padilha MI, Borenstein MS. Produção científica da reben sobre diagnóstico de enfermagem no recorte histórico de 2003-2010. *Hist. enferm., Rev eletrônica.*2012; 3(2): 125-40.
2. Conselho Federal de Enfermagem. Regulamentação do exercício profissional. Resolução nº 358/2009. Rio de Janeiro: COFEn; 2009.
3. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnóstico de enfermagem da NANDA internacional: definições e classificações (2015-2017). Porto Alegre (RS): Artmed; 2015.
4. Powers P. A discourse analysis of nursing diagnosis. *Qualitative health research.*2002; 12(7):945-65.
5. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung.*1987; 16(6):625-9.
6. Oliveira ARS, Costa AGS, Freitas JG, Lima FET, Damasceno MMC, Araujo TL. Validação clínica dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: revisão narrativa da literatura. *Rev. enferm. UERJ.* 2013; 21(1):113-20.
7. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int. Jnl. Nurs. Knowledge.*2012; 23(3):134-9.
8. 8.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. (Online).*2015; 68(4):690-6.
9. Borsato FG, Vannuchi MTO, Haddad MCFL. Qualidade da assistência de enfermagem: ambiente do paciente em hospital público de média complexidade. *Rev. enferm. UERJ.*2016; 24(2):e6222.
- 10.Bitencourt GR, Felipe NHMD, Santana RF. Diagnóstico de enfermagem eliminação urinária prejudicada em idosos no pós-operatório: um estudo transversal. *Rev. enferm. UERJ.*2016; 24(3):e16629.
- 11.Galvão PCC, Gomes ET, Figueirêdo TR, Bezerra SMMS. Diagnósticos de enfermagem aplicados a pacientes de insuficiência cardíaca descompensada. *Cogitare enferm. Rev.*2016; 21(2):01-8.
- 12.Lopes JL, Altino D, Silva RCGS. Content validation of current and new defining characteristics of the nursing diagnosis: decreased cardiac output. *Acta paul. enferm.*2010; 23(6):764-68.
- 13.Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2013; 66(esp):134-41.
- 14.Matos LN; Guimarães TCF; Brandão MAG; Santoro DC. Prevalence of nursing diagnosis of decreased cardiac output and the predictive value of defining characteristics in patients under evaluation for heart transplant. *Rev. latinoam. enferm.(Online)* 2012; 20(2):307-15.
- 15.Dror IE. The paradox of human expertise: why experts get it wrong. In: Dror IE. *Paradoxal brain.* Cambridge: Cambridge University Press; 2011.p177-87.