

Trabalho 154 - 1/6

ESCALA DE ACURÁCIA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: VERSÃO 2

Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos¹Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz²Erika de Souza Guedes³Caroline Maier Predebon⁴Eneida Rejane Rabelo⁵Miriam de Abreu Almeida⁶**Resumo**

Introdução: A acurácia dos diagnósticos de enfermagem é importante para orientar a seleção de intervenções apropriadas para o alcance dos melhores resultados para os pacientes. A avaliação da acurácia dos diagnósticos feitos pelas enfermeiras é, portanto, um assunto relevante. No ano de 2005 começou a ser desenvolvida por Matos e Cruz (2009) uma escala para avaliar a acurácia de diagnósticos de enfermagem registrados em prontuários. Esse instrumento, denominado Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem – EADE, permite, indicar o grau de acurácia do diagnóstico de enfermagem enunciado pela enfermeira que avaliou o paciente, por meio da análise dos registros em prontuário (MATOS, CRUZ 2009). A definição conceitual de acurácia do diagnóstico de enfermagem assumida para desenvolver os itens da EADE foi baseada no pressuposto de que há ampla variedade de diagnósticos possíveis nas situações

¹ Enfermeira. Professora Assistente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP

² Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

³ Enfermeira. Mestranda da Escola de Enfermagem da USP. Endereço: Avenida Raimundo Pereira de Magalhães, 2730, Ap 31 Bl 03, Jd Íris, São Paulo – SP, CEP: 05145-100. E-mail: guedes_erika@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Aluna de Mestrado do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁵ Enfermeira. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS. Doutora em Ciências Biológicas: Fisiologia .

⁶ Enfermeira. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS. Doutora em Educação.

Trabalho 154 - 2/6

clínicas, além dos que são altamente acurados (LUNNEY, 1990). Isto é, além de um diagnóstico altamente acurado, outros diagnósticos são possíveis com base nos dados existentes. Assim, a acurácia de um diagnóstico não é uma qualidade dicotômica, mas sim um *continuum* (LUNNEY, 1990). A acurácia de um diagnóstico depende do conjunto de dados clínicos do paciente. O conjunto de dados deve apresentar “pistas” para o diagnóstico. Estas pistas podem variar em grau de “relevância” e “especificidade” com relação ao diagnóstico e em grau de “coerência” em relação ao diagnóstico e ao conjunto das informações disponíveis. Em outras palavras, pode-se definir que a acurácia de um diagnóstico consiste no grau de relevância, especificidade e coerência das pistas existentes para o diagnóstico (MATOS, CRUZ 2009). Os conceitos que envolvem os itens da EADE são altamente abstratos e complexos. Desde a sua criação, a EADE não mostrou estimativas de confiabilidade muito satisfatórias. O interesse comum na importância da acurácia dos diagnósticos feitos pelas enfermeiras motivou o trabalho conjunto entre pesquisadores e alunos de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) na tentativa de refinar a EADE e aumentar as estimativas de confiabilidade da mesma. **Objetivo:** Verificar se um programa de treinamento melhora a confiabilidade da EADE, com posterior refinamento da mesma. **Método:** Trata-se de estudo que descreve um programa de treinamento de uso da EADE realizado em parceria com pesquisadores e alunos de pós-graduação da EEUSP e da UFRGS para orientar a aplicação da EADE e favorecer o seu refinamento. Participaram do programa nove enfermeiras, responsáveis ou colaboradoras em projetos de pesquisas que envolvem a acurácia dos diagnósticos. O programa constou de duas etapas: atividade de leitura individual sobre a EADE e encontro presencial em que os participantes

Trabalho 154 - 3/6

aplicaram a EADE a estudos de casos escritos e discutiram as suas impressões. Foi fornecido a cada participante, na semana que antecedeu o encontro, material específico sobre a EADE. A leitura prévia do mesmo era requisito para a participação nas atividades presenciais em que se aplicaria a referida escala. As atividades presenciais tiveram 08 horas de duração sob coordenação das autoras da escala. Os objetivos do treinamento eram: 1) discorrer sobre o conceito de acurácia diagnóstica em que a escala se fundamenta; 2) descrever os itens da EADE (presença de pista, relevância da pista, especificidade da pista e coerência da pista) e discutir sobre as definições dos mesmos; e 3) aplicar a EADE a casos escritos (caderno de exercícios). Após o preenchimento do formulário de informações pessoais e, antes de qualquer discussão, cada participante aplicou a escala em dois casos clínicos escritos, denominados “pré treinamento”. Ao final da avaliação da acurácia dos diagnósticos desses dois casos escritos por meio da EADE, cada participante respondeu um questionário sobre o grau de dificuldade e habilidade para aplicar a EADE. Na seqüência, iniciaram-se as discussões sobre a escala, sobre os conceitos de acurácia e sobre os itens da EADE: presença de pistas, relevância das pistas presentes nos dados escritos para o diagnóstico, especificidade das pistas para o diagnóstico e coerência das pistas com o conjunto dos dados e com o diagnóstico. Um caderno de exercícios foi entregue para cada participante. Esse caderno continha 10 casos clínicos escritos desenvolvidos para as atividades práticas do dia. Após a aplicação da EADE em cada caso escrito, eram discutidas as dúvidas e as impressões dos participantes sobre a aplicação da escala. Todas as considerações foram registradas para fundamentar o refinamento da EADE. Finalizadas as atividades de discussão, cada participante aplicou novamente a escala nos mesmos dois casos clínicos escritos que haviam sido aplicados no início dos trabalhos, agora denominados “pós

Trabalho 154 - 4/6

treinamento”. Ao final da avaliação desses dois casos escritos os participantes responderam novamente o questionário sobre a dificuldade e habilidade na aplicação da EADE. Foram estimadas as concordâncias entre os avaliadores na aplicação da EADE e calculadas as diferenças de facilidades/dificuldades antes e depois do treinamento. As sugestões de refinamento da EADE foram analisadas pelas autoras da escala e incorporadas à mesma quando pertinentes, o que produziu a EADE – Versão 2.

Resultados e Discussões: A concordância simples entre avaliadores no início do treinamento foi de 0,78 para o Caso 1 e 0,81 para o Caso 2. Ao final do treinamento a concordância foi de 0,81 para o Caso 1 e também 0,81 para o Caso 2. Esses resultados mostram que a concordância inter-avaliadores teve discreta melhora ou não se alterou depois do programa de treinamento. Diante desse dado é possível inferir que a intervenção realizada (treinamento) não influenciou na aplicação da EADE. Como houve discreta melhora em um dos casos, talvez um aumento nas atividades de treinamento tenha efeito detectável. Contribuem para essa interpretação os resultados da auto-avaliação que os participantes fizeram quanto a dificuldade e habilidade para aplicar a EADE antes e depois do treinamento. A consolidação das respostas, segundo os itens de dificuldade, indicou que depois do treinamento houve melhora na aplicação dos itens de “especificidade da pista”, de “coerência da pista” e na “habilidade de aplicar a EADE”. Foi observado que não houve alteração quanto o grau de “dificuldade para aplicar a EADE” de forma geral e quanto o grau de dificuldade para aplicar o item de “relevância de pista”. Foi observado piora apenas na aplicação do item sobre a “existência de pista” para o diagnóstico. Esses resultados sugerem que, talvez, o treinamento tenha tido uma ‘dose’ suficiente apenas para levantar questionamentos sobre a aplicação da escala uma vez que gerou sugestões importantes para facilitar a sua

Trabalho 154 - 5/6

aplicação. Como resultado dessas discussões, foram incorporadas as seguintes alterações na EADE - versão 2 : a) ajuste dos enunciados das definições de pista, relevância e especificidade. Tais modificações não alteraram o significado dos itens, mas melhoram a expressão dos mesmos e foram propostas para minimizar a possibilidade de compreensão equivocada do significado de cada item da EADE; b) inserção das definições de cada item como nota de rodapé da EADE; c) eliminação do termo 'nula' das categorias de respostas aos itens. A modificação das categorias de resposta de cada item de "Alta/Moderada" e "Baixa/Nula" para "Alta/Moderada" e "Baixa" permitiu minimizar a idéia de "tudo ou nada"; d) atribuição de escore ao item "presença de pista". A pontuação do item "presença de pista" diferencia a pontuação final do diagnóstico que não tem pista do diagnóstico que tem pista com baixa relevância, baixa especificidade e baixa coerência; e) criação de mais uma categoria de acurácia, a de "baixa acurácia". **Conclusão:** As atividades desenvolvidas em conjunto com pesquisadoras e alunas de pós-graduação da EEUSP e da UFRGS possibilitaram a melhor compreensão dos limites e das possibilidades da EADE. As modificações na EADE não alteraram a essência da escala. Não houve sugestão de novos itens, nem eliminação dos já existentes. As alterações foram incorporadas para obter o melhor entendimento das definições dos itens da escala, para diferenciar os diagnósticos que não tem pistas dos que têm pistas com baixa relevância, baixa especificidade e baixa coerência, e para gerar a categoria de baixa acurácia. Tais alterações foram incorporadas na EADE, que passou a chamar-se EADE - versão 2.

Trabalho 154 - 6/6

Referencias:

Cruz DALM, Fontes CMB, Braga CG, Volpato MP, Azevedo SL. Adaptação para a língua portuguesa e validação do Lunney Scoring Method for Rating Accuracy of Nursing Diagnoses. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):127-34.

Lunney M. Accuracy of nursing diagnosis: Concept development. Nursing Diagnosis. 1990; 1:12-17.

Matos F.G.O.A., Cruz D.A.L.M. Construção de instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. Rev Esc Enferm USP. 2009; Número especial (on-line). http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Palavras chave: Diagnóstico de enfermagem, acurácia, instrumento de medida

Área temática: 2