

**Universidade de São Paulo  
Escola de Enfermagem**

**Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos**

**Construção de instrumento para a avaliação da acurácia diagnóstica**

**São Paulo  
2006**

**Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos**

**Construção de instrumento para a avaliação da acurácia diagnóstica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre.

Área de concentração:  
Enfermagem na Saúde do adulto

Orientadora:  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Diná de A. L. M. da Cruz

**São Paulo  
2006**

**Catálogo na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”**  
**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Matos, Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo.

Construção de instrumento para a avaliação da acurácia diagnóstica. / Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo

Matos. – São Paulo, 2006.

179 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da  
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Diná de Almeida Lopes M. da Cruz

1. Diagnóstico de enfermagem (instrumentos) 2. Construção do teste. 3. Reprodutibilidade de resultados. I. Título.

***DEDICO ESTE TRABALHO***

*Ao meu querido Rui  
exemplo de caráter e carinho,  
minha fonte de energia,  
meu ponto de equilíbrio...  
Sem você nada disso seria possível  
Obrigada!!!!*

## AGRADECIMENTOS

*À Deus,  
por permitir o início e o fim de mais essa etapa de vida,  
por me amparar nessa caminhada...*

*À meus pais,  
por estarem sempre presentes...*

*Aos meus familiares,  
por aceitarem minha constante ausência...*

*Aos docentes do colegiado de enfermagem da UNIOESTE,  
por possibilitarem a obtenção desse título...*

*À FAPESP,  
pelo apoio financeiro ao desenvolvimento desta pesquisa...*

*Ao grupo de Pesquisa DIREnf,  
pelas enriquecedoras sugestões...*

*Às juízas, especialistas e pacientes que participaram do estudo,  
pela valiosa contribuição ao desenvolvimento deste estudo...*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cibele,  
pela efetiva participação ao longo de todo trabalho...*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eutália,  
pelas análises estatísticas...*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Miriam Abreu,  
pela prontidão em atender todas as nossas solicitações...*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Diná,  
por acreditar em mim...  
por seu profissionalismo, dedicação e carinho.  
Foi uma honra poder trabalhar contigo!! OBRIGADA!!*

*À Beth e à Tere,  
pelas risadas, pelas viagens, pela companhia...*

*Ao Rui  
pelo amor incondicional,  
pelo apoio e incentivo,  
pela infinita paciência....*

## **EPIGRAFE**

*O segredo é não correr atrás das borboletas...  
É cuidar do jardim para que elas venham até você.*

*Mario Quintana*

Matos FGOA. Construção de instrumento para a avaliação da acurácia diagnóstica [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2006.

## RESUMO

A acurácia de uma variável consiste na capacidade de a mesma representar realmente o que ela deveria representar. A definição conceitual de acurácia diagnóstica é baseada no pressuposto de que há uma ampla variedade de diagnósticos possíveis nas situações clínicas além dos diagnósticos que são altamente acurados. O objetivo desta pesquisa foi desenvolver um instrumento para estimar a acurácia de diagnósticos de enfermagem a partir de dados escritos da avaliação de paciente. Tratou-se de estudo quantitativo de desenvolvimento metodológico, realizado em 3 fases: teórica, empírica e analítica. Na fase teórica elaborou-se a definição de acurácia do diagnóstico de enfermagem e os itens do instrumento, submetendo-os a validação de conteúdo e teste piloto; na fase empírica, o instrumento definido na etapa anterior foi aplicado por enfermeiros especialistas em diagnóstico de enfermagem com a finalidade de estimar a validade e a confiabilidade do instrumento na fase analítica. O instrumento elaborado foi denominado de Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem – EADE, e foi estruturado com base no conceito de que a acurácia de um diagnóstico de enfermagem é o julgamento de um avaliador quanto ao grau de relevância, especificidade e coerência das pistas existentes para o diagnóstico. O instrumento ficou composto por 4 itens: Presença de pistas (manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios, sinais, indicações ou características de um diagnóstico de enfermagem - item graduado em “sim” ou “não”); Relevância da pista (propriedade de uma pista de ser importante como indicador de um diagnóstico de enfermagem - item graduado em “alta/moderada” ou “baixa”); Especificidade da pista (propriedade de uma pista de ser própria e distintiva de um diagnóstico de enfermagem - item graduado em “alta/moderada” ou “baixa/nula”); Coerência da pista (propriedade de uma pista de ser consistente com o conjunto das informações disponíveis - item graduado em “alta/moderada” ou “baixa/nula”). Como indicativo de validade da EADE, os dados estatísticos mostram que os 4 itens do instrumento foram importantes para prever diagnósticos de enfermagem acurados: Pista ( $OR\ 1,95\ IIC\ 95\% [1,78 — 2,14], p = 0,000$ ); Relevância ( $OR\ 1,73\ IIC\ 95\% [1,52 — 1,98], p = 0,000$ ); Especificidade ( $OR\ 2,41\ IC\ 95\% [2,11 — 2,76], p = 0,000$ ); Coerência ( $OR\ 3,92\ IIC\ 95\% [3,40 — 4,53], p = 0,000$ ). A EADE obteve coeficiente de confiabilidade de *Kuder-Richardson* de 0,92 e de *Hoyt* de 0,92, indicando alta confiabilidade. A EADE mostrou boa sensibilidade e especificidade: área sob a curva  $ROC = 0,79, p = 0,000$  e  $IC\ 95\% [0,78—0,79]$ . O estudo atual permitiu desenvolver um instrumento para avaliar a acurácia de diagnósticos de enfermagem a partir de dados escritos. A EADE será refinada em estudos futuros.

**DESCRITORES:** Diagnóstico de enfermagem. Construção do teste. Reprodutibilidade de resultados.

Matos, FGOA. The construction of instrument to evaluate the accuracy of diagnosis [master's dissertation]. São Paulo (SP): USP Nursing School; 2006.

## ABSTRACT

The accuracy of a variable consists of its capacity to actually represent what it was meant to represent. The conceptual definition of diagnosis accuracy is based on the presupposition that there is a wide variety of possible diagnosis in clinical situations, besides those diagnoses that are highly accurate. This research has set out to develop an instrument to estimate the accuracy of nursing diagnoses from the written data of patient evaluation. A quantitative study of methodological development was carried out, in 3 phases: a theoretical, an empirical and an analytical one. In the theoretical phase, the definition of accuracy of nursing diagnosis and the items of the instrument were shaped and subjected to content validation and pilot testing; in the empirical phase, the instrument defined previously was applied by nurses who are specialists in nursing diagnosis, aiming at estimating the validity and reliability of the instrument in the analytical phase. The instrument was named Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem - EADE, and was structured according to the concept that the accuracy of a nursing diagnosis is the judgment of a rater in relation to the degree of relevance, specificity and coherence of the existing cues for the diagnosis. The instrument was made of 4 items: *Presence of cues* (manifestations of those patients who represent evidences, vestiges, signals, indications or characteristics of a nursing diagnosis - item graded as "yes" or "no"); *Relevance of the cue* (the property of a cue being important as an indicator of a nursing diagnosis - item graded as "high/moderate" or "low"); *Specificity of the cue* (the property of a cue being proper and distinctive of a nursing diagnosis - item graded as "high/moderate" or "low/nil"); *Coherence of the cue* (the property of a clue being consistent with the amount of information available - item graded as "high/moderate" or "low/nil"). As an indicator of the validity of the EADE, the statistic data showed that the 4 items of the instrument were important to predict accurate nursing diagnoses: Cue (*OR* 1,95 *IC* 95% [1,78 — 2,14], *p* = 0,000) Relevance (*OR* 1,73 *IC* 95% [1,52 — 1,98], *p* = 0,000); Specificity (*OR* 2,41 *IC* 95% [2,11 — 2,76], *p* = 0,000); Coherence (*OR* 3,92 *IC* 95% [3,40 — 4,53], *p* = 0,000). The EADE had the *Kuder-Richardson* coefficient of reliability of 0.92 and the *Hoyt* coefficient of 0,92, which indicates high reliability. The EADE showed good sensitivity and specificity: area under curve *ROC* = 0,79, *p* = 0.000 and *IC* 95% [0,78 — 0,79]. This study has led to the development of an instrument to assess the accuracy of nursing diagnoses from written data. The EADE shall be refined in future studies.

**KEY WORDS:** Nursing Diagnoses. Test construction. Results reproducibility.



## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Curva *ROC* da análise estatística multivariada. São Paulo, 2006. .... 70
- Figura 2 - Curva *ROC* das análises estatísticas univariadas. São Paulo, 2006. .... 71

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem de Lunney. Versão Brasileira. ....	26
Tabela 2 -	Itens e categorias para a escala de acurácia de diagnósticos de enfermagem. São Paulo, 2006. ....	34
Tabela 3 -	Síntese das decisões sobre os itens após validação de conteúdo. São Paulo, 2006. ....	37
Tabela 4 -	Itens da escala de avaliação da acurácia diagnóstica após validação de conteúdo. São Paulo, 2006. ....	38
Tabela 5 -	Características das especialistas. São Paulo, 2006. ....	54
Tabela 6 -	Experiência das especialistas com diagnóstico de enfermagem. São Paulo, 2006. ....	55
Tabela 7 -	Frequência de especialistas segundo o grau de contato com o diagnóstico. São Paulo, 2006. ....	56
Tabela 8 -	Distribuição das respostas das especialistas segundo itens e alternativas de respostas. São Paulo, 2006. ....	57
Tabela 9 -	Distribuição das respostas quanto a enunciar o diagnóstico segundo as especialistas e “padrão-ouro”. São Paulo, 2006. ....	58
Tabela 10 -	Frequências das respostas das especialistas segundo os itens da EADE e os diagnósticos do Caso no 1. São Paulo, 2006. ....	59
Tabela 11 -	Frequências das respostas das especialistas segundo os itens da EADE e os diagnósticos do Caso no 2. São Paulo, 2006. ....	60
Tabela 12 -	Frequências das respostas das especialistas segundo os itens da EADE e os diagnósticos do Caso no 3. São Paulo, 2006. ....	61
Tabela 13 -	Frequências das respostas das especialistas segundo os itens da EADE e os diagnósticos do Caso no 4. São Paulo, 2006. ....	62
Tabela 14	Frequências das respostas das especialistas segundo os itens da EADE e os diagnósticos do Caso no 5. São Paulo, 2006. ....	63

Tabela 15 -	Possibilidades de combinações de respostas aos itens da EADE. São Paulo, 2006. ....	64
Tabela 16 -	Frequência de comportamentos das respostas dos especialistas segundo os itens da EADE. São Paulo, 2006. ....	65
Tabela 17 -	Valores resultantes da regressão logística univariada e multivariada. ....	67
Tabela 18 -	Coefficiente de confiabilidade de <i>Kuder-Richardson</i> estimado pelo conjunto dos itens da EADE. São Paulo, 2006. ....	68
Tabela 19 -	Coefficiente de confiabilidade de <i>Kuder-Richardson</i> estimado para cada item da EADE. São Paulo, 2006. ....	68

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- **A/M:** Alta/Moderada
- **ANOVA:** *Analyses of Variance*
- **B:** Baixa
- **B/N:** Baixa/Nula
- **CEP-EEUSP:** Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
- **CEP-HU/USP:** Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo,
- **CNPq:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- **CNS:** Conselho Nacional de Saúde
- **CPq-EEUSP:** Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- **DE:** Diagnóstico de Enfermagem
- **DIREnf:** Grupo de Pesquisa sobre Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem
- **EADE:** Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem
- **EEUSP:** Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
- **FAPESP:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
- **GEE:** *Generalized Estimating Equations*
- **H<sub>0</sub>:** Hipótese nula
- **IC:** Intervalo de Confiança
- **LSM:** *Lunney Scoring Method*
- **NANDA:** *North American Nursing Diagnosis Association*
- **OR:** *Odds Ratio*
- **OS4:** *OpenStat*
- **p:** Significância
- **PFS:** Padrões Funcionais de Saúde

- **ROC:** *Receiver-operating Characteristic*
- **SPSS:** *Statistical Package for the Social Science*
- **TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- **USP:** Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS .....	5
EPÍGRAFE .....	6
RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
LISTA DE FIGURAS.....	9
LISTA DE TABELAS.....	10
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....	12
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVO .....	29
3 MÉTODO .....	30
3.1 Tipo de estudo.....	30
3.2 Procedimentos teóricos .....	31
3.3 Procedimentos empíricos .....	43
3.3.1 Elaboração dos dados escritos .....	44
3.3.2 Casuística.....	45
3.3.3 Aspectos éticos .....	47
3.4 Procedimentos analíticos .....	48
3.4.1 Análise da validade do instrumento .....	48
3.4.2 Análise da confiabilidade do instrumento .....	50
3.4.3 Sensibilidade e Especificidade .....	51
4 RESULTADOS .....	53
4.1 Caracterização da amostra .....	53
4.2 Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem .....	56
4.2.1 Análise descritiva .....	56
4.2.2 Validade.....	66
4.2.3 Confiabilidade .....	67
4.2.4 Sensibilidade e Especificidade .....	69
5 DISCUSSÃO .....	73
CONCLUSÕES .....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	84
ANEXOS .....	89

## 1 INTRODUÇÃO

O conhecimento sobre diagnóstico de enfermagem tem sido limitado, pois se tem dado maior ênfase às outras etapas do processo de enfermagem. O desenvolvimento da segunda etapa, que corresponde à identificação dos diagnósticos de enfermagem, vem ocorrendo nos últimos 20 anos. Compreender a etapa diagnóstica é fundamental para a correta interpretação das respostas humanas, uma vez que a escolha adequada das intervenções de enfermagem depende da acurácia dos diagnósticos enunciados (CARLSON-CATALANO, 2004).

A acurácia diferencia o diagnóstico que melhor expressa os dados analisados dos outros diagnósticos que podem ser aventados com base nos mesmos dados coletados. Avaliar a acurácia dos diagnósticos identificados consiste em uma necessidade imediata, visto que em situações clínicas reais é freqüente identificar vários diagnósticos, com diferentes graus de acurácia, a partir do mesmo conjunto de dados existente (LUNNEY, 2004).

O interesse em desenvolver esta pesquisa surgiu pela escassez de estudos sobre a acurácia diagnóstica e, principalmente, por ela ainda ser pouco utilizada e valorizada na prática clínica. Os enfermeiros estão continuamente interpretando as respostas dos indivíduos, mas em geral não consideram a acurácia de tais interpretações (LUNNEY, 2004).

Atenta à importância da acurácia dos diagnósticos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, Lunney, enfermeira, pesquisadora dos Estados Unidos

da América, desenvolveu nos anos 90 um método para estimar a acurácia dos diagnósticos estabelecidos pelas enfermeiras. Esse método inclui uma escala que atribui pontos para o grau com que um diagnóstico corresponde aos dados apresentados pelo paciente. Foi desenvolvido para ser utilizado em situações em que a enfermeira que aplica a escala tem a oportunidade de avaliar o paciente para o qual o diagnóstico foi estabelecido (LUNNEY, 1990).

A validade da escala de acurácia de Lunney (1990) pôde ser demonstrada em dois estudos realizados pela própria autora: um desenvolvido a partir de simulações clínicas escritas (1992) e outro a partir da interpretação das respostas humanas de pacientes hospitalizados (1997), no entanto, não pôde ser demonstrada nos estudos de (CRUZ *et al.*, 2004) que buscava avaliar a acurácia de diagnósticos proveniente de dados escritos. O estudo de Cruz *et al.* (2004) tinha o objetivo de adaptar a escala proposta por Lunney (1990) para a língua portuguesa e testá-la para estimar a acurácia de diagnósticos com base em dados escritos. A intenção era dispor de um instrumento traduzido para a língua portuguesa que pudesse auxiliar nas pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem. Os resultados do estudo de Cruz *et al.* (2004), mostraram que a adaptação da escala proposta por Lunney (1990) não se aplica a dados escritos da avaliação do paciente, mas forneceram subsídios para fazer modificações na mesma.

Em virtude disso, nos propusemos a aprofundar o estudo sobre o assunto e modificar a escala de Lunney para avaliar a acurácia dos diagnósticos de enfermagem a partir de dados escritos. Se o instrumento elaborado for adequado para avaliar este tipo de informação, é possível que também seja adequado para avaliar a acurácia em situações clínicas reais, o que poderá ser verificado em estudos futuros.



### Referencial Teórico

O processo de enfermagem consiste num conjunto de ações sistematizadas e intimamente relacionadas que visam a assistência ao indivíduo, sendo constituído de seis fases distintas, inter-relacionadas e dinâmicas, cada qual com sua devida importância e finalidade (HORTA, 1979).

A implementação do processo de enfermagem na sua totalidade direciona a prática do enfermeiro e proporciona autonomia profissional, visando manter, promover e restaurar a saúde do indivíduo (FARIAS; NÓBREGA; PEREZ; COLER, 1990).

A segunda fase do processo de enfermagem é voltada para a identificação dos diagnósticos de enfermagem que, segundo Gordon (1987), consiste num processo de julgamento clínico. Segundo a autora, os diagnósticos de enfermagem estruturam o conhecimento e buscam a definição do papel e do domínio da enfermagem.

A estruturação da enfermagem iniciou-se com Florence Nightingale, cujo objetivo era deixar o paciente na melhor condição de saúde possível para que a natureza agisse sobre ele. No início do século XX, por questões legais e educacionais, tornou-se necessária a diferenciação dos currículos de enfermagem e de medicina, visto que os objetivos de cada um eram distintos. Em meados do mesmo século, Virgínia Henderson e Farrah Abdellah sugeriram a estruturação do currículo de enfermagem com base nas necessidades dos pacientes e

---

não com base nos diagnósticos médicos. Surge aí a diferenciação entre diagnóstico médico e diagnóstico de enfermagem (CARPENITO, 2002).

O emprego de uma linguagem própria, tanto médica quanto de enfermagem, facilita a comunicação entre os profissionais, favorece o ensino e a pesquisa, melhora a qualidade da assistência prestada e, além disso, uma terminologia específica facilita a comunicação oral e escrita tornando-a mais eficiente (CARPENITO, 2002).

O diagnóstico de enfermagem é a expressão de uma situação clínica que pode ser modificada pelo enfermeiro, utilizando uma linguagem padronizada. O desenvolvimento e o emprego de uma terminologia própria para a enfermagem favorece o desenvolvimento profissional e oferece segurança na prática assistencial, do ensino e da pesquisa (SOUZA, 1997; NANDA, 2006).

No Brasil, o termo diagnóstico de enfermagem foi introduzido na década de 60 por Wanda Horta, na disciplina de Fundamentos de Enfermagem, como sendo uma das fases do processo de enfermagem. Nos trabalhos de Horta, o diagnóstico de enfermagem teve concepção diferente da que foi desenvolvida pelo *Group for the Classification of Nursing Diagnosis* (Grupo Nacional para a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem) da América do Norte. Para Horta, o diagnóstico de enfermagem trata da natureza e extensão do grau de dependência do indivíduo, família ou comunidade para atendimento das necessidades básicas (HORTA, 1979). Para o grupo Norte Americano, o diagnóstico trata das respostas das pessoas aos problemas de saúde ou aos problemas de vida, conforme a definição aceita em 1990 (FARIAS; NÓBREGA; PÉREZ; COLER, 1990).

Em 1973 ocorreu o primeiro encontro do *National Group for the Classification of Nursing Diagnosis* com o objetivo de melhor delinear o conhecimento clínico de enfermagem. A partir daí, encontros periódicos foram realizados e em 1982, durante a quinta conferência, foi aprovada a proposta para atribuir maior formalidade ao grupo e o mesmo passou a ser denominado *North American Nursing Diagnosis Association - NANDA* (CARPENITO, 2002).

Durante a nona conferência da *NANDA*, em 1990, foi aprovada a definição oficial de diagnóstico de enfermagem: “um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável” (FARIAS; NÓBREGA; PÉREZ; COLER, 1990, p. 26).

Os diagnósticos de enfermagem também auxiliam na avaliação da assistência prestada, direcionam o cuidado, promovem a pesquisa e o ensino, delimitam as funções da enfermagem e estimulam o indivíduo a participar do seu tratamento (JESUS, 1995; CARPENITO, 2002).

A inserção da etapa diagnóstica na prática clínica de enfermagem aumenta a responsabilidade dos enfermeiros na avaliação do paciente e na implementação do plano assistencial ao mesmo (CARPENITO, 2002).

A finalidade dos diagnósticos de enfermagem é estabelecer um elo entre as respostas humanas, os objetivos desejados e as intervenções necessárias para alcançá-los. Os diagnósticos, provenientes do levantamento dos dados, consistem num ponto de apoio para a seleção das intervenções de enfermagem (CRUZ, 2002).

Os diagnósticos são os significados que as pessoas dão às manifestações clínicas, que podem ser percebidas por meio dos cinco sentidos: visão, audição, tato, paladar e olfato (LUNNEY, 2004). O ato diagnóstico em enfermagem tem como foco as respostas humanas às enfermidades e seu tratamento, e aos processos de vida. A validade das associações entre as manifestações apresentadas pelos doentes (dados subjetivos e objetivos) e o diagnóstico atribuído é ponto fundamental (CRUZ; PIMENTA, 2005).

A lista de diagnósticos de enfermagem da *NANDA* tem sido criticada por algumas enfermeiras por ser muito ampla ou por ser muito restrita, por ser excessivamente médica, abstrata, ou pouco familiar. Algumas enfermeiras optam-se ao uso de diagnósticos pelo fato de não saber identificá-los, pois a elaboração de diagnósticos de enfermagem exige conhecimento científico e experiência clínica (CARPENITO, 2002).

As respostas do indivíduo aos problemas de saúde são continuamente interpretadas pelos profissionais de saúde que, com base nessas respostas, planejam as intervenções mais adequadas na busca de alcançar os resultados desejados. No entanto, a acurácia de tais interpretações diagnósticas geralmente não é considerada nem questionada (LUNNEY, 2004).

O desenvolvimento do conhecimento em enfermagem tem mostrado que existem variações nas interpretações dos enfermeiros, e as respostas dos pacientes aos problemas de saúde são facilmente mal interpretadas (LUNNEY, 2004). A preocupação com a acurácia dos diagnósticos é recente e ainda não há preocupação ordenada em desenvolver nas enfermeiras o papel de diagnosticadoras;

---

com isso há escassez no modelamento especializado do processo diagnóstico (CARLSON-CATALANO, 2004).

A acurácia de uma variável consiste na capacidade de a mesma representar realmente o que ela deveria representar. Em termos de definição, a acurácia difere da precisão em vários aspectos, mas na literatura, é comum encontrar esses termos sendo utilizados como sinônimos. Enquanto a acurácia é avaliada pelo grau com que uma variável representa o que deveria ser representado, a precisão é avaliada pelo grau com que uma variável adota valores semelhantes quando medida várias vezes. A acurácia é medida em função do erro sistemático e, quanto maior o erro, menor a acurácia. A precisão, por sua vez, pode estar presente mesmo havendo baixa acurácia. De forma geral, mesmo sendo atributos diferentes, por estarem normalmente associados, muitas estratégias usadas para aumentar a precisão também aumentam a acurácia (HULLEY; MARTIN; CUMMINGS, 2003).

Aplicando-se os conceitos de acurácia do campo da pesquisa ao campo do diagnóstico, que é o que nos interessa, um diagnóstico é acurado quando reflete o real estado do paciente.

Um dos problemas com o conceito de acurácia é que, no senso comum, a acurácia é veiculada como uma propriedade dicotômica. Mas isso não é o que ocorre com os diagnósticos de enfermagem. A acurácia de um diagnóstico de enfermagem é uma propriedade contínua, isto é, um diagnóstico pode ser mais ou menos acurado, não se tratando de “tudo ou nada”. A idéia de acurácia como uma variável dicotômica foi mantida até 1992. Com base em estudos da década de 60, 70 e 80, Lunney (1990, 2004) concluiu que a acurácia dos diagnósticos de enfermagem é bastante complexa, caracterizando-se por um *continuum*. Nessa perspectiva, um

diagnóstico pode ser mais ou menos acurado e a acurácia é, portanto, uma variável contínua e não dicotômica.

Na prática clínica, as enfermeiras trabalham com um número reduzido de manifestações e identificam diagnósticos que, pela escassez de dados, nem sempre representam as reais necessidades do paciente. Outro fator que dificulta o estabelecimento de diagnósticos com alto grau de acurácia é que, além de os pacientes não apresentarem todas as características definidoras de um diagnóstico, vários diagnósticos compartilham características, o que gera dúvidas, dificulta a tarefa diagnóstica e facilita a ocorrência de diagnósticos pouco acurados (CRUZ; PIMENTA, 2005).

De forma geral, os enfermeiros possuem três razões principais para se preocupar com a acurácia das interpretações das respostas humanas: as respostas humanas são complexas, o que favorece um baixo grau de acurácia; a seleção das intervenções mais adequadas depende de um alto grau de acurácia; e a responsabilidade pelo alcance de alto grau de acurácia reflete profissionalismo (LUNNEY, 2004).

A acurácia das interpretações das respostas humanas sofre interferência de aspectos importantes que devem ser considerados: a *tarefa diagnóstica*, que envolve a análise de fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais; o *contexto da situação*, que analisa o local, as pessoas, os recursos materiais, as políticas e os procedimentos para a realização do cuidado; e o *diagnosticador*, que deve possuir conhecimentos e habilidades interpessoais, técnicas e intelectuais (LUNNEY, 2004).

A idéia de que os diagnósticos têm potencial para ser menos acurados do que os dados indicam é sustentada por três razões básicas. Primeiro, a complexidade da tarefa diagnóstica pode comprometer a interpretação dos dados observados. A segunda razão é que a diversidade da linguagem para expressar a interpretação realizada dificulta a comunicação entre os enfermeiros, visto que possibilita várias formas de denominar os achados decorrentes das interpretações das respostas humanas. E, a terceira razão é que a real situação do paciente geralmente é desconhecida. Tais razões indicam que em uma determinada situação, além dos diagnósticos altamente acurados, outros possíveis diagnósticos, menos acurados, também podem ser identificados (LUNNEY, 1990).

Em corroboração, Hammond (1966) e Kelly (1964) já enfatizavam que a performance da inferência diagnóstica pelas enfermeiras era uma tarefa difícil e complexa, devido, entre outras razões, à incerteza da relação entre o diagnóstico e as pistas que o indicam.

O conhecimento é um elemento necessário para a correta identificação dos diagnósticos de enfermagem, porém, mesmo sendo uma condição necessária, ele não é suficiente para alcançar a acurácia diagnóstica. Habilidades perceptuais e cognitivas também contribuem para a acurácia dos diagnósticos e para o raciocínio clínico (LUNNEY, 1992).

Diferentes enfermeiras podem fazer diferentes interpretações das respostas humanas a partir do mesmo conjunto de dados (LUNNEY, 1992; HAMMOND *et al.*, 1966b).

De acordo com Gordon (1980), a enfermeira utiliza estratégias mentais para identificar os problemas de saúde de um determinado paciente e indicar os diagnósticos de enfermagem que melhor expressem a condição clínica do mesmo. A complexidade da tarefa cognitiva pode explicar porque alguns clínicos fazem julgamentos diferentes de outros a partir de um mesmo conjunto de dados (GARB, 1998).

As enfermeiras identificam problemas de saúde fazendo julgamentos baseados nas observações das condições clínicas do paciente (HAMMOND, 1966; KELLY, 1964). No entanto, “o fato de entrevistar o paciente, em oposição à leitura da transcrição da entrevista, não resulta no aumento da acurácia diagnóstica”. “Os julgamentos baseados nessas transcrições são geralmente tão acuradas quanto os julgamentos baseados nas observações face-a-face” (GARB, 1998, p.18).

O pensamento divergente é outro recurso importante na prática clínica, uma vez que o mesmo tem grande utilidade quando os dados referentes a um problema possuem muitas explicações (LUNNEY, 1992).

A predição consiste em uma das habilidades cognitivas utilizadas no processo de raciocínio diagnóstico. O enfermeiro prediz ou antecipa possíveis diagnósticos a partir de agrupamentos de evidências, o que só é possível, com experiência clínica em enfermagem, habilidade de raciocínio diagnóstico e conhecimento. Ao diagnosticar, alguns enfermeiros usam manifestações ou dados preditivos (baseados em sua experiência e hábitos mentais) sem considerar os dados altamente relevantes, ou ainda, não consideram outras possibilidades diagnósticas indicadas pelos mesmos dados. Essas enfermeiras apontarão diagnósticos menos



acurados que aquelas enfermeiras que consideram todos os dados relevantes para se chegar a um diagnóstico condizente com a situação analisada (LUNNEY, 2004).

Para que as enfermeiras consigam melhorias na qualidade da assistência prestada, as mesmas devem centrar-se na acurácia das interpretações das respostas humanas, pois essas interpretações fundamentam a seleção das intervenções, que, por sua vez, contribuem para a obtenção dos resultados desejáveis. As interpretações de baixa acurácia podem negligenciar problemas reais e potenciais, podendo acarretar prejuízos ao paciente (LUNNEY; PARADISO, 1995).

Para medir a acurácia diagnóstica, Lunney (1990) elaborou uma escala de sete pontos, que atualmente consiste no único instrumento que atende a essa finalidade, podendo ser utilizada na pesquisa, na educação e na prática clínica. O treinamento para o uso desse método pode utilizar estudos de casos, casos clínicos reais e simulações. No entanto, conforme já mencionado, esse método não se mostrou confiável para ser aplicado a dados escritos de avaliações de situações reais.

No método proposto por Lunney (1990), para avaliar a acurácia dos diagnósticos identificados pelos enfermeiros em uma determinada situação, um ou mais avaliadores decide o grau de acurácia usando os critérios predefinidos pela escala proposta, que concebe a acurácia num *continuum* entre alta e baixa. Cada um dos sete níveis da escala está associado a um escore que varia de +5 (mais acurado) à -1 (menos acurado), e os critérios analisados para atribuir cada escore são definidos pelo grau de consistência entre um diagnóstico e as pistas encontradas.

Algumas pistas são altamente relevantes, sendo fundamentais para confirmar ou negar um determinado diagnóstico de enfermagem e quando pistas

relevantes para um diagnóstico são mal interpretadas, os diagnósticos identificados acabam não refletindo a real condição do paciente (LUNNEY, 1990).

A Tabela 01 mostra os níveis da escala proposta por Lunney (1990) na versão brasileira traduzida por Cruz *et al.*(2004).

Tabela 1 - Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem de Lunney. Versão Brasileira.

<b>Escore</b>	<b>Critérios</b>
+5	O diagnóstico é consistente com todas as pistas, suportado por pistas altamente relevantes e preciso.
+4	O diagnóstico é consistente com a maioria ou todas as pistas e suportado por pistas relevantes, mas falha em refletir uma ou poucas pistas relevantes.
+3	O diagnóstico é consistente com muitas das pistas, mas falha em refletir a especificidade de pistas disponíveis.
+2	O diagnóstico é indicado por algumas das pistas mas as pistas relevantes são insuficientes para o diagnóstico e/ou o diagnóstico tem prioridade menor que outros diagnósticos.
+1	O diagnóstico é somente sugerido por uma ou poucas pistas.
0	O diagnóstico não é indicado por nenhuma pista. Nenhum diagnóstico é afirmado quando há pistas suficientes para afirmar um diagnóstico. O diagnóstico não pode ser pontuado.
-1	O diagnóstico é indicado por mais de uma pista, mas deveria ser rejeitado com base na presença de pelo menos duas pistas que o desconfirmam.

Observa-se que as descrições dos níveis da escala incluem o termo “pistas”. Esse termo foi mantido, apesar de não ser ainda de uso comum em nosso meio, por se considerar que é o que melhor expressa a idéia no instrumento original. Em outra tradução desse instrumento, publicada na tradução do livro de Lunney (LUNNEY, 2004) o termo original “*cues*” foi traduzido como “evidência”. No

contexto do instrumento, a idéia é mesmo de “pista”. Significa que um determinado dado, uma determinada manifestação do paciente, é uma “pista”; é uma possível característica definidora de um determinado diagnóstico; evoca uma hipótese diagnóstica.

Ao aplicar a escala, cada diagnóstico enunciado recebe um único escore, devendo respeitar os critérios de atribuição de apenas um dos sete níveis (escores). De acordo com a escala de Lunney (1990), um escore de +5 é indicado para respostas (diagnósticos) que são consistentes com todas as pistas (dados ou manifestações) e apoiadas por pistas (dados ou manifestações) altamente relevantes. Este é o nível mais alto de acurácia, de modo que apenas as respostas com características altamente relevantes devem receber esse escore. Um escore de +4 é aplicado a respostas (diagnósticos) consistentes com muitas pistas, mas que não refletem uma ou algumas pistas de alta relevância para entender a situação. Um escore de +3 é aplicado a respostas (diagnósticos) consistentes com muitas das pistas, mas não reflete a dinâmica específica da situação analisada. Um escore de +2 é aplicado a respostas (diagnósticos) indicadas por algumas das pistas, no entanto, não há pistas relevantes suficientes para sustentar o diagnóstico. Um escore de +1 é aplicado a respostas que são apenas sugeridas por algumas pistas, podendo ser vistas como possibilidades, mas que não estão suficientemente fundamentadas pelas pistas presentes. Um escore 0 é aplicado em 3 situações: quando a resposta (diagnóstico) não tem qualquer pista a ela pertinente; quando há pistas para um diagnóstico que não foi enunciado; ou quando, por qualquer razão, o diagnóstico não pode ser pontuado. Por fim, o escore -1 é aplicado a respostas (diagnósticos) para as quais há

---

pistas, mas que devem ser rejeitadas com base na presença de duas ou mais pistas que as desconfirmam (LUNNEY, 1990).

Assim como os outros profissionais clínicos, os enfermeiros interpretam as manifestações dos pacientes e, com base nessas interpretações planejam as suas ações. Quando tais interpretações não são adequadamente processadas elas correm risco de ser pouco acuradas (LUNNEY, 2004). Se as intervenções de enfermagem forem planejadas com base em interpretações de baixa acurácia, em vez de proporcionar benefícios, poderão causar danos aos pacientes assistidos e, além de perder a chance de ajudá-lo, o custo do cuidado pode ser maior (LUNNEY; KARLIK; KISS; MURPHY, 1997).

A acurácia das interpretações das respostas humanas é um aspecto importante do conhecimento sobre diagnóstico de enfermagem. Na prática clínica, dela depende a escolha de intervenções de enfermagem que contribuem para o alcance de resultados de saúde desejáveis para os pacientes.

Incluir já no ensino de enfermagem o conceito de acurácia permitirá aos futuros profissionais estabelecerem referências úteis para definir o papel de diagnosticadores. Dispor de métodos confiáveis e válidos para avaliar a acurácia dos diagnósticos de enfermagem permitirá avançar o conhecimento sobre o processo diagnóstico e aumentar a confiabilidade dos estudos clínicos sobre diagnósticos de enfermagem.

## **2 OBJETIVO**

Desenvolver um instrumento para avaliar a acurácia de diagnósticos de enfermagem a partir de dados escritos.

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de estudo**

O presente estudo é uma pesquisa quantitativa, de desenvolvimento metodológico.

A pesquisa metodológica é direcionada para melhorar os métodos usados em outras pesquisas e, geralmente, o centro da pesquisa metodológica é o desenvolvimento de ferramentas específicas para a coleta de dados, como instrumentos e questionários. O objetivo da pesquisa metodológica é melhorar a confiabilidade e a validade do instrumento de coleta de dados, que aumenta o controle e reduz as ameaças das validades interna e externa (WASSERBAUER; ABRAHAM, 1995).

Apesar de a pesquisa metodológica parecer entediante, ela é extremamente importante para o desenvolvimento de outras pesquisas e na ausência da pesquisa metodológica muitos estudos quantitativos seriam prejudicados (WASSERBAUER; ABRAHAM, 1995).

Os procedimentos deste estudo foram organizados segundo as etapas da proposta de Pasquali (1998) para o desenvolvimento de escalas psicológicas, que são: procedimentos teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos).

---

Os procedimentos analíticos dependem dos resultados dos procedimentos teóricos e empíricos. Por essa razão, os resultados dessas duas etapas estão apresentados neste capítulo de métodos, ficando para o de resultados apenas os dos procedimentos analíticos.

### 3.2 Procedimentos teóricos

De acordo com Pasquali (1998), o pólo teórico deve fundamentar todo trabalho científico, sendo indispensável para a elaboração do instrumento de pesquisa. No pólo teórico, o conceito, construto ou teoria de que trata o instrumento a ser desenvolvido deve estar claramente estabelecido. As definições assumidas no pólo teórico devem nortear as decisões relativas ao conteúdo do instrumento em desenvolvimento.

A definição conceitual de acurácia do diagnóstico de enfermagem, conforme apresentado na introdução desta dissertação, é baseada no pressuposto de que há ampla variedade de diagnósticos possíveis nas situações clínicas, além dos que são altamente acurados (LUNNEY, 1990). Isto é, além de um diagnóstico altamente acurado, outros diagnósticos são aceitáveis com base no conjunto de dados existente. Assim, a acurácia de um diagnóstico não é uma qualidade dicotômica - é um *continuum* entre alta e baixa acurácia (LUNNEY, 1990). A acurácia envolve o esforço de diferenciar um diagnóstico dos outros diagnósticos possíveis para chegar ao diagnóstico que melhor expressa os dados disponíveis em dada situação (LUNNEY, 1989).

A acurácia de um determinado diagnóstico é propriedade que depende da existência de características definidoras desse diagnóstico. Características definidoras são dados que as enfermeiras obtêm pelos órgãos dos sentidos ao avaliar os pacientes aos quais atribuem significado em termos de um determinado diagnóstico. Como os diagnósticos compartilham características definidoras, não basta que haja características definidoras pertinentes ao diagnóstico; a relevância, a especificidade e a consistência do conjunto de características são aspectos importantes a serem considerados nos dados frente ao diagnóstico em questão para se avaliar a sua acurácia. Após a realização do teste piloto, o termo “consistência” foi modificado para “coerência”. Essa alteração será discutida posteriormente, neste mesmo capítulo.

No início do estudo, a acurácia de um diagnóstico de enfermagem foi definida como o julgamento de um avaliador quanto ao grau de relevância, especificidade e consistência das pistas existentes para o diagnóstico. Essa definição norteou o desenvolvimento da escala de acurácia para aplicação em dados escritos, guiando os procedimentos subsequentes. É importante ressaltar que o instrumento desenvolvido tem como base o método proposto por Lunney (1990).

As definições de pista, relevância, especificidade e consistência das pistas que direcionaram a construção dos itens foram:

- Pistas: são manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios, sinais, indicações ou características de um diagnóstico de enfermagem.



- 
- Número de pistas: quantidade de pistas para um diagnóstico de enfermagem
  - Relevância da pista: propriedade de uma pista de ser importante como indicador de um diagnóstico de enfermagem.
  - Especificidade da pista: propriedade de uma pista de ser própria e distintiva de um diagnóstico de enfermagem.
  - Consistência da pista: propriedade de uma pista de ser coerente com o conjunto das informações disponíveis.

As definições assumidas geraram os itens para compor o instrumento a ser aplicado aos dados escritos de pacientes (entrevista, exame físico, dados de prontuário) e aos diagnósticos de enfermagem enunciados com base nesses dados. Três categorias indicativas de graus (muito(as), pouco(as), nada) foram criadas para a mensuração de cada item. Os itens assim gerados estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Itens e categorias para a escala de acurácia de diagnósticos de enfermagem. São Paulo, 2006.

<b>Itens e Categorias</b>		
<b>Número de pistas</b>		<b>Grau</b>
	Muitas pistas para o diagnóstico em questão	2
	Poucas pistas para o diagnóstico em questão	1
	Nenhuma pista para o diagnóstico em questão	0
<b>Relevância das pistas</b>		<b>Grau</b>
	Pistas muito relevantes para o diagnóstico em questão	2
	Pistas pouco relevantes para o diagnóstico em questão	1
	Pistas nada relevantes para o diagnóstico em questão ou não se aplica	0
<b>Especificidade das pistas</b>		<b>Grau</b>
	Pistas muito específicas para o diagnóstico em questão	2
	Pistas pouco específicas para o diagnóstico em questão	1
	Pistas nada específicas para o diagnóstico em questão ou não se aplica	0
<b>Consistência das pistas</b>		<b>Grau</b>
	Pistas muito consistentes para o diagnóstico em questão	2
	Pistas pouco consistentes para o diagnóstico em questão	1
	Pistas nada consistentes para o diagnóstico em questão ou não se aplica.	0

O instrumento de acurácia de diagnóstico deverá ser aplicado por enfermeira diferente da que enunciou o diagnóstico do paciente. A enfermeira que aplica o instrumento deverá ter experiência com a área clínica do paciente, com o uso de classificação de diagnósticos e com o conceito de acurácia de diagnóstico de enfermagem em que o instrumento se fundamenta.

### Validação de conteúdo

Ainda como procedimento teórico, os itens desenvolvidos para o instrumento foram submetidos a teste de validade aparente ou validade de conteúdo. A validade de conteúdo é aplicável quando se pode determinar um universo de comportamentos, e para verificá-la é necessário especificar a definição do conteúdo, ter claros os objetivos que se quer alcançar com o estudo e determinar a representação de cada item do instrumento, antes mesmo de construí-lo (PASQUALI, 2003).

Os itens desenvolvidos tratam de expressões do julgamento quanto à acurácia de um diagnóstico, isto é, referem-se a um conjunto que representa todo o espectro de indicadores de acurácia que um diagnóstico pode ter.

Como a validade de conteúdo busca a adequação do conteúdo que está sendo medido (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004), um grupo de 03 pesquisadores sobre diagnóstico de enfermagem, nacionalmente reconhecidos, com experiência na orientação de pesquisas de mestrado e doutorado sobre o assunto, foi composto para julgar a validade dos itens desenvolvidos. Os mesmos receberam solicitação de participação no estudo, explicando os objetivos do mesmo e os procedimentos esperados para a validação de conteúdo, que incluiu descrição dos itens a serem avaliados e o método de aplicação dos mesmos (ANEXO 1, parte 1).

Foi solicitado aos avaliadores que analisassem os itens do instrumento quanto à pertinência, clareza e aplicabilidade. Com a avaliação da pertinência os avaliadores tiveram que indicar o quanto o conteúdo de cada item correspondia à definição de acurácia estabelecida. Com a avaliação da clareza os

avaliadores tiveram que indicar o quanto o enunciado de cada item era compreensível para uma enfermeira com experiência no uso de classificação de diagnósticos de enfermagem. E com a avaliação da aplicabilidade, os avaliadores tiveram que indicar o quanto o enunciado de cada item expressava ações possíveis de serem realizadas ao se julgar a acurácia de diagnósticos com base em dados escritos. Foi também solicitado aos juízes que apontassem sugestões de itens e de modificações que considerassem pertinentes.

Os trabalhos dos avaliadores, nessa etapa, foram primeiramente individuais, solicitando-se respostas registradas em formulário próprio (ANEXO 1, parte 3). As respostas foram agrupadas, sintetizadas e apresentadas em reunião presencial com os avaliadores, com a coordenação da pesquisadora e orientadora deste estudo. Nessa reunião foram enfocadas as divergências e a meta foi o consenso do grupo sobre os itens, seus enunciados, e sobre o método de aplicação dos mesmos.

A validade de conteúdo de um instrumento é basicamente fundamentada em julgamentos e, em virtude disso, não há como garantir que um instrumento atenda todas as especificidades do assunto que está sendo medido, uma vez que os julgamentos são subjetivos. Geralmente, a tarefa do especialista é analisar a relevância e a adequação dos itens que compõem o instrumento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Por essa razão julgamos que a reunião presencial dos avaliadores fortaleceu os resultados obtidos nessa fase.

A Tabela 3 sintetiza as decisões sobre os itens decorrentes dos procedimentos de validação de conteúdo.

Tabela 3 - Síntese das decisões sobre os itens após validação de conteúdo. São Paulo, 2006.

<b>Itens e categorias</b>		
<b>Número de pistas</b>	<b>Grau</b>	<b>Decisão e justificativa</b>
Muitas pistas para o diagnóstico em questão	2	Modificação do item de “Número de pistas” para “Presença de pistas”, assumindo as categorias “sim / não”: o número de pistas é pouco importante como indicativo da acurácia de um diagnóstico, visto que um diagnóstico pode ser enunciado apresentando apenas “uma” pista; as categorias “muitas” ou “poucas” pistas exigiriam múltiplas combinações nos itens subseqüentes, uma vez que pode haver pistas com diferentes graus de relevância, especificidade e consistência para um mesmo diagnóstico.
Poucas pistas para o diagnóstico em questão	1	
Nenhuma pista para o diagnóstico em questão	0	
<b>Relevância das pistas</b>	<b>Grau</b>	<b>Decisão e justificativa</b>
Pistas muito relevantes para o diagnóstico em questão	2	Manutenção do item e alteração das categorias (graus) para “alta / moderada” e “baixa”: a existência de pistas “nada relevantes” superpõe-se à ausência de pistas, característica atendida com a modificação do primeiro item.
Pistas pouco relevantes para o diagnóstico em questão	1	
Pistas nada relevantes para o diagnóstico em questão ou não se aplica	0	
<b>Especificidade das pistas</b>	<b>Grau</b>	<b>Decisão e justificativa</b>
Pistas muito específicas para o diagnóstico em questão	2	Manutenção do item e alteração das categorias (graus) para “alta / moderada” e “baixa / nula”: o desenvolvimento atual da classificação dos diagnósticos ainda não dá suporte para o julgamento dos três graus de especificidade e os dois graus manteriam correspondência com as categorias do item anterior (relevância das pistas).
Pistas pouco específicas para o diagnóstico em questão	1	
Pistas nada específicas para o diagnóstico em questão ou não se aplica	0	
<b>Consistência das pistas</b>	<b>Grau</b>	<b>Decisão e justificativa</b>
Pistas muito consistentes para o diagnóstico em questão	2	Manutenção do item e alteração das categorias (graus) para “alta / moderada” e “baixa / nula” para compor um padrão com as categorias dos itens de relevância e de especificidade.
Pistas pouco consistentes para o diagnóstico em questão	1	
Pistas nada consistentes para o diagnóstico em questão ou não se aplica	0	

A Tabela 4 mostra como ficaram os itens, as definições e as categorias do instrumento após os procedimentos de validação de conteúdo.

Tabela 4 - Itens da escala de avaliação da acurácia diagnóstica após validação de conteúdo. São Paulo, 2006.

	Itens	Definições	Categorias
1	Presença de pistas	Presença de manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios, sinais, ou características de um diagnóstico de enfermagem.	Sim
			Não
2	Relevância da pista	Propriedade de uma pista de ser importante como indicador de um diagnóstico de enfermagem.	Alta/Moderada
			Baixa
3	Especificidade da pista	Propriedade de uma pista de ser própria e distintiva de outro diagnóstico de enfermagem.	Alta/Moderada
			Baixa/Nula
4	Consistência da pista	Propriedade de uma pista de ser coerente com o conjunto das informações disponíveis.	Alta/Moderada
			Baixa/Nula

Ao final dos procedimentos de validação de conteúdo o conjunto de itens foi submetido a teste piloto.

#### Teste piloto

Os itens foram organizados num formulário contendo orientações sobre como utilizá-los (ANEXO 2, parte 3). Os participantes do Grupo de Estudos sobre Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (DIREnf) foram convidados a aplicar o instrumento piloto à dados escritos de 4 pacientes, sendo 2 utilizados no primeiro teste piloto (ANEXO 2, parte 4) e outros 2 no segundo teste piloto (ANEXO 3, parte 2). Os dados escritos de pacientes foram obtidos de estudo anterior (VOLPATO, 2001) e continham dados clínicos (resultantes de entrevista, exame físico e dados de

prontuário) e diagnósticos de enfermagem formulados pela enfermeira que realizou e registrou a avaliação do paciente. Foi solicitado às participantes para aplicar individualmente o instrumento aos dados fornecidos durante uma reunião do grupo. Após o trabalho individual o grupo discutiu as impressões, as dificuldades e fez sugestões para melhorar o instrumento.

As discussões do primeiro teste piloto conduziram à modificação do item “Consistência” para “Coerência” e à inclusão de um item final em que o avaliador deveria responder se “enunciaria o diagnóstico”.

O termo “consistência” foi considerado como potencial gerador de falhas de entendimento e optou-se por substituí-lo por “coerência”, adotando a seguinte definição: propriedade de uma pista de ser consistente com o conjunto das informações disponíveis.

Nas discussões do primeiro teste piloto, os participantes chegaram ao consenso de que, para alguns diagnósticos, mesmo havendo pistas com algum grau de relevância, especificidade e coerência, eles não seriam altamente acurados e, por isso, não deveriam ser indicados. O principal motivo que levaria a essa decisão seria a existência de alguma redundância entre diagnósticos, o que exigiria do diagnosticador a escolha daquele que melhor explanasse os dados presentes. Esse argumento fundamentou a inclusão da pergunta “você enunciaria esse diagnóstico?”, com as categorias de respostas “sim” e “não”.

Julgou-se que a introdução dessa pergunta ofereceria ao avaliador a oportunidade de considerar que mesmo os diagnósticos com pistas com algum grau de relevância, especificidade e coerência poderiam não ser afirmados. Essa situação

---

pode ocorrer quando se comparam diagnósticos enunciados para o mesmo paciente. Ao fazer essa comparação o avaliador pode observar diagnósticos que compartilham características definidoras e evidenciam alguma redundância nas suas definições, julgando pertinente escolher aquele que melhor descreve a resposta do paciente. O diagnosticador poderia considerar, também, que um diagnóstico com pistas com algum grau de relevância, especificidade e coerência não fosse prioritário no contexto da situação indicada pelo conjunto dos dados apresentados.

Decidiu-se incluir a pergunta sugerida também como recurso para os procedimentos analíticos, que serão descritos oportunamente.

Frente ao montante e qualidade das sugestões do primeiro teste piloto, o instrumento foi reajustado (ANEXO 3, parte 1) e submetido ao segundo teste piloto no mesmo grupo, seguindo os mesmos procedimentos do primeiro teste piloto. O grupo avaliou positivamente as mudanças incorporadas e as sugestões dessa etapa foram de ordem de formatação do material.

O instrumento decorrente das decisões do teste piloto, denominado de Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem (EADE), tal como apresentado a seguir, foi submetido aos procedimentos empíricos.



## Escala de acurácia de diagnóstico de enfermagem –EADE

Item 1–	Há pista(s) para o diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<p><b>ORIENTAÇÃO Item 1</b>          Considere a definição de pistas: são manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios, sinais, indicações ou características de um diagnóstico de enfermagem.          Se houver pelo menos uma pista para o diagnóstico, independente de sua relevância, especificidade e coerência, marque a resposta sim.          Consulte a <i>NANDA-I</i> sempre que necessário.          Se a resposta for não, os outros itens não se aplicam. Interrompa aqui a aplicação do EADE - DE para ESSE DIAGNÓSTICO.</p>			
Item 2 -	A relevância da(s) pista(s) existente(s) é:	<input type="checkbox"/> Alta/Moderada	<input type="checkbox"/> Baixa
<p><b>ORIENTAÇÃO Item 2</b>          Considere a definição de <u>relevância da pista</u>: propriedade de uma pista de ser importante como indicador de um <b>diagnóstico de enfermagem</b>, e indique o grau de relevância da(s) pista(s) existente(s).          Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de relevância, indique apenas o mais elevado (Alta / Moderada).          Consulte a <i>NANDA I</i> sempre que necessário.</p>			
Item 3 -	A especificidade da(s) pista(s) existente(s) é:	<input type="checkbox"/> Alta/Moderada	<input type="checkbox"/> Baixa/Nula
<p><b>ORIENTAÇÃO Item 3</b>          Considere a definição de <u>especificidade da pista</u>: propriedade de uma pista de ser própria e distintiva de um <b>diagnóstico de enfermagem</b>, e indique o grau de especificidade da(s) pista(s) existente(s).          Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de especificidade, indique apenas o mais elevado (Alta / Moderada).          Consulte a <i>NANDA - I</i> sempre que necessário.</p>			
Item 4 -	A coerência da(s) pista(s) existente(s) é:	<input type="checkbox"/> Alta / Moderada	<input type="checkbox"/> Baixa / Nula
<p><b>ORIENTAÇÃO Item 4</b>          Considere a definição de <u>coerência da pista</u>: propriedade de uma pista de ser consistente com o <b>conjunto das informações disponíveis</b>, e indique o grau de coerência da(s) pista(s) existente(s).          Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de coerência, indique apenas o mais elevado (Alta / Moderada).</p>			

Pergunta	Você manteria o diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<p><b>ORIENTAÇÃO Item 5</b>            Considere que mesmo havendo pistas com alguma relevância, especificidade e coerência para o diagnóstico, ele pode não ser <u>prioritário</u> para a situação do paciente; ele pode não direcionar <u>intervenções</u> adequadas; <u>outro diagnóstico</u> pode explicar melhor a resposta do paciente; Nesses casos, indique a resposta “Não”.            Consulte a <i>NANDA - I</i> sempre que necessário.</p>			
<p>Ao aplicar a EADE – DE você deve indicar suas respostas num quadro. Veja o EXEMPLO (dados simplificados) a seguir.</p> <p><b>Exemplo de aplicação da EADE</b></p> <p><u>Dados:</u></p> <p>S.L., 55 anos, sexo masculino, casado, 2 filhos, está no 8º dia de pós-operatório de toracotomia direita para lobectomia. Informa sentir dor à movimentação do braço direito, o que interfere no ato de alimentar-se, tomar banho e vestir-se, embora consiga realizar essas atividades sozinho. Refere estar urinando espontaneamente, sem alterações miccionais e que evacua diariamente fezes pastosas e sem desconfortos. Quer saber quando terá alta do hospital. Ao exame físico apresenta FR=28mov/min; amplitude normal, sem utilização de musculatura acessória. À ausculta, os pulmões não apresentam ruídos adventícios, mas o paciente apresenta secreção brônquica esbranquiçada que tem dificuldade de eliminar porque sente dor ao tossir. Pulso radial=80/min, cheio, rítmico; T(axilar)=36°C; PA= 110/70mmHg; palidez cutânea discreta e bom turgor da pele. A incisão torácica está sem curativo oclusivo, os pontos já foram retirados e apresenta boa cicatrização. Mantém postura de proteção do tórax direito.</p> <p><u>Diagnósticos estabelecidos:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dor aguda</li> <li>2. Ansiedade</li> <li>3. Déficit no autocuidado para banho/higiene</li> </ol>			

### Lista de diagnósticos / Quadro de respostas EADE

Diagnósticos	Item 1		Item 2		Item 3		Item 4		Você enunciará Este DE?	
	Há pistas?*		Relevância (pista x diagnóstico)		Especificidade (pista x diagnóstico)		Coerência (pista X conjunto dos dados)			
	Sim	Não	Alta/Moderada	Baixa	Alta/Moderada	Baixa/Nula	Alta/Moderada	Baixa/Nula	Sim	Não
1 Dor aguda	x		x		x		x		x	
2 Ansiedade		x	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		x
3 Déficit para auto-cuidado	x			x		x		x		x

\*Quando a resposta for não, não preencher as demais células para o diagnóstico específico (n/a).

### 3.3 Procedimentos empíricos

Os procedimentos empíricos visam obter dados para estimar confiabilidade e validade do instrumento. Esses dados devem ser obtidos de amostra da população para a qual o instrumento está sendo desenvolvido (PASQUALI, 2003).

A população alvo para qual o instrumento de avaliação da acurácia diagnóstica está sendo desenvolvido é de enfermeiras com experiência no uso de classificação de diagnósticos. Para os procedimentos empíricos foram preparados os seguintes materiais: o instrumento elaborado e os conjuntos de dados escritos de pacientes com seus respectivos diagnósticos de enfermagem que, a partir deste ponto, foram designados de “dados escritos” (ANEXO 4, parte 6).

### 3.3.1 Elaboração dos dados escritos

Os dados escritos foram elaborados por dois diagnosticadores (pesquisadora e orientadora) que avaliaram concomitantemente 5 pacientes internados em clínica médica e cirúrgica de um hospital universitário da cidade de São Paulo. A avaliação dos pacientes foi realizada por entrevista, exame físico e consulta ao prontuário. Os dados foram registrados em formulário adaptado para esta pesquisa, segundo os domínios da classificação de diagnósticos da *NANDA-I* (2006), a partir do instrumento elaborado por Cruz (1989) com base nos Padrões Funcionais de Saúde (PFS) propostos por Gordon (1987) (ANEXO 5, parte 2).

Imediatamente após a avaliação de cada paciente, ainda no ambiente da avaliação, cada diagnosticador, independentemente, formulou os diagnósticos do paciente. Depois, em conjunto, os diagnosticadores conferiram os dados coletados e os diagnósticos formulados, definindo, por consenso, os que permaneceriam. Surgiram hipóteses diagnósticas que não resistiram ao consenso entre os dois avaliadores. No entanto, todas as hipóteses consideradas foram registradas, indicando-se as que permaneceram após o consenso. A importância do registro de todas as hipóteses é que entre elas houve diagnósticos com diferentes graus de acurácia, assumindo-se que os diagnósticos que resistiram ao consenso foram os mais acurados para os “dados escritos”. A obtenção de uma relação de diagnósticos condizentes com os “dados escritos”, mas com diferentes graus de acurácia, era importante para que o instrumento de acurácia pudesse ser testado em toda sua amplitude. Os diagnósticos altamente acurados na relação dos diagnósticos

---

condizentes com os “dados escritos” corresponderam ao “padrão-ouro” (ANEXO 6) nas estimativas de validade.

Esses procedimentos, realizados no ambiente da avaliação do paciente, permitiram, quando necessário, retornar ao paciente ou ao prontuário para rever ou adicionar informações. Ao final de cada sessão de avaliação houve apenas um formulário com todos os dados do paciente utilizados e a relação de todos os diagnósticos enunciados pelos dois diagnosticadores. Com a finalidade de possibilitar a aplicação de escores baixos de acurácia, foram acrescentados a essa listagem diagnósticos que não condiziam com os dados escritos.

Ao final desses procedimentos dispúnhamos de “dados escritos” de 5 pacientes, que foram digitados e formatados numa apresentação adequada para o teste do instrumento de acurácia (ANEXO 4, parte 6).

### **3.3.2 Casuística**

Para testar as propriedades psicométricas do instrumento elaborado, foi solicitado a enfermeiras especialistas em diagnósticos de enfermagem aplicar o instrumento de acurácia aos dados escritos dos cinco pacientes avaliados pela pesquisadora e orientadora do estudo.

A escolha das especialistas foi direcionada pela experiência prática e teórica na área de diagnósticos de enfermagem, que corresponde ao público-alvo para o qual a EADE foi desenvolvida. Os critérios estabelecidos para a seleção das especialistas atendiam a expectativa de se criar um instrumento para ser utilizado por

enfermeiras com esse perfil. A identificação dos participantes deu-se por meio de pesquisa on-line aos currículos da Plataforma Lattes\* contidos no Portal do CNPq.

Estimativas estatísticas indicaram que se 10 especialistas aplicassem a EADE a 40 diagnósticos de enfermagem (o conjunto de “dados escritos” continha 43 diagnósticos), obter-se-ia um poder de 0,99 no teste de concordância entre os avaliadores (WALTER; ELIASZIW; DONNER, 1998). Essa foi a estimativa do número mínimo de especialistas necessários para a aplicação da EADE.

Foram levantados 23 currículos de enfermeiras com experiência na classificação de diagnóstico de enfermagem. Após minuciosa análise, foram selecionadas 16 especialistas que melhor atendiam os critérios de inclusão na pesquisa. As mesmas foram contatadas por e-mail e convidadas a participar do estudo. Após a confirmação do aceite, foram encaminhados os materiais necessários para a aplicação da EADE por correio. Das 16 enfermeiras especialistas que aceitaram participar do estudo, foram recebidas respostas de 12, garantindo o número mínimo de especialistas previamente estabelecido para o tamanho da amostra.

O material encaminhado às especialistas (ANEXO 4) continha informações sobre o estudo, formulário para caracterização da especialista, instrumento para avaliação da acurácia do diagnóstico enunciado (EADE), instruções para sua aplicação, e material sobre o qual a EADE seria aplicada – “dados escritos”. Todas as especialistas receberam os “dados escritos” dos mesmos pacientes.

---

\* Disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/index.htm>>(03 de agosto de 2006).

Para os procedimentos analíticos foram utilizados os programas estatísticos *SPSS* versão 13.0 e *OS4* versão 1/ revisão 6. Para estimar a variância nas análises, empregou-se o método *GEE* (*Generalized Estimating Equations*), considerando a variabilidade intra e inter avaliadores (especialistas), do programa estatístico *SUDAAN* versão 7.5.3.

### 3.3.3 Aspectos éticos

Os juízes que realizaram a validação aparente (pólo teórico), os membros do DIREnf que realizaram os testes piloto (pólo teórico) e os especialistas que aplicaram a EADE (pólo empírico) foram consultados sobre o interesse em participar do mesmo e a autorização foi feita mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido incluído no material apresentado aos participantes (ANEXO 01, parte 02; ANEXO 02, parte 01 e ANEXO 04, parte 03, respectivamente). Da mesma forma, os pacientes avaliados (pólo empírico) também foram consultados quanto o interesse em participar do estudo, sendo incluídos aqueles que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (ANEXO 5, parte 1).

A pesquisa seguiu os dispositivos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas que envolvem seres humanos. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sendo aprovado, processo nº 539/2006 CEP-EEUSP (ANEXO 7). Da mesma forma, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, sendo

também aprovado, processo n° 645-2006 CEP-HU/USP (ANEXO 8). Por envolver integrantes vinculados a atividades de pesquisa da EEUSP (integrantes do DIREnf), o projeto também foi submetido à apreciação do Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, obtendo parecer favorável, processo n° 036-2006 CPq-EEUSP (ANEXO 9).

### **3.4 Procedimentos analíticos**

Os dados obtidos na fase empírica foram tratados descritivamente em termos de frequências segundo os avaliadores e segundo os conjuntos de “dados escritos”.

#### **3.4.1 Análise da validade do instrumento**

As estimativas de validade de um instrumento começam com a análise da validade de conteúdo, que consiste em uma avaliação subjetiva dos itens que o compõem, o que, neste estudo, foi realizado na primeira fase, no pólo teórico. A validade de um novo instrumento pode ser avaliada comparando-se as respostas que ele fornece com as respostas que resultaram de um instrumento reconhecidamente válido - “padrão-ouro” (CUMMINGS; STWART; HULLEY, 2003). Esse tipo de estimativa é também conhecida como validade de critério (PASQUALI, 2003).



Na validade de critério, o pesquisador busca estabelecer uma relação entre os escores obtidos pelo instrumento a um critério pré-estabelecido e se os resultados forem consistentes, há indicativo de validade do instrumento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; PASQUALI, 2003).

Não há outro instrumento ao qual comparar a EADE. Por isso, o “padrão-ouro” considerado neste estudo foi o “gabarito” das avaliações dos 05 pacientes internados em clínica médico-cirúrgica, realizadas pela pesquisadora e orientadora do estudo (ANEXO 06).

A validade do instrumento foi estimada testando-se a hipótese de que os itens da EADE (pistas, relevância, especificidade e coerência) predizem diagnósticos acurados.

Não se encontrou na literatura esse tipo de hipótese para estimar a validade de instrumentos de medida. A justificativa para testá-la é que, partindo-se do pressuposto de que os diagnósticos afirmados pela pesquisadora e orientadora eram o “padrão-ouro” e, de que os diagnósticos afirmados pelas especialistas que coincidiram com o “padrão-ouro” eram os diagnósticos “certos”, as variáveis (itens) do instrumento capazes de prever o “acerto” (diagnóstico acurado) são indispensáveis para compor o instrumento de avaliação de acurácia.

Aplicou-se a análise de regressão logística multivariada definindo-se como variável dependente o “acerto” do diagnóstico (coincidência da resposta do especialista com o “padrão-ouro”) e como variáveis independentes os itens do instrumento (presença de pistas, relevância da pista, especificidade da pista e coerência da pista).

A análise de regressão múltipla é um método estatístico que pode ser usado para analisar a relação entre uma única variável dependente (variável de critério - “acerto”) e várias variáveis independentes (variáveis preditivas – “pistas”). O objetivo da análise de regressão múltipla é usar variáveis independentes (cujos valores são conhecidos) para prever uma variável dependente selecionada pelo pesquisador. A análise de regressão confere valores para cada variável independente. A ponderação de cada variável independente reflete a contribuição relativa de cada uma para a predição global e facilita a interpretação da influência de cada variável na predição (HAIR; ANDERSON; TATHAM; BLACK, 1998).

Para a realização da análise de regressão logística foi utilizado o programa *SPSS* versão 13.0 *for Windows*<sup>®</sup>, assumindo-se nível de significância  $\leq 0,05$ .

### **3.4.2 Análise da confiabilidade do instrumento**

A confiabilidade é obtida quando um pesquisador segue exatamente os mesmos procedimentos descritos por outro pesquisador e obtém as mesmas conclusões, sendo que a finalidade de testar a confiabilidade é reduzir os erros e os vieses do estudo (YIN, 2005).

De forma geral, a confiabilidade refere-se à consistência com que o instrumento avalia o construto e, quanto menor a variação resultante do uso do instrumento, maior é a confiabilidade do mesmo (NEWMAN; BROWNER; CUMMINGS, 2003).

No presente estudo, a confiabilidade do instrumento foi testada em termos de concordância entre avaliadores, estimada pelo coeficiente de consistência interna de *Kuder-Richardson* e pelo coeficiente de *Hoyt*. Para a realização dos referidos testes, foi utilizado o programa de análise estatística *OS4* versão 1/ revisão 6, *for Windows*<sup>®</sup>.

O coeficiente de consistência interna de *Kuder-Richardson* é um teste aplicado para descrever estimativas de confiabilidade baseadas na correlação entre os itens de um teste quando as respostas são dicotômicas. Os princípios para essa estimativa são os mesmos que os aplicados para o alfa de *Cronbach*, com a diferença de que este último é mais indicado para análises estatísticas de variáveis contínuas (NUNNALLY; BERNESTEIN, 1994; KNAPP, 1991).

O teste de *Hoyt* aplica modelos do teste *ANOVA* (*Analyses of Variance*) para estimar a confiabilidade de instrumentos de medida (NUNNALLY; BERNESTEIN, 1994). O mesmo foi escolhido porque aceita respostas dicotômicas e porque considera as possíveis interações entre “juízes” e “indivíduos” (NUNNALLY; BERNESTEIN, 1994) que, no caso deste estudo, foram consideradas as interações entre “item” e “diagnóstico”, respectivamente.

### 3.4.3 Sensibilidade e Especificidade

A sensibilidade e a especificidade da EADE foram testadas por meio da curva *ROC* (*Receiver-operating Characteristic*), que estima tais atributos pelo tamanho da área contida abaixo da curva obtida por meio dos testes estatísticos.

O teste de sensibilidade e especificidade avalia se o instrumento elaborado é capaz de medir o que ele se propõe a medir (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996). Para a realização dos referidos testes, foi utilizado os programa de análise estatística *SPSS* versão 13.0 *for Windows*<sup>®</sup>, assumindo-se nível de significância  $\leq 0,05$ .

## **4 RESULTADOS**

### **4.1 Caracterização da amostra**

A EADE foi elaborada para avaliar a acurácia dos diagnósticos de enfermagem enunciados a partir da avaliação de dados escritos. Esse instrumento foi construído para ser utilizado por enfermeiros com experiência na classificação de diagnóstico de enfermagem.

Apresentaremos a seguir, os dados referentes à caracterização das 12 enfermeiras especialistas, todas do sexo feminino, que aplicaram o instrumento elaborado nos “conjuntos de dados” disponibilizados.

Tabela 5 - Características das especialistas. São Paulo, 2006.

Variáveis	Medidas	
Idade (anos)		
Mínimo/Máximo	26/58	
Média (DP)	43,8 (9,7)	
Mediana	46	
Tempo de formada (anos)		
Mínimo/Máximo	4/33	
Média (DP)	21,8 (9,5)	
Mediana	24,5	
Tempo de experiência (anos)		
Mínimo/Máximo	3/33	
Média (DP)	21,3 (9,5)	
Mediana	24	
Maior grau (obtido ou em andamento)		
Doutor	10	83,3 %
Mestre	1	8,3 %
Especialista	1	8,3 %
Atividade atual predominante		
Ensino e / ou pesquisa	9	75,0%
Assistência	2	16,6 %
Administração	1	8,3 %
Área clínica predominante		
Saúde do adulto	11	91,7
Não informou	01	8,3%

A Tabela 6 apresenta o grau de experiência do especialista com o diagnóstico de enfermagem.

Tabela 6 - Experiência das especialistas com diagnóstico de enfermagem. São Paulo, 2006.

Variáveis	Medidas	
Conteúdo sobre diagnóstico na graduação		
Nenhum	5	41,6 %
Apenas teórico	3	25,0 %
Teórico e prático	4	33,3 %
Conteúdo sobre raciocínio clínico na graduação		
Nenhum	2	16,6 %
Apenas teórico	3	25,0 %
Teórico e prático	7	58,3 %
Uso de classificação na área clínica		
Sim	11	91,6 %
Não	1	8,3 %
Tempo de uso do diagnóstico na prática clínica (anos)		
Máximo/Mínimo	- /33	
Média (DP)	11,4 (8,6)	
Mediana	10,5	
Habilidade de diagnosticar (auto-avaliação)		
85 a 100% acurada	5	41,6 %
70 a 84% acurada	5	41,6 %
55 a 69% acurada	2	16,6 %

Ainda como caracterização das especialistas, a Tabela 7 apresenta o grau de contato da especialista com o diagnóstico de enfermagem por meio de atividades de leitura, aulas, eventos, pesquisa e prática clínica.

Tabela 7 - Frequência de especialistas segundo o grau de contato com o diagnóstico. São Paulo, 2006.

Atividades	Grau de contato							
	Nada		Pouco		Moderado		Muito	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Leitura	-	-	-	-	4	33,3	8	66,6
Aula	-	-	3	25,0	3	25,0	6	50,0
Eventos	1	8,3	2	16,6	4	33,3	5	41,6
Pesquisa	-	-	3	25,0	3	25,0	6	50,0
Prática clínica	-	-	4	33,3	5	41,6	3	25,0

A Tabela 7 permite observar que no mínimo 75% das especialistas referiram graus de contato elevados por meio de leituras, aulas, eventos e pesquisa. Quanto à prática clínica, a proporção foi de 66,6% com graus elevados de contato.

## 4.2 Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem

### 4.2.1 Análise descritiva

A análise descritiva dos resultados da aplicação da EADE pelas 12 especialistas está apresentada por frequências das respostas aos itens da EADE.



Tabela 8 - Distribuição das respostas das especialistas segundo itens e alternativas de respostas. São Paulo, 2006.

Alternativas	Itens da EADE								Diagnóstico enunciado	
	Pista		Relevância		Especificidade		Coerência		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sim	418	81,0	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	336	65,1
Não	98	19,0	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	180	34,9
Alta/Moderada	n/a	n/a	342	66,3	301	58,3	323	62,5	n/a	n/a
Baixa ou Baixa/nula	n/a	n/a	76	14,7	117	22,6	95	18,4	n/a	n/a
Não tem pista	n/a	n/a	98	19,0	98	19,0	98	19,0	n/a	n/a
<b>Total</b>	516	100	516	100	516	100	516	100	516	100

Observa-se na Tabela 8 que todas as alternativas da EADE tiveram ocorrência de respostas. No total foram 516 avaliações resultantes do julgamento de 43 diagnósticos por 12 especialistas. Destaca-se que os especialistas avaliaram que 81,0% dos diagnósticos apresentavam pistas, mas somente 65,0% dos diagnósticos foram enunciados pelos mesmos.

Conforme descrito no método, foram considerados como “padrão ouro” os diagnósticos afirmados pela pesquisadora e pela orientadora do estudo. A Tabela 9 mostra como se distribuíram as respostas quanto a enunciar ou não os diagnósticos segundo o “padrão ouro”.

Tabela 9 - Distribuição das respostas quanto a enunciar o diagnóstico segundo as especialistas e “padrão-ouro”. São Paulo, 2006.

		Diagnóstico (“padrão-ouro”)				Total	
		Não		Sim		n	%
		n	%	n	%		
Diagnóstico (avaliador)	Não	98	19,0	82	15,9	180	34,8
	Sim	26	5,0	310	60,0	336	65,1
Total		124	24,0	392	75,9	516	100

De acordo com a Tabela 9, observa-se que houve 60,0% de concordância entre os especialistas para afirmar os diagnósticos e 19,0% de concordância para não afirmá-los, o que resulta em 79,0% de acordo.

As próximas 05 tabelas detalham as frequências de respostas das especialistas segundo os itens da EADE e os diagnósticos de cada caso.

Tabela 10 - Frequências das respostas das especialistas segundo os itens da EADE e os diagnósticos do Caso nº 1. São Paulo, 2006.

Diagnósticos	Há pistas?		Relevância (pista x diagnóstico)			Especificidade (pista x diagnóstico)			Coerência (pista X conjunto dos dados)			Você enunciaria este DE?	
	S	N	A/M	B	N/A	A/M	B/N	N/A	A/M	B/N	N/A	S	N
1. Dor	12	-	12	-	-	12	-	-	12	-	-	12	-
2. Nutrição desequilibrada menos ...	11	01	09	02	01	06	05	01	08	03	01	08	04
3. Deambulação prejudicada/	12	-	12	-	-	10	02	-	12	-	-	12	-
4. Risco de queda	11	01	09	02	01	10	01	01	10	01	01	11	01
5. Fadiga	12	-	11	01	-	10	02	-	11	01	-	11	01
6. Risco para integridade da pele prejudicada	10	02	09	01	02	08	02	02	07	03	02	09	03
7. Incontinência intestinal	11	01	10	01	01	10	01	01	11	01	-	11	01
8. Incontinência urinaria	12	-	11	01	-	11	01	-	12	-	-	12	-
9. Disfunção sexual	01	11	-	01	11	-	01	11	-	01	11	01	11
10. Padrão do sono perturbado	10	02	06	04	02	04	06	02	05	05	02	04	08
11. Padrão respiratório ineficaz	04	08	03	01	08	02	02	08	02	02	08	01	11

Legenda: S: Sim;  
N: Não;  
A/M: Alta / Moderada;  
B: Baixa;  
B/N: Baixa / Nula;  
N/A: Não se aplica.

A Tabela 10 evidencia que todos os itens foram aplicados a todos os diagnósticos do Caso 1 por todos os avaliadores. Dos 11 diagnósticos, apenas o diagnóstico nº 1 obteve consenso entre os avaliadores em todos os itens. Os diagnósticos nº 4, 5, 7, 8 e 9, apesar de não obterem consenso, apresentaram pequena variação entre as respostas aos itens e os diagnósticos nº 2, 6, 10 e 11 apresentaram maior variação de respostas aos itens.

Tabela 11 - Frequências das respostas das especialistas segundo os itens da EADE e os diagnósticos do Caso nº 2. São Paulo, 2006.

Diagnósticos	Há pistas?		Relevância (pista x diagnóstico)			Especificidade (pista x diagnóstico)			Coerência (pista X conjunto dos dados)			Você enunciaria este DE?	
	S	N	A/M	B	N/A	A/M	B/N	N/A	A/M	B/N	N/A	S	N
1. Nutrição desequilibrada: mais ...	10	02	10	02	-	09	01	02	09	01	02	10	02
2. Controle ineficaz do regime terapêutico	11	01	08	03	01	08	03	01	08	03	01	08	04
3. Intolerância a atividade	12	-	12	-	-	12	-	-	12	-	-	12	-
4. Risco para integridade da pele prejudicada	10	02	08	02	02	07	03	02	06	04	02	07	05
5. Risco para trauma	06	06	04	02	06	02	04	06	04	02	06	04	08
6. Déficit no auto cuidado banho/hig.	11	01	07	04	01	06	05	01	05	06	01	07	05
7. Baixa auto estima	05	07	03	02	07	01	04	07	01	04	07	02	10

Legenda: S: Sim;  
N: Não;  
A/M: Alta / Moderada;  
B: Baixa;  
B/N: Baixa / Nula;  
N/A: Não se aplica.

No Caso 2, a Tabela 11 mostra que todos os itens da EADE foram aplicados por todos os avaliadores a todos os diagnósticos. Dos 7 diagnósticos, apenas o diagnóstico nº 3 apresentou consenso entre os avaliadores em todos os itens. Os diagnósticos nº 1 e 2 apresentaram pequena variação entre as respostas e os diagnósticos nº 4, 5, 6 e 7 apresentaram maior variação de respostas, assumindo em alguns casos (diagnósticos nº 5 e 6), até 50% de divergência nas respostas a alguns itens.

Tabela 12 - Freqüências das respostas das especialistas segundo os itens da EADE e os diagnósticos do Caso nº 3. São Paulo, 2006.

Diagnósticos	Há pistas?		Relevância (pista x diagnóstico)			Especificidade (pista x diagnóstico)			Coerência (pista X conjunto dos dados)			Você enunciaria este DE?	
	S	N	A/M	B	N/A	A/M	B/N	N/A	A/M	B/N	N/A	S	N
1. Dor	12	-	12	-	-	12	-	-	12	-	-	12	-
2. Ansiedade	11	01	10	01	01	09	02	01	10	01	01	10	02
3. Constipação	12	-	11	01	-	11	01	-	11	01	-	12	-
4. Risco para queda	12	-	06	06	-	05	07	-	05	07	-	07	05
5. Fadiga	12	-	11	01	-	11	01	-	11	01	-	11	01
6. Nutrição desequilibrada: menos ...	10	02	10	02	-	09	01	02	08	02	02	09	03
7. Padrão de sono perturbado	10	02	07	03	02	07	03	02	07	03	02	06	06
8. Deambulação prejudicada	09	03	07	02	03	04	05	03	04	05	03	05	07
9. Sentimento de pesar	09	03	07	02	03	03	06	03	08	01	03	06	06

Legenda: S: Sim;  
N: Não;  
A/M: Alta / Moderada;  
B: Baixa;  
B/N: Baixa / Nula;  
N/A: Não se aplica.

No Caso 3 ocorreram freqüências de respostas semelhantes aos Casos 1 e 2. Destacam-se os diagnósticos nº 2, 3 e 5 que apresentaram pequena variação entre as respostas aos itens. Já os diagnósticos nº 4, 6, 7, 8 e 9 apresentaram maior variação de respostas, chegando a até 50% de divergência.

Tabela 13 - Freqüências das respostas das especialistas segundo os itens da EADE e os diagnósticos do Caso nº 4. São Paulo, 2006.

Diagnósticos	Há pistas?		Relevância (pista x diagnóstico)			Especificidade (pista x diagnóstico)			Coerência (pista X conjunto dos dados)			Você enunciaria este DE?	
	S	N	A/M	B	N/A	A/M	B/N	N/A	A/M	B/N	N/A	S	N
1. Dor	11	01	11	01	-	11	01	-	11	01	-	11	01
2. Intolerância a atividade	12	-	11	01	-	09	03	-	11	01	-	11	01
3. Nutrição desequilibrada: mais ...	10	02	09	01	02	08	02	02	07	03	02	09	03
4. Padrão respiratório ineficaz	12	-	10	02	-	08	04	-	10	02	-	08	04
5. Trocas gasosas ineficazes	05	07	04	02	07	02	03	07	02	03	07	03	09
6. Isolamento social	05	07	01	04	07	01	04	07	01	04	07	01	11

Legenda: S: Sim;  
N: Não;  
A/M: Alta / Moderada;  
B: Baixa;  
B/N: Baixa / Nula;  
N/A: Não se aplica.

No Caso 4 não houve consenso em todos os itens para qualquer dos 6 diagnósticos, havendo, assim como nos casos anteriores, diferentes variações de freqüências de respostas entre os diagnósticos.

Tabela 14 Freqüências das respostas das especialistas segundo os itens da EADE e os diagnósticos do Caso nº 5. São Paulo, 2006.

Diagnósticos	Há pistas?		Relevância (pista x diagnóstico)			Especificidade (pista x diagnóstico)			Coerência (pista X conjunto dos dados)			Você enunciaria este DE?	
	S	N	A/M	B	N/A	A/M	B/N	N/A	A/M	B/N	N/A	S	N
1. Dor	12	-	09	03	-	05	07	-	07	05	-	10	02
2. Nutrição desequilibrada: mais ...	10	02	02	08	02	03	07	02	02	08	02	05	07
3. Risco para queda	11	01	10	01	01	09	02	01	10	01	01	10	02
4. Integridade da pele prejudicada	12	-	12	-	-	11	01	-	12	-	-	12	-
5. Déficit para auto cuidado para alimentação	11	01	10	01	01	09	02	01	10	01	01	10	02
6. Déficit para auto cuidado para banho/higiene	12	-	09	03	-	08	04	-	09	03	-	10	02
7. Déficit para auto cuidado para vestir-se	11	01	10	01	01	09	02	01	10	01	01	10	02
8. Risco para controle ineficaz do regime terapêutico	08	04	04	04	04	04	04	04	05	03	04	03	09
9. Padrão do sono perturbado	01	11	-	01	11	-	01	11	-	01	11	-	12
10. Memória prejudicada	07	05	06	01	05	02	05	05	04	03	05	04	08

Legenda: S: Sim;  
N: Não;  
A/M: Alta / Moderada;  
B: Baixa;  
B/N: Baixa / Nula;  
N/A: Não se aplica.

As freqüências de respostas aos diagnósticos do Caso 5 assemelham-se às do Caso 4, pois também não houve diagnóstico em que as respostas aos itens tenham sido de consenso entre os avaliadores.

As respostas das avaliadoras relacionam cada diagnóstico a cada item da EADE. Até aqui, foram apresentadas as frequências de respostas aos itens para os diagnósticos segundo os casos, sem considerar as possíveis combinações das respostas aos itens da EADE.

A Tabela 15 mostra as 17 possibilidades de combinações entre as respostas aos itens da EADE e a Tabela 16 mostra a frequência com que essas combinações ocorreram entre as respostas das avaliadoras.

Tabela 15 - Possibilidades de combinações de respostas aos itens da EADE.  
São Paulo, 2006.

Combinações	Manutenção do diagnóstico	Relevância	Especificidade	Coerência
01	S	A	A	A
02	S	A	A	B
03	S	A	B	A
04	S	B	A	A
05	S	A	B	B
06	S	B	B	A
07	S	B	B	B
08	S	B	A	B
09	N	A	A	A
10	N	A	A	B
11	N	A	B	A
12	N	B	A	A
13	N	A	B	B
14	N	B	B	A
15	N	B	B	B
16	N	B	A	B
17	N		Não tem pista	

Legenda: S: Sim;  
N: Não;  
A: Alta / Moderada  
B: Baixa ou Baixa / Nula



A Tabela 15 mostra que as combinações de respostas aos itens refletem 17 possibilidades de conjunto de respostas. Das 17 possibilidades de combinação, 8 são relacionadas com a “manutenção” do diagnóstico após a avaliação dos itens e 09 são relacionadas com a “não manutenção” do diagnóstico.

As combinações que pareciam de ocorrência pouco provável eram as de nº 7 e 9. A combinação nº 7 reflete a situação em que, mesmo diante de pistas de baixa relevância, baixa especificidade e baixa coerência o diagnóstico seria enunciado. Na combinação nº 9, mesmo havendo pista altamente relevante, altamente específica e altamente coerente, o diagnóstico não seria enunciado. A Tabela 16 mostra a frequência com que ocorreram essas combinações.

Tabela 16 - Frequência de comportamentos das respostas dos especialistas segundo os itens da EADE. São Paulo, 2006.

<b>Comportamentos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1	286	55,4
2	3	0,6
3	19	3,7
4	1	0,2
5	12	2,3
6	2	0,4
7	14	2,7
8	-	-
9	5	1,0
10	4	0,8
11	5	1,0
12	-	-
13	8	1,5
14	3	0,6
15	54	10,4
16	2	0,4
17	98	19,0
<b>Total</b>	<b>516</b>	<b>100</b>

No total, a EADE foi aplicada 516 vezes (12 avaliadoras x 43 diagnósticos). Quanto às combinações de respostas aos itens, observa-se na Tabela 16 que das 17 combinações, 2 não ocorreram (combinações nº 8 e nº 12). As outras 15 combinações ocorreram pelo menos uma vez. As maiores frequências foram das combinações nº 1 (55,4%), nº 17 (19,0%) e nº 15 (10,4%), conforme esperado.

#### 4.2.2 Validade

Conforme descrito no método, aplicou-se o método de regressão logística multivariada para estimar a validade da EADE. Para essa finalidade testou-se a hipótese de que os itens do instrumento (presença de pistas, relevância, especificidade e coerência) predizem diagnósticos acurados.

A variável dependente foi o “acerto” do diagnóstico. O “acerto” de um diagnóstico foi atribuído aos casos em que a resposta da especialista coincidiu com o “padrão-ouro”. As variáveis independentes foram os itens da EADE quanto às pistas – presença, relevância, especificidade e coerência.

Os valores da *Odds Ratio* (*OR*), do intervalo de confiança (*IC*) e da significância (*p*) das variáveis presença de pista, relevância, especificidade e coerência foram estimados por meio da regressão logística univariada (cada item separadamente) e multivariada (todos os itens juntos). A Tabela 17 mostra os resultados.

Tabela 17 - Valores resultantes da regressão logística univariada e multivariada.

Variáveis	Regressão Univariada			Regressão Multivariada		
	OR	IC(95%)	p	OR	IC(95%)	p
Pista	2,99	2,79—3,22	0,000	1,95	1,78—2,14	0,000
Relevância	9,83	9,04—10,68	0,000	1,73	1,52—1,98	0,000
Especificidade	8,95	8,26—9,70	0,000	2,41	2,11—2,76	0,000
Coerência	6,04	2,74—7,78	0,000	3,92	3,40—4,53	0,000

A Tabela 17 mostra que, tanto na análise univariada quanto na multivariada, todos os itens da EADE apresentaram valores de *Odds Ratio* estatisticamente significantes ( $p \leq 0,05$ ), o que permite rejeitar a hipótese de nulidade ( $H_0$ ) de que os itens da EADE não predizem a acurácia do diagnóstico.

### 4.2.3 Confiabilidade

A confiabilidade da EADE foi testada por meio de dois testes estatísticos. Um dos testes realizados avalia a consistência interna do instrumento por meio do coeficiente de confiabilidade de *Kuder-Richardson*. A Tabela 18 mostra os valores obtidos pelo conjunto dos itens da EADE estimados por meio do coeficiente de confiabilidade de *Kuder-Richardson*.

Tabela 18 - Coeficiente de confiabilidade de *Kuder-Richardson* estimado pelo conjunto dos itens da EADE. São Paulo, 2006.

Estimativa de confiabilidade KR# 20	Média	Variância
0,92	2,68	2,76

O coeficiente de confiabilidade de *Kuder-Richardson* avalia a confiabilidade de variáveis dicotômicas, assumindo valores que variam de 0 a 1. Após as análises estatísticas, a confiabilidade da EADE foi testada e estimada em 0,92, o que permite dizer que o instrumento elaborado teve alta confiabilidade.

Os valores de confiabilidade, média e variância, estimados para cada item da EADE (*stepwise*) estão dispostos na Tabela 19.

Tabela 19 - Coeficiente de confiabilidade de *Kuder-Richardson* estimado para cada item da EADE. São Paulo, 2006.

Item	Média	Variância	Correlação <i>Point Bi-serial</i>
Relevância	0,66	0,22	0,94
Coerência	0,62	0,23	0,94
Especificidade	0,58	0,24	0,91
Pista	0,81	0,15	0,78

A correlação ponto-bisserial é a correlação de *Pearson* utilizada quando uma das variáveis (item) é dicotômica, coisa que ocorre com testes de aptidão onde a resposta é certo ou errado (PASQUALI, 2003). É a correlação entre o

escore total e o escore no item. No caso deste estudo, foi atribuído o valor 1 para “presença de pista”, “relevância alta”, “especificidade alta” e para “coerência alta”. E o escore total foi a soma dos valores atribuídos aos itens (0 a 4).

A outra estimativa de confiabilidade utilizada no estudo foi obtida pelo coeficiente de *Hoyt* que avalia a concordância entre avaliadores. A confiabilidade da EADE testada pelo coeficiente de *Hoyt* foi estimada em 0,92, sendo mais um dado que permite dizer que a EADE é confiável.

#### 4.2.4 Sensibilidade e Especificidade

A EADE foi analisada quanto a sensibilidade e especificidade por meio da curva *ROC* (*Receiver-operating Characteristic*). Esse método estima a sensibilidade e a especificidade do que está sendo avaliado (nesse caso, os itens da EADE) pelo tamanho da área contida abaixo da curva. A sensibilidade indica o quanto o instrumento é capaz de identificar um diagnóstico acurado entre um conjunto de diagnósticos e a especificidade indica o quanto o instrumento é capaz de não afirmar um diagnóstico acurado quando ele não o é (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996).

A Figura 1 mostra a curva *ROC* gerada por meio de análise estatística multivariada.

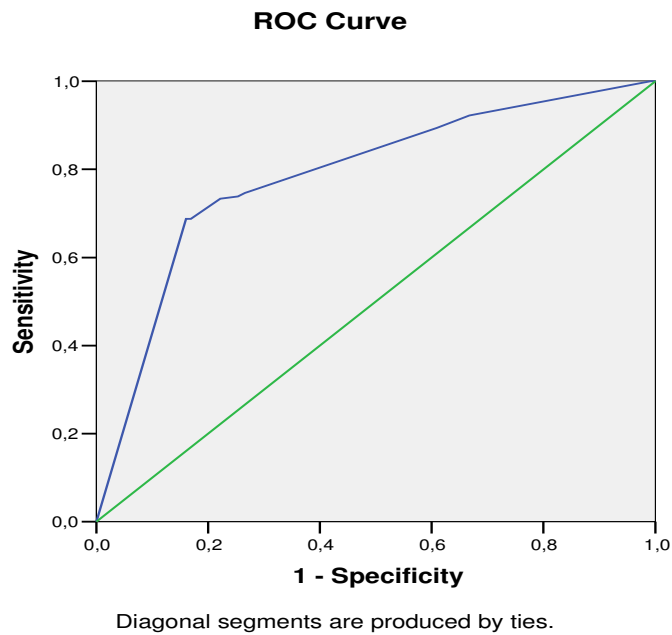


Figura 1 - Curva *ROC* da análise estatística multivariada. São Paulo, 2006.

A área sob a curva *ROC* (que varia de 0 a 1) apresentou uma estimativa de 0,79, significância ( $p$ ) de 0,000 e intervalo de confiança (*IC* 95%) de 0,78 — 0,79, o que confere sensibilidade e especificidade à EADE.

A Figura 2 mostra a curva *ROC* de cada item da EADE, gerada por meio de análises estatísticas univariadas.

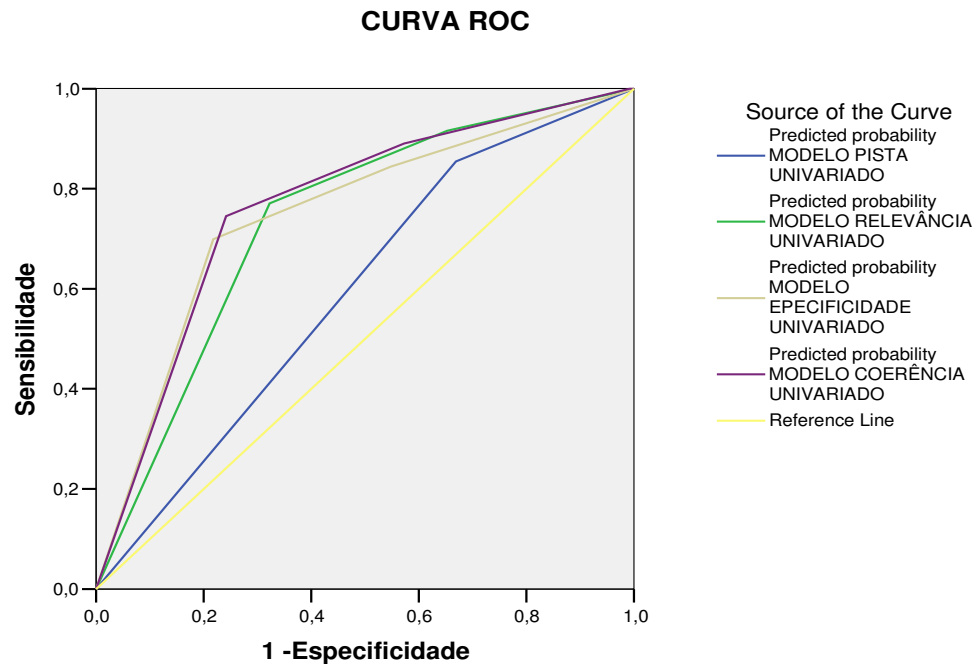


Figura 2 - Curva *ROC* das análises estatísticas univariadas. São Paulo, 2006.

A área sob a curva *ROC* relativa ao item “pista” apresentou uma estimativa de 0,59, significância ( $p$ ) de 0,002 e intervalo de confiança (*IC* 95%) de 0,53 — 0,65. O item “relevância” apresentou uma estimativa de 0,73, significância ( $p$ ) de 0,000 e intervalo de confiança (*IC* 95%) de 0,68 — 0,79. Com relação ao item “especificidade”, o mesmo apresentou uma estimativa de 0,75, significância ( $p$ ) de 0,000 e intervalo de confiança (*IC* 95%) de 0,69 — 0,79. Com relação ao item “coerência”, a curva *ROC* apresentou uma estimativa de 0,76, significância ( $p$ ) de 0,000 e intervalo de confiança (*IC* 95%) de 0,71 — 0,81.

Estes valores indicam boa sensibilidade e especificidade da EADE.

Observa-se na Figura 2 que o desempenho do item “coerência” foi bastante semelhante ao do item “especificidade” e “relevância”. O pior desempenho

foi o do item “pista”. Esta estimativa permite a interpretação de que o item “presença de pista”, quando analisado isoladamente, não é muito sensível e específico para a predição de um diagnóstico acurado, coincidindo com a estimativa da *Odds Ratio* obtida por meio da regressão logística univariada.



## 5 DISCUSSÃO

Os dados de caracterização (observados nas tabelas 5, 6 e 7) mostram que as especialistas tinham em média 43,8 anos de idade (desvio padrão de 9,7 anos) e 21,8 anos de formada (desvio padrão de 9,5 anos). Eram na sua maioria doutoras em enfermagem (83,3%), atuavam predominantemente na área de saúde do adulto (91,7%) e estavam envolvidas com o ensino e/ou pesquisa (75,0 %). A maioria possuía graus de contato elevados com diagnóstico de enfermagem, fazia uso de classificações na prática clínica (91,6%) e avaliaram a própria habilidade em formular diagnósticos como acima de 70% acurada (83,2%).

Conforme descrito no método, foi considerado como “padrão ouro” os diagnósticos afirmados pela pesquisadora e pela orientadora do estudo. A Tabela 9 mostra que os especialistas tiveram 79,0% de concordância com o “padrão-ouro”. No entanto, apesar dos indicativos de que as participantes possuíam habilidades diagnósticas especializadas, a ausência de recursos definitivos para aferir tais habilidades é uma limitação que exige que o instrumento construído seja submetido a outros testes futuros.

Os resultados apresentados nas Tabelas 10, 11, 12, 13, e 14 mostram que os itens da EADE – pista, relevância, especificidade e coerência – permitiram variabilidade de respostas. Isto é, houve frequência de respostas para as duas alternativas apresentadas para cada item. É importante lembrar que a última coluna da EADE (você enunciaria o DE?) não consiste em um “item”, no sentido de

que o mesmo não deve ser computado para a estimativa da acurácia do diagnóstico. Conforme descrito no método, esse item foi incluído para auxiliar as especialistas nas respostas aos itens de relevância, especificidade e coerência e também para permitir os procedimentos do pólo analítico (regressão logística). As frequências de respostas à pergunta se a especialista enunciaria o diagnóstico mostram que as decisões não foram unânimes.

Esse resultado confirma que, mesmo especialistas, diante de um mesmo conjunto de dados, chegam a conclusões diagnósticas diferentes. Essa situação não é exclusiva do diagnóstico de enfermagem, pois é identificada também em outras áreas clínicas.

A discordância entre clínicos ao fazer diagnósticos médicos também é um problema sério e disseminado (SHOUKRI, 2004). Na radiologia, por exemplo, a variação entre observadores é um tema há muito discutido e, segundo Davies apud Shoukri (2004), a interpretação de um eletrocardiograma também sofre variações e é tão complicada quanto a interpretação de uma radiografia. A psiquiatria é uma das áreas em que a questão da acurácia dos diagnósticos tem sido discutida. De acordo com Garb (1998), a complexidade cognitiva pode explicar em parte porque alguns clínicos fazem julgamentos diferentes de outros.

As enfermeiras identificam problemas de saúde fazendo julgamentos baseados nas observações das condições clínicas do paciente (HAMMOND, 1966; KELLY, 1964). Para tanto, a enfermeira utiliza estratégias mentais para identificar os problemas de saúde e determinar os diagnósticos de enfermagem (GORDON, 1980). Em corroboração, Hammond *et al.* (1966b) ressaltam que diferentes enfermeiras usam diferentes estratégias para chegar a

diferentes inferências, assim como diferentes estratégias podem ser usadas para identificar os mesmos diagnósticos (DOMINOWSKI apud CIANFRANI, 1984).

Para Hammond (1966) e Kelly (1964), a incerteza do relacionamento entre as pistas e o problema de saúde apresentado pelo paciente contribui para a dificuldade e complexidade da tarefa diagnóstica, visto que uma pista pode estar presente em um determinado paciente, mas pode não estar em outro com o mesmo diagnóstico.

Para alcançar a acurácia do diagnóstico de enfermagem, a enfermeira precisa ter conhecimento teórico sobre as características dos diagnósticos e habilidades para combinar métodos analíticos e intuitivos de julgamento clínico (ASPINALL, 1979). Segundo a autora, um fator que pode causar a baixa acurácia de um diagnóstico de enfermagem é a limitação do processo de tomada de decisão. Uma das causas para o inadequado julgamento é que geralmente poucas alternativas são consideradas. A autora cita inúmeros estudos que relatam exemplos de erros diagnósticos porque todas as possibilidades diagnósticas não foram testadas.

As várias combinações de respostas da EADE obtidas no pólo empírico com a aplicação do instrumento refletem esta variação de julgamento clínico (Tabela 16).

As possibilidades de combinações de respostas da EADE consideraram a pergunta quanto a enunciar ou não o diagnóstico, como variável “desfecho” para determinar as possibilidades de combinações de respostas.

Assume-se que após a avaliação de todos os itens, a especialista tenha analisado a pertinência quanto à “enunciar ou não” o diagnóstico em questão.

Esse desfecho depende do julgamento de cada especialista, visto que mesmo havendo pistas com alguma relevância, especificidade e coerência para um determinado diagnóstico, o mesmo poderia: 1) não ser prioritário para a situação do paciente; 2) não direcionar intervenções adequadas; ou 3) ser substituído por algum outro diagnóstico entre os listados, pois poderia explicar melhor a resposta do paciente. Essas possibilidades estavam previstas nas orientações para a aplicação da EADE.

Como mostra a Tabela 16, foram obtidas 17 combinações de resposta, sendo a combinação nº 1 (55,4%) a mais freqüente. O mesmo reflete as situações em que as avaliadoras enunciariam o diagnóstico na presença de pista altamente relevante, altamente específica e altamente coerente. Essa combinação poderia ser vista como a situação ideal para um diagnóstico altamente acurado. No entanto, houve 5 (1,0%) ocorrências em que as especialistas julgaram haver pista altamente relevante, altamente específica e altamente coerente, mas, mesmo assim não enunciariam o diagnóstico (combinação 9). Apesar de a freqüência dessa combinação ter sido baixa, ela não pode ser desprezada, pois atesta a possibilidade de sua ocorrência e justifica a inclusão da última pergunta junto aos itens da EADE.

A enfermeira é capaz de identificar uma grande variedade de possíveis fatores causais de um determinado diagnóstico e também é capaz de descartar diagnósticos irrelevantes e focar para os que parecem ser pertinentes com a condição clínica do paciente ou que não podem ser excluídos (ASPINALL, 1979).

Com relação à validade da EADE, foi aplicado o teste de regressão logística multivariada e univariada (*Odds Ratio*), para testar a hipótese de que os itens do instrumento (pistas, relevância, especificidade e coerência) predizem

diagnósticos acurados. Para tanto foi estabelecido que a variável dependente seria o “acerto” do diagnóstico, sendo assim determinado se a resposta da especialista coincidissem com o “padrão-ouro”. Ainda nessa lógica, os itens da EADE (pista, relevância, especificidade e coerência) foram considerados como sendo as variáveis independentes.

Como observado na Tabela 17, os intervalos de confiança obtidos para os valores estimados de *Odds Ratio* nas duas análises (multivariada e univariada) foram pequenos. O intervalo de confiança indica a faixa dentro da qual poderiam ocorrer os verdadeiros valores de *Odds Ratio* e quanto menor o intervalo de confiança do valor estimado, maior é a possibilidade de este valor ser verdadeiro (MUNRO, 2000).

Todas as estimativas de *Odds Ratio*, na análise univariada e na multivariada, foram estatisticamente significantes frente ao alfa estabelecido ( $\leq 0,05$ ), o que permite rejeitar a hipótese de nulidade de que os itens da EADE não predizem a acurácia do diagnóstico (Tabela 17) e atesta a validade da EADE.

Durante os procedimentos de construção e validação de conteúdo dos itens que compoariam a EADE, desenvolvidos nos pólos teórico e empírico da pesquisa, várias discussões foram feitas na tentativa obter consenso sobre a “representatividade” de cada item da escala para quantificar o grau de acurácia do diagnóstico de enfermagem avaliado, ou seja, buscávamos embasamento teórico e prático para atribuir valores à cada item, para que o mesmo pudesse expressar de forma numérica sua “força” para predizer o diagnóstico.

Embasadas na definição de Lunney (1990) de que a relevância da pista é fundamental para confirmar ou negar um determinado diagnóstico de enfermagem, e que diante da má interpretação de uma pista relevante, o diagnóstico enunciado não expressaria a real condição do paciente; e com base nos dos achados de Cianfrani (1984) de que a existência de poucas pistas e a presença de pistas muito relevantes diminuem a chance de erros diagnósticos, defendíamos ao longo das discussões, que o item “relevância” era o mais importante para predizer a acurácia do diagnóstico enunciado, porque não basta haver pista para o diagnóstico em questão, é necessário que essa pista seja importante (relevante) para enunciá-lo. Seguindo esse raciocínio, acreditávamos que o item “especificidade” assumiria o segundo maior escore da escala. É comum o compartilhamento de pistas entre diagnósticos de enfermagem (LUNNEY, 1990; CRUZ, 2004) e uma pista específica para um dado diagnóstico seria fundamental para afirmar um diagnóstico acurado.

Um valor menor havia sido atribuído para o item “coerência”, visto que esse item não analisa a pista frente ao diagnóstico propriamente dito, mas frente ao conjunto de dados em que a mesma está inserida. Esse item avalia a coerência entre pistas e o conjunto de dados disponíveis para enunciar ou não o diagnóstico avaliado.

De acordo com os dados da análise de regressão logística (*Odds Ratio*) dispostos na Tabela 17, a variável “relevância” obteve maior “força” para predizer o diagnóstico na análise univariada, e na análise multivariada a variável “coerência” passou a ter o maior poder preditivo para o “acerto” do diagnóstico, o que não era esperado.

Os dados obtidos por meio da análise multivariada oferecem apoio para repensarmos os “pesos” previamente determinados para dos itens da EADE. Os valores da *Odds Ratio* serão utilizados futuramente para atribuir pesos aos itens da EADE, com a perspectiva de refiná-la. A idéia é atribuir escores diferenciados às respostas aos itens, de forma que a EADE possa gerar escores finais ordinais, dentro de uma faixa de variação que expresse o caráter de continuidade da variável.

A definição conceitual de acurácia diagnóstica assumida no estudo é baseada no pressuposto de que em uma situação clínica, além dos diagnósticos que são altamente acurados, há uma ampla variedade de diagnósticos possíveis que também podem ser identificados com base no mesmo conjunto de dados, o que confere à acurácia um caráter contínuo e não dicotômico (LUNNEY, 1990).

Seguindo o pressuposto de continuidade (diferentes graus de acurácia do diagnóstico), a primeira versão dos itens do instrumento contemplava 03 níveis de resposta. No entanto, durante os procedimentos de validação de conteúdo dos itens da EADE pelas juízas do estudo (análise dos itens quanto à pertinência, clareza e aplicabilidade), por consenso, julgou-se que seria melhor alterar os graus de variação dos itens deixando-os dicotômicos, uma vez que o desenvolvimento atual da classificação dos diagnósticos ainda não dá suporte para o julgamento dos três graus de variação.

Na presente fase de construção da EADE, a mesma esta composta por itens dicotômicos. Em estudo que dará continuidade ao seu desenvolvimento, serão aplicados valores diferenciados às respostas aos itens e será testado o comportamento da EADE na produção de escores totais obtidos das somas desses

escores em termos ordinais, buscando-se representar a característica de “continuidade” requerida pela definição adotada.

Para testar a confiabilidade da EADE, foram realizadas duas estimativas, o coeficiente de *Kuder-Richardson* e o coeficiente de *Hoyt*.

O coeficiente de *Kuder-Richardson* avalia a confiabilidade de variáveis dicotômicas, assumindo valores que variam de 0 a 1. Após as análises estatísticas, a confiabilidade da EADE foi testada e estimada em 0,92, o que indica alta confiabilidade (Tabela 18).

Pelo teste do coeficiente de *Hoyt*, que avalia a concordância intra-classe, a confiabilidade foi coincidentemente estimada em 0,92, o que também indica alta confiabilidade da EADE.

A capacidade da EADE medir o que realmente se propõe a medir também foi testada por meio da curva *ROC (Receiver-operating Characteristic)* (FLETCHER, FLETCHER, WAGNER, 1996). Este teste estimou a sensibilidade e a especificidade da EADE pelo tamanho da área contida abaixo da curva, que resultou em 0,79, significância (*p*) de 0,000 e intervalo de confiança (*IC 95%*) de 0,78 — 0,79 (Figura 1).

A presente pesquisa mostra grandes avanços em relação ao seu estudo precursor (CRUZ *et al.*, 2004). No estudo inicial, a versão traduzida da Escala de Acurácia de Diagnóstico de Lunney - *LSM* (LUNNEY, 1990) não mostrou estimativas aceitáveis de confiabilidade, o que contra-indicou a sua utilização para dados escritos. O instrumento original (*LSM*) obteve estimativas adequadas de confiabilidade porque foi desenvolvido para ser utilizado em situações reais e pelo



próprio diagnosticador. Já o estudo de Cruz *et al.* (2004) não obteve confiabilidade porque utilizou o mesmo instrumento (*LSM*) em casos escritos e por pessoas diferentes das que enunciaram o diagnóstico.

Os resultados do estudo de Cruz *et al.* (2004) serviram de estímulo para o desenvolvimento do atual. No entanto, a EADE precisa ser refinada para expressar todo o seu potencial. Conforme mencionado, próximo estudo tratará de refinar o sistema de pontuação dos itens e de pontuação total da EADE.

Das limitações deste estudo, destacam-se a fragilidade do “padrão-ouro” estabelecido e possíveis limites nas aplicações dos testes estatísticos utilizados. Quanto ao “padrão-ouro” foi decisão diante da inexistência de alternativa melhor. Quanto às aplicações dos testes estatísticos, as limitações podem existir porque não se localizou na literatura relato de desenvolvimento de testes similares à EADE em que este estudo pudesse se guiar ou que pudesse antecipar possíveis vieses a serem evitados.

Apesar das limitações, o estudo atendeu os objetivos propostos e atingiu os resultados esperados.

Na fase de desenvolvimento em que chegou neste estudo, a EADE é um instrumento com 4 itens, cada um com nível dicotômico de mensuração (1 ou 0). Os resultados da regressão logística indicam que os valores obtidos em cada item podem ser somados e, nesse caso, gerariam um escore final de 0 a 4 (escores mais altos indicarão diagnósticos mais acurados). No entanto, o uso da EADE dessa forma deve ser feito com cautela, visto que essas possíveis variações de escore final não foram objeto de estudo da presente pesquisa.

## CONCLUSÕES

O estudo permitiu desenvolver um instrumento válido e confiável para avaliar a acurácia de diagnósticos de enfermagem a partir de dados escritos.

O instrumento elaborado foi denominado de Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem – EADE, composta por 4 itens:

1. Presença de pistas: manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios, sinais, indicações ou características de um diagnóstico de enfermagem. Item graduado em “sim” ou “não”.
2. Relevância da pista: propriedade de uma pista de ser importante como indicador de um diagnóstico de enfermagem. Item graduado em “Alta/Moderada” ou “Baixa”.
3. Especificidade da pista: propriedade de uma pista de ser própria e distintiva de um diagnóstico de enfermagem. Item graduado em “Alta/Moderada” ou “Baixa/Nula”.
4. Coerência da pista: propriedade de uma pista de ser consistente com o conjunto das informações disponíveis. Item graduado em “Alta/Moderada” ou “Baixa/Nula”.

Como indicativo de validade da EADE, as análises estatísticas decorrentes da regressão multivariada mostram que os 4 itens do instrumento foram importantes para predizer diagnósticos de enfermagem acurados: Pista (*OR* 1,95 / *IC*95% [1,78 — 2,14],  $p = 0,000$ ); Relevância (*OR* 1,73 / *IC*95% [1,52 — 1,98],  $p = 0,000$ ); Especificidade (*OR* 2,41 / *IC*95% [2,11 — 2,76],  $p = 0,000$ ); Coerência (*OR* 3,92 / *IC* 95% [3,40 — 4,53],  $p = 0,000$ ).

A EADE obteve coeficiente de *Kuder-Richardson* de 0,92 e de *Hoyt* de 0,92, indicando alta confiabilidade.

A EADE mostrou boa sensibilidade e especificidade: área sob a curva *ROC* = 0,79,  $p = 0,000$  e *IC* 95% [0,78 — 0,79].

No entanto, a EADE deve ser vista como um instrumento com potencial para refinamento.

Diante de itens válidos e confiáveis que predizem diagnósticos de enfermagem, esperamos, num futuro próximo, poder refiná-la e atribuir-lhe valores para mensurar, em escala pelo menos ordinal, a acurácia dos diagnósticos de enfermagem enunciados a partir de dados escritos.

Acreditamos poder ter contribuído para o desenvolvimento de pesquisas sobre a acurácia dos diagnósticos de enfermagem, visto que há inúmeros estudos sobre acurácia relacionada principalmente à “interpretações médicas”, mas poucos estudos e poucos pesquisadores voltados para a “acurácia de diagnósticos de enfermagem”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aspinal MJ. Use of a decision tree to improve accuracy of diagnosis. *Nursing Research* 1979; 28(3).
2. Carlson-Catalano J. Método pedagógico para o desenvolvimento da habilidade diagnóstica. In: Lunney M. *Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análises*. Trad. de Rômulo Marques. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 70-95.
3. Carpenito LJ. *Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica*. Trad. de Ana Thorell. 8ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
4. Cianfrani KL. The influence of amounts and relevance of data on identifying health problems. In: *Proceedings of the Fifth National Conference. Classification of Nursing Diagnoses*; 1984 p.150-161; Toronto: Mosby Company; 1984. p.625.
5. Cummings SR, Hulley SB, Stewart AL. Elaboração de questionário e instrumento de coleta de dados. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman T.B. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Trad. de Michael Schmidt Duncan e Ana Rita Peres. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.265-81.
6. Cruz DALM. *Diagnósticos de enfermagem e padrões funcionais de saúde alterados em pacientes internados por cardiopatia chagástica crônica*. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 1989. 97p.
7. Cruz DALM, Perez RCFG. Accuracy of nursing diagnosis: interrater agreement. In: *Proceedings of the Conference NNN*. Philadelphia: NNN; 2002. 14(4): 47-47.

8. Cruz DALM, Fontes CMB, Braga CG, Volpato MP, Azevedo SL. Lunney scoring method for rating accuracy of nursing diagnoses: adaptação e validação para a língua portuguesa. *Rev. Esc Enferm USP*. No prelo 2004.
9. Cruz DALM, Fontes CMB, Volpato MP, Lopes SA, Guedes ES. Lunney scoring method applied to written nursing assessment data. In: NANDA, NIC, NOC - 2004, 2004, Chicago. *Book of Abstracts*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association; 2004. p. 29-29.
10. Cruz DALM, Pimenta CAM. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(3): 415-22.
11. Farias JN, Nóbrega MML, Pérez VLAB, Coler MS. Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Marta; 1990. 160 p.
12. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Diagnóstico. In: *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 3ª ed. Artes Médicas: Porto Alegre; 1996. p. 52-83.
13. Garb HN. *Studying the clinician: judgment research and psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological association; 1998.
14. Gordon M. Predictive strategies in diagnosis tasks. *Nursing Research*. 1980; 29(1): 39-45.
15. Gordon M. *Nursing diagnosis: process application*. 2ª ed. New York: McGraw Hill; 1987.
16. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate data analysis*. 5ª ed. New Jersey: Prentice Hall; 1998.
17. Hammond KR. Clinical inference in nursing. *Nursing Research* 1966; 15(1): 27-38.

18. Hammond KR, Castellan J, Vancini M, Kelly KJ, Schneider RJ. Clinical inference in nursing: use of information-seeking strategies by nurses. *Nursing Research* 1966; 15(4): 330-336.
19. Horta WA. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.
20. Hulley SB, Martin JN, Cummings SR. Planejando as medições: precisão e acurácia. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman T.B. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Trad. de Michael Schmidt Duncan e Ana Rita Peres. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.55-68.
21. Jesus CAC. Evolução histórica do diagnóstico de enfermagem e sua aplicabilidade no planejamento da assistência. *Rev de Saúde do Distrito Federal* 1995; 6 (1)(2): 37-40.
22. Knapp T. Focus on psychometrics coefficient alpha: conceptualizations and anomalies. *Nursing Research & Health* 1991; 14: 457-480.
23. Kelly KJ. Na approach to the study of clinical inference in nursing. Part I. Introduction to the study of clinical inference in nursing. *Nursing Research* 1964; 13(4): 314-315.
24. Lunney M. Self-monitoring of accuracy using an integrated model of the diagnostic process. *J Adv Med Surg Nurs* 1989; 1(3): 43-52.
25. Lunney M. Accuracy of nursing diagnosis: Concept development. *Nursing Diagnosis*. 1990; 1:12-17.
26. Lunney M. Divergent productive thinking factors and accuracy of nursing diagnoses. *Research in Nursing and Health*. 1992; 15:303-11.
27. Lunney M, Paradiso C. Accuracy of interpreting human responses. *Nursing Management*. 1995; 26(10):48H-48K.

28. Lunney M, Karlik B, Kiss M, Murphy P. Accuracy of nurses' diagnoses of psychosocial responses. *Nursing Diagnosis*. 1997; 8:157-166.
29. Lunney M. Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análises. Trad. de Marques, Rômulo. Porto Alegre: Artmed; 2004. A Precisão no Diagnóstico das Respostas Humanas: a necessidade do pensamento crítico; p. 39-51.
30. Munro BH. *Statistical Methods for health care research*. 4ª ed. Massachusetts: Lippincott; 2000.
31. Newman TB, Browner WS, Cummings SR. Delineando Estudos de Testes Médicos. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman T.B. *Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica*. Trad. de Michael Schmidt Duncan e Ana Rita Peres. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.203-23.
32. North American Nursing Diagnosis Association International. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações – 2005/2006*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2006.
33. Nunnally JC, Bernstein I. H. *Psychometric theory*. 3ª ed. New York: McGraw Hill; 1994.
34. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev. Psiq. Clin* [periódico online] 1998; 25 (5) Edição Especial: 206-213. Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/conc255b.htm> > (05 jan. 2005).
35. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. 2ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003. 397p.
36. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2004. 487p.

37. OS4 [computer program]. Version 1, Revision 6 for Windows. Iowa State University.
38. Shoukri M M. Measures of interobserver agreement. Boca Raton, Florida: Chapman e Hall/CRC; 2004.
39. SPSS - Statistical Package for the Social Sciences [computer program]. Version 13.0 for Windows.
40. Souza MSA. Diagnóstico de enfermagem em clientes vivenciando estressores pré-cirúrgicos. [dissertação]. Salvador(BA): Escola de Enfermagem de Salvador, Universidade Federal da Bahia. 1997. 145p.
41. SUDAAN [computer program]. Version 7.5.3 for Windows. Research Triangle Institute; 1997.
42. Volpato MP. Diagnóstico de enfermagem em clientes internadas em unidade médico-cirúrgica. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2001. 120p.
43. Walter SD, Eliasziw M, Donner A. Sample size and optimal designs for reability studies. *Statistic in Medicine* 1998; 17: 101-110.
44. Wasserbauer LI, Abraham IL. Quantitative designs. In: Talbot LA. *Principles and practice of nursing research*. St. Louis: Mosby; 1995. p.217-39.
45. Yin R K. *Estudo de Caso: planejamento e métodos* Trad. de Daniel Grassi. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005. *Projetando estudo de caso*; p. 39-79.



## ANEXOS

### ANEXO 1 Parte 1

#### CONJUNTO DE MATERIAIS PARA JUÍZAS DO ESTUDO VALIDAÇÃO APARENTE DOS ITENS DO INSTRUMENTO

Para: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006

Estamos desenvolvendo um instrumento para avaliação da acurácia de diagnósticos de enfermagem a partir de dados escritos, como projeto para obtenção do título de mestre junto a Escola de Enfermagem da USP. Parte desse estudo trata da validação aparente dos itens a compor o referido instrumento. Gostaríamos de contar com sua valiosa colaboração nessa etapa. A validação aparente tem forte componente conceitual e por isso requer especialistas que reconhecidamente têm se preocupado com a questão da acurácia dos diagnósticos de enfermagem. Conhecendo os seus trabalhos na área, sabemos que você poderia nos prestar grande contribuição. Vimos, portanto, pedir sua participação como avaliadora nos trabalhos de validação aparente dos itens que comporão o instrumento.

As atividades requeridas consistem na emissão de parecer quanto a pertinência, clareza e aplicabilidade e indicação de sugestões de itens e de modificações que considerarem pertinentes.

Os trabalhos dos avaliadores, nessa etapa, serão primeiramente individuais, solicitando-se respostas registradas em formulário próprio. As respostas serão agrupadas, sintetizadas e apresentadas em reunião presencial com os avaliadores em data a ser estabelecida de acordo com as disponibilidades. Nessa reunião serão enfocadas as divergências e a meta será o consenso do grupo sobre os itens, seus enunciados, e sobre o método de aplicação dos mesmos.

Estamos encaminhando em anexo os instrumentos para os trabalhos.

Caso você aceite participar, solicitamos sua indicação do tempo necessário para realizar o trabalho individual. As informações para contato estão abaixo indicadas. Agradecemos a sua atenção e estamos à disposição para qualquer esclarecimento.

\_\_\_\_\_  
Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos  
Aluna de mestrado da EEUSP

\_\_\_\_\_  
Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz  
Orientadora

Contatos: e-mail: [fabianamatos@hotmail.com](mailto:fabianamatos@hotmail.com)  
[mtmlf@usp.br](mailto:mtmlf@usp.br)

Telefone: (045) 3226-1087  
Telefone: (011) 3066-7500

**Parte 2****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (Juízes/Validação aparente)**Pesquisa:** Construção de instrumento para avaliação da acurácia diagnóstica

NOME DO PARTICIPANTE \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDADE N° \_\_\_\_\_ SEXO M F

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ENDEREÇO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

Essa pesquisa tem a finalidade de desenvolver um instrumento para avaliar a acurácia de diagnósticos de enfermagem. Solicitamos a sua participação para julgar a validade aparente dos itens criados para compor o referido instrumento. Essa participação requer que você analise os itens e as categorias em termos de clareza, pertinência e aplicabilidade. Estima-se que esse trabalho requeira aproximadamente 60 minutos.

Os participantes não serão identificados garantindo-se o sigilo das respostas, que permanecerão confidenciais. A participação neste estudo não apresenta riscos. A participação na pesquisa é voluntária e a qualquer tempo os participantes poderão ter acesso às informações sobre a pesquisa pelos telefones/endereços abaixo indicados.

Se você concorda em participar, peço que assine o termo de consentimento livre e esclarecido. Você poderá retirar o seu consentimento em qualquer fase do projeto.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

---

Assinatura do sujeito de  
pesquisa

---

Responsável pela pesquisa – Diná de A L M Cruz  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419- sala 314  
Telefones: (011) 30667544 / 30667500

---

Pesquisadora – Fabiana G. de O. Azevedo Matos  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
Telefone: (045) 9972-1085

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-EEUSP. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419. Telefone: (011)3066-7548. E-mail: edipesq@usp.br

### Parte 3

## VALIDAÇÃO APARENTE DOS ITENS DA ESCALA DE ACURÁCIA

Este é um roteiro que orientará a primeira etapa dos trabalhos de validação aparente dos itens do instrumento de avaliação da acurácia diagnóstica a partir de dados escritos que será realizada por três pesquisadores. Apresentaremos brevemente os objetivos do estudo, as definições que nortearam a construção dos itens e, na seqüência, os passos a serem seguidos para o julgamento de validade dos itens.

### Objetivo do estudo

Desenvolver um instrumento para avaliar a acurácia de diagnósticos de enfermagem:

- Sobre dados escritos de pacientes, isto é, o instrumento será aplicado aos diagnósticos já enunciados para um determinado paciente, tomando-se por base os registros de entrevista e exame físico desse paciente;
- Para ser aplicado por uma enfermeira:
  - diferente da que avaliou o paciente e enunciou os seus diagnósticos;
  - com experiência na área clínica do paciente,
  - com experiência no uso de classificação de diagnósticos,
  - com conhecimento do conceito de acurácia de diagnóstico de enfermagem em que o instrumento se fundamenta.

## Definições

A definição conceitual de acurácia do diagnóstico de enfermagem assumida para desenvolver os itens foi baseada no pressuposto de que há ampla variedade de diagnósticos possíveis nas situações clínicas, além dos que são altamente acurados (LUNNEY, 1990). Isto é, além de um diagnóstico altamente acurado, outros diagnósticos são aceitáveis com base nos dados existentes. Assim, a acurácia de um diagnóstico não é uma qualidade dicotômica - a acurácia é um *continuum* (LUNNEY, 1990). A acurácia envolve o esforço de diferenciar um diagnóstico dos outros diagnósticos possíveis para chegar ao diagnóstico que melhor expressa os dados disponíveis em dada situação (LUNNEY, 1989).

A acurácia de um determinado diagnóstico é propriedade que depende da existência de características definidoras (pistas) desse diagnóstico. Características definidoras são dados que as enfermeiras obtêm pelos órgãos dos sentidos ao observar os pacientes. Como os diagnósticos compartilham características definidoras, não basta que haja características definidoras pertinentes ao diagnóstico; a relevância, a especificidade e a consistência do conjunto de características são aspectos importantes a serem considerados nos dados frente ao diagnóstico em questão para se avaliar a sua acurácia.

Com base nessas propriedades, a **acurácia de um diagnóstico de enfermagem é o julgamento de um avaliador quanto ao grau com que o conjunto de observações sobre um paciente contém dados suficientes em relevância, especificidade e consistência para uma afirmação diagnóstica.**

As definições de pista, relevância, especificidade e consistência das pistas que direcionaram a construção dos itens são:

- Pistas: são manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios, sinais, indicações ou características de um diagnóstico de enfermagem.
- Relevância da pista: propriedade de uma pista de ser importante como indicador de um diagnóstico de enfermagem.
- Especificidade da pista: propriedade de uma pista de ser própria e distintiva de um diagnóstico de enfermagem.
- Consistência da pista: propriedade de uma pista de ser coerente com o conjunto das informações disponíveis.

Com base nas definições assumidas foram desenvolvidos itens para compor um instrumento a ser aplicado aos dados escritos de pacientes (entrevista, exame físico, dados de prontuário) e aos diagnósticos de enfermagem enunciados com base nesses dados.

Uma concepção preliminar do instrumento está apresentada a seguir:

<b>ITENS / CATEGORIAS</b>		
<b>NÚMERO DE PISTAS</b>		<b>GRAU</b>
	muitas pistas para o diagnóstico em questão	2
	poucas pistas para o diagnóstico em questão	1
	nenhuma pista para o diagnóstico em questão	0
<b>RELEVANCIA DAS PISTAS</b>		<b>GRAU</b>
	pistas muito relevantes para o diagnóstico em questão	2
	pistas pouco relevantes para o diagnóstico em questão	1
	pistas nada relevantes para o diagnóstico em questão ou não se aplica	0
<b>ESPECIFICIDADE DAS PISTAS</b>		<b>GRAU</b>
	pistas muito específicas para o diagnóstico em questão	2
	pistas pouco específicas para o diagnóstico em questão	1
	pistas nada específicas para o diagnóstico em questão ou não se aplica	0
<b>CONSISTÊNCIA DAS PISTAS</b>		<b>GRAU</b>
	pistas muito consistentes para o diagnóstico em questão	2
	pistas pouco consistentes para o diagnóstico em questão	1
	pistas nada consistentes para o diagnóstico em questão ou não se aplica	0

### Seqüência de passos

Solicita-se a cada avaliador que analise os itens e as categorias de respostas do instrumento quanto a pertinência, clareza e aplicabilidade.

Com a avaliação da **pertinência** os avaliadores deverão indicar o quanto o conteúdo de cada item corresponde às definições estabelecidas e apresentadas em “Definições”.

Com a avaliação da **clareza** os avaliadores deverão indicar o quanto o enunciado de cada item é compreensível para uma enfermeira com experiência no uso de classificação de diagnósticos de enfermagem.

Com a avaliação da **aplicabilidade**, os avaliadores deverão indicar o quanto o enunciado expressa ações possíveis de serem realizadas ao se julgar a acurácia de diagnósticos com base em dados escritos.

Solicita-se também que os avaliadores apontem sugestões de itens e de modificações que considerarem pertinentes.

A seguir há uma tabela impressa para que o avaliador registre os seus julgamentos de acordo com os itens desenvolvidos e os tópicos solicitados.

Os julgamentos serão indicados na tabela inserindo os códigos de acordo com a seguinte legenda:

<b>Código</b>	<b>Legenda</b>	<b>Complementos</b>
<b>+1</b>	Característica atendida	Não requer complementos.
<b>0</b>	Característica parcialmente atendida	Por favor, incluir justificativa na coluna de observações.
<b>-1</b>	Característica não atendida	Por favor, incluir justificativa na coluna de observações.

N	Itens	Definições	Categorias	Julgamentos			Sugestões
				Pertinência	Clareza	Aplicabilidade	
1	Número de pistas	Quantidade de pistas para um diagnóstico de enfermagem	muitas pistas para o diagnóstico em questão				
			poucas pistas para o diagnóstico em questão				
			nenhuma pista para o diagnóstico em questão				
2	Relevância das pistas	Propriedade de uma pista de ser importante como indicador de um diagnóstico de enfermagem	pistas muito relevantes para o diagnóstico em questão				
			pistas pouco relevantes para o diagnóstico em questão				
			pistas nada relevantes para o diagnóstico em questão ou não se aplica				
3	Especificidade das pistas	Propriedade de uma pista de ser própria e distintiva de um diagnóstico de enfermagem	pistas muito específicas para o diagnóstico em questão				
			pistas pouco específicas para o diagnóstico em questão				
			pistas nada específicas para o diagnóstico em questão ou não se aplica				
4	Consistência das pistas	Propriedade de uma pista de ser coerente com o conjunto das informações disponíveis.	pistas muito consistentes para o diagnóstico em questão				
			pistas pouco consistentes para o diagnóstico em questão				
			pistas nada consistentes para o diagnóstico em questão ou não se aplica				



**ANEXO 2****Parte 1****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Participantes do DIREnf)****Pesquisa:** Construção de instrumento para avaliação da acurácia diagnóstica

NOME DO PARTICIPANTE \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDADE N° \_\_\_\_\_ SEXO: M F

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ENDEREÇO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

Essa pesquisa tem a finalidade de desenvolver um instrumento para avaliar a acurácia de diagnósticos de enfermagem. Solicitamos a sua participação para testar o modelo em desenvolvimento. Essa participação requer que você analise os diagnósticos estabelecidos, frente aos dados de entrevista e do exame físico de um paciente e aplique o instrumento em teste, de acordo com orientações que lhe serão oferecidas. Estima-se que a análise do conjunto de dados de cada paciente requeira de 15 a 20 minutos.

Os enfermeiros participantes não serão identificados garantindo-se o sigilo das respostas, que permanecerão confidenciais. Este estudo não trará riscos ou prejuízos à sua participação nas atividades no grupo de pesquisa. A participação na pesquisa é voluntária e a qualquer tempo os participantes poderão ter acesso às informações sobre a pesquisa pelos telefones/endereços abaixo indicados.

Se você concorda em participar, peço que assine o termo de consentimento livre e esclarecido. Você poderá retirar o seu consentimento em qualquer fase do projeto.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito de  
pesquisa\_\_\_\_\_  
Responsável pela pesquisa – Diná de A L M da  
CruzAv. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419- sala 314  
Telefones: (011) 30667544 / 30667500\_\_\_\_\_  
Pesquisadora – Fabiana G. de O. Azevedo Matos  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
Telefone: (045) 9972-1085

## Parte 2

### DADOS PESSOAIS DOS MEMBROS DO DIRENF / TESTE PILOTO

1. Sexo: Feminino    Masculino
2. Idade: \_\_\_\_\_anos
3. Ano da graduação em enfermagem \_\_\_\_\_
4. Formação relacionada a Diagnóstico de Enfermagem (DE) durante o curso de graduação:
  - Nenhum conteúdo sobre DE na graduação
  - Apenas conteúdo teórico sobre DE na graduação
  - Conteúdo teórico e prático sobre DE na graduação
5. Formação relacionada a raciocínio clínico durante o curso de graduação:
  - Nenhum conteúdo sobre Processo de enfermagem na graduação
  - Apenas conteúdo teórico sobre Processo de enfermagem na graduação
  - Conteúdo teórico e prático sobre Processo de enfermagem na graduação com muita prática na identificação de problemas de enfermagem
  - Conteúdo teórico e prático sobre Processo de enfermagem na graduação com pouca ou nenhuma prática na identificação de problemas de enfermagem
6. Maior grau obtido ou em andamento
 

<input type="checkbox"/> Especialização	<input type="checkbox"/> Obtido, ano _____	<input type="checkbox"/> Andamento
<input type="checkbox"/> Mestrado profissionalizante	<input type="checkbox"/> Obtido, ano _____	<input type="checkbox"/> Andamento
<input type="checkbox"/> Mestrado acadêmico	<input type="checkbox"/> Obtido, ano _____	<input type="checkbox"/> Andamento
<input type="checkbox"/> Doutorado	<input type="checkbox"/> Obtido, ano _____	<input type="checkbox"/> Andamento
7. Tempo (em anos) de experiência na enfermagem \_\_\_\_\_ anos.
8. Atividade de trabalho atual predominante: \_\_\_\_\_
 

8.1. Área geral (marque apenas uma):	8.2. Área clínica (marque apenas uma):
<input type="checkbox"/> Assistência de enfermagem	<input type="checkbox"/> Saúde do Adulto e Idoso
<input type="checkbox"/> Ensino de enfermagem	<input type="checkbox"/> Saúde da Criança
<input type="checkbox"/> Administração de enfermagem	<input type="checkbox"/> Saúde da Mulher
<input type="checkbox"/> Pesquisa em enfermagem	<input type="checkbox"/> Saúde Mental
<input type="checkbox"/> Outra ou Não se aplica	<input type="checkbox"/> Outra ou Não se Aplica
9. Quanto a sua prática clínica (no ensino, pesquisa ou na assistência):
  - Inclui classificação de DE: \_\_\_\_\_anos
  - Não inclui classificação de DE
  - Não se aplica. Justifique: \_\_\_\_\_
10. Marque com um X quanto de contato você já teve com o tema 'diagnóstico de enfermagem' conforme as seguintes atividades:
 

10.1. Realização de leitura			
<input type="checkbox"/> nada	<input type="checkbox"/> pouco	<input type="checkbox"/> moderada	<input type="checkbox"/> muito
10.2. Participação em aulas / cursos			
<input type="checkbox"/> nada	<input type="checkbox"/> pouco	<input type="checkbox"/> moderada	<input type="checkbox"/> muito
10.3. Participação em eventos específicos			
<input type="checkbox"/> nada	<input type="checkbox"/> pouco	<input type="checkbox"/> moderada	<input type="checkbox"/> muito
10.4. Utilização na prática clínica			
<input type="checkbox"/> nada	<input type="checkbox"/> pouco	<input type="checkbox"/> moderada	<input type="checkbox"/> muito
10.5. Realização de pesquisa			
<input type="checkbox"/> nada	<input type="checkbox"/> pouco	<input type="checkbox"/> moderada	<input type="checkbox"/> muito
11. Eu avalio que minha habilidade para formular diagnósticos de enfermagem é:
 

<input type="checkbox"/> 85 a 100% acurada	<input type="checkbox"/> 70 a 84% acurada	<input type="checkbox"/> 55 a 69% acurada
<input type="checkbox"/> 40 a 55% acurada	<input type="checkbox"/> 25 a 39 % acurada	<input type="checkbox"/> 0 a 24% acurada

### Parte 3

#### Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem (EADE - Versão pré teste)

#### ORIENTAÇÕES

A EADE está sendo desenvolvida para estimar o grau com que um conjunto de informações clínicas escritas de um paciente dá sustentação a uma afirmação diagnóstica.

Como especialista no processo diagnóstico, você está sendo convidada a participar do pré-teste da escala.

#### Definições:

A acurácia de um diagnóstico depende do conjunto de dados da situação clínica do paciente. O conjunto de dados deve apresentar pistas para o diagnóstico; as pistas podem variar em grau de relevância e especificidade com relação ao diagnóstico e em grau de consistência em relação ao conjunto das informações clínicas disponíveis.

**A acurácia de um diagnóstico é o julgamento de um avaliador quanto ao grau de relevância, especificidade e consistência das pistas existentes para o diagnóstico.**

As definições de pista, relevância, especificidade e consistência são:

- Pistas: são manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios, sinais, indicações ou características de um diagnóstico de enfermagem.
- Relevância da pista: propriedade de uma pista de ser importante como indicador de um diagnóstico de enfermagem.
- Especificidade da pista: propriedade de uma pista de ser própria e distintiva de um diagnóstico de enfermagem.

- Consistência da pista: propriedade de uma pista de ser coerente com o conjunto das informações disponíveis.

## APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

Você está recebendo um conjunto de informações clínicas escritas de 01 paciente adulto (Caso 1), com dados de entrevista e exame físico e uma lista de diagnósticos de enfermagem que foram formulados para esse paciente. Pedimos que você julgue a acurácia de **CADA** diagnóstico aplicando a EADE.

Marque com um X a célula correspondente a sua resposta para cada diagnóstico do Caso 1.

### Caso 1 – Lista de diagnósticos / Quadro de respostas EADE –Versão Pré-Teste

Diagnósticos	Há pistas?*		Relevância (pista x diagnóstico)		Especificidade (pista x diagnóstico)		Consistência (pista X conjunto dos dados)	
	S	N	A/ M	B	A/ M	B/N	A/ M	B/N
1. Intolerância à atividade								
2. Nutrição desequilibrada: mais...								
3. Dentição prejudicada								
4. Fadiga								
5. Ansiedade								
6. Integridade da pele prejudicada								

\* Quando a resposta for não, não preencher as demais células do diagnóstico.

Legenda: S: Sim;  
N: Não;  
A/M: Alta / Moderada;  
B: Baixa;  
B/N: Baixa / Nula;

N/A: Não se aplica.

Você está recebendo um conjunto de informações clínicas escritas de 01 paciente adulto (Caso 2), com dados de entrevista e exame físico e uma lista de diagnósticos de enfermagem que foram formulados para esse paciente. Pedimos que você julgue a acurácia de **CADA** diagnóstico aplicando a EADE.

Marque com um X a célula correspondente a sua resposta para cada diagnóstico do caso 2.

### Caso 2 – Lista de diagnósticos / Quadro de respostas EADE –Versão Pré-Teste

Diagnósticos	Há pistas?*		Relevância (pista x diagnóstico)		Especificidade (pista x diagnóstico)		Consistência (pista X conjunto dos dados)	
	S	N	A/ M	B	A/ M	B/N	A/ M	B/N
1. Risco para infecção								
2. Deambulação prejudicada								
3. Integridade da pele prejudicada								
4. Amamentação interrompida								
5. Mobilidade física prejudicada								

\* Quando a resposta for não, não preencher as demais células do diagnóstico.

Legenda: S: Sim;  
N: Não;  
A/M: Alta / Moderada;  
B: Baixa;  
B/N: Baixa / Nula;  
N/A: Não se aplica.

## Parte 4

### CASO CLÍNICO 1 (Teste piloto 1)

#### Parte I: Dados de identificação

Nome: *M.S.* Registro: *451638* Leito: *812*  
 Sexo: *F* Idade: *33* Escolaridade: *14 anos*  
 Ocupação: *Professora* N° de dependentes: *03* Renda Mensal Familiar: *08*  
*salários.* Diagnóstico Médico: *Mioma uterino* Especialidade: *ginecologia*

#### Parte II: Entrevista com o paciente

##### 1 Domínio: Promoção da saúde

1.1 Como acha que tem sido sua saúde?

*Esta ruim, aguarda cirurgia (miomectomia).*

1.2 Já foi internado alguma outra vez? ( )sim ( *x* )não

Por quê? ---

1.3 O que aconteceu que ocasionou a internação desta vez? *Há um ano vem sofrendo sangramento vaginal.*

1.4 Para o(a) Sr(a), o que significa estar internado? *“Estou tensa e preocupada se o tratamento vai dar certo”.*

1.5 O que sabe sobre a doença que causou essa internação? *Esta tensa, preocupada se o tratamento vai dar certo.*

1.6 O Sr. (a): Fuma? ( *x* )sim ( )não Quanto? *01 ou 02 cigarros por semana*

Bebe bebidas alcoólicas? ( )sim ( *x* )não Quanto?---

1.7 Utilizava algum remédio antes de internar-se? ( )sim ( )não

Nome da medicação	Dose	Indicação	Quem os indicou

1.8 Conseguia tomar os remédios conforme o médico receitou? ( )sim ( )não  
 Por quê?---

1.9 Além de remédios, o que mais os médicos e enfermeiros orientaram o senhor para fazer? ---

1.10 Consegue fazer tudo o que eles pedem? ( ) sim ( ) não  
 Por quê?---

##### 2 Domínio: Nutrição

Tipo de alimento ingerido	Frequência			
	diariamente	semanalmente	raramente	nunca
<i>Carnes</i>	<i>x</i>			
<i>Ovos</i>		<i>x</i>		
<i>Massas e pão</i>			<i>x</i>	

<i>Verduras e legumes</i>		<i>x</i>		
Tipo de líquido ingerido	Frequência			
	diariamente	semanalmente	raramente	nunca
<i>Água, leite</i>	<i>x</i>			

Total de líquidos ingerido por dia? ---

2.1 Faz algum controle dos líquidos que bebe? ( )sim ( *x* )não Como? ---

2.2 Como é seu apetite? *Quando ansiosa como bastante*

2.3 Sente algum problema para alimentar-se? ( )sim ( *x* )não Qual?---

### 3 Domínio: Eliminação

3.1 Descreva o funcionamento do seu intestino quanto a :  
frequência das evacuações: *07 a 15 dias*

características das fezes: *endurecidas*

problemas para evacuar: *bastante dor*

3.2 Descreva o funcionamento da sua bexiga quanto a:

frequência das micções: *várias vezes*

levanta-se à noite para urinar: *não*

característica da urina: *normal*

problemas para urinar: ---

### 4 Domínio: Atividade/ Repouso

4.1 Sente que sua energia é suficiente para as atividades que gostaria de fazer? ( *x* )sim ( ) não Por quê?---

4.2 Pratica algum exercício físico? ( )sim ( *x* )não Qual? ---

Com que frequência?---

4.3 O que costuma fazer no tempo livre? *Leitura, passeios, conversa com amigos.*

4.4 Sente alguma dificuldade para caminhar e subir escadas normalmente?

( )sim ( *x* )não Qual(is)? ---

4.5 Das atividades abaixo, cite aquela (s) que tem dificuldade para fazer sozinho.

Alimentar-se: ( ) Especifique:---

Ir ao banheiro: ( ) Especifique:---

Tomar banho: ( ) Especifique:---

Vestir-se: ( ) Especifique:---

4.6 Em média, dorme quantas horas por dia? O suficiente.

4.7 Após o sono, sente-se repousado e pronto para as atividades diárias?

( *x* )sim ( ) não Por quê?---

### 5 Domínio: Percepção/ Cognição

5.1 Tem alguma dificuldade para ver? ( )sim ( *x* )não Qual?

5.2 O (a) Sr (a) tem alguma dificuldade para ouvir?

( )sim ( *x* )não Qual? ---

Como tenta resolvê-la?---

5.3 Sente alguma dificuldade para aprender coisas novas? ( )sim ( x )não  
Por quê?---

### 6 Domínio: Auto Percepção

6.1 Como descreveria sua maneira de ser? *Se irrita facilmente, é simpática e gosta de conversar.*

6.2 Há alguma coisa em si mesmo(a) que gostaria que fosse diferente?  
( x )sim ( )não O quê? *Gostaria de ser menos explosiva.*

6.3 Depois que a doença começou, percebeu mudanças na sua maneira de ser? ( )sim ( x )não Qual(is)? ---

### 7 Domínio: Relacionamentos de Papel

7.1 Com quem o Sr(a) vive? *Pai e mãe.*

7.2 A doença trouxe algum problema na sua vida particular?  
( x )sim ( )não Qual? *Preocupação.*

7.3 Como a sua família se sente quanto a sua doença? *Ficaram bastante preocupados.*

7.4 Sente-se sozinho com frequência? ( x )sim ( )não  
Por que? *Às vezes, porque todas as irmãs são casadas.*

7.5 A doença trouxe algum problema no seu trabalho?  
( )sim ( x )não Qual(is)? ---

7.6 O dinheiro de que dispõe é suficiente para suas necessidades?  
( )sim ( x )não Qual não é atendida? ---

### 8 Domínio: Sexualidade

8.1 O Sr (a) percebe algum problema quanto ao sexo?  
( x )sim ( )não Qual? *Sente muita dor.*

8.2 Houve alguma modificação no seu hábito sexual em decorrência da doença?  
( )sim ( x )não Qual?---

8.3 Ter filhos ou não, o(a) preocupa?  
( x )não Porque? ---  
( )sim Porque? ---.

### 9 Domínio: Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse

9.1 Quando se sente nervoso(a) o que faz para aliviar? *Come bastante.*

9.2 Acha que isso ajuda? *Não.*

9.3 Quando tem problemas em sua vida, o que faz? *Procura resolver.*

9.4 O Sr(a) gostaria de agir diferente? ( )sim ( x )não Porque?---

### 10 Domínio: Princípios de Vida

10.1 Existem coisas espirituais importantes para o Sr.(a)?  
( )não Porque?---

( x )sim Qual(is)? *Busca Deus por meio da oração.*  
Isso o(a) ajuda nos momentos difíceis? *Sim.*

### 11 Domínio: Segurança/ Proteção

11.1 Apresenta algum tipo de infecção? ( ) Sim ( x )Não  
Especifique:---



11.2 Apresenta algum tipo de lesão física? ( *x* ) Sim ( ) Não  
Especifique:---

11.3 Sofre algum tipo de violência ( ) Sim ( *x* ) Não  
Especifique: ---

11.4 Sofre algum tipo de risco ambiental? ( ) Sim ( *x* ) Não  
Especifique: ---

11.5 Apresenta algum tipo de reação alérgica? ( ) Sim ( *x* ) Não  
Especifique: ---

## 12 Domínio: Conforto

12.1 Apresenta alguma sensação de desconforto? ( *x* ) Sim ( ) Não  
Especifique: *Gases em excesso, sente bastante desconforto, abdome estufado.*

## 13 Domínio: Crescimento/ Desenvolvimento

13.1 Apresenta desenvolvimento proporcional para a idade?  
( *x* ) Sim ( ) Não Especifique:---

### Outras:

Há alguma coisa de que não tenhamos falado que o Sr.(a) gostaria de mencionar? ( ) sim ( *x* ) não O quê?

Gostaria de fazer alguma pergunta? ( ) sim ( *x* ) não Qual?---

## PARTE III: Dados físicos e observações durante a entrevista:

### A) Dados vitais:

Pressão arterial: *110/70 mm Hg*  
Pulso: frequência *78 bpm* ritmo: *ritmico*  
Respiração: frequência *18 mrm*  
Temperatura axilar: *36,2 °C*

### B) Mensuração:

Peso atual: *59 kg* Altura: *1,58 cm* IMC: ---

### C) Exame Físico:

Estado geral: ( *x* ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

#### CABEÇA

Couro cabeludo:---

Olhos:---

Ouvido:---

Nariz: ---

Boca: ---

#### PESCOÇO

Integridade: ---

#### TÓRAX

Integridade: ---

Ausculat pulmonar: ---

Ausculda cardíaca:---

**ABDOME**

Integridade: ---

Ausculda abdominal: *RH-*

Palpação abdominal: *Tenso, dolorido à palpação.*

**MEMBROS**

Integridade: ---

Mobilidade: ---

**OUTROS:**

Uso de artefatos terapêuticos ou diagnósticos ( ) Sim ( *x* ) Não

Quais: ---

**D) Sensório:**

Orientada no tempo e no espaço: ( *x* ) Sim ( ) Não

Facilidade de entendimento de idéias: ( *x* ) Sim ( ) Não Qual:---

Concentração da atenção:

Concentrado( *x* ) Pouco concentrado( ) Não concentrado( )

Tenso( ) Sim ( *x* ) Não

## CASO CLÍNICO 2 (Teste piloto 1)

### Parte I: Dados de identificação

Nome: *F.D.C.* Registro: *90773* Leito: *713*  
 Sexo: *F* Idade: *20* Escolaridade: *08 anos*  
 Ocupação: *Costureira* N° de dependentes: *03* Renda Mensal Familiar: *03 salários*  
 Diagnóstico Médico: *Febre a esclarecer* Especialidade: *Clinica médica*

### Parte II: Entrevista com o paciente

#### 1 Domínio: Promoção da saúde

1.1 Como acha que tem sido sua saúde?

*Não esta boa, porque não descobrem o problema.*

1.2 Já foi internado alguma outra vez? ( )sim ( x )não Por quê? ---

1.3 O que aconteceu que ocasionou a internação desta vez? *Esta sentindo febre há 07 dias.*

1.4 Para o(a) Sr(a), o que significa estar internado? *Não gosta de estar internada mas precisa esta ali.*

1.5 O que sabe sobre a doença que causou essa internação? *Acha que é infecção de ouvido.*

1.6 O Sr. (a): Fuma? ( )sim ( x )não Quanto?

Bebe bebidas alcoólicas? ( )sim ( x )não Quanto?---

1.7 Utilizava algum remédio antes de internar-se? ( )sim ( )não

Nome da medicação	Dose	Indicação	Quem os indicou
Amoxil	3 cp/dia	Dor no ouvido	Médico

1.8 Conseguia tomar os remédios conforme o médico receitou?

( x )sim ( )não Por quê?---

1.9 Além de remédios, o que mais os médicos e enfermeiros orientaram o senhor para fazer? ---

1.10 Consegue fazer tudo o que eles pedem? ( ) sim ( ) não

Por quê?---

#### 2 Domínio: Nutrição

Tipo de alimento ingerido	Frequência			
	diariamente	semanalmente	raramente	nunca
<i>Carnes, ovos e derivados</i>		X		
<i>Massas e pão</i>		X		
<i>Verduras e legumes</i>		X		
<i>Cereais e grãos</i>	x			

Tipo de líquido ingerido	Frequência			
	diariamente	semanalmente	raramente	nunca
Água, sucos, leite	x			

Total de líquidos ingerido por dia? *Não sabe*

2.1 Faz algum controle dos líquidos que bebe? ( )sim (x) não

Como? ---

2.2 Como é seu apetite? *Normal*

2.3 Sente algum problema para alimentar-se? ( )sim (x) não

Qual?---

### 3 Domínio: Eliminação

3.1 Descreva o funcionamento do seu intestino quanto a :

frequência das evacuações: *a cada 04 dias*

características das fezes: *duras e ressecadas*

problemas para evacuar: *não*

3.2 Descreva o funcionamento da sua bexiga quanto a:

frequência das micções: *várias vezes*

levanta-se à noite para urinar: *não*

característica da urina: *normal*

problemas para urinar: ---

### 4 Domínio: Atividade/ Repouso

4.1 Sente que sua energia é suficiente para as atividades que gostaria de fazer? (x) sim ( ) não Por quê?---

4.2 Pratica algum exercício físico? ( )sim (x) não Qual? ---

Com que frequência?---

4.3 O que costuma fazer no tempo livre? *Assistir televisão.*

4.4 Sente alguma dificuldade para caminhar e subir escadas normalmente?

( )sim (x) não Qual(is)? ---

4.5 Das atividades abaixo, cite aquela (s) que tem dificuldade para fazer sozinho.

Alimentar-se: ( ) Especifique:---

Ir ao banheiro: ( ) Especifique:---

Tomar banho: ( ) Especifique:---

Vestir-se: ( ) Especifique:---

4.6 Em média, dorme quantas horas por dia? ---.

4.7 Após o sono, sente-se repousado e pronto para as atividades diárias?

(x) sim ( ) não Por quê?---

### 5 Domínio: Percepção/ Cognição

5.1 Tem alguma dificuldade para ver? ( )sim (x) não Qual?

5.2 O (a) Sr (a) tem alguma dificuldade para ouvir?

( )sim (x) não Qual? ---

Como tenta resolvê-la?---

5.3 Sente alguma dificuldade para aprender coisas novas? ( )sim ( x )não  
Por quê?---

#### 6 Domínio: Auto Percepção

6.1 Como descreveria sua maneira de ser? *Um pouco tímida, gosta de ajudar as pessoas.*

6.2 Há alguma coisa em si mesmo(a) que gostaria que fosse diferente?  
( )sim ( x )não O quê?---

6.3 Depois que a doença começou, percebeu mudanças na sua maneira de ser? ( )sim ( x )não Qual(is)?

#### 7 Domínio: Relacionamentos de Papel

7.1 Com quem o Sr(a) vive? *Pai e mãe.*

7.2 A doença trouxe algum problema na sua vida particular?  
( )sim ( x )não Qual? ---

7.3 Como a sua família se sente quanto a sua doença? *Estão preocupados, porque querem saber o que tenho.*

7.4 Sente-se sozinho com frequência? ( )sim ( x )não  
Por que? ---

7.5 A doença trouxe algum problema no seu trabalho?  
( )sim ( x )não Qual(is)? ---

7.6 O dinheiro de que dispõe é suficiente para suas necessidades?  
( x )sim ( )não Qual não é atendida? ---

#### 8 Domínio: Sexualidade

8.1 O Sr (a) percebe algum problema quanto ao sexo?  
( )sim ( )não Qual? *Não tem atividade sexual.*

8.2 Houve alguma modificação no seu hábito sexual em decorrência da doença? ( )sim ( )não Qual?---

8.3 Ter filhos ou não, o(a) preocupa?  
( )não Porque? ---  
( )sim Porque? ---

#### 9 Domínio: Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse

9.1 Quando se sente nervoso(a) o que faz para aliviar? *Procura ouvir música.*

9.2 Acha que isso ajuda? *Sim*

9.3 Quando tem problemas em sua vida, o que faz? *Tenta resolver sozinha.*

9.4 O Sr(a) gostaria de agir diferente? ( )sim ( x )não Porque?---

#### 10 Domínio: Princípios de Vida

10.1 Existem coisas espirituais importantes para o Sr.(a)?  
( )não Porque?---

( x )sim Qual(is)? *É católica.*

Isso o(a) ajuda nos momentos difíceis? *Sempre pede a Deus para ajudar.*

#### 11 Domínio: Segurança/ Proteção

11.1 Apresenta algum tipo de infecção? ( ) Sim ( x )Não  
Especifique:---

11.2 Apresenta algum tipo de lesão física? ( ) Sim ( x )Não

Especifique:---

**11.3** Sofre algum tipo de violência ( ) Sim ( *x* ) Não

Especifique: ---

**11.4** Sofre algum tipo de risco ambiental? ( ) Sim ( *x* ) Não

Especifique: ---

**11.5** Apresenta algum tipo de reação alérgica? ( ) Sim ( *x* ) Não

Especifique: ---

## 12 Domínio: Conforto

**12.1** Apresenta alguma sensação de desconforto? ( ) Sim ( *x* ) Não

Especifique: ---

## 13 Domínio: Crescimento/ Desenvolvimento

**13.1** Apresenta desenvolvimento proporcional para a idade?

( *x* ) Sim ( ) Não Especifique:---

### Outras:

Há alguma coisa de que não tenhamos falado que o Sr.(a) gostaria de mencionar?

( ) sim ( *x* ) não O quê?

Gostaria de fazer alguma pergunta? ( ) sim ( *x* ) não Qual?---

## PARTE III: Dados físicos e observações durante a entrevista:

### A) Dados vitais:

Pressão arterial: *100/70 mm Hg*

Pulso: frequência *78 bpm* ritmo: *ritmico*

Respiração: frequência *20 mrm*

Temperatura axilar: *38,2 °C*

### B) Mensuração:

Peso atual: *50 kg*

Altura: *1,63 cm*

IMC: ---

### C) Exame Físico:

Estado geral: ( *x* ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

#### CABEÇA

Couro cabeludo:---

Olhos:---

Ouvido:---

Nariz: ---

Boca: ---

#### PESCOÇO

Integridade: ---

#### TÓRAX

Integridade: ---

Ausculat. pulmonar: ---

Ausculat. cardíaca:---

**ABDOME**

Integridade: ---

Ausculta abdominal: ---

Palpação abdominal: ---

**MEMBROS**

Integridade: ---

Mobilidade: ---

**OUTROS:**Uso de artefatos terapêuticos ou diagnósticos ( *x* ) Sim ( ) NãoQuais: *Abocath para infusão venosa em MSD.***D) Sensório:**Orientada no tempo e no espaço: ( *x* ) Sim ( ) NãoFacilidade de entendimento de idéias: ( *x* ) Sim ( ) Não Qual:---

Concentração da atenção:

Concentrado ( *x* ) Pouco concentrado( ) Não concentrado( )Tenso ( ) Sim ( *x* ) Não

## ANEXO 3

### Parte 1

#### ESCALA DE ACURÁCIA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - EADE 2º TESTE PILOTO

#### ORIENTAÇÕES

A EADE está sendo desenvolvida para estimar o grau com que um conjunto de informações clínicas escritas de um paciente dá sustentação a uma afirmação diagnóstica.

Como especialista no processo diagnóstico, você está sendo convidada a participar do pré-teste da escala.

#### Definições:

A acurácia de um diagnóstico depende do conjunto de dados da situação clínica do paciente. O conjunto de dados deve apresentar pistas para o diagnóstico; as pistas podem variar em grau de relevância e especificidade com relação ao diagnóstico e em grau de coerência em relação ao conjunto das informações clínicas disponíveis.

**A acurácia de um diagnóstico é o julgamento de um avaliador quanto ao grau de relevância, especificidade e coerência das pistas existentes para o diagnóstico.**

As definições de pista, relevância, especificidade e consistência das pistas são:

- Pistas: manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios, sinais, indicações ou características de um **diagnóstico de enfermagem**.
- Relevância da pista: propriedade de uma pista de ser importante como indicador de um **diagnóstico de enfermagem**.
- Especificidade da pista: propriedade de uma pista de ser própria e distintiva de um **diagnóstico de enfermagem**.
- Coerência da pista: propriedade de uma pista de ser coerente com o **conjunto das informações disponíveis**.



## APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

Você está recebendo um conjunto de informações clínicas escritas de 01 paciente adulto (Caso 3), com dados de entrevista e exame físico e uma lista de diagnósticos de enfermagem que foram formulados para esse paciente. Pedimos que você julgue a acurácia de **CADA** diagnóstico aplicando a EADE.

Marque com um X a célula correspondente a sua resposta para cada diagnóstico do Caso 3.

### Caso 3 – Lista de diagnósticos / Quadro de respostas EADE –Versão Pré-Teste

Diagnósticos	Há pistas?*		Relevância (pista x diagnóstico)		Especificidade (pista x diagnóstico)		Coerência (pista X conjunto dos dados)		Você enunciará esse DE?	
	S	N	A/ M	B	A/ M	B/N	A/ M	B/N	S	N
1. Intolerância à atividade										
2. Nutrição desequilibrada: mais ...										
3. Dentição prejudicada										
4. Fadiga										
5. Ansiedade										
6. Integridade da pele prejudicada										

\* Quando a resposta for não, não preencher as demais células do diagnóstico.

Legenda: S: Sim;  
N: Não;  
A/M: Alta / Moderada;  
B: Baixa;  
B/N: Baixa / Nula;  
N/A: Não se aplica.

Você está recebendo um conjunto de informações clínicas escritas de 01 paciente adulto (Caso 4), com dados de entrevista e exame físico e uma lista de diagnósticos de enfermagem que foram formulados para esse paciente. Pedimos que você julgue a acurácia de **CADA** diagnóstico aplicando a EADE.

Marque com um X a célula correspondente a sua resposta para cada diagnóstico do Caso 4.

#### Caso 4 – Lista de diagnósticos / Quadro de respostas EADE –Versão Pré-Teste

Diagnósticos	Há pistas?*		Relevância (pista x diagnóstico)		Especificidade (pista x diagnóstico)		Coerência (pista X conjunto dos dados)		Você enunciaria esse DE?	
	S	N	A/M	B	A/M	B/N	A/M	B/N	S	N
1.Risco para infecção										
2.Deambulação prejudicada										
3. Integridade da pele prejudicada										
4. Amamentação interrompida										
5. Mobilidade física prejudicada										

\* Quando a resposta for não, não preencher as demais células do diagnóstico.

Legenda: S: Sim;  
N: Não;  
A/M: Alta / Moderada;  
B: Baixa;  
B/N: Baixa / Nula;  
N/A: Não se aplica.

## Parte 2

## CASO CLÍNICO 3 (Teste piloto 2)

## Parte I: Dados de identificação

Nome: A.S.P Registro: 13705 Leito: 416  
 Sexo: F Idade: 72 Escolaridade: Analfabeta  
 Ocupação: *do lar* Nº de dependentes: 02 Renda Mensal Familiar: 01  
*salário*  
 Diagnóstico Médico: *Cardiopatia Hipertensiva e Insuficiência Cardíaca*  
 Especialidade: *Cardiologia*

## Parte II: Entrevista com o paciente

## 1 Domínio: Promoção da saúde

1.1 Como acha que tem sido sua saúde?

*Agora esta bem, sentiu bastante falta de ar e angústia.*

1.2 Já foi internado alguma outra vez? (x)sim ( )não

Por quê? *Por causa de uma ferida na perna.*

1.3 O que aconteceu que ocasionou a internação desta vez? *Pressão alta.*

1.4 Para o(a) Sr(a), o que significa estar internado? *Me sinto bem, pois vou fazer meus exames.*

1.5 O que sabe sobre a doença que causou essa internação? *Acha que é nervoso. Disse que ficou preocupada porque o marido foi demitido.*

1.6 O Sr. (a): Fuma? ( )sim (x)não Quanto?

Bebe bebidas alcoólicas? ( )sim (x)não Quanto?---

1.7 Utilizava algum remédio antes de internar-se? ( )sim ( )não

Nome da medicação	Dose	Indicação	Quem os indicou
Anti-hipertensivo	03 cp/dia	Pressão alta	Médico

1.8 Conseguia tomar os remédios conforme o médico receitou?

(x)sim ( )não Por quê?---

1.9 Além de remédios, o que mais os médicos e enfermeiros orientaram o senhor para fazer? *Nada*

1.10 Conseguir fazer tudo o que eles pedem? (x) sim ( )não

Por quê?---

## 2 Domínio: Nutrição

Tipo de alimento ingerido	Frequência			
	diariamente	semanalmente	raramente	Nunca
<i>Carne e cereais</i>	<i>x</i>			
<i>Pão</i>		<i>X</i>		
<i>Ovos, doces</i>			<i>x</i>	
Tipo de líquido ingerido	Frequência			
	diariamente	semanalmente	raramente	Nunca

Água	<i>x</i>			
Leite	<i>x</i>			

Total de líquidos ingerido por dia? *Não sabe*

2.1 Faz algum controle dos líquidos que bebe? ( )sim ( *x* )não

Como? ---

2.2 Como é seu apetite? *Faz 05 dias que não tem vontade de se alimentar*

2.3 Sente algum problema para alimentar-se? ( )sim ( *x* )não

Qual?---

### 3 Domínio: Eliminação

3.1 Descreva o funcionamento do seu intestino quanto a :

freqüência das evacuações: *2/3 x dia*

características das fezes: *sólidas*

problemas para evacuar: *não*

3.2 Descreva o funcionamento da sua bexiga quanto a:

freqüência das micções: *várias vezes*

levanta-se à noite para urinar: *várias vezes (esta tomando diurético)*

característica da urina: ---

problemas para urinar: ---

### 4 Domínio: Atividade/ Repouso

4.1 Sente que sua energia é suficiente para as atividades que gostaria de fazer? ( *x* )sim ( ) não Por quê?---

4.2 Pratica algum exercício físico? ( )sim ( *x* )não Qual? *Fazia caminhadas, mas parou porque começou a sentir angustia e aperto no peito.*

Com que freqüência?---

4.3 O que costuma fazer no tempo livre? *Assistir televisão*

4.4 Sente alguma dificuldade para caminhar e subir escadas normalmente?

( )sim ( *x* )não Qual(is)?---

4.5 Das atividades abaixo, cite aquela (s) que tem dificuldade para fazer sozinho.

Alimentar-se: ( ) Especifique:---

Ir ao banheiro: ( ) Especifique:---

Tomar banho: ( ) Especifique:---

Vestir-se: ( ) Especifique:---

4.6 Em média, dorme quantas horas por dia? *Não sabe*

4.7 Após o sono, sente-se repousado e pronto para as atividades diárias?

( *x* )sim ( ) não Por quê?---

### 5 Domínio: Percepção/ Cognição

5.1 Tem alguma dificuldade para ver? ( *x* )sim ( ) não

Qual? *Olho D tem catarata*

Como tenta resolvê-la? *Usa óculos*

5.2 O (a) Sr (a) tem alguma dificuldade para ouvir?

( )sim ( *x* )não Qual? ---

Como tenta resolvê-la?---

5.3 Sente alguma dificuldade para aprender coisas novas? ( )sim ( *x* )não

Por quê?---

### 6 Domínio: Auto Percepção

6.1 Como descreveria sua maneira de ser? *Boa, gosta de ajudar, gosta de todos.*

6.2 Há alguma coisa em si mesmo(a) que gostaria que fosse diferente?

( )sim (x)não O quê?---

6.3 Depois que a doença começou, percebeu mudanças na sua maneira de ser?

(x)sim ( )não Qual(is)? *Ficou triste, evita de falar com os outros.*

### 7 Domínio: Relacionamentos de Papel

7.1 Com quem o Sr(a) vive? *Marido*

7.2 A doença trouxe algum problema na sua vida particular?

( )sim (x)não Qual? ---

7.3 Como a sua família se sente quanto a sua doença? *Esta triste*

7.4 Sente-se sozinho com frequência? ( )sim (x)não

Por que? ---

7.5 A doença trouxe algum problema no seu trabalho?

(x)sim ( )não Qual(is)? *Não agüentava fazer o serviço de casa.*

7.6 O dinheiro de que dispõe é suficiente para suas necessidades?

(x)sim ( )não Qual não é atendida? ---

### 8 Domínio: Sexualidade

8.1 O Sr (a) percebe algum problema quanto ao sexo?

( )sim (x)não Qual?---

8.2 Houve alguma modificação no seu hábito sexual em decorrência da doença? ( )sim (x)não Qual?---

8.3 Ter filhos ou não, o(a) preocupa?

( )não Porque? ---

(x)sim Porque? *Tem 02 noras que não cuidam bem dos maridos*

### 9 Domínio: Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse

9.1 Quando se sente nervoso(a) o que faz para aliviar? *Toma água com açúcar, conversa, vai para a casa dos filhos.*

9.2 Acha que isso ajuda? *Sim*

9.3 Quando tem problemas em sua vida, o que faz? *Se não consegue resolver sozinha, pede ajuda para os filhos.*

9.4 O Sr(a) gostaria de agir diferente? ( )sim (x)não Porque?---

### 10 Domínio: Princípios de Vida

10.1 Existem coisas espirituais importantes para o Sr.(a)?

( )não Porque?---

(x)sim Qual(is)? *É católica mas acredita nos "médicos espeirituais".*

Isso o(a) ajuda nos momentos difíceis? *Sim.*

### 11 Domínio: Segurança/ Proteção

11.1 Apresenta algum tipo de infecção? ( ) Sim (x)Não

Especifique:---

11.2 Apresenta algum tipo de lesão física? ( ) Sim (x)Não

Especifique:---

**11.3** Sofre algum tipo de violência ( ) Sim ( *x* ) Não

Especifique: ---

**11.4** Sofre algum tipo de risco ambiental? ( ) Sim ( *x* ) Não

Especifique: ---

**11.5** Apresenta algum tipo de reação alérgica? ( ) Sim ( *x* ) Não

Especifique: ---

## 12 Domínio: Conforto

**12.1** Apresenta alguma sensação de desconforto? ( ) Sim ( *x* ) Não

Especifique:---

## 13 Domínio: Crescimento/ Desenvolvimento

**13.1** Apresenta desenvolvimento proporcional para a idade?

( *x* ) Sim ( ) Não

Especifique:---

### Outras:

Há alguma coisa de que não tenhamos falado que o Sr.(a) gostaria de mencionar?

( ) sim ( *x* ) não O quê?

Gostaria de fazer alguma pergunta? ( ) sim ( *x* ) não Qual?---

## PARTE III: Dados físicos e observações durante a entrevista:

### A) Dados vitais:

Pressão arterial: *110/70 mm Hg*

Pulso: frequência *65 bpm* ritmo: *ritmico*

Respiração: frequência *20 mrm*

Temperatura axilar: *36 °C*

### B) Mensuração:

Peso atual: *74 kg*

Altura: *1,62 cm*

IMC: ---

### C) Exame Físico:

Estado geral: ( *x* ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

#### CABEÇA

Couro cabeludo:---

Olhos:---

Ouvido:---

Nariz:---

Boca: *Prótese dentária superior e inferior*

#### PESCOÇO

Integridade: ---

#### TÓRAX

Integridade:---

Ausulta pulmonar:---

Ausulta cardíaca:---

**ABDOME**

Integridade:---

Ausculta abdominal: ---

Palpação abdominal: *Globoso e flácido***MEMBROS**

Integridade:---

Mobilidade: *Varizes MMII***OUTROS:**Uso de artefatos terapêuticos ou diagnósticos ( ) Sim ( *x* ) Não

Quais: ---

**D) Sensório:**Orientada no tempo e no espaço: ( *x* ) Sim ( ) NãoFacilidade de entendimento de idéias: ( *x* ) Sim ( ) Não Qual:---

Concentração da atenção:

Concentrado( *x* ) Pouco concentrado( ) Não concentrado( )Tenso( ) Sim ( *x* ) Não

## CASO CLÍNICO 4 (Teste piloto 2)

### Parte I: Dados de identificação

Nome: *L.A.F.* Registro: *216734* Leito: *113*  
 Sexo: *F* Idade: *20* Escolaridade: *08 anos*  
 Ocupação: *Vendedora* N° de dependentes: *03* Renda Mensal Familiar: *04 salários*  
 Diagnóstico Médico: *Politrauma – 1° PO de sutura de laceração de partes moles do joelho D.* Especialidade: *Ortopedia*

### Parte II: Entrevista com o paciente

#### 1 Domínio: Promoção da saúde

1.1 Como acha que tem sido sua saúde?

*Esta boa.*

1.2 Já foi internado alguma outra vez? (x)sim ( )não

Por quê? *Parto normal.*

1.3 O que aconteceu que ocasionou a internação desta vez? *Sofreu um acidente de moto. Um carro entrou na minha frente.*

1.4 Para o(a) Sr(a), o que significa estar internado? *“É ruim!” Tem uma filha de 09 meses que esta amamentando e sente saudades.*

1.5 O que sabe sobre a doença que causou essa internação? *Acha que é nervoso. Disse que ficou preocupada porque o marido foi demitido.*

1.6 O Sr. (a): Fuma? ( )sim (x)não Quanto?

Bebe bebidas alcoólicas? ( )sim (x)não Quanto?---

1.7 Utilizava algum remédio antes de internar-se? ( )sim ( )não

Nome da medicação	Dose	Indicação	Quem os indicou

1.8 Conseguia tomar os remédios conforme o médico receitou?

( )sim ( )não Por quê?---

1.9 Além de remédios, o que mais os médicos e enfermeiros orientaram o senhor para fazer? ---

1.10 Consegue fazer tudo o que eles pedem? ( ) sim ( ) não

Por quê?---

#### 2 Domínio: Nutrição

Tipo de alimento ingerido	Frequência			
	diariamente	semanalmente	raramente	Nunca
<i>Carnes, ovos e derivados</i>	<i>x</i>			
<i>Massas e pão</i>	<i>x</i>	<i>X</i>		
<i>Verduras e</i>	<i>x</i>			



<i>legumes</i>				
Tipo de líquido ingerido	Frequência			
	diariamente	semanalmente	raramente	Nunca
<i>Água, sucos, leite</i>	<i>x</i>			

Total de líquidos ingerido por dia? *Não sabe*

2.1 Faz algum controle dos líquidos que bebe? ( )sim ( *x* )não

Como? ---

2.2 Como é seu apetite? *Normal*

2.3 Sente algum problema para alimentar-se? ( )sim ( *x* )não

Qual?---

### 3 Domínio: Eliminação

3.1 Descreva o funcionamento do seu intestino quanto a :

frequência das evacuações: *diariamente*

características das fezes: *sólidas*

problemas para evacuar: *não*

3.2 Descreva o funcionamento da sua bexiga quanto a:

frequência das micções: *várias vezes*

levanta-se à noite para urinar: *só quando toma muito líquido.*

característica da urina: *normal*

problemas para urinar: ---

### 4 Domínio: Atividade/ Repouso

4.1 Sente que sua energia é suficiente para as atividades que gostaria de fazer? ( *x* )sim ( ) não Por quê?---

4.2 Pratica algum exercício físico? ( )sim ( *x* )não

Qual? *Só trabalha bastante*

Com que frequência?---

4.3 O que costuma fazer no tempo livre? *Passear com seu marido e sua filha.*

4.4 Sente alguma dificuldade para caminhar e subir escadas normalmente?

( )sim ( *x* )não Qual(is)? *Agora tem problemas por causa do acidente.*

4.5 Das atividades abaixo, cite aquela (s) que tem dificuldade para fazer sozinho.

Alimentar-se: ( ) Especifique:---

Ir ao banheiro: ( ) Especifique:---

Tomar banho: ( ) Especifique:---

Vestir-se: ( ) Especifique:---

4.6 Em média, dorme quantas horas por dia? *O suficiente.*

4.7 Após o sono, sente-se repousado e pronto para as atividades diárias?

( *x* )sim ( ) não Por quê?---

### 5 Domínio: Percepção/ Cognição

5.1 Tem alguma dificuldade para ver? ( )sim ( *x* ) não Qual?

5.2 O (a) Sr (a) tem alguma dificuldade para ouvir?

( )sim ( x )não Qual? ---

Como tenta resolvê-la?---

**5.3** Sente alguma dificuldade para aprender coisas novas? ( )sim ( x )não  
Por quê?---

### **6 Domínio: Auto Percepção**

**6.1** Como descreveria sua maneira de ser? *Carinhosa, fala pouco, gosta de se divertir.*

**6.2** Há alguma coisa em si mesmo(a) que gostaria que fosse diferente?

( )sim ( x )não O quê?---

**6.3** Depois que a doença começou, percebeu mudanças na sua maneira de ser? ( )sim ( x )não Qual(is)?

### **7 Domínio: Relacionamentos de Papel**

**7.1** Com quem o Sr(a) vive? *Marido e filha.*

**7.2** A doença trouxe algum problema na sua vida particular?

( x )sim ( )não Qual? *Esta afastada da filha. Sua mãe esta cuidando da criança.*

**7.3** Como a sua família se sente quanto a sua doença? *Ficaram bastante assustados quando souberam.*

**7.4** Sente-se sozinho com frequência? ( x )sim ( )não Por que? ---

**7.5** A doença trouxe algum problema no seu trabalho?

( x )sim ( )não Qual(is)? *Terá que ficar afastada do trabalho até poder andar novamente..*

**7.6** O dinheiro de que dispõe é suficiente para suas necessidades?

( x )sim ( )não Qual não é atendida? ---

### **8 Domínio: Sexualidade**

**8.1** O Sr (a) percebe algum problema quanto ao sexo?

( )sim ( x )não Qual?---

**8.2** Houve alguma modificação no seu hábito sexual em decorrência da doença? ( )sim ( x )não Qual?---

**8.3** Ter filhos ou não, o(a) preocupa?

( )não Porque? ---

( x )sim Porque? *Se preocupa em andar uma boa educação para a filha.*

### **9 Domínio: Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse**

**9.1** Quando se sente nervoso(a) o que faz para aliviar? *Chora e desabafa com seu marido.*

**9.2** Acha que isso ajuda? *Sim*

**9.3** Quando tem problemas em sua vida, o que faz? *Procura resolver da melhor maneira possível.*

**9.4** O Sr(a) gostaria de agir diferente? ( )sim ( x )não Porque?---

### **10 Domínio: Princípios de Vida**

**10.1** Existem coisas espirituais importantes para o Sr.(a)?

( )não Porque?---

( x )sim Qual(is)? *Apesar de não praticar muito, acredita em Deus.*

Isso o(a) ajuda nos momentos difíceis? *Sim. Deus esta presente em todos os momentos nos ajudando.*

### 11 Domínio: Segurança/ Proteção

11.1 Apresenta algum tipo de infecção? ( ) Sim (x) Não

Especifique:---

11.2 Apresenta algum tipo de lesão física? (x) Sim ( ) Não

Especifique:---

11.3 Sofre algum tipo de violência ( ) Sim (x) Não

Especifique: ---

11.4 Sofre algum tipo de risco ambiental? ( ) Sim (x) Não

Especifique: ---

11.5 Apresenta algum tipo de reação alérgica? ( ) Sim (x) Não

Especifique: ---

### 12 Domínio: Conforto

12.1 Apresenta alguma sensação de desconforto? (x) Sim ( ) Não

Especifique: *Devido as lesões decorrentes do acidente.*

### 13 Domínio: Crescimento/ Desenvolvimento

13.1 Apresenta desenvolvimento proporcional para a idade?

(x) Sim ( ) Não Especifique:---

### Outras:

Há alguma coisa de que não tenhamos falado que o Sr.(a) gostaria de mencionar? ( )sim (x) não O quê?

Gostaria de fazer alguma pergunta? ( )sim (x) não Qual?---

## PARTE III: Dados físicos e observações durante a entrevista:

### A) Dados vitais:

Pressão arterial: *110/80 mm Hg*

Pulso: frequência *76 bpm* ritmo: *ritmico*

Respiração: frequência *20 mrm*

Temperatura axilar: *36 °C*

### B) Mensuração:

Peso atual: *54 kg*

Altura: *1,64 cm*

IMC: ---

### C) Exame Físico:

Estado geral: (x) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

#### CABEÇA

Couro cabeludo:---

Olhos: *Hematomas em olho D.*

Ouvido:---

Nariz: *Lesão esfoliativa.*

Boca: ---

#### PESCOÇO

Integridade: ---

#### TÓRAX

Integridade: *Lesão esfoliativa em lado E. Mamas túrgidas (esta amamentando, a criança esta sendo trazida ao hospital para amamentar)*

Ausculata pulmonar: *MV+*

Ausculata cardíaca:---

#### ABDOME

Integridade: *Lesão esfoliativa em lado E.*

Ausculata abdominal: *RH+*

Palpação abdominal: ---

#### MEMBROS

Integridade: *Joelho E com lesão corto-contusa extensa, com discreto sangramento.*

Mobilidade: *Prejudicada devido as lesões.*

#### OUTROS:

Uso de artefatos terapêuticos ou diagnósticos ( *x* ) Sim ( ) Não

Quais: *Venóclise em MSE para infusão venosa.*

#### D) Sensório:

Orientada no tempo e no espaço: ( *x* ) Sim ( ) Não

Facilidade de entendimento de idéias: ( *x* ) Sim ( ) Não Qual:---

Concentração da atenção:

Concentrado( *x* ) Pouco concentrado( ) Não concentrado( )

Tenso( ) Sim ( *x* ) Não

**ANEXO 4****Parte 1****CONJUNTO DE MATERIAIS PARA ESPECIALISTAS  
APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO ELABORADO**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006

Para: \_\_\_\_\_

Estamos desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO PARA A AVALIAÇÃO DA ACURÁCIA DIAGNÓSTICA” para obtenção do título de mestre junto a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). O objetivo do estudo é elaborar um instrumento para avaliação da acurácia de diagnósticos de enfermagem a partir de dados escritos.

Nosso intuito é convidá-la para participar dessa pesquisa, aplicando o instrumento elaborado para que possamos estimar a confiabilidade e a validade do mesmo.

Estamos encaminhando os materiais necessários para o trabalho a ser realizado:

1. Resumo do projeto de pesquisa;
2. Termo de consentimento livre e esclarecido;
3. Orientações para aplicar o instrumento;
4. Conjunto de dados escritos de 05 pacientes;
5. Instrumento de avaliação da acurácia diagnóstica para ser aplicado aos conjuntos de dados escritos dos 05 pacientes;

Agradecemos desde já a sua valiosa colaboração e estamos à disposição para qualquer esclarecimento.

\_\_\_\_\_  
Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos  
Aluna de mestrado da EEUSP  
[fabianamatos@hotmail.com](mailto:fabianamatos@hotmail.com) Telefone: (0XX45) 3226-1087

\_\_\_\_\_  
Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz  
Orientadora  
[mtmlf@usp.br](mailto:mtmlf@usp.br) Telefone: (0XX11) 3061-7500

## Parte 2

### 1) Resumo do projeto de pesquisa

#### CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO PARA A AVALIAÇÃO DA ACURÁCIA DIAGNÓSTICA

Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos  
Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

Atenta à importância da acurácia dos diagnósticos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, Lunney, enfermeira, pesquisadora dos Estados Unidos da América, desenvolveu, nos anos 90, um método para estimá-la. Esse método inclui uma escala de 7 pontos que, atualmente, consiste no único instrumento que atende a essa finalidade. Tal método foi desenvolvido para situações em que a enfermeira que aplica a escala tem a oportunidade de avaliar o paciente para o qual o diagnóstico foi estabelecido. A validade da escala de acurácia de Lunney (1990) pôde ser demonstrada em dois estudos realizados pela própria autora (1992; 1997). No entanto, os resultados do estudo de Cruz *et al.* (2004) mostraram que essa escala não se aplica a dados escritos. O objetivo deste projeto de pesquisa em andamento é desenvolver um instrumento para estimar a acurácia de diagnósticos de enfermagem a partir dos dados escritos decorrentes da avaliação do paciente. É uma pesquisa quantitativa de desenvolvimento metodológico. O produto pretendido deste estudo é um instrumento para ser aplicado por um avaliador que pode ou não ser a própria enfermeira que fez o diagnóstico sob avaliação. Esse avaliador precisará ter experiência com classificação de diagnóstico e com o conceito de acurácia diagnóstica usado no instrumento. Na primeira fase do estudo, já completada, baseada na definição de acurácia de Lunney (1990), 5 atributos de acurácia foram selecionados como fonte de itens: presença de pistas para o diagnóstico, número de pistas, relevância das pistas, especificidade das pistas, e consistência das pistas. Foram construídos 5 itens adicionando-se definições operacionais a cada atributo selecionado. Os itens foram submetidos a validade aparente e quatro itens foram mantidos (o número de pistas foi eliminado). O instrumento contendo os 4 itens selecionados foi submetido a teste piloto por 12 enfermeiras sendo aplicado à conjunto de dados escritos de 4 pacientes. Os resultados do teste piloto indicaram pequenos ajustes nos itens (consistência foi substituído pelo termo coerência), na formatação e a inclusão de um item para o avaliador indicar se ele afirmaria o diagnóstico. Na presente fase, o instrumento será testado por 15 peritos em diagnóstico de enfermagem com experiência clínica em enfermagem na saúde do adulto, que o aplicarão aos diagnósticos afirmados pelos pesquisadores para 5 pacientes adultos hospitalizados. Aos peritos estão sendo fornecidos conjuntos

contendo dados escritos de avaliação de pacientes (entrevista, exame físico e outras observações) e uma lista de diagnósticos enunciados para cada paciente. A lista de diagnósticos de enfermagem inclui diagnósticos com diferentes graus de acurácia segundo o julgamento dos pesquisadores que avaliaram os pacientes. A confiabilidade do instrumento será testada em termos de concordância entre avaliadores. A hipótese de que os diagnósticos mais acurados (segundo os pesquisadores que avaliaram os pacientes) receberão escores mais altos de acurácia será testada como estimativa de validade do instrumento.

**Parte 3****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (especialistas)

**Pesquisa:** Construção de instrumento para avaliação da acurácia diagnóstica

NOME DO PARTICIPANTE \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDADE N° \_\_\_\_\_ SEXO M F

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ENDEREÇO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

---

Essa pesquisa tem a finalidade de desenvolver um instrumento para avaliar a acurácia de diagnósticos de enfermagem. Solicitamos a sua participação para testar o modelo em desenvolvimento. Essa participação requer que você analise diagnósticos estabelecidos frente aos dados de entrevista e do exame físico de paciente e aplique o instrumento em teste, de acordo com orientações que lhe serão oferecidas. Estima-se que a análise do conjunto de dados de cada paciente requeira de 15 a 20 minutos.

Os enfermeiros participantes não serão identificados garantindo-se o sigilo das respostas, que permanecerão confidenciais. A participação na pesquisa é voluntária e a qualquer tempo os participantes poderão ter acesso às informações sobre a pesquisa pelos telefones/endereços abaixo indicados.

Se você concorda em participar, pedimos que assine o termo de consentimento livre e esclarecido. Você poderá retirar o seu consentimento em qualquer fase do projeto.

---

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura do sujeito de  
pesquisa

Responsável pela pesquisa – Diná de A L M da  
Cruz

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419- sala 314  
Telefones: (011) 30667544 / 30667500

Pesquisadora – Fabiana G. de O. Azevedo Matos  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
Telefone: (045) 9972-1085

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-  
EEUSP. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419. Telefone: (011)3066-7548. E-mail:  
edipesq@usp.br



## Parte 4

### DADOS PESSOAIS DOS ESPECIALISTAS/ APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

1. Sexo: Feminino Masculino
2. Idade: \_\_\_\_ anos
3. Ano da graduação em enfermagem \_\_\_\_\_
4. Formação relacionada a Diagnóstico de Enfermagem (DE) durante o curso de graduação:
  - Nenhum conteúdo sobre DE na graduação
  - Apenas conteúdo teórico sobre DE na graduação
  - Conteúdo teórico e prático sobre DE na graduação
5. Formação relacionada a raciocínio clínico durante o curso de graduação:
  - Nenhum conteúdo sobre Processo de enfermagem na graduação
  - Apenas conteúdo teórico sobre Processo de enfermagem na graduação
  - Conteúdo teórico e prático sobre Processo de enfermagem na graduação com muita prática na identificação de problemas de enfermagem
  - Conteúdo teórico e prático sobre Processo de enfermagem na graduação com pouca ou nenhuma prática na identificação de problemas de enfermagem
6. Maior grau obtido ou em andamento
 

<input type="checkbox"/> Especialização	<input type="checkbox"/> Obtido, ano ____	<input type="checkbox"/> Andamento
<input type="checkbox"/> Mestrado profissionalizante	<input type="checkbox"/> Obtido, ano ____	<input type="checkbox"/> Andamento
<input type="checkbox"/> Mestrado acadêmico	<input type="checkbox"/> Obtido, ano ____	<input type="checkbox"/> Andamento
<input type="checkbox"/> Doutorado	<input type="checkbox"/> Obtido, ano ____	<input type="checkbox"/> Andamento
7. Tempo (em anos) de experiência na enfermagem \_\_\_\_ anos.
8. Atividade de trabalho atual predominante: \_\_\_\_\_
 

8.1. Área geral (marque apenas uma):	8.2. Área clínica (marque apenas uma):
<input type="checkbox"/> Assistência de enfermagem	<input type="checkbox"/> Saúde do Adulto e Idoso
<input type="checkbox"/> Ensino de enfermagem	<input type="checkbox"/> Saúde da Criança
<input type="checkbox"/> Administração de enfermagem	<input type="checkbox"/> Saúde da Mulher
<input type="checkbox"/> Pesquisa em enfermagem	<input type="checkbox"/> Saúde Mental
<input type="checkbox"/> Outra ou Não se aplica	<input type="checkbox"/> Outra ou Não se Aplica
9. Quanto a sua prática clínica (no ensino, pesquisa ou na assistência):
  - Inclui classificação de DE: \_\_\_\_ anos
  - Não inclui classificação de DE
  - Não se aplica. Justifique: \_\_\_\_\_
10. Marque com um X quanto de contato você já teve com o tema 'diagnóstico de enfermagem' conforme as seguintes atividades:
 

10.1. Realização de leitura	<input type="checkbox"/> nada	<input type="checkbox"/> pouco	<input type="checkbox"/> moderada	<input type="checkbox"/> muito
10.2. Participação em aulas / cursos	<input type="checkbox"/> nada	<input type="checkbox"/> pouco	<input type="checkbox"/> moderada	<input type="checkbox"/> muito
10.3. Participação em eventos específicos	<input type="checkbox"/> nada	<input type="checkbox"/> pouco	<input type="checkbox"/> moderada	<input type="checkbox"/> muito
10.4. Utilização na prática clínica	<input type="checkbox"/> nada	<input type="checkbox"/> pouco	<input type="checkbox"/> moderada	<input type="checkbox"/> muito
10.5. Realização de pesquisa	<input type="checkbox"/> nada	<input type="checkbox"/> pouco	<input type="checkbox"/> moderada	<input type="checkbox"/> muito
11. Eu avalio que minha habilidade para formular diagnósticos de enfermagem é:
 

<input type="checkbox"/> 85 a 100% acurada	<input type="checkbox"/> 70 a 84% acurada	<input type="checkbox"/> 55 a 69% acurada
<input type="checkbox"/> 40 a 55% acurada	<input type="checkbox"/> 25 a 39% acurada	<input type="checkbox"/> 0 a 24% acurada

## Parte 5

### Orientações para aplicação do instrumento

#### ORIENTAÇÕES GERAIS:

A EADE - DE (Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem – Dados Escritos) foi desenvolvida para estimar o grau com que uma afirmação diagnóstica tem sustentação num conjunto de informações clínicas escritas do paciente. O uso adequado da escala requer que o avaliador esteja suficientemente esclarecido sobre conceitos e termos envolvidos na escala.

Leia cuidadosamente as definições a seguir.

#### DEFINIÇÕES:

A acurácia de um diagnóstico é propriedade que depende do conjunto de dados da situação clínica do paciente. O conjunto de dados deve apresentar pistas para o diagnóstico. As PISTAS podem variar em grau de RELEVÂNCIA e ESPECIFICIDADE com relação ao diagnóstico e em grau de COERÊNCIA em relação ao conjunto das informações clínicas disponíveis.

A **ACURÁCIA DE UM DIAGNÓSTICO** é o julgamento de um avaliador quanto ao grau de relevância, especificidade e coerência das pistas existentes para o diagnóstico e quanto ao grau de pertinência do diagnóstico na situação clínica.

- **Pistas**: são manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios, sinais, indicações ou características de um **diagnóstico de enfermagem**.
- **Relevância da pista**: propriedade de uma pista de ser importante como indicador de um **diagnóstico de enfermagem**.
- **Especificidade da pista**: propriedade de uma pista de ser própria e distintiva de um **diagnóstico de enfermagem**.
- **Coerência da pista**: propriedade de uma pista de ser consistente com o **conjunto das informações disponíveis**.

## ESCALA DE ACURÁCIA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - DADOS ESCRITOS (EADE -DE)

A aplicação da EADE – DE requer que você analise cada diagnóstico formulado para um paciente, com base nos dados de avaliação clínica que deram origem aos diagnósticos em análise. Para aplicar a EADE – DE você deve ter em mãos os dados de avaliação clínica do paciente e os diagnósticos formulados com base nesses dados.

A EADE - DE consta de 5 itens com respostas dicotômicas. Para responder a cada item, o avaliador deve considerar cada diagnóstico estabelecido frente ao conjunto de dados que deram origem aos diagnósticos em questão.

1. **ANTES** de iniciar o julgamento dos diagnósticos, o avaliador deve realizar leitura cuidadosa dos dados clínicos escritos disponíveis sobre o paciente (entrevista, exame físico e outros dados);
2. **APÓS** realizar a leitura cuidadosa dos dados, o avaliador deve submeter cada diagnóstico listado à EADE-DE.
  - a. O avaliador deverá voltar, sempre que necessário, aos dados escritos para responder os itens da EADE-DE.
  - b. Recomenda-se também que a classificação da NANDA-I seja amplamente consultada.
3. Os itens da EADE-DE e as orientações para respondê-los são:

Item 1	Há pista(s) para o diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<p><b>ORIENTAÇÃO Item 1</b></p> <p>Considere a definição de <b>pistas</b>: são manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios, sinais, indicações ou características de um <b>diagnóstico de enfermagem</b>.</p> <p>Se houver pelo menos uma pista para o diagnóstico, independente de sua relevância, especificidade e coerência, marque a resposta sim.</p> <p>Consulte a NANDA-I sempre que necessário.</p> <p>Se a resposta for não, os outros itens não se aplicam. Interrompa aqui a aplicação do EADE - DE para ESSE DIAGNÓSTICO.</p>			
Item 2	A relevância da(s) pista(s) existente(s) é:	<input type="checkbox"/> Alta/ Moderada	<input type="checkbox"/> Baixa

## ORIENTAÇÃO Item 2

Considere a definição de **relevância da pista**: propriedade de uma pista de ser importante como indicador de um **diagnóstico de enfermagem**, e indique o grau de relevância da(s) pista(s) existente(s).

Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de relevância, indique apenas o mais elevado (Alta / Moderada).

Consulte a NANDA I sempre que necessário.

Item 3	A especificidade da(s) pista(s) existente(s) é:	<input type="checkbox"/> Alta/ Moderada	<input type="checkbox"/> Baixa/ Nula
--------	---	--	---

## ORIENTAÇÃO Item 3

Considere a definição de **especificidade da pista**: propriedade de uma pista de ser própria e distintiva de um **diagnóstico de enfermagem**, e indique o grau de especificidade da(s) pista(s) existente(s).

Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de especificidade, indique apenas o mais elevado (Alta / Moderada).

Consulte a NANDA - I sempre que necessário.

Item 4	A coerência da(s) pista(s) existente(s) é:	<input type="checkbox"/> Alta / Moderada	<input type="checkbox"/> Baixa/ Nula
--------	--	---	---

## ORIENTAÇÃO Item 4

Considere a definição de **coerência da pista**: propriedade de uma pista de ser consistente com o **conjunto das informações disponíveis**, e indique o grau de coerência da(s) pista(s) existente(s).

Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de coerência, indique apenas o mais elevado (Alta / Moderada).

Pergunta	Você manteria o diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
----------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

## ORIENTAÇÃO Item 5

Considere que mesmo havendo pistas com alguma relevância, especificidade e coerência para o diagnóstico,

- ele pode não ser prioritário para a situação do paciente;
- ele pode não direcionar intervenções adequadas;
- outro diagnóstico pode explicar melhor a resposta do paciente;

Nesses casos, indique a resposta “Não”.

Consulte a NANDA - I sempre que necessário.

Ao aplicar a EADE – DE você deve indicar suas respostas num quadro. Veja o EXEMPLO (dados simplificados) a seguir.

### EXEMPLO DE APLICAÇÃO DA EADE - DE

#### DADOS:

S.L., 55 anos, sexo masculino, casado, 2 filhos, está no 8º dia de pós-operatório de toracotomia direita para lobectomia. Informa sentir dor à movimentação do braço direito, o que interfere no ato de alimentar-se, tomar banho e vestir-se, embora consiga realizar essas atividades sozinho. Refere estar urinando espontaneamente, sem alterações miccionais e que evacua diariamente fezes pastosas e sem desconfortos. Quer saber quando terá alta do hospital. Ao exame físico apresenta FR=28mov/min; amplitude normal, sem utilização de musculatura acessória. À ausculta, os pulmões não apresentam ruídos adventícios, mas o paciente apresenta secreção brônquica esbranquiçada que tem dificuldade de eliminar porque sente dor ao tossir. Pulso radial=80/min, cheio, rítmico; T(axilar)=36°C; PA= 110/70mmHg; palidez cutânea discreta e bom turgor da pele. A incisão torácica está sem curativo oclusivo, os pontos já foram retirados e apresenta boa cicatrização. Mantém postura de proteção do tórax direito.

#### Diagnósticos estabelecidos:

1. Dor aguda
2. Ansiedade
3. Déficit no autocuidado para banho/higiene

#### Lista de diagnósticos / Quadro de respostas EADE

Diagnósticos	Item 1		Item 2		Item 3		Item 4		Você manteria este DE	
	Há pistas?*		Relevância (pista x diagnóstico)		Especificidade (pista x diagnóstico)		Coerência (pista X conjunto dos dados)		Sim	Não
	Sim	Não	Alta/Moderada	Baixa	Alta/Moderada	Baixa/Nula	Alta/Moderada	Baixa/Nula		
1. Dor aguda	x		x		X		x		x	
2. Ansiedade		x	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		x
3. Déficit para o autocuidado (banho/higiene)	x			x		x		x		x

\* Quando a resposta for não, não preencher as demais células para o diagnóstico específico.

No exemplo acima, quanto ao diagnóstico de **Dor aguda** o avaliador julgou que:

1. há pistas para o referido diagnóstico;
2. há pelo menos uma pista de relevância alta/moderada (relato de dor pelo paciente);
3. há pelo menos uma pista de especificidade alta / moderada (relato de dor pelo paciente);
4. há pelo menos uma pista de coerência alta/ moderada (o relato de dor é consistente com a postura de proteção, com a situação de pós-operatório e é associado pelo paciente à movimentação e à tosse; não há dado que negue esse diagnóstico);
5. o diagnóstico deve ser mantido nos cuidados ao paciente.

Quanto ao diagnóstico de **Ansiedade**, o avaliador julgou que:

1. não há, no conjunto de dados, manifestações do paciente que indiquem esse diagnóstico (pistas), por isso os outros itens não se aplicaram (N/A).

Quanto ao diagnóstico de **Déficit no autocuidado para banho/higiene**, o avaliador julgou que:

1. há pelo menos uma pista para esse diagnóstico (fator que interfere na realização do banho);
2. a pista existente é de baixa relevância (o fator interfere na realização do banho, mas não impede sua realização independentemente);
3. a pista existente tem especificidade baixa/ nula (o fator interfere, mas não caracteriza incapacidade para realizar o banho independentemente);
4. a pista existente tem coerência baixa/nula (há informação de que o paciente realiza o banho independentemente);
5. o diagnóstico não deve ser mantido, pois julgou que não devem ser direcionadas intervenções para o autocuidado (banho/higiene); que resultados positivos às intervenções para o diagnóstico de dor aguda diminuiriam a interferência na realização do banho, e que o paciente, apesar das limitações consegue realizar o banho independentemente (não necessita de auxílio de pessoa ou equipamento).

Tal como no EXEMPLO, você está recebendo, para cada conjunto de dados de avaliação dos pacientes um quadro para incluir seus julgamentos quanto a acurácia de cada diagnóstico afirmado. São 5 (cinco) conjuntos com números variados de diagnósticos em cada um. Por favor, leia cada descrição cuidadosamente ANTES de iniciar o julgamento dos diagnósticos de cada paciente.

**Parte 6**

**Conjunto de dados nº 01, 02, 03, 04 e 05**

**Material não disponibilizado.**



**ANEXO 5****Parte 1****MATERIAL PARA COLETA DE DADOS EM PACIENTES  
HOSPITALIZADOS****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Pacientes)**

**Pesquisa:** Construção de um instrumento para avaliação da acurácia diagnóstica

NOME DO PARTICIPANTE \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDADE N° \_\_\_\_\_ SEXO M F

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ENDEREÇO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

Essa pesquisa tem a finalidade de criar um formulário para verificar se os diagnósticos de enfermagem que as enfermeiras identificam são condizentes com a clínica do paciente. Em uma das etapas dessa pesquisa serão apresentados os dados da entrevista e do exame físico de um paciente para que uma enfermeira diga quais são seus diagnósticos de enfermagem. Para tanto, cada paciente que concordar em participar será entrevistado e examinado e os seus dados serão anotados. A entrevista e o exame físico levarão mais ou menos 30 minutos.

Os pacientes não serão identificados garantindo-se o sigilo das respostas, que permanecerão confidenciais. Este estudo não trará riscos ou prejuízos ao seu tratamento.

A participação dos pacientes é voluntária e a qualquer tempo os participantes poderão ter acesso às informações sobre a pesquisa pelos telefones/endereços abaixo indicados. O indivíduo que participar da pesquisa poderá retirar o consentimento a qualquer momento, e portanto, pode deixar de participar do estudo.

Se você concorda em participar, peço que assine o termo de consentimento livre e esclarecido. Você poderá retirar o seu consentimento em qualquer fase do projeto.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura do sujeito de  
pesquisa

Responsável pela pesquisa – Diná de A L M Cruz  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419- sala 314  
Telefones: (011) 30667544 / 30667500

Pesquisadora – Fabiana G. de O. Azevedo Matos  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419  
Telefone: (045) 9972-1085

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Av. Professor Lineu Prestes, nº 2565. Cidade Universitária. Telefone: (011)3039-9457. E-mail: [cep@hu.usp.br](mailto:cep@hu.usp.br)

## Parte 2

## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Entrevista nº \_\_\_\_\_

## Parte I: Dados de identificação

Instituição: \_\_\_\_\_ Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 Ocupação: \_\_\_\_\_ Renda Mensal Familiar: \_\_\_\_\_  
 Nº dependentes: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_ Dia de internação atual: \_\_\_\_\_

## Parte II: Entrevista com o paciente

## 1 Domínio: Promoção da saúde

1.1 Como acha que tem sido sua saúde? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.2 Já foi internado alguma outra vez? ( )sim ( )não

Por quê? \_\_\_\_\_

1.3 O que aconteceu que ocasionou a internação desta vez? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.4 Para o(a) Sr(a), o que significa estar internado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.5 O que sabe sobre a doença que causou essa internação? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.6 O Sr. (a): Fuma? ( )sim ( )não Quanto? \_\_\_\_\_

Bebe bebidas alcoólicas? ( )sim ( )não Quanto? \_\_\_\_\_

1.7 Utilizava algum remédio antes de internar-se? ( )sim ( )não

Nome da medicação	Dose	Indicação	Quem os indicou

1.8 Conseguia tomar os remédios conforme o médico receitou?

( )sim ( )não Por quê?

1.9 Além de remédios, o que mais os médicos e enfermeiros orientaram o senhor para fazer?

1.10 Consegue fazer tudo o que eles pedem? ( ) sim ( ) não

Por quê?

## 2 Domínio: Nutrição

Tipo de alimento	Frequência			
	diariamente	semanalmente	Raramente	Nunca

ingerido				
Tipo de líquido ingerido	Frequência			
	diariamente	semanalmente	Raramente	Nunca

Total de líquidos ingerido por dia?

2.1 Faz algum controle dos líquidos que bebe? ( )sim ( )não

Como?

2.2 Como é seu apetite?

2.3 Sente algum problema para alimentar-se? ( )sim ( )não

Qual?

### 3 Domínio: Eliminação

3.1 Descreva o funcionamento do seu intestino quanto a :

freqüência das evacuações: \_\_\_\_\_

características das fezes: \_\_\_\_\_

problemas para evacuar: \_\_\_\_\_

3.2 Descreva o funcionamento da sua bexiga quanto a:

freqüência das micções: \_\_\_\_\_

levanta-se à noite para urinar: \_\_\_\_\_

característica da urina: \_\_\_\_\_

problemas para urinar: \_\_\_\_\_

### 4 Domínio: Atividade/ Repouso

4.1 Sente que sua energia é suficiente para as atividades que gostaria de fazer? ( )sim ( )não Por quê?

4.2 Pratica algum exercício físico? ( )sim ( )não Qual?

Com que freqüência?

4.3 O que costuma fazer no tempo livre?

4.4 Sente alguma dificuldade para caminhar e subir escadas normalmente?

( )sim ( )não Qual(is)?

4.5 Das atividades abaixo, cite aquela (s) que tem dificuldade para fazer sozinho.

Alimentar-se: ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Ir ao banheiro: ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Tomar banho: ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Vestir-se: ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

4.6 Em média, dorme quantas horas por dia?

4.7 Após o sono, sente-se repousado e pronto para as atividades diárias?

( )sim ( )não Por quê?

### 5 Domínio: Percepção/ Cognição

5.1 Tem alguma dificuldade para ver? ( )sim ( )não Qual?  
Como tenta resolvê-la?

5.2 O (a) Sr (a) tem alguma dificuldade para ouvir?  
( )sim ( )não Qual?  
Como tenta resolvê-la?

5.3 Sente alguma dificuldade para aprender coisas novas? ( )sim ( )não  
Por quê?

#### 6 Domínio: Auto Percepção

6.1 Como descreveria sua maneira de ser?

6.2 Há alguma coisa em si mesmo(a) que gostaria que fosse diferente?  
( )sim ( )não O quê?

6.3 Depois que a doença começou, percebeu mudanças na sua maneira de ser? ( )sim ( )não Qual(is)?

#### 7 Domínio: Relacionamentos de Papel

7.1 Com quem o Sr(a) vive?

7.2 A doença trouxe algum problema na sua vida particular?  
( )sim ( )não Qual?

7.3 Como a sua família se sente quanto a sua doença?

7.4 Sente-se sozinho com frequência? ( )sim ( )não  
Por que?

7.5 A doença trouxe algum problema no seu trabalho?  
( )sim ( )não Qual(is)?

7.6 O dinheiro de que dispõe é suficiente para suas necessidades?  
( )sim ( )não Qual não é atendida?

#### 8 Domínio: Sexualidade

8.1 O Sr (a) percebe algum problema quanto ao sexo?  
( )sim ( )não Qual?

8.2 Houve alguma modificação no seu hábito sexual em decorrência da doença? ( )sim ( )não Qual?

8.3 Ter filhos ou não, o(a) preocupa?  
( )não Porque?  
( )sim Porque?

#### 9 Domínio: Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse

9.1 Quando se sente nervoso(a) o que faz para aliviar?

9.2 Acha que isso ajuda?

9.3 Quando tem problemas em sua vida, o que faz?

9.4 O Sr(a) gostaria de agir diferente? ( )sim ( )não Porque?

#### 10 Domínio: Princípios de Vida

10.1 Existem coisas espirituais importantes para o Sr.(a)?  
( )não Porque?

( )sim Qual(is)?

Isso o(a) ajuda nos momentos difíceis?

#### 11 Domínio: Segurança/ Proteção

11.1 Apresenta algum tipo de infecção? ( ) Sim ( )Não

Especifique: \_\_\_\_\_

**11.2** Apresenta algum tipo de lesão física? ( ) Sim ( ) Não

Especifique: \_\_\_\_\_

**11.3** Sofre algum tipo de violência ( ) Sim ( ) Não

Especifique: \_\_\_\_\_

**11.4** Sofre algum tipo de risco ambiental? ( ) Sim ( ) Não

Especifique: \_\_\_\_\_

**11.5** Apresenta algum tipo de reação alérgica? ( ) Sim ( ) Não

Especifique: \_\_\_\_\_

## 12 Domínio: Conforto

**12.1** Apresenta alguma sensação de desconforto? ( ) Sim ( ) Não

Especifique: \_\_\_\_\_

## 13 Domínio: Crescimento/ Desenvolvimento

**13.1** Apresenta desenvolvimento proporcional para a idade?

( ) Sim ( ) Não Especifique: \_\_\_\_\_

### Outras:

Há alguma coisa de que não tenhamos falado que o Sr.(a) gostaria de mencionar? ( ) sim ( ) não O quê?

Gostaria de fazer alguma pergunta? ( ) sim ( ) não Qual?

## PARTE III: Dados físicos e observações durante a entrevista:

### A) Dados vitais:

Pressão arterial: \_\_\_\_\_ mm Hg

Pulso: frequência \_\_\_\_\_ bpm ritmo: \_\_\_\_\_

Respiração: frequência \_\_\_\_\_ mrm Temperatura axilar: \_\_\_\_\_ °C

### B) Mensuração:

Peso atual: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

### C) Exame Físico:

Estado geral: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

#### CABEÇA

Couro cabeludo: \_\_\_\_\_

Olhos: \_\_\_\_\_

Ouvido: \_\_\_\_\_

Nariz: \_\_\_\_\_

Boca: \_\_\_\_\_

#### PESCOÇO

Integridade: \_\_\_\_\_

#### TÓRAX

Integridade: \_\_\_\_\_

Ausculta pulmonar: \_\_\_\_\_

Ausculta cardíaca: \_\_\_\_\_

ABDOME

Integridade: \_\_\_\_\_

Ausulta abdominal: \_\_\_\_\_

Palpação abdominal: \_\_\_\_\_

MEMBROS

Integridade: \_\_\_\_\_

Mobilidade: \_\_\_\_\_

OUTROS:

Uso de artefatos terapêuticos ou diagnósticos ( ) Sim ( ) Não

Quais: \_\_\_\_\_

**D) Sensório:**

Orientada no tempo e no espaço: ( ) Sim ( ) Não

Facilidade de entendimento de idéias: ( ) Sim ( ) Não Qual: \_\_\_\_\_

Concentração da atenção:

Concentrado( ) Pouco concentrado( ) Não concentrado( )

Tenso( ) Sim ( ) Não

## ANEXO 6

## Gabarito das avaliações dos pacientes / “padrão-ouro”

Conjunto de dados nº 01

Nome: I.P.R.

## Lista de diagnósticos / Quadro de respostas EADE

Diagnósticos	Item 1		Item 2		Item 3		Item 4		Você enunciará este DE?	
	Há pistas?*		Relevância (pista x diagnóstico)		Especificidade (pista x diagnóstico)		Coerência (pista X conjunto dos dados)			
	S	N	A/M	B	A/M	B/N	A/M	B/N	S	N
1. Dor	X		X		X		X		X	
2. Nutrição desequilibrada: menos ...	X		X		X		X		X	
3. Deambulação prejudicada/	X		X		X		X		X	
4. Risco de queda	X		X		X		X		X	
5. Fadiga	X		X		X		X		X	
6. Risco para integridade da pele prejudicada	X		X		X		X		X	
7. Incontinência intestinal	X		X		X		X		X	
8. Incontinência urinária	X		X		X		X		X	
9. Disfunção sexual		X								X
10. Padrão do sono perturbado	X		X			X		X	X	
11. Padrão respiratório ineficaz		X								X

\* Quando a resposta for não, não preencher as demais células do diagnóstico.

Legenda: S: Sim;  
 N: Não;  
 A/M: Alta / Moderada;  
 B: Baixa;  
 B/N: Baixa / Nula;  
 N/A: Não se aplica.

Conjunto de dados nº 02  
Nome: C. G. F.

**Lista de diagnósticos / Quadro de respostas EADE**

Diagnósticos	Item 1		Item 1		Item 1		Item 1		Você enunciaria este DE?	
	Há pistas?*		Relevância (pista x diagnóstico)		Especificidade (pista x diagnóstico)		Coerência (pista X conjunto dos dados)			
	S	N	A/M	B	A/M	B/N	A/M	B/N	S	N
1. Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades	X		X		X		X		X	
2. Controle ineficaz do regime terapêutico	X		X		X		X		X	
3. Intolerância a atividade	X		X		X		X		X	
4. Risco para integridade da pele prejudicada	X		X		X		X		X	
5. Risco para trauma	X		X			X	X		X	
6. Déficit no auto cuidado para banho/higiene		X								X
7. Baixa auto estima		X								X

\* Quando a resposta for não, não preencher as demais células do diagnóstico.

Legenda: S: Sim;  
N: Não;  
A/M: Alta / Moderada;  
B: Baixa;  
B/N: Baixa / Nula;  
N/A: Não se aplica.



**Conjunto de dados nº 03**  
**Nome: A. L.**

**Lista de diagnósticos / Quadro de respostas EADE**

Diagnósticos	Item 1		Item 2		Item 3		Item 4		Você enunciaria este DE?	
	Há pistas?*		Relevância (pista x diagnóstico)		Especificidade (pista x diagnóstico)		Coerência (pista X conjunto dos dados)			
	S	N	A/M	B	A/M	B/N	A/M	B/N	S	N
1. Dor	X		X		X		X		X	
2. Ansiedade	X		X		X		X		X	
3. Constipação	X		X		X		X		X	
4. Risco para queda	X		X		X		X		X	
5. Fadiga	X		X			X	X		X	
6. Nutrição desequilibrada: menos ...	X		X		X		X		X	
7. Padrão de sono perturbado	X		X			X		X	X	
8. Deambulação prejudicada	X		X			X		X	X	
9. Sentimento de pesar		X								X

\* Quando a resposta for não, não preencher as demais células do diagnóstico.

Legenda: S: Sim;  
N: Não;  
A/M: Alta / Moderada;  
B: Baixa;  
B/N: Baixa / Nula;  
N/A: Não se aplica.

**Conjunto de dados nº 04**  
**Nome: MFS**

**Lista de diagnósticos / Quadro de respostas EADE**

Diagnósticos	Item 1		Item 2		Item 3		Item 4		Você enunciaria este DE?	
	Há pistas?*		Relevância (pista x diagnóstico)		Especificidade (pista x diagnóstico)		Coerência (pista X conjunto dos dados)			
	S	N	A/M	B	A/M	B/N	A/M	B/N	S	N
1. Dor	X		X		X		X		X	
2. Intolerância a atividade	X		X		X		X		X	
3. Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	X		X		X		X		X	
4. Padrão respiratório ineficaz	X		X			X	X		X	
5. Trocas gasosas ineficazes	X			X		X		X		X
6. Isolamento social	X			X		X		X		X

\* Quando a resposta for não, não preencher as demais células do diagnóstico.

Legenda: S: Sim;  
N: Não;  
A/M: Alta / Moderada;  
B: Baixa;  
B/N: Baixa / Nula;  
N/A: Não se aplica.

**Conjunto de dados nº 05**  
**Nome: R.J.S.**

**Lista de diagnósticos / Quadro de respostas EADE**

Diagnósticos	Item 1		Item 2		Item 3		Item 4		Você enunciará este DE?	
	Há pistas?*		Relevância (pista x diagnóstico)		Especificidade (pista x diagnóstico)		Coerência (pista X conjunto dos dados)			
	S	N	A/M	B	A/M	B/N	A/M	B/N	S	N
1. Dor	X		X		X		X		X	
2. Nutrição desequilibrada: mais...	X		X		X		X		X	
3. Risco para queda	X		X		X		X		X	
4. Integridade da pele prejudicada	X		X		X		X		X	
5. Déficit para autocuidado para alimentação	X		X		X		X		X	
6. Déficit para autocuidado para banho/higiene.	X		X		X		X		X	
7. Déficit para autocuidado para vestir-se	X		X		X		X		X	
8. Risco para controle ineficaz do regime terapêutico	X		X		X		X		X	
9. Padrão do sono perturbado		X								X
10. Memória prejudicada	X			X		X		X	X	

\* Quando a resposta for não, não preencher as demais células do diagnóstico.

Legenda: S: Sim;  
N: Não;  
A/M: Alta / Moderada;  
B: Baixa;  
B/N: Baixa / Nula;  
N/A: Não se aplica.

## ANEXO 7

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - CEP-EEUSP / Processo nº 539/2006.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000  
Fons.: 3066-7548 - Fax.: 280-6213  
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 19 de abril de 2006.

Ilm.ª Sr.ª  
Prof.ª Dr.ª Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

Ref.: Processo nº 539/2006/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A AVALIAÇÃO DA ACURÁCIA DIAGNÓSTICA", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Dulce Maria Rosa Gualda'.

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

## ANEXO 8

Comitê de Ética e do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo –  
CEP/HU - Processo nº 645-2006



São Paulo, 20 de maio de 2006.

*Ilmo(a) Sr(a)*

**Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz**  
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Escola de Enfermagem  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** “Construção e validação de um instrumento para a avaliação da acurácia diagnóstica” - **Registro CEP: 645/06**

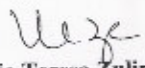
Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 19 de maio de 2006, analisou o projeto de pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como, seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, item IX.2 letra c.

**O primeiro relatório está previsto para 19 de maio de 2007.**

Atenciosamente,

  
**Dra. Maria Teresa Zulini da Costa**  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU/USP

**ANEXO 9**

Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo –  
CPq/EEUSP - Processo nº 036-2006



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05408-000  
Caixa postal 41633 - CEP 05422-870 - São Paulo, SP - Brasil  
E-mail: ee@wfu.usp.br - Tel.: (55) (011) 3066-7505 - Fax: (55) (011) 7505-7506


**Of. AAc / 036 / 04.05.2006**

Il.<sup>ma</sup> Sr.<sup>a</sup>  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz  
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Escola de Enfermagem  
Universidade de São Paulo

Prezada Senhora,

Nos termos da documentação contida no processo n. 28/2006/CPq/EEUSP, informamos que V. S.<sup>a</sup> foi autorizada a realizar, nesta Unidade, a coleta de dados relativa ao projeto *Construção e Validação de um Instrumento para a Avaliação da Acurácia Diagnóstica*.

Atenciosamente,

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Maria Kazue Miyadahira  
Diretora