

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO E
DOUTORADO

CAROLINE MAIER PREDEBON

**ACURÁCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA EM CRIANÇAS
HOSPITALIZADAS**

PORTO ALEGRE

2011

CAROLINE MAIER PREDEBON

**ACURÁCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA EM CRIANÇAS
HOSPITALIZADAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eneida Rejane Rabelo da Silva
Co-Orientadora: Diná de Almeida Lopes da Cruz

PORTO ALEGRE

2011

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS**

P923a Predebon, Caroline Maier

Acurácia do diagnóstico de enfermagem dor aguda em crianças hospitalizadas
[manuscrito] / Caroline Maier Predebon. – 2011.
f. 64.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola
de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

Orientação: Eneida Rejane Rabelo da Silva.

Co-orientação: Diná de Almeida Lopes da Cruz.

1.Dor – Diagnóstico de enfermagem. 2. Criança hospitalizada. 3. Processos
de enfermagem. I. Silva, Eneida Rejane Rabelo da. II. Cruz, Diná de Almeida
Lopes da. III. Título

LM : WY160.5

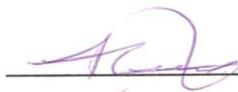
CAROLINE MAIER PREDEBON

Acurácia clínica do diagnóstico de enfermagem dor aguda em crianças hospitalizadas.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 20 de janeiro de 2011.

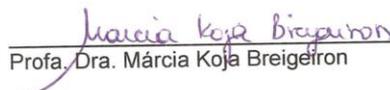
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Eneida Rejane Rabelo da Silva

Presidente da Banca – Orientadora

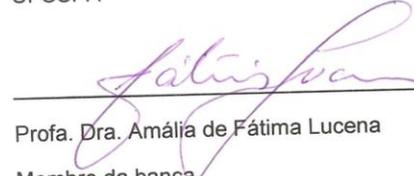
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Márcia Koja Breigefron

Membro da banca

UFCSPA



Profa. Dra. Amália de Fátima Lucena

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Pedro Paulo Predebon e Mercedes Maier Predebon, representando toda a minha família, por terem me dado a vida, amor, carinho, educação, valores, apoio e o estudo.

Ao meu noivo Eduardo Wallauer Rodrigues Soares, companheiro de todas as horas, pelo incentivo e parceria.

Agradeço também a Deus, que sempre esteve comigo nos momentos mais difíceis.

À professora Dr^a Eneida Rejane Rabelo da Silva, pelos ensinamentos, paciência e exemplo de profissional.

À professora Dr^a Diná de Almeida Lopes Monteiro Cruz pela acolhida, pela co-orientação e, juntamente com Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos, por compartilhar comigo seu conhecimento sobre acurácia diagnóstica.

Aos colegas de trabalho, chefia e todos os membros da equipe de enfermagem do 10º Norte, no nome da Enfermeira Sandra Leduína Sanseverino, que auxiliaram com trocas e folgas e compreenderam minha ausência.

Ao Serviço de Enfermagem Pediátrica, pela disponibilidade do campo de pesquisa, no nome da Professora Dr^a Nair Ritter Ribeiro.

À colega e amiga Anali Martegani Ferreira, grande exemplo e incentivadora. À enfermeira Simone Pasin, por compartilhar comigo seu conhecimento sobre dor em pediatria. Às colegas do Grupo de Estudos em Diagnósticos de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por compartilharem o conhecimento sobre a temática.

À enfermeira Vera Mendes Dias por me ensinar o caminho das pedras.

Às bolsistas voluntárias Gabriela Gomes dos Santos, Melina Trojahn, Alexandra Nogueira Lopes de Mello e Jeniffer Parraga pelo auxílio na coleta de dados. À colega Graciele Fernanda da Costa Linch pela disponibilidade e parceria.

RESUMO

Introdução: Estudos que busquem verificar a acurácia no estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem são fundamentais para legitimar a escolha de um determinado diagnóstico. Na prática existe uma ampla variedade de diagnósticos possíveis nas situações clínicas. Além dos altamente acurados, poderão existir outros que são aceitáveis, também baseados em dados existentes. No entanto, a acurácia é pouco explorada na temática dos diagnósticos.

Objetivos: Verificar a acurácia do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda em crianças hospitalizadas antes e após a implementação da avaliação sistematizada da dor por meio da Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem (EADE).

Métodos: Estudo tipo antes-depois realizado com prontuários de crianças hospitalizadas que tiveram diagnóstico de enfermagem de Dor Aguda entre dezembro de 2007 e dezembro de 2009 em uma unidade de tratamento intensivo (UTI) e três unidades de internação. Estudo conduzido em hospital público e universitário, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Dividiu-se a amostra em período pré-implementação da avaliação sistematizada da dor como 5º Sinal Vital e pós-implementação dessa avaliação. Utilizou-se a EADE desenvolvida por autores brasileiros.

Resultados: A amostra constitui-se de 549 prontuários, 228 (41,5%), no período pré, e 321(58,5%) no período pós. Cinquenta por cento das crianças tinham entre 4 e 5 anos de idade. No período pré-intervenção Dor Aguda ocorreu em 12,7% das internações, aumentando significativamente para 19% no período pós ($P<0,001$). No período pré e pós-implementação da avaliação da dor, houve aumento na categoria acurácia Moderada; em contrapartida, a categoria Alta apresentou uma queda de aproximadamente 10%. Percentuais menores de variação ocorreram para as categorias Nula e Baixa. Essas diferenças apresentaram-se com uma tendência à diferença entre as categorias e período avaliado, $P=0,05$. Quando comparadas as quatro unidades entre si, observa-se diferença significativa na categoria Moderada/Alta entre a UTI e as unidades de internação.

Conclusão: Concluímos que houve um aumento significativo na ocorrência do diagnóstico de Dor Aguda após a implementação da avaliação sistematizada da dor; contudo, a acurácia diagnóstica não seguiu a mesma tendência. Estratégias deverão ser estudadas objetivando melhorar os registros de pistas e, por conseguinte, a acurácia diagnóstica.

Descritores: Diagnósticos de Enfermagem; Dor; Processos de Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Studies aiming at verifying the accuracy in the establishment of nursing diagnosis are central to legitimate the choice for a specific diagnosis. In clinical practice there is a large range of variety of possible diagnosis for different clinical situations. Besides highly accurate diagnosis, there can be other acceptable diagnoses, with information also based in the existing data. Yet, the accuracy still remains little explored concerning diagnoses. **Objectives:** To verify the accuracy in Nursing Diagnosis: Acute Pain in hospitalized children before and after the implementation of the systematized evaluation of pain through Nursing Diagnosis Accuracy Scale (NDAS). **Methods:** Before and after study realized using patient records of hospitalized children who presented Nursing Diagnosis: Acute Pain between December 2007 and December 2009 in an Intensive Care Unit (ICU) and in three Inpatient Units. This study was carried out in a university and public hospital located in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. The sample was separated in pre-implementation of the systematized pain assessment as 5th Vital Sign, and post-implementation of this assessment. The NDAS developed by researchers in Brazil was used. **Results:** The sample was composed of 549 medical records, 228 (41.5%) from the pre-implementation, and 321 (58.5%) from the post-implementation. Fifty per cent of the children had age between 4 and 5. In pre-implementation group, Acute Pain occurred in 12.7% of the hospitalizations, increasing significantly to 19% in the post-implementation group ($P < 0.001$). In the pre and post-implementation assessment, there was an increase in Moderate accuracy; on the other hand, the High accuracy category presented a fall of approximately 10%. A smaller change occurred in the categories Null and Low. These differences are present with a tendency between the categories and assessment period, $P = 0.05$. When the four units are compared together, a significant difference is observed in categories Moderate/High between ICU and Inpatient Units. **Conclusion:** We concluded that there was a significant increase in the occurrence of Nursing Diagnosis: Acute Pain after the implementation of the systematized evaluation of pain; however, the diagnosis accuracy did not follow the same tendency. Strategies must be studied with the objective of improving the recording of cues and therefore the diagnosis accuracy.

Descriptors: Nursing Diagnosis; Pain; Nursing Process.

RESUMEN

Introducción: Estudios que busquen verificar la exactitud al establecer diagnósticos de enfermería son fundamentales para legitimar la elección de un determinado diagnóstico. En la práctica, existe una amplia variedad de diagnósticos posibles en diferentes situaciones clínicas. Además de los altamente exactos, pueden existir otros diagnósticos considerados aceptables, estando basados en datos preexistentes. Sin embargo, la exactitud de los mismos, es poco estudiada. **Objetivos:** Verificar la exactitud del diagnóstico de enfermería de Dolor Agudo en niños hospitalizados antes y después de la implementación sistematizada de Dolor a través de la Escala de Exactitud de Diagnóstico de Enfermería (EEDE). **Métodos:** Estudio tipo “antes-después” realizado con prontuarios de niños hospitalizados que tuvieron diagnóstico de Dolor Agudo entre diciembre de 2007 y diciembre de 2009 en una unidad de terapia intensiva (UTI) y tres unidades de internación. Estudio realizado en hospital público y universitario en Porto Alegre, Rio Grande do Sul. La muestra fue dividida en período pre-implementación de evaluación sistematizada de Dolor como 5° Signo Vital y post-implementación de esa evaluación. Se utilizó la EEDE desarrollada por investigadores brasileños. **Resultados:** La muestra fue constituida por 549 prontuarios, 228 (41.5%) en el período pre-implementación y 321 (58.5%) en el período post-implementación. Cincuenta por ciento de los niños tenían entre 4 y 5 años de edad. En el período pre-intervención, el Dolor Agudo tuvo una prevalencia de 12.7% de las internaciones, aumentando significativamente a 19% en el período post-intervención ($P < 0.001$). En el período pre- y post-implementación de la evaluación del dolor, hubo un aumento en la categoría exactitud “moderada”. Por otro lado, la categoría “alta” presentó una caída de aproximadamente 10%. Porcentajes menores de variación ocurrieron en las categorías “nula” y “baja”. Este resultado mostró una tendencia a diferencias entre las categorías y el período evaluado, $P = 0.05$. Cuando fueron comparadas las 4 unidades entre sí, se observó una diferencia significativa en la categoría “moderada/alta” entre la UTI y las unidades de internación. **Conclusión:** Concluimos que hubo un aumento significativo del diagnóstico de Dolor Agudo post-implementación de la evaluación de Dolor. No obstante, la exactitud del diagnóstico no siguió la misma tendencia. Estrategias deberán ser estudiadas objetivando mejorar los registros de información y, por consiguiente, la exactitud diagnóstica.

Descriptor: Diagnóstico de Enfermería; Dolor; Proceso de enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de prontuários avaliados para inclusão no estudo de Acurácia Clínica do Diagnóstico de Enfermagem de Dor Aguda. Porto Alegre, 2010.....	34
Figura 2 – Categorias da acurácia no decorrer do período em todas as unidades. Qui-quadrado para linearidade, $P= 0,07$. Porto Alegre, 2010.....	37
Figura 3 – Categoria da acurácia no período pré-implementação da avaliação da dor como 5º Sinal Vital. Teste Qui-quadrado de Pearson $P= 0,11$. Porto Alegre, 2010.....	38
Figura 4 – Categorias de acurácia após a implementação da avaliação da dor como 5º Sinal Vital, Teste Qui-Quadrado de Pearson $P=0,02$. Porto Alegre, 2010.....	39
Figura 5 – Categorias de acurácia por unidades. *Qui-quadrado de Pearson, Porto Alegre, 2010.....	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Atividades realizadas pelo Grupo de Estudos da Dor em Pediatria no ano de 2008.....	26
Quadro 2 – Escala EADE versão 2.0, extraída do resumo apresentado no SINADEN, 2010. Utilização com autorização da autora.....	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características da amostra de crianças com Diagnóstico de Enfermagem de Dor Aguda. Porto Alegre, 2010.....	35
Tabela 2 – Prevalência dos itens da EADE nos períodos pré e pós implementação da avaliação da dor. Porto Alegre, 2010.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGH – Apoio à Gestão Hospitalar
CD – Características definidoras
CHIPPS - Children´s and Infant´s Postoperative Pain Scale
DE – Diagnósticos de Enfermagem
EADE – Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem
HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IASP – International Association for the Study of Pain
LSM – Lunney Scoring Method Rating
NANDA-I – North American Nursing Diagnose Association International
NIC - Nursing Interventions Classification
NOC - Nursing Outcomes Classification
OMS – Organização Mundial da Saúde
PE – Processo de Enfermagem
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMIS – Serviço de Arquivo Médico e Informações de Saúde
SEPED – Serviço de Enfermagem Pediátrica
SUS – Sistema Único de Saúde
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo
UTIP – Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica
VAS - Visual Analogue Scale

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo Geral.....	19
3 MÉTODOS.....	20
3.1 Delineamento do Estudo.....	20
3.2 Local e Período do Estudo.....	20
3.3 População.....	22
3.4 Cálculo de Amostra.....	22
3.5 Critérios de Inclusão.....	23
3.6 Critérios de Exclusão.....	23
3.7 Fator em Estudo.....	23
3.7.1 Definição do Diagnóstico de Enfermagem: Dor Aguda.....	23
3.7.2 Desfecho.....	24
3.7.3 Intervenção: Capacitação para Avaliação da Dor	24
3.7.4 Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem.....	27
3.7.5 Instrumento Utilizado para Avaliar a Acurácia: Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem (EADE) Versão 2.0.....	27
3.8 Coleta de Dados.....	30
3.9 Logística do Estudo.....	30
3.10 Teste de Equivalência.....	32
3.11 Análise Estatística.....	33
3.12 Considerações Éticas.....	33
4 RESULTADOS.....	34
4.1 Caracterização da Amostra.....	35
4.2 Acurácia do DE Dor Aguda no período de avaliação (dezembro 2007 a dezembro de 2009)	36
4.2.1 Acurácia do DE Dor Aguda antes da implementação da avaliação da dor agrupados em duas categorias: Moderada/Alta e Nula/Baixa	37
4.2.2 Acurácia do DE Dor Aguda após a implementação da avaliação da dor agrupados em duas categorias: Moderada/Alta e Nula/Baixa.....	38
4.2.3 Comparação da categoria da acurácia entre unidades: Moderada/Alta ou	

Nula/Baixa	39
4.3 Categoria da Acurácia diagnóstica e sua relação com os dias de estabelecimento do diagnóstico de Dor Aguda.....	40
5 DISCUSSÃO.....	42
6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	46
7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
8 IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA CLÍNICA.....	48
REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICE A- MODELO DE FICHA CLÍNICA.....	55
ANEXO A - ESCALA DE ACURÁCIA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – EADE VERSÃO 2.0.....	57
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS.....	62
ANEXO C - TERMO DE APROVAÇÃO COMPESQ EENF UFRGS.....	63
ANEXO D - TERMO DE APROVAÇÃO GPPG HCPA.....	64

1. INTRODUÇÃO

A infância é uma das primeiras etapas do desenvolvimento humano, consistindo em uma fase repleta de transformações. Seguindo uma linha cronológica, pode-se dividir a infância em: período neonatal (nascimento), lactência (até um ano de idade), primeira infância (de zero a cinco anos de idade), pré-escolar e escolar (dos cinco anos até os 10 anos), pré-adolescência (dos 11 aos 13 anos) e final da infância e adolescência (dos 13 aos 19 anos) ⁽¹⁾.

O crescimento é conceituado, de um modo geral, como o aumento do tamanho corporal que cessa ao término do crescimento em altura. É considerado um processo dinâmico e contínuo, que ocorre desde o nascimento até o final da vida, tendo como objetivo regeneração celular, de tecidos e órgãos. O crescimento representa um dos melhores indicadores de saúde da criança, ligado a fatores ambientais, tais como: alimentação, ocorrência de doenças, higiene e habitação e saneamento básico ⁽²⁾. Estudo ressalta a importância dos fatores ambientais para o crescimento e desenvolvimento da criança e relaciona o retardo estatural das crianças com a desnutrição epidemiológica no Brasil ⁽³⁾.

O desenvolvimento infantil é um período dinâmico de modificações, que envolvem o crescimento, a maturação, o aprendizado e aspectos psicossociais. O desenvolvimento psicossocial relacionará aspectos psíquicos, ambientais, sócio-culturais e biológicos, que contribuirão para o processo de socialização da criança ^(1,2).

Nesse contexto surge o tema deste estudo: a dor, que estará presente em algum momento da vida de uma criança. A dor é conceituada como experiência sensorial e emocional desagradável, que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão. Sofre influência de origem, fase do desenvolvimento e estado social, econômico e cultural ^(4,5).

Dados trazidos pela International Association for the Study of Pain (IASP) compartilham dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a prevalência da dor e indicam que 30% da população mundial sente dor em alguma fase da sua vida; desses, 10 a 40% sentem dor de duração de pelo menos um dia, o que traz sofrimento e incapacidade ^(4,6).

Durante a hospitalização a criança estará exposta a diversos procedimentos inerentes ao processo de investigação diagnóstica e tratamento, que poderão provocar dor e sofrimento ⁽⁵⁾. Estudos declaram que a dor é um dos diagnósticos de enfermagem (DE) mais frequentes e um dos motivos mais comuns para que os pacientes procurem atendimento ^(7,8). Embora a dor em crianças seja estudada há três décadas, as crianças hospitalizadas continuam

a sofrer inadequado alívio da dor ⁽⁹⁻¹¹⁾. Estudos confirmam esse fato, na medida em que a dor é sub-notificada, e a dor do paciente subestimada ^(12,13).

Resultado de uma pesquisa epidemiológica realizada no Centro de Dor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo evidenciou que aproximadamente 57% das crianças hospitalizadas, de quatro a 14 anos de idade, apresentam história de dor moderada a intensa. Nessa parcela da população estudada predominaram doenças otorrinolaringológicas (otalgias), faciais, odontológicas, abdominais (síndrome da dor abdominal recorrente em até 25% das crianças e 10% dos adolescentes) e dor do crescimento em 15% ⁽⁵⁾.

Nesse sentido, ressalta-se a importância da avaliação eficiente e do tratamento adequado da dor pelo profissional de saúde, tornando-se um desafio multidisciplinar contemporâneo ⁽¹⁴⁾. Estudos reforçam essa premissa e complementam que a avaliação deve ser adequada ao entendimento das respostas das crianças, relacionadas a sua faixa etária e com a colaboração da família ⁽¹⁵⁾.

Estudo de revisão conduzido corrobora a importância da identificação dos fatores preditivos da dor em crianças, bem como do profissional de saúde adquirir esse conhecimento ⁽¹⁶⁾. O desenvolvimento cognitivo, idade e experiências de dor são fatores importantes na demonstração de dor pela criança. Estudos indicam que a demonstração de dor pode variar até 30% entre crianças menores e maiores, e que as menores tendem a ser mais sensíveis. Esses estudos também revelam que crianças menores relacionam mais a dor à emoção, enquanto as maiores conseguem quantificar e expressar melhor a sua dor ⁽¹⁷⁻²³⁾. Quanto à experiência dolorosa, autores acreditam que ela influencia no curso da dor ^(18,19,24,25). Isso indica que a maturação da cognição e as experiências dolorosas anteriores têm influência na demonstração e na sensação de dor pelas crianças. Estudos em que meninas e meninos foram expostos à situações dolorosas indicaram diferenças na tolerância à dor entre os gêneros. Os autores desse estudo evidenciaram que as meninas tendem a relatar mais rapidamente e com mais ênfase a sua dor, enquanto que os meninos tendem a subestimar a sua dor ⁽²⁶⁻²⁹⁾.

Na prática assistencial é importante que o cuidado à criança com dor seja avaliado de forma consistente e sistematizada, visando o estabelecimento de intervenções eficazes para o seu manejo e alívio. Para tanto, faz-se necessário sistematizar a avaliação da dor na prática assistencial ^(30,31).

A avaliação da dor como 5º Sinal Vital foi sugerida pela IASP e pela OMS desde 1995 e, aos poucos, vem sendo implementada em nosso meio. A Carta ao Usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a Declaração dos Direitos da Criança e Adolescente Hospitalizados reforçam que a criança tem o direito de não sentir dor se houver meios de

evitá-la, bem como de ter a sua dor avaliada e tratada ^(6,32). Alguns estudos demonstram como realizar a sistematização da avaliação da dor e indicam estratégias para tanto ^(33,34).

As manifestações de dor devem ser reconhecidas pelos profissionais e levadas em consideração na avaliação desse evento. Estudos demonstraram que, em muitas situações, a dor do paciente foi subavaliada e, assim, seu tratamento comprometido ^(12,35).

Pesquisa comparou um grupo de profissionais de enfermagem que utilizou avaliação sistematizada da dor com um grupo que não sistematizou. Os resultados indicaram melhor avaliação e notificação, bem como maior satisfação do paciente em ter sua dor controlada no grupo que utilizou esquema de avaliação sistematizada da dor ⁽³⁴⁾.

Neste contexto, a utilização do Processo de Enfermagem (PE) em todas as suas etapas por meio de uma linguagem padronizada favorece a sistematização da avaliação da dor em crianças hospitalizadas, com ou sem dor. O PE, na atualidade, é representado por um conjunto de ações sistematizadas e dinâmicas intimamente ligadas ^(36,37) denominado, no Brasil, de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ⁽³⁸⁾.

Dentro das etapas do PE está o DE, que é definido pela NANDA– International (NANDA-I) como julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde / processos de vida reais ou potenciais. O DE refere-se à interpretação, pelo enfermeiro, das respostas do paciente ⁽³⁹⁾. O processo de diagnóstico consiste na avaliação clínica e levantamento de problemas por meio da coleta de dados, em que a validade das associações entre as manifestações apresentadas (dados subjetivos e objetivos) e o diagnóstico estabelecido são pontos fundamentais para embasar as intervenções e os resultados esperados pelos quais o enfermeiro é responsável ⁽³⁹⁻⁴¹⁾. A utilização dessa ferramenta de cuidado faz das enfermeiras diagnosticadoras. Para tanto, as enfermeiras devem desenvolver características básicas para tornarem-se diagnosticadores; entre essas estão o pensamento crítico e o raciocínio clínico ⁽⁴²⁻⁴⁴⁾.

Na prática clínica, a utilização de linguagem padronizada favorece a sistematização do cuidado e qualifica a assistência ⁽⁴⁵⁾. Autores enfocam que a utilização de linguagem padronizada auxilia a interpretação dos enfermeiros na busca da exatidão no processo de escolha do diagnóstico ^(46,47). Corroborando o tema, autores acreditam que a utilização de classificações ajuda a dar visibilidade à assistência de enfermagem, bem como autonomia à profissão ^(40,48).

As classificações mais utilizadas em nossa prática clínica são a classificação da NANDA-I para diagnósticos ⁽³⁹⁾: a Nursing Interventions Classification (NIC) para intervenções ⁽⁴⁹⁾ e a Nursing Outcomes Classification (NOC) para os resultados de

enfermagem ⁽⁵⁰⁾. Entre esses sistemas de classificação, a taxonomia II da NANDA-I, em sua edição 2009-2011, contempla 201 diferentes diagnósticos. Acredita-se que a utilização das classificações em cenário clínico facilite a interpretação de problemas de enfermagem e assegure que essas interpretações sejam realizadas com uniformidade em todo o mundo ⁽³⁹⁾.

Nesse sentido, o estabelecimento de um diagnóstico coerente a cada situação clínica define que este esteja relacionado às características definidoras (CD). Estas podem ser definidas por um conjunto de sinais e sintomas agrupados, as quais podem assegurar a presença da categoria diagnóstica ⁽³⁹⁾.

O avanço do conhecimento em enfermagem tem indicado que existem variações nas avaliações dos enfermeiros na prática clínica; ou seja, as respostas dos pacientes aos problemas de saúde podem ser avaliadas de maneira diferente por duas pessoas e, muitas vezes, podem ser mal interpretadas ⁽⁴⁷⁾.

Nessa perspectiva, estudos que busquem avaliar a acurácia no estabelecimento de diagnósticos são fundamentais para legitimar a escolha de um em detrimento de outro em um cenário clínico específico ⁽⁴⁶⁾. Na prática, existe uma ampla variedade de diagnósticos possíveis em determinadas situações clínicas. Além dos altamente acurados, poderão existir outros que são aceitáveis baseados nos dados existentes ⁽⁵¹⁾.

No que diz respeito à acurácia de uma variável, esta consiste na capacidade da mesma representar realmente o que deveria representar ⁽⁵²⁾. A acurácia do diagnóstico é definida como um julgamento, pelo avaliador, do grau em que o diagnóstico declarado coincide com as pistas que um paciente/cliente apresenta em determinada situação clínica ⁽⁵¹⁾. A acurácia é importante para a interpretação dos dados específicos de cada paciente, diferenciando o diagnóstico que melhor expressa os dados analisados de outros que possam ser cogitados, tendo relação direta com o conjunto de dados da situação clínica do paciente ^(51,53).

A identificação de um diagnóstico acurado requer o uso de habilidades de pensamento crítico e lógico, somadas ao raciocínio e conhecimento clínico do cenário em que o DE está sendo avaliado ^(40,48).

O primeiro instrumento desenvolvido para avaliar a acurácia foi o Lunney Scoring Method Rating (LSM) ⁽⁵¹⁾. Esse instrumento é uma escala numérica ordinal de sete níveis, baseada na suficiência dos dados para a afirmação diagnóstica. Primeiramente, essa escala foi aplicada a diagnósticos em casos clínicos hipotéticos (estudos de casos) em que a confiabilidade entre as respostas dos peritos foi calculada pela correlação de Pearson ⁽⁵⁴⁾. Posteriormente, autores aplicaram a LSM a 153 casos clínicos reais. Nesse estudo, foi considerada forte a correlação entre os peritos ⁽⁵⁵⁾.

Pesquisadores no Brasil validaram a LSM a partir de casos clínicos teóricos. Resultados desse estudo de validação demonstraram que a versão brasileira não tem estimativas aceitáveis de confiabilidade ⁽⁵⁶⁾.

Estudo recente realizado no Japão aplicou o LSM e determinou se a utilização de um sistema de diagnóstico assistido por computador (CAN) melhora a precisão e eficiência diagnóstica. Tratou-se de um ensaio clínico randomizado cruzado, utilizando-se dois tipos de estudos de casos com 42 enfermeiros. Os enfermeiros foram divididos em dois grupos, um utilizando o sistema CAN e, outro, um manual de diagnóstico. Os resultados indicaram que não houve diferença significativa entre os dois grupos em termos de precisão diagnóstica; entretanto, o tempo necessário para determinar o diagnóstico foi significativamente menor para os indivíduos que utilizaram o sistema CAN ⁽⁵⁷⁾.

Avançando nos estudos sobre acurácia, o mesmo grupo de autores que validou o LSM para uso no Brasil propôs o desenvolvimento de uma escala de acurácia baseada na LSM ⁽⁵⁸⁾. Esses autores construíram uma nova escala, denominada Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem (EADE). Trata-se de uma escala categórica, em que são avaliados quatro itens dicotômicos: se existem pistas, se essas pistas são relevantes, se as pistas são específicas para aquele DE e se as pistas são coerentes. Se na avaliação do primeiro item a resposta for “não”, a escala não se aplicará àquele DE avaliado. A partir da presença de pista, os escores são pontuados e somados, determinando, ao final, uma categoria diagnóstica: grau de acurácia baixa (de 0 a 4 pontos); acurácia moderada (de 4 a 8,5 pontos); e alta acurácia (de 8,5 a 13,5 pontos). Os resultados desse estudo foram positivos, e a autora sugeriu que esse novo instrumento poderia ser utilizado para avaliar a acurácia diagnóstica de dados reais de prontuários no Brasil ⁽⁵⁸⁾.

No contexto da avaliação da dor, e sabendo que esse evento se faz presente nas situações de hospitalização e que se constitui em um importante problema de saúde, desenvolveu-se um Grupo de Estudos sobre Dor em Pediatria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Esse grupo vem desenvolvendo revisões importantes da literatura para melhor cuidar as crianças com dor durante a sua hospitalização. Ao longo dos estudos, o grupo teve a iniciativa de seguir a recomendação do Ministério da Saúde de estabelecer a avaliação sistematizada da dor como 5º Sinal Vital para os pacientes hospitalizados, em consonância com a Joint Commission (órgão que avalia processos de acreditação hospitalar) ⁽⁵⁹⁾.

Decorrente dessa iniciativa surgiu um Projeto de Desenvolvimento objetivando estabelecer a avaliação sistematizada da dor em crianças, denominando-a como 5º Sinal Vital. Em outubro de 2008, esse projeto foi implementado nas unidades pediátricas do HCPA ⁽⁶⁰⁾.

Para tanto, o Grupo de Estudos sobre Dor em Pediatria estabeleceu como metas sensibilizar e instrumentalizar a equipe de enfermagem para identificar a dor na criança. As ações que minimizam a dor identificada e a proposta de desenvolvimento de atividades necessárias ao PE colaboraram para o aprimoramento da assistência à criança com dor. A construção desse saber foi produzida de forma reflexiva e dialogada por meio de aulas expositivas, permeadas por vivências do grupo e discussões. Dentre os temas abordados incluiu-se a construção de conceitos de dor, a reflexão sobre os conceitos vigentes e a neurofisiologia da dor. A avaliação sistematizada da criança com dor contou com a discussão do grupo sobre conhecimentos quanto à localização, qualidade, intensidade da dor e formulação de registros de enfermagem. A capacitação da equipe de enfermagem para o uso das escalas de avaliação de intensidade de dor foi formulada através de estudo de casos hipotéticos, em que o participante entrou em contato com as diversas escalas disponíveis no nosso meio e validadas para as crianças. Os tratamentos farmacológicos foram apresentados utilizando-se a estratégia da escada analgésica proposta pela OMS. Integraram-se, ainda, conhecimentos sobre os tratamentos não-farmacológicos aplicáveis à criança, como distração, massagem de conforto, música, arte e jogos infantis. Foi dada ênfase à participação da família, da equipe interdisciplinar e do ambiente terapêutico como ferramentas para a melhoria do cuidado e alívio da dor.

Ao final dessa etapa educacional, foi inserida a avaliação sistematizada da dor na atenção integral à criança, por meio do uso de escalas de avaliação de dor e de tratamento, além de registros de enfermagem sobre o fenômeno. Após seis meses de implantação da proposta, retomamos o tema com os grupos por meio da criação de um espaço educativo, em que emergiram reflexões sobre as dificuldades na aplicabilidade das escalas de dor, os anseios frente à escolha correta de analgesia e a necessidade de constante educação em serviço denominado grupo focado. O espaço de escuta mútua e co-responsabilização proporcionou um maior comprometimento de toda equipe; a valorização dos relatos e sugestões que emergiram dos grupos de trabalho ocasionou uma maior integração da teoria com a prática.

Avançando nos estudos sobre dor em pediatria e contribuindo com a acurácia diagnóstica, recentemente nosso grupo de pesquisa validou clinicamente o DE Dor Aguda em crianças hospitalizadas ⁽⁶¹⁾. Estratégias que busquem uma abordagem eficaz no manejo da dor em pediatria passam pela avaliação clínica diagnóstica acurada e a capacidade dos

enfermeiros em identificar e implementar intervenções individuais e eficientes no manejo desse sintoma.

Considera-se que as melhores evidências de pesquisa são originadas de estudos desenvolvidos em ambiente clínico real e que a acurácia no estabelecimento dos diagnósticos possibilitará a determinação de intervenções prioritárias para o alcance de melhores resultados para o paciente ⁽⁴¹⁾.

Em continuidade ao aprimoramento do conhecimento desta temática, visto a importância da acurácia diagnóstica no cenário da pediatria é que surgiu a motivação para este estudo, que utilizará a EADE para identificar o grau de acurácia do DE Dor Aguda.

Esse é o primeiro estudo que utilizou a EADE em cenário clínico real para avaliar a acurácia diagnóstica de Dor Aguda antes e após a implementação da avaliação sistematizada da dor. Ele poderá trazer resultados sobre os efeitos dessa capacitação, assim como a aplicabilidade da EADE em cenário clínico real.

Nesse contexto, desenvolveu-se este estudo para avaliar a acurácia no estabelecimento do DE Dor Aguda antes e após a implementação da avaliação sistematizada da dor como 5º Sinal Vital nas unidades de internação pediátricas. A hipótese desse estudo é de que haverá um aumento na acurácia diagnóstica após a implementação da avaliação sistematizada da dor.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a acurácia do DE Dor Aguda por meio da Escala de Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem (EADE) ⁽⁵⁸⁾ antes e após a implementação da avaliação sistematizada da dor como 5º Sinal Vital em unidades de internação pediátricas.

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento do Estudo

O presente estudo é do tipo antes-depois, indicado para grupos de pacientes que participam de algum tratamento ou intervenção. O pesquisador coleta dados de um grupo em termos do desfecho de interesse em período anterior a uma intervenção e posterior a esta, com vistas a obter resultados sobre o comportamento do grupo frente à intervenção. Esse delineamento contempla dois objetivos: descrever incidência dos desfechos ao longo do tempo e analisar associações entre desfechos e suas possíveis causas. É possível avaliar se a mudança nos desfechos tem relação direta com a intervenção implementada ⁽⁶²⁾.

3.2 Local e Período do Estudo

O presente estudo foi desenvolvido nas unidades do Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) do HCPA. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) (1), Unidade de Internação Pediátrica 10º Norte (2), Unidade de Internação Pediátrica 10º Sul (3) e Unidade de Oncologia Pediátrica 3º Leste (4).

Avaliou-se a acurácia do DE Dor Aguda em dois períodos. No período de dezembro de 2007 a outubro de 2008 teve início a capacitação da equipe de enfermagem para avaliação sistematizada da Dor como 5º Sinal Vital (definido neste estudo como período pré-implementação da avaliação sistematizada da dor). O dia 14 de outubro de 2008 foi definido como o dia “D”, a partir do qual todas as Unidades deveriam ter a avaliação da dor como 5º Sinal Vital. Para este estudo, os registros realizados depois dessa data foram considerados como pós-implementação da dor como 5º Sinal Vital nas unidades acima referidas.

As unidades pediátricas caracterizam-se por concentrar sua atenção no desenvolvimento do cuidado centrado na criança e na família, tendo como premissas norteadoras o Sistema de Permanência Conjunta Pais e Filhos, a Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados e a humanização do atendimento à criança hospitalizada e sua família ^(63,64).

A UTIP possui 13 leitos, divididos em duas áreas físicas contíguas: UTIP1, com cinco leitos individuais, sendo dois destinados à precaução com doenças infecto-contagiosas ou à proteção ao paciente, e um deles com estrutura para receber crianças no pós-operatório imediato de Transplante Hepático Infantil; e UTIP2, com oito leitos agrupados em uma sala. A UTIP conta com uma equipe composta por 19 enfermeiras e 49 técnicos de enfermagem. A faixa etária das crianças compreende de 28 dias a 14 anos, atendendo também crianças com menos de 28 dias e adolescentes de até 18 anos, em função de particularidades das enfermidades pediátricas. São atendidas crianças com doenças agudas de causas infecciosas, respiratórias, metabólicas, neurológicas, as quais comprometem sistemas e órgãos vitais; pacientes em pós-operatório imediato de cirurgias de grande porte ou que necessitam de monitorização hemodinâmica; pacientes em hemodiálise contínua. Também são recebidas crianças portadoras de doenças crônicas de origem genética, hematológica e oncológicas, em situação crítica de saúde. A UTIP atende crianças provenientes das unidades de internação pediátricas e de outros serviços de atendimento pediátrico de Porto Alegre, do interior do Estado e de outros estados. A unidade conta com uma equipe móvel para atendimento às crianças em situação de parada cardiorrespiratória em qualquer área ou unidade da instituição.

A Unidade de Internação Pediátrica 10° Norte consta de 37 leitos, distribuídos em sete enfermarias e dois quartos de isolamento. O quadro de pessoal é composto por 12 enfermeiras, 18 técnicos e 31 auxiliares de enfermagem. Atende crianças na faixa etária de 30 dias a seis anos incompletos, neonatos com patologias pediátricas, crianças com idade de até 14 anos que necessitam de isolamento ou crianças com estatura menor que 110 cm, desde que permaneçam seguras e confortáveis nos berços. Predominantemente, internam crianças com doenças respiratórias, distúrbios eletrolíticos, doenças gastrintestinais, distúrbios nutricionais, imunológicos e neurológicos, problemas ortopédicos e cirúrgicos, além de fibrose cística.

A Unidade de Internação Pediátrica 10° Sul possui 34 leitos, distribuídos em 11 quartos semi-privativos, uma enfermaria, três leitos de isolamento, dois leitos destinados a outros convênios e privativos e uma enfermaria para sete crianças pequenas, localizada estrategicamente em frente ao posto. A unidade conta com uma equipe de enfermagem composta de 12 enfermeiras, 25 técnicos e 27 auxiliares de enfermagem. Nessa unidade internam crianças de dois meses a 14 anos de idade incompletos, sendo por vezes necessária a internação de crianças com menos de dois meses e mais de 14 anos, dependendo de particularidades inerentes à faixa etária infantil. Preferentemente internam crianças das especialidades Clínica Pediátrica, Gastropediatria, Ortopedia, Psiquiatria Infantil, Pneumologia Infantil e Cirurgia Pediátrica.

A Unidade de Oncologia Pediátrica 3º Leste possui 25 leitos, sendo 18 deles para a Oncologia Pediátrica, cinco para a Hematologia Pediátrica e dois destinados à realização de Transplante de Medula Óssea Autogênico. A unidade conta com 14 enfermeiras e 50 técnicos de enfermagem. A faixa etária atendida corresponde a crianças de dois meses a 18 anos incompletos. As crianças são distribuídas em seis enfermarias, cinco quartos individuais (isolamentos e convênios) e dois quartos na área restrita para as crianças do Transplante de Medula Óssea. Caracteriza-se como unidade de cuidados semi-intensivos.

3.3 População

Prontuários de crianças internadas em unidades pediátricas no período pré-estabelecido, que tiveram registro do DE Dor aguda em algum momento de sua internação.

3.4 Cálculo da Amostra

Com base em estudo piloto com 20 avaliações, estimou-se o cálculo de amostra para obter um aumento de 3,5 pontos no escore de acurácia avaliada pela EADE do momento pré para o momento pós-implementação da dor como 5º Sinal Vital. Considerando-se um alfa de 1%, desvio padrão de 6 e poder para o estudo de 90%, estimou-se uma amostra de 178 sujeitos, 89 para cada um dos períodos. Incluiu-se nesse estudo 228 prontuários no período pré e 321 no período pós-implementação. Optou-se por estender a amostra e acompanhar esse DE ao longo de dois anos, 10 meses antes e 14 meses depois do dia em que foi implementada a avaliação da dor como 5º Sinal Vital.

3.5 Critérios de Inclusão

Prontuários de crianças internadas nas unidades acima descritas, no período pré-estabelecido, com idade inferior a 13 anos ^(1,65), que apresentassem o DE Dor Aguda. Foram avaliados prontuários selecionados a partir de um *Query* (relatório que apresenta dados armazenados) fornecido pelo sistema informatizado de Apoio à Gestão Hospitalar (AGH) da instituição em estudo.

3.6 Critérios de Exclusão

Não existir documentação da evolução do enfermeiro no prontuário, no dia de estabelecimento do DE Dor Aguda.

3.7 Fator em Estudo

Diagnóstico de Enfermagem Dor Aguda proposto pela classificação da NANDA-I. Para a referida classificação, Diagnóstico de Enfermagem é conceituado como o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/ processos de vida reais ou potenciais. Tais diagnósticos proporcionam a base para a escolha de intervenções que visam a obtenção dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável ⁽³⁹⁾.

3.7.1 Definição do Diagnóstico de Enfermagem: Dor Aguda

Diagnóstico de enfermagem é conceituado pela NANDA-I como julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/

processos de vida reais ou potenciais. Tais diagnósticos proporcionam a base para a escolha de intervenções que visam a obtenção dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

Conceitua-se Dor Aguda como uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão. Essa experiência é sempre subjetiva e pessoal e sofrerá influência de fatores fisiológicos, traumáticos, emocionais, somáticos e culturais. A Dor Aguda tem início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração inferior a seis meses ^(4,5,39,66,67).

Constituem-se CD de Dor Aguda: alterações da pressão arterial, comportamento de distração, comportamento de proteção, comportamento expressivo, diaforese, dilatação pupilar, distúrbio do sono, expressão facial, foco em si próprio, foco estreitado, gestos protetores, mudanças na frequência cardíaca, mudanças na frequência respiratória, mudanças no apetite, mudanças no tônus muscular, posição para evitar dor, relato verbal, relato codificado de dor e evidência observada de dor ⁽³⁹⁾.

3.7.2 Desfecho

Efeito da intervenção (capacitação para avaliação da dor) na melhora da acurácia do estabelecimento de Dor Aguda, avaliado por meio da EADE ⁽⁵⁸⁾.

3.7.3 Intervenção: implementação da avaliação da dor como 5º Sinal Vital nas unidades pediátricas

A implementação da avaliação da dor como 5º Sinal Vital nas unidades pediátricas surgiu de uma iniciativa de enfermeiros do Grupo de Estudos da Dor em Pediatria do HCPA ⁽⁶⁸⁾. A proposta de avaliação da dor tornou-se um Projeto de Desenvolvimento ⁽⁶⁹⁾, vindo ao encontro da indicação do Ministério da Saúde, que traz na Carta do Usuário do SUS ⁽⁶⁾ o direito do usuário ter sua dor avaliada e tratada quando em atendimento em Serviços de Saúde. A proposta também é respaldada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelo Estatuto da Criança e Adolescente Hospitalizados ⁽³²⁾, que afirmam que a criança tem o direito

de não sentir dor. Esse grupo realiza encontros periódicos para estudar e discutir o tema, bem como preparar as capacitações com a equipe de enfermagem da instituição.

A avaliação sistematizada da dor como 5º Sinal Vital constituiu-se de ações integradas da equipe de saúde para atender a pessoa com dor. Essas ações têm como objetivos: melhorar o cuidado prestado, tornar a dor visível, sistematizar o cuidado pela necessidade de avaliação, registrar as avaliações realizadas, aferir a adequação do manejo e permitir que os cuidadores e a pessoa com dor falem a mesma linguagem ⁽⁷⁰⁾. Porém, por ser uma experiência pessoal e complexa, a dor não pode ser medida objetivamente por instrumentos físicos, como os demais sinais vitais. A presença de dor está fundamentada no relato por quem a sente ^(66,67) e, na impossibilidade do auto-retrato desse sintoma, a avaliação da dor é realizada pelo cuidador ou profissional da equipe por meio da observação de sinais e sintomas. Situações que potencialmente causem dor e sinais e sintomas da presença da mesma são monitoradas pelo cuidador, tais como condição patológica, exposição a procedimentos que causem dor, alterações de comportamento, respostas neurovegetativas e o auto-retrato pela criança ou seu familiar ⁽⁷⁰⁾. Na presença do episódio doloroso, o profissional deve estar atento às reações apresentadas pela criança e realizar um raciocínio clínico, em que os sinais apresentados darão subsídios para o tratamento utilizado. Esse tratamento poderá ser farmacológico, não-farmacológico e comportamental. Dessa forma o cuidador, baseado em conhecimentos prévios e nos subsídios disponíveis, deve avaliar a dor, tomar condutas pertinentes para à situação e reavaliá-la para certificar-se de que as condutas instituídas foram efetivas ⁽⁷¹⁾. A avaliação sistematizada da dor se utiliza das alterações apresentadas pela criança, baseadas nas respostas fisiológicas e também da utilização de escalas para quantificar a dor. Padronizou-se a utilização das seguintes escalas nas unidades pediátricas do HCPA: Children's and Infant's Postoperative Pain Scale (CHIPPS) ^(72,73), para as crianças pré-escolares e a Visual Analogue Scale (VAS) para as crianças em idade escolar ⁽⁷⁴⁾.

A equipe de enfermagem foi submetida a um programa de capacitações para “olhar a dor na criança”, sistematizando-a como 5º. Sinal Vital. Essas capacitações realizaram-se de fevereiro a outubro de 2008, constituindo-se de seis cursos que totalizaram 23 horas de capacitação sugeridas para os enfermeiros e 1 curso de 8h direcionado para os auxiliares e técnicos de enfermagem, descritas no Quadro 1 a seguir.

Implantação da dor como 5º Sinal Vital do SEPED								
Curso	Carga horária	Mês 2008	Participantes				Total de participantes	Total de horas capacitação
			enfermeiras	técnicos	auxiliares	Outros profissionais		
Sensibilização para avaliação sistematizada da dor em pediatria	2	Abril	68	115	60	22	265	530
Implantação da Dor como 5º Sinal Vital no SEPED	2	Maio/ Outubro	3		10		13	142
	8	Outubro			4		4	
	6	Maio			1	11	12	
A dor como 5º sinal vital e escalas de dor	2	Junho	15				15	306
	4	Julho	41				41	
Atenção à dor da criança	6	Outubro	13	78	27		118	242
	1			15	47		62	
Validação de escalas para avaliação de dor para crianças pré-verbais	2	Fevereiro	15				15	30
Fórum de Discussão sobre avaliação de dor na Pediatria	2	Maio	10			1	11	22
Avaliação da dor como 5º Sinal na Pediatria	2	Maio	5				5	5
Grupo de Estudos da Dor em Pediatria	2	Março	6				6	91
	1	Maio	8				8	
	2	Junho	7				7	
	1	Julho	5				5	
	1	Agosto	22				22	
	2	Setem-bro	5				5	
	2	Outubro	10				10	
Total	47						624	1368

Quadro 1 – Atividades realizadas pelo Grupo de Estudos da Dor em Pediatria no ano de 2008.

No ano de 2009, período posterior à implementação da avaliação da dor, houve uma redução das ações educativas da equipe. Foram realizados dois encontros de grupo com duração de uma hora cada, com a participação de 20 enfermeiras, 10 auxiliares e seis técnicos de enfermagem. O grupo focado intitulado “Avaliação sistematizada da dor em pediatria” teve

como objetivo discutir as dificuldades que a equipe de enfermagem enfrentava na prática da avaliação da dor na criança. A seguir ocorreu outro curso sobre “Analgesia por cateter peridural”, com duração de três horas, no qual participaram cinco enfermeiras, quatro auxiliares e três técnicos de enfermagem.

3.7.4 Acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem

A acurácia de uma variável consiste na capacidade da mesma representar realmente o que deveria representar ⁽⁵²⁾. No caso dos DE, existe uma ampla variedade de diagnósticos possíveis nas situações clínicas: além daqueles acurados, poderão existir outros aceitáveis, também baseados em dados existentes ⁽⁵¹⁾. A acurácia do diagnóstico é definida como um julgamento, por parte do avaliador, do grau em que o diagnóstico declarado coincide com as pistas que um paciente/cliente apresenta em determinada situação clínica ⁽⁵¹⁾. A acurácia é importante para a interpretação dos dados específicos de cada paciente, diferenciando o diagnóstico que melhor expressa os dados analisados de outros que possam ser cogitados, tendo relação direta com o conjunto de dados da situação clínica do paciente, descritos em prontuário ^(51,53).

A acurácia do DE Dor Aguda foi avaliada por meio da aplicação da EADE – Versão 2.0 (Anexo A) ⁽⁵³⁾.

3.7.5 Instrumento utilizado para avaliar a acurácia do DE Dor Aguda: Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem Versão 2.0

A EADE ⁽⁵⁸⁾ foi desenvolvida para estimar o grau com que uma afirmação diagnóstica tem sustentação num conjunto de informações clínicas escritas do paciente. Foi desenvolvida com base na versão original da Escala de Acurácia de Lunney (LSM) ⁽⁵¹⁾, instrumento que foi adaptado para o Brasil, mas não se mostrou suficientemente confiável para ser aplicado em dados escritos ⁽⁵⁶⁾. A partir desse estudo, buscou-se a construção de um instrumento que avaliasse a acurácia dos DE para ser utilizado com dados escritos, como registros em prontuário. Assim, realizou-se estudo de construção e validação de instrumento, que deu

origem à EADE. A utilização adequada dessa Escala requer que o avaliador esteja suficientemente esclarecido sobre conceitos e termos envolvidos na Escala, e devidamente capacitado para sua utilização ⁽⁵⁸⁾.

A necessidade de aprimorar a EADE ⁽⁵⁹⁾ resultou na proposta da sua segunda versão, a EADE – Versão 2.0 ⁽⁵³⁾. A EADE – Versão 2.0 é composta por cinco itens com respostas dicotômicas. Quatro dos cinco itens são pontuáveis: existe pista do diagnóstico, essa pista é relevante, essa pista é específica, essa pista é coerente.

As autoras indicam que, para utilização da Escala, o diagnosticador deve ter em mãos o conjunto de dados escritos das condições clínicas do paciente, incluindo os diagnósticos enunciados, juntamente com a classificação da NANDA-I.

A EADE possui definições de apoio para auxiliar a compreensão do diagnosticador, descritas no Quadro 2 a seguir.

Item 1 -	Há pista(s) para o diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<p>ORIENTAÇÃO Item 1 Considere a definição de pistas: são manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios ou sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado. Se houver pelo menos uma pista para o diagnóstico, independente de sua relevância, especificidade e coerência, marque a resposta sim. Consulte a NANDA-I sempre que necessário. Se a resposta for não, os outros itens não se aplicam. Interrompa aqui a aplicação do EADE 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>ORIENTAÇÃO Item 2 Considere a definição de relevância da pista: grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é necessária(o) para indicar o diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado. Indique o grau de relevância da(s) pista(s) existente(s) como: Alta/Moderada ou Baixa. 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.</p>			
Item 3 -	A especificidade da(s) pista(s) existente(s) é:	<input type="checkbox"/> Alta/Moderada	<input type="checkbox"/> Baixa
<p>ORIENTAÇÃO Item 3 Considere a definição de especificidade da pista: grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é característica(o) do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado. Indique o grau de especificidade da(s) pista(s) existente(s) como: Alta/Moderada ou Baixa. 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.</p>			
Item 4 -	A coerência da(s) pista(s) existente(s) é:	<input type="checkbox"/> Alta/Moderada	<input type="checkbox"/> Baixa
<p>ORIENTAÇÃO Item 4 Considere a definição de coerência da pista: grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é consistente com o conjunto das informações disponíveis (incluindo o próprio diagnóstico que está sendo avaliado). Indique o grau de coerência da(s) pista(s) existente(s) como: Alta/Moderada ou Baixa. Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de coerência, indique apenas o mais elevado (Alta/Moderada).</p>			
Item 5 -	Você manteria o diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<p>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;</p>			

<ul style="list-style-type: none"> • ele pode não direcionar <u>intervenções</u> adequadas; • <u>outro diagnóstico</u> pode explicar melhor a resposta do paciente; <p>Nesses casos, indique a resposta “Não”. Consulte a NANDA-I sempre que necessário.</p>				
Escores para os itens da EADE – Versão 2				
	Itens	Definições	Categorias	Escores de Acurácia
1	Presença de pista	Manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios ou sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado.	Sim	1
			Não	0
2	Relevância da pista	Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) necessária(s) para indicar o diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado.	Alta/ Moderada	1
			Baixa	0
3	Especificidade da pista	Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) característica(s) do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado.	Alta/ Moderada	3,5
			Baixa	0
4	Coerência da pista	Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) consistente (s) com o diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado e com o conjunto das informações disponíveis.	Alta/ Moderada	8
			Baixa	0
5	Você enunciaria esse diagnóstico de enfermagem?	Mesmo havendo pistas com alguma relevância, especificidade e coerência para o diagnóstico, ele pode: não ser <u>prioritário</u> , não direcionar <u>intervenções</u> adequadas, ou <u>outro diagnóstico</u> pode explicar melhor a resposta do paciente.	Sim	Não pontua
			Não	Não pontua
Categorias de acurácia da EADE – Versão 2				
Escores de acurácia	Interpretação			Categoria de acurácia
0	Não há pistas que indiquem o diagnóstico em questão			NULA
1	A(s) pista(s) existente(s) tem (têm) baixa relevância, baixa especificidade e baixa coerência			BAIXA
2 4,5 5,5	A(s) pista(s) presente(s) nos dados de avaliação tem (têm) coerência baixa com os dados da avaliação, mas tem (têm) pista(s) altamente/moderadamente relevante(s) E/OU altamente/moderadamente específica(s) para o diagnóstico em questão.			MODERADA
9,0 10,0 12,5 13,5	A(s) pista(s) presente(s) nos dados de avaliação é (são) altamente/moderadamente coerente(s) com os dados da avaliação. São também altamente/moderadamente relevantes, E/OU altamente/moderadamente específicas para o diagnóstico em questão.			ALTA

Quadro 2 – Escala EADE versão 2.0, extraída do resumo apresentado no SINADEN, 2010. Utilização com autorização da autora.

As respostas correspondentes aos itens da EADE são pontuadas em escores e, posteriormente, ranqueadas nas categorias de graus de acurácia em: Nula, Baixa, Moderada e Alta. Nesse estudo, optou-se por tratar os resultados da acurácia como variável categórica.

3.8 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento estruturado elaborado para este estudo, que contemplou dados demográficos e clínicos das crianças ⁽⁶⁹⁾ (APÊNDICE A).

Foram coletados com auxílio desse instrumento dados de identificação, sexo, idade, causa da internação (clínica ou cirúrgica), data de internação, data de estabelecimento do DE Dor Aguda (que foi a data de base para pesquisa nos prontuários), número de dias em que o diagnóstico em estudo permaneceu aberto no prontuário e data da alta. Além de dados que auxiliaram na caracterização da amostra, foi transcrita a avaliação de enfermagem descrita em evolução, do dia do estabelecimento do diagnóstico em estudo, enfocando questões do exame clínico do paciente.

3.9 Logística do Estudo

O presente estudo foi desenvolvido nas seguintes unidades pediátricas do SEPED do HCPA: Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Internação Pediátrica 10º Norte, Unidade de Internação Pediátrica 10º Sul e Unidade de Oncologia Pediátrica 3º Leste.

A logística do estudo organizou-se da seguinte forma: inicialmente, obteve-se a aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, nº 54/09, e do Grupo de Pesquisa e Pós Graduação do HCPA, nº 09-623.

A seguir, a pesquisadora submeteu-se a uma capacitação para a utilização da EADE, que ocorreu em janeiro de 2010, na Universidade de São Paulo, com as pesquisadoras que desenvolveram a Escala, cumprindo uma carga horária de 12 horas. Dando seqüência às discussões sobre a utilização da EADE, com posterior participação da orientadora do presente estudo, realizou-se na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ainda em janeiro de 2010, novo encontro entre as pesquisadoras de São Paulo e Porto Alegre, com duração de oito horas.

Nesse segundo encontro, também houve a participação de representantes do Grupo de Estudos em Diagnósticos de Enfermagem do HCPA. Esse segundo encontro serviu para embasamento teórico da pesquisadora e orientadora na utilização da EADE, resultando também em melhorias para a Escala ⁽⁵³⁾.

Dando seqüência à logística da pesquisa, encaminhou-se formulário de solicitação de *Query* dos DE das unidades pediátricas do período de dezembro de 2007 a dezembro de 2009. *Query* refere-se a um relatório de dados do sistema informatizado do Sistema de Gestão Hospitalar (AGH). As informações de gestão hospitalar são centradas na assistência ao paciente. Dentre essas informações estão DE estabelecidos a partir da avaliação clínica dos pacientes pelas enfermeiras. A solicitação desse relatório foi norteada por alguns dados importantes, tais como: período (dezembro de 2007 a dezembro de 2009), número dos prontuários, data de internação, DE, etiologia dos DE, data de início do DE (considerada como data do início da dor), data do término do DE e unidade. A partir desse relatório identificaram-se os prontuários que continham apenas o DE Dor Aguda, sua etiologia, data de início e término em relação ao número de internações e demais DE. Posteriormente, organizou-se a sistemática de coleta de dados com uma ficha clínica e dados da EADE. Essa ficha clínica foi, posteriormente, testada como piloto em 20 dados de prontuários de crianças nesse período. Esses dados não foram considerados para análise final.

Os prontuários que fizeram parte da análise dos dados foram solicitados no Setor de Arquivamento de Prontuários (SAMIS), seguindo o *Query* previamente gerado pelo sistema AGH. Nesse *Query* identificou-se o dia do estabelecimento do DE Dor Aguda nos prontuários solicitados e a evolução correspondente à abertura do diagnóstico. Na seqüência, procedia-se a cópia dessa evolução para posterior aplicação da EADE pela pesquisadora. Na aplicação da Escala, a pesquisadora procurava identificar pistas para o diagnóstico em estudo, conforme sinais e sintomas de dor descritos na literatura ⁽⁵⁾, uso fixo ou intermitente de analgesia relacionado à queixa ou evidência de dor, bem como as CD do diagnóstico em estudo descritas na Taxonomia II da NANDA-I ⁽³⁹⁾ e validadas no estudo de Ferreira ⁽⁶¹⁾.

Duas bolsistas voluntárias realizaram a transcrição dos dados clínicos e das evoluções, objetivando o cegamento da pesquisadora. Essa estratégia de cegamento tinha o intuito de assegurar que a pesquisadora (enfermeira de uma das unidades em estudo) não identificasse os profissionais. As bolsistas foram capacitadas e acompanhadas por 16 horas pela pesquisadora e sua orientadora para a sistemática de coleta de dados, objetivos do estudo, critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos, DE em estudo e EADE.

A coleta de dados dos prontuários realizou-se no SAMIS do HCPA pelas bolsistas treinadas. Os dados coletados dos prontuários foram digitados em computador, compilados em fichas clínicas e devidamente armazenados.

A sistemática de pesquisa prosseguiu com a etapa de aplicação da Escala EADE, que foi realizada pela pesquisadora em momento posterior. O momento de aplicação da EADE foi privativo da pesquisadora, o que lhe conferiu concentração para essa atividade que demandava aproximadamente 10 minutos de reflexão para cada ficha clínica avaliada. Como material de consulta, a pesquisadora identificou sinais e sintomas de dor descritos na literatura⁽⁵⁾, considerou uso fixo ou intermitente de analgesia, bem como as CD do diagnóstico em estudo descritas na Taxonomia II da NANDA-I⁽³⁹⁾ e validadas no estudo de Ferreira⁽⁶¹⁾.

Na seqüência da aplicação da EADE, os dados foram organizados, codificados e digitados em Banco de Dados do programa Microsoft Office Excel.

3.10 Teste de Equivalência

A abordagem de equivalência estima a confiabilidade dos resultados. É utilizada principalmente com instrumentos de observação estruturada e determina a consistência ou equivalência do instrumento aplicado por diferentes observadores. Esse teste serve para investigar o grau de erro interobservadores⁽⁶⁹⁾. Na aplicação da EADE realizou-se teste de confiabilidade interobservador para verificar a consistência dos resultados entre os mesmos. A pesquisadora e sua orientadora aplicaram, separadamente, a EADE em 98 prontuários (aproximadamente 20% da amostra válida total); após, avaliou-se a concordância entre observadores pelo teste Kappa. A concordância variou de 0,54 para a presença de pista a 0,95 na coerência das mesmas. Para o grau atribuído da categoria da acurácia, o Kappa foi considerado substancial.

3.11 Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com auxílio do pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* v. 18.0. Para as variáveis contínuas foram utilizadas média e desvio padrão ou mediana e percentil conforme distribuição dos dados. As variáveis categóricas foram expressas com frequências e percentuais (25-75). O resultado da categoria de acurácia ao longo do tempo foi avaliado pelo qui-quadrado de Linearidade. Teste t e Mann-Whitney foram utilizados para comparação de dados contínuos com distribuição simétrica e assimétricas, respectivamente. Qui-quadrado foi utilizado na comparação da categoria de acurácia entre os dois períodos. No período pré e pós, para avaliar a diferença entre as categorias e as categorias entre as unidades, os resultados foram considerados estatisticamente significantes se $P < 0,05$, com intervalo de 95% de confiança. Quando necessário, o procedimento de múltiplas comparações de Tukey-type foi utilizado para identificar as diferenças apontadas pelo Qui-quadrado com o programa Win-Pepi. O teste Kappa foi utilizado para avaliar a concordância interobservador na aplicação da EADE.

3.12 Considerações Éticas

O presente estudo foi elaborado adequando-se às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, que consta da Resolução nº. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde ⁽⁷⁵⁾. Conforme a especificidade do estudo, que se deu a partir de dados de prontuário do paciente, utilizou-se o Termo de Utilização de Dados de Prontuário conforme RN 01/97 ⁽⁷⁶⁾, que foi assinado pelos pesquisadores (Anexo B). A presente pesquisa obteve aceite da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, obtendo o nº 54/09 v 12/2009 (Anexo C) e do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, registrado com o nº.0963 (Anexo D).

4 RESULTADOS

Neste estudo, primeiramente avaliou-se o *Query* compreendendo dados das internações em unidades de pediatria, no período dezembro de 2007 a dezembro de 2009, que tinham o diagnóstico de Dor Aguda enunciado pelo menos uma vez. Esse relatório demonstrou 5.500 internações e 21.399 DE descritos nesse período; desses, 11.992 diferentes diagnósticos. A média foi de 3,89 DE por internação. O diagnóstico Dor Aguda ocorreu em 6,1 % do total de diagnósticos, estando presente em 16,2% das internações. No período pré-implementação da avaliação sistematizada da dor, teve ocorrência de 12,7% das internações, aumentando significativamente para 19% no período pós-implementação ($P < 0,001$).

Posteriormente 712 prontuários preencheram os critérios de inclusão. Desses, 162 foram excluídos. A principal causa de exclusão foi a ausência de registro da avaliação do enfermeiro (evolução) do dia de abertura do diagnóstico em estudo. Outro motivo relevante para exclusão foi a faixa etária das crianças, que excediam 13 anos. Ao todo, incluíram-se 549 prontuários de crianças que tinham o DE Dor Aguda. Esses dados podem ser observados na Figura 1.

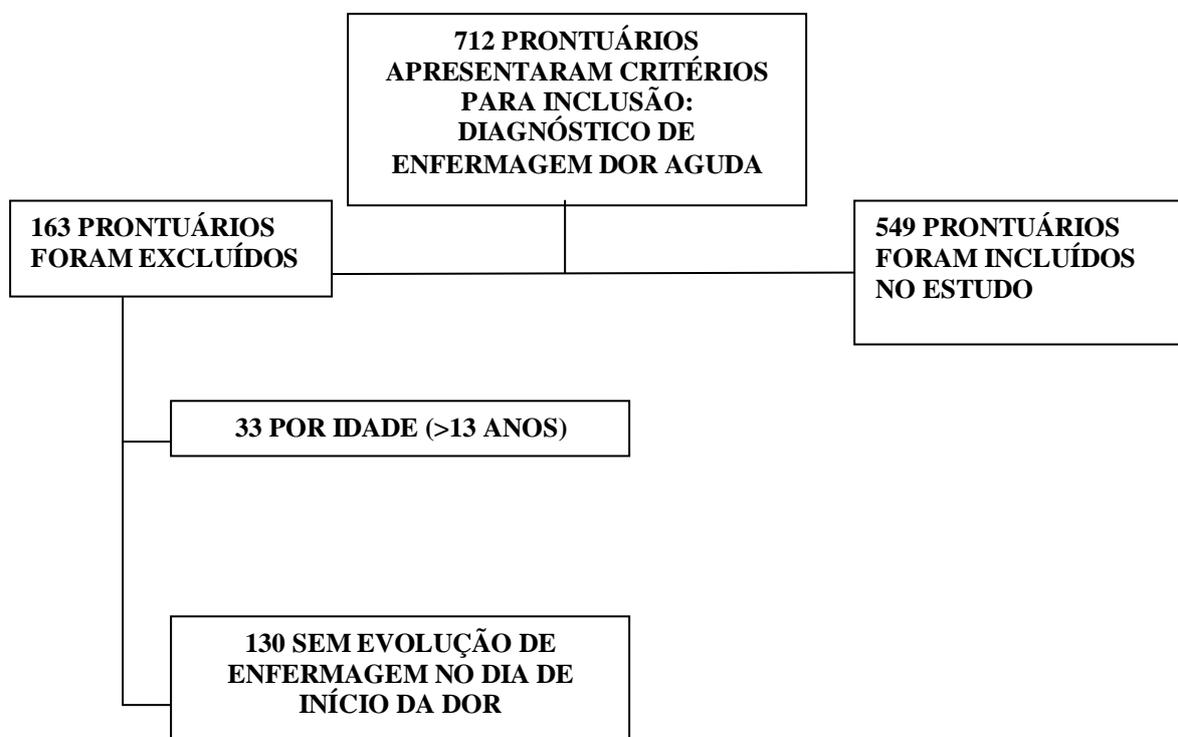


Figura 1 – Fluxograma de prontuários avaliados para inclusão no estudo de Acurácia Clínica do Diagnóstico de Enfermagem de Dor Aguda. Porto Alegre, 2010.

4.1 Caracterização da Amostra

A amostra constitui-se de 549 prontuários, 228 (41,5%), no período pré-implantação da avaliação da dor como 5º Sinal Vital, e 321 (58,5%) no período pós. Cinquenta por cento das crianças tinham entre 4 e 5 anos de idade; a maioria dessas internaram por causas clínicas em ambos os períodos. Cinquenta por cento das crianças permaneceram até 10 dias internadas. Não houve diferença no número de prontuários de crianças avaliadas entre as unidades. Para nenhuma variável em estudo, demonstradas na Tabela 1, houve diferença estatística.

Tabela 1 – Características da amostra de crianças com Diagnóstico de Enfermagem de Dor Aguda. Porto Alegre, 2010.

Variáveis	Pré (n=228)	Pós (n=321)	P
Sexo (masculino)	130 (57)	179 (56)	0,77*
Idade (anos)	5(2-8)	4(1,1-8)	0,24 †
Internação clínica	141 (61,8)	178 (55,5)	0,13*
Internação cirúrgica	87(38,2)	143(44,5)	
Início do DE e dia de internação	2(1-5)	2(1-5)	0,97 †
Dias de internação	10(6-22)	10(5-21)	0,67 †
Unidade			
1 Unidade de Tratamento Intensivo	33 (14,5)	56 (17,4)	
2 Unidade de Internação 10º Norte	78 (34,2)	92 (28,7)	0,45*
3 unidade de Internação 10º Sul	68 (29,8)	107(33)	
4 unidade de Internação 3º Leste	49(21,5)	66(20)	

Variáveis contínuas apresentadas como mediana (quartis 25-75) e categóricas expressas como n (%).

*Teste qui-quadrado de Pearson; †Teste estatístico de Mann-Whitney.

A Tabela 2 ilustra os itens da escala EADE separadamente nas avaliações realizadas pela pesquisadora nos períodos pré e pós-implantação da avaliação da dor. Nas respostas dicotômicas, observa-se a maior frequência de respostas que confirmam o item. Acima de 60% das evoluções tinham pistas do diagnóstico em estudo. A relevância e a especificidade foram considerada Moderada/Alta para a maioria dos registros do diagnóstico em estudo. Observa-se maior frequência da categoria Alta, seguida da Nula, Moderada e Baixa em toda a

amostra avaliada. Do total de prontuários avaliados com o diagnósticos de Dor Aguda e que tinham pistas para ele, a pesquisadora manteria o diagnóstico em mais de 90% dos casos.

Tabela 2 – Prevalência dos itens da EADE nos períodos pré e pós implementação da avaliação da dor. Porto Alegre, 2010.

	Pré N=228	Pós N=321	
	n (%)	n (%)	P*
Presença de pista (N=350)			
Sim	137(70,6)	213 (60)	0,13
Relevância da pista (N=350)			
Alta/ Moderada	133 (97,1)	209 (98,1)	0,5
Baixa	4 (2,9)	4 (1,9)	
Especificidade (N=350)			
Alta/ Moderada	129 (94,2)	195 (91,5)	0,3
Baixa	8 (5,8)	18 (8,5)	
Coerência (N=350)			
Alta/ Moderada	118 (86,1)	178 (83,6)	0,5
Baixa	19 (13,9)	35 (16,4)	
Categoria da acurácia (N=549)			
Nula	75 (32,9)	124 (38,6)	
Baixa	4 (1,8)	5 (1,6)	
Moderada	12 (5,3)	32 (10)	0,05
Alta	137 (60,1)	160 (49,8)	
Decisão de manter diagnóstico (N=350)			
Sim	130 (94,2)	193 (90,6)	0,14

*Qui-quadrado de Pearson

4.2 Acurácia do DE Dor Aguda no período de avaliação (dezembro de 2007 a dezembro de 2009)

A Figura 2 ilustra a categoria da acurácia no decorrer do período. Destaca-se que o maior percentual de acurácia Moderada/Alta foi nos meses de abril de 2008 e agosto de 2009. A acurácia Nula/Baixa apresentou-se com seu maior percentual no período pós-implementação da avaliação da dor como 5º Sinal Vital, nos meses de julho e outubro de 2009. Na comparação, observa-se tendência à diferença estatística entre as categorias no decorrer do período.

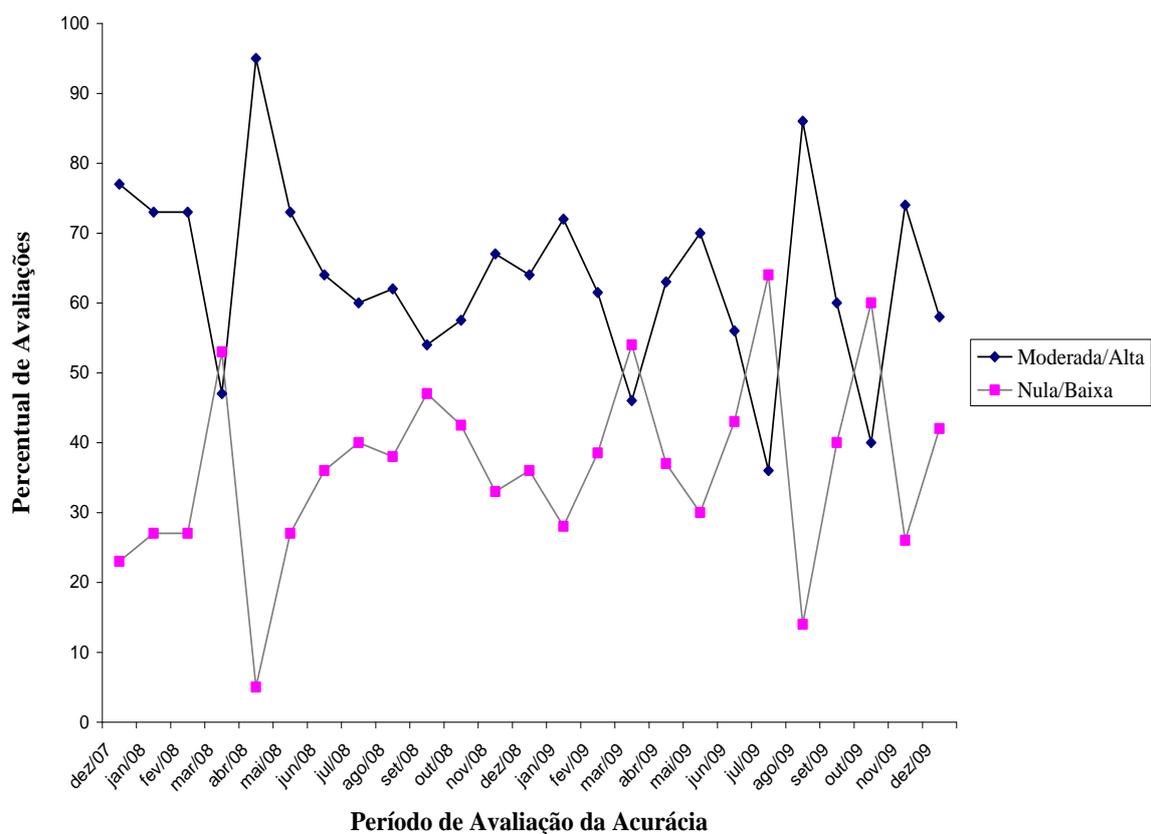


Figura 2 – Categorias da acurácia no decorrer do período em todas as unidades. Qui-quadrado para linearidade, $P=0,07$. Porto Alegre, 2010.

4.2.1 Acurácia do DE Dor Aguda antes da implementação da avaliação da dor agrupada em duas categorias: Moderada/Alta e Nula/Baixa

A Figura 3 demonstra as categorias de acurácia no período pré-implementação da avaliação da dor como 5º Sinal Vital. Pode-se observar o menor percentual de acurácia Moderada/Alta em março e setembro 2008, e o seu maior percentual em abril de 2008. Embora sem diferença estatística entre as categorias, é possível observar que a categoria Moderada/Alta é predominante em todo o período.

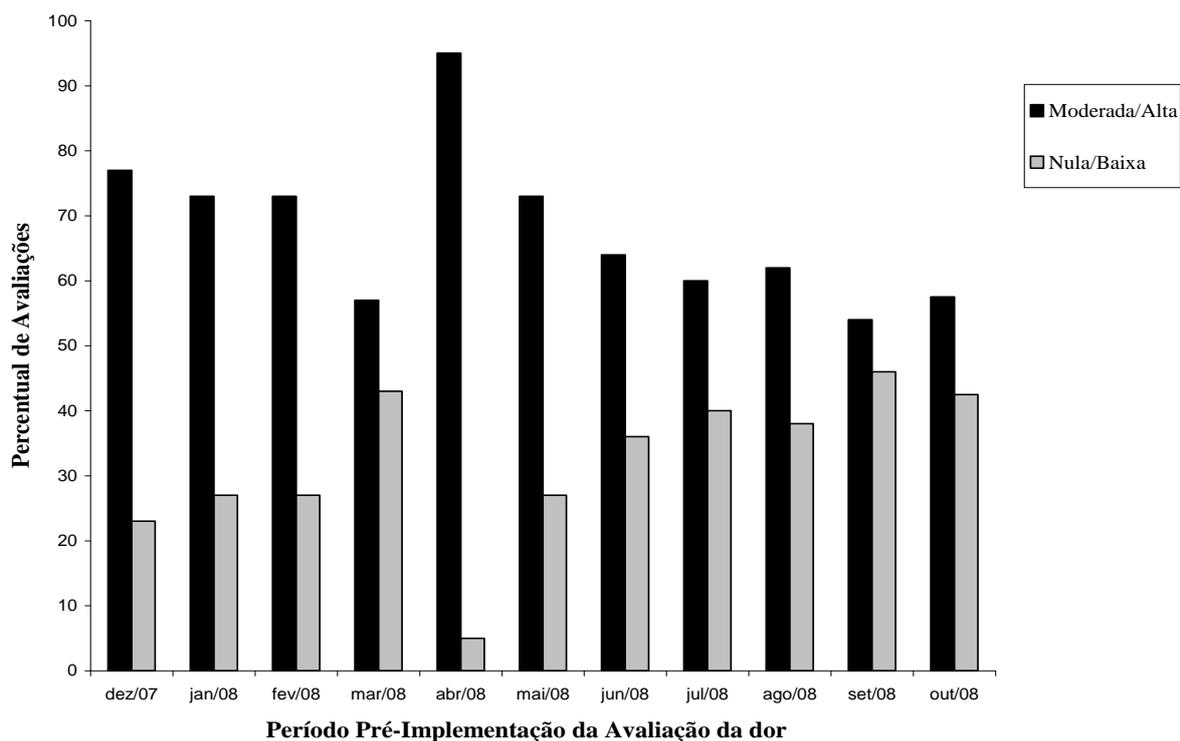


Figura 3 – Categoria da acurácia no período pré-implementação da avaliação da dor como 5º Sinal Vital. Teste Qui-quadrado de Pearson $P=0,11$. Porto Alegre, 2010.

4.2.2 Acurácia do DE Dor Aguda após a implementação da avaliação da dor agrupada em duas categorias: Moderada/Alta e Nula/Baixa

A Figura 4 apresenta as categorias de acurácia no período pós-implementação da avaliação da dor. Pode-se observar o menor percentual de acurácia Moderada/Alta em julho de 2009, e o maior percentual em agosto de 2009. Observa-se diferença significativa entre as categorias nos meses citados acima. Apesar de não seguir a mesma tendência do período pré-implementação, a categoria Moderada/Alta foi a mais observada.

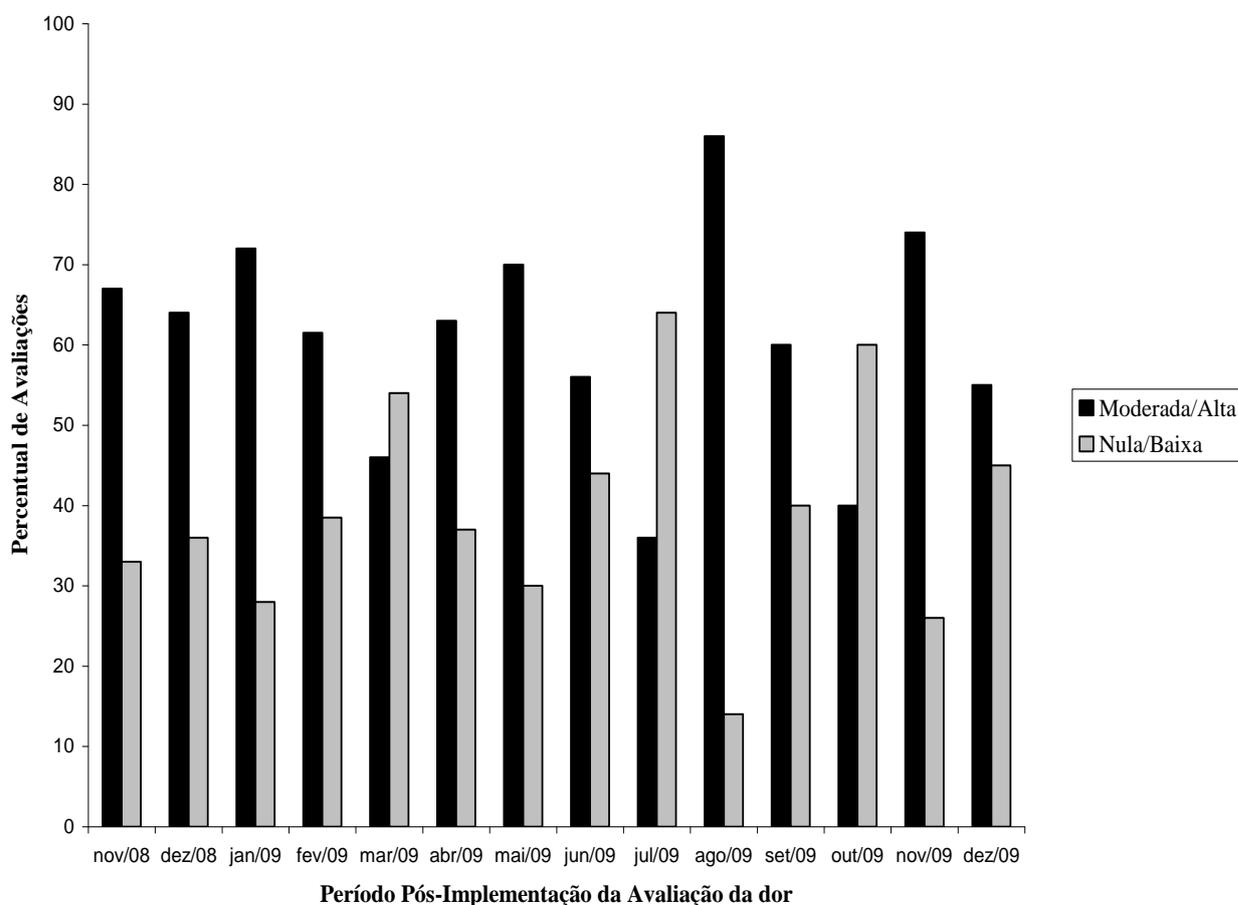


Figura 4 – Categorias de acurácia após a implementação da avaliação da dor como 5º Sinal Vital, Teste Qui-Quadrado de Pearson $P=0,02$. Porto Alegre, 2010.

4.2.3 Comparação da categoria da acurácia entre unidades: Moderada/Alta ou Nula/Baixa

A Figura 5 ilustra as categorias de acurácia entre as unidades ao longo do período estudado. Salienta-se que para todas as unidades houve predomínio da categoria Moderada/Alta. Observa-se tendência à diferença estatística entre a unidade 1 e 2 ($P<0,05$) e significativa entre a 1 e 3 ($P<0,001$).

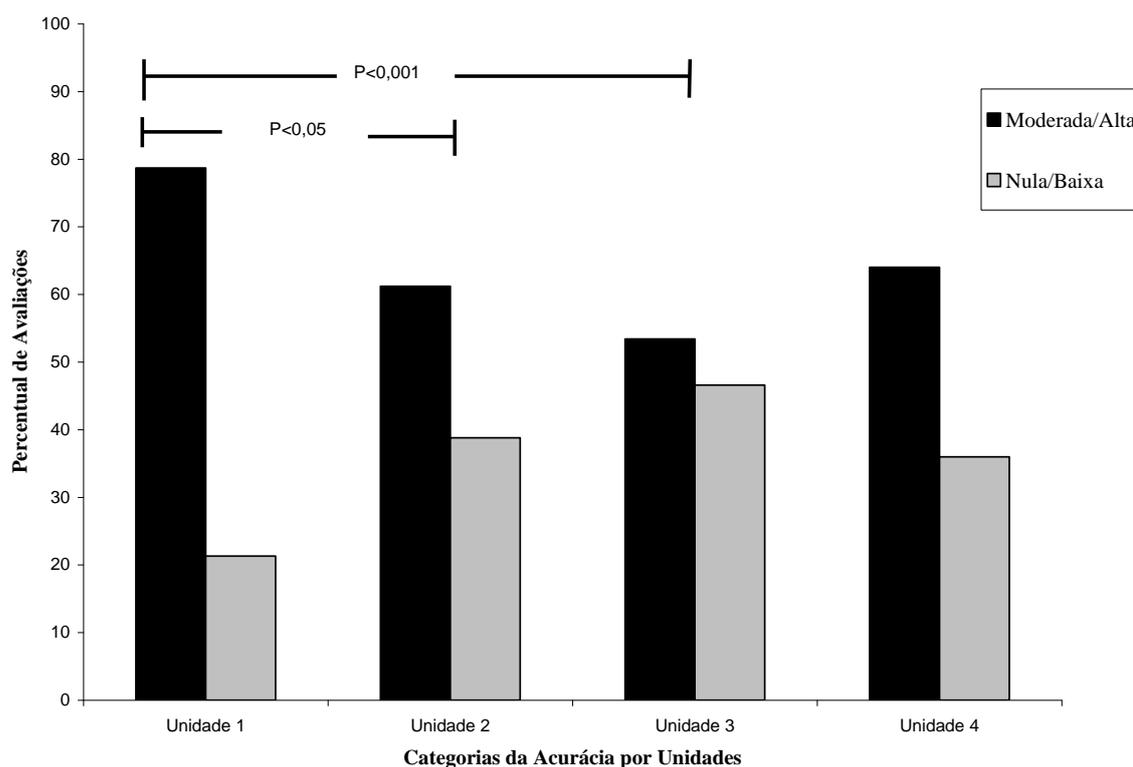


Figura 5 – Categorias de acurácia por unidades . *Qui-quadrado de Pearson, Porto Alegre, 2010.

Na comparação realizada entre o agrupamento das categorias de acurácia e as unidades no período pré-implantação da avaliação da dor, não se observa diferença estatística, $P=0,13$. Nesse período os percentuais da categoria acurácia Moderada/Alta das unidades 1, 2, 3 e 4 foram respectivamente: 82%, 63%, 59%, 61%. No entanto, no período pós, os percentuais da categoria de acurácia Moderada/Alta nas unidades 1, 2, 3 e 4 foram respectivamente: 77%, 60%, 50% e 67%, demonstrando queda da categoria, à exceção da unidade 4. Assim, pode-se observar, no período pós, diferença estatística significativa da categoria de acurácia Moderada/Alta entre as unidades 1 e 3, $P<0,001$.

4.3 Categoria da acurácia diagnóstica e sua relação com os dias de estabelecimento do diagnóstico de Dor Aguda

O estabelecimento de Dor Aguda como diagnóstico deu-se, na maioria das vezes, entre o 1º e o 2º dia de internação, totalizando 334 casos; desses, 62% com acurácia

Moderada/Alta; do 3º ao 10º dia de internação foram 86 casos, 62% com acurácia de Moderada/Alta; do 11º dia em diante, totalizaram 46 casos, 60% deles com acurácia Moderada/Alta. Não se observou diferença significativa entre a acurácia e o dia de estabelecimento do diagnóstico em estudo, $P=0,87$. Assim como nos períodos pré e pós-implementação da avaliação da dor, $P=0,93$ e $P=0,91$, respectivamente.

Na associação entre a acurácia do diagnóstico de Dor Aguda e causa da internação, clínica ou cirúrgica, também não houve diferença estatística, $P= 0,7$.

5 DISCUSSÃO

Este foi um dos primeiros estudos que utilizou a EADE em ambiente clínico real. Avaliou-se a acurácia no estabelecimento do DE Dor Aguda antes e após a implementação da avaliação sistematizada da dor como 5º Sinal Vital em unidades pediátricas. Embora tenha havido um aumento significativo da ocorrência desse diagnóstico após a implementação da avaliação da dor, a acurácia não seguiu a mesma tendência.

Quanto à acurácia, observa-se que houve uma tendência à significância estatística para a ocorrência da categoria Moderada/Alta quando comparada à Nula/Baixa durante todo o período do estudo. No período pré-implementação da avaliação da dor, embora não significativo, houve um predomínio da categoria Moderada/Alta. No entanto, no período pós-implementação, esse comportamento da acurácia não seguiu a mesma tendência. Quando comparadas as quatro unidades entre si, observa-se diferença significativa na categoria Moderada/Alta entre a unidade 1 (UTIP) e 2 (unidade clínica-cirúrgica), e 1 (UTIP) e 3 (unidade clínica-cirúrgica). O perfil de pacientes em UTI rotineiramente determina maior instabilidade ou gravidade clínica, e por conta disso uma exigência maior de monitorização constante e conseqüentemente mais registros, principalmente de enfermagem. Por outro lado, a estabilidade clínica de pacientes em unidades de internação favorece os registros menos detalhados, e também menos freqüentes.

Chama a atenção resultado referente ao aumento na freqüência do diagnóstico em estudo, quando comparamos os dois períodos. Estudos corroboram esse resultado, em que autores ressaltam o potencial de ocorrência desse DE na prática clínica de enfermagem⁽⁷⁷⁻⁸⁰⁾. Cabe salientar que esse aumento da freqüência com que as enfermeiras estabeleceram o diagnóstico não conferiu aumento na acurácia da decisão diagnóstica. Os registros das evoluções de enfermagem encontradas em prontuário foram escassos em informações num volume substancial; as pistas para o diagnóstico estabelecido estavam omitidas em boa parte dos registros. Acredita-se que o aumento na freqüência do diagnóstico no segundo período pode ter sido pelo estímulo realizado com as capacitações para “olhar a dor”, e pode ter incentivado os enfermeiros a estabelecerem mais esse diagnóstico. Os enfermeiros podem ter estabelecido esse diagnóstico à luz de evidências/pistas, no entanto, no momento do registro, essas não foram contempladas.

Destaca-se o maior percentual de acurácia Alta/Moderada nos meses de abril de 2008 e agosto de 2009; o primeiro mês citado refere-se ao período em que começaram as

capacitações, e o segundo ao período em que já estava implementada a avaliação sistematizada da dor. A acurácia Nula/Baixa apresentou picos, superando a categoria Moderada/Alta em quatro meses; desses, três meses coincidiram com o período em que a avaliação sistematizada da dor já ocorria de fato. Quando analisadas as categorias de acurácia e comparadas entre períodos pré e pós, confirmamos a tendência de redução da categoria Moderada/Alta, em todas as unidades. Embora o diagnóstico tenha sido estabelecido mais freqüentemente, a presença de pistas, sua relevância, especificidade e coerência não foram registradas. No Brasil, embora com outro instrumento, mas avaliando a acurácia em casos clínicos hipotéticos, autores identificaram aproximadamente 21% do Escore “+1” da LSM, ou seja, determinação do diagnóstico por uma única pista ⁽⁸⁰⁾. Em outro estudo, também com a LSM, 76% dos diagnósticos avaliados foram de baixa precisão. Os escores mais freqüentes foram “-1”, “0”, “3” e “4” ⁽⁸¹⁾. Mais recentemente, estudo randomizado realizado no Japão aplicou a LSM para avaliar a diferença na acurácia diagnóstica entre dois grupos, um utilizando sistema informatizado, outro não. Não se observou diferença entre os grupos, e a hipótese de que o sistema auxiliaria na melhora da acurácia não foi confirmada ⁽⁵⁷⁾.

Neste estudo não se confirmou a hipótese de que a acurácia diagnóstica aumentaria após a implementação da avaliação sistematizada da dor. Observou-se que o estabelecimento do diagnóstico em estudo foi mais acurado no período de pré-implementação da dor como 5º Sinal Vital do que no período pós. As capacitações foram realizadas durante todo o período tratado como de pré-implementação. Durante as capacitações, foram abordados temas como aplicação de escalas, sinais e sintomas apresentados por quem tem dor e a importância de registrar sistematicamente a avaliação da dor, independente de queixas. Possivelmente, no período pré-implementação da avaliação sistematizada da dor a equipe estava mais sensibilizada para identificar o problema, tanto pela novidade, como pela mobilização do grupo como um todo. No período determinado como pós-implementação, as horas de capacitação reduziram, assim como os encontros entre os membros da equipe para discutir questões relacionadas à importância da avaliação da dor. Esses motivos podem ter contribuído para que os registros se tornassem menos acurados, sem prejuízo, no entanto, no estabelecimento do diagnóstico.

Os itens da escala EADE foram avaliados separadamente nas avaliações realizadas nos períodos pré e pós-implementação. Nas respostas dicotômicas, observa-se a maior freqüência de respostas que confirmam o item. Acima de 60% das evoluções tinham pistas do diagnóstico em estudo. A relevância e a especificidade foram considerada Moderada/Alta para a maioria dos registros do diagnóstico em estudo. Observa-se maior freqüência da

categoria Alta, seguida da Nula, Moderada e Baixa. Do total de prontuários avaliados com o diagnóstico de Dor Aguda, a pesquisadora manteria o diagnóstico em mais de 90% dos casos em que a pista estava presente. Esses dados indicam falha no registro do que é observado e avaliado. Esses dados indicam falha no registro do que é observado e avaliado. Estudo realizado com enfermeiras de unidades de tratamento intensivo pediátrica mostra fases importantes para a construção do conhecimento sobre a avaliação da dor. Essas fases constituem-se em sensibilização para o olhar à dor na criança, seguida do autoconhecimento de experiências dolorosas à educação continuada sobre o tema, explorando escalas de dor para obter melhores resultados na avaliação e, conseqüentemente, manejo da dor ⁽⁴⁾.

Outro aspecto relevante no período de desenvolvimento do estudo foi a rotatividade de enfermeiros entre as unidades no período em que se desenvolveu esse estudo, correspondendo a um montante de 14 enfermeiros. Desses 14 enfermeiros, três passaram por três unidades diferentes. Sete desses (50%) não realizaram a capacitação para avaliação da dor. Esses resultados também podem ter contribuído para redução da acurácia no período pós-implementação.

Quando avaliada a acurácia no período após a implementação da avaliação sistematizada, podemos observar uma diferença significativa entre as unidades 1 e 2 e as unidades 1 e 3. A proporção de enfermeiros por pacientes em unidades de tratamento intensivo (unidade 1) é maior em relação às unidades de internação na instituição em estudo. Essa proporção pode permitir que os registros sejam realizados com mais freqüência e com mais detalhes da avaliação do que em unidades de internação, principalmente pela instabilidade das crianças. Dados da literatura confirmam esses achados quando se comparou os registros de enfermagem de UTI com demais unidades clínicas e cirúrgicas ⁽⁴⁵⁾. Em estudo sobre a qualidade dos registros de enfermagem em unidades de clínica médico-cirúrgica identifica-se que apenas 50% dos registros foram considerados completos ⁽⁸²⁾. Estudo multicêntrico na Holanda confirma essa tendência: foram avaliados 341 prontuários e, desses, 50% tinham todas as etapas do PE documentadas, das quais 28% foram consideradas completas. Importante destacar que a fidedignidade dos dados escritos com os DE levantados aconteceu em 50% dos casos ⁽⁸³⁾.

Quando avaliada a associação entre a categoria da acurácia e o dia de estabelecimento do diagnóstico em estudo, identifica-se que este foi determinado entre o primeiro e terceiro dia de internação, e que o dia de estabelecimento deste não influenciou na sua acurácia. Estudo que também avaliou esse diagnóstico identifica que este ocorreu no terceiro dia de internação, embora os pacientes tenham apresentado sinais e sintomas desde o primeiro dia de

internação ⁽⁸⁴⁾. Esses dados corroboram nossos achados, que mesmo na presença do DE Dor estabelecido, em 40% da amostra não havia presença de pistas. Outro estudo objetivou comparar a dor referida do paciente com a dor avaliada pelo enfermeiro; nesse cenário, observou-se a sub-notificação da dor pelo enfermeiro, mesmo quando havia auto-relato pelo paciente ⁽¹³⁾.

Estudos futuros que visem desenvolver estratégias para melhorar a acurácia dos registros de enfermagem no estabelecimento de diagnóstico na prática clínica, no ensino ou na pesquisa são mandatórios. Diagnósticos de enfermagem acurados e estabelecidos prioritariamente contribuem para intervenções mais efetivas, e, por conseguinte melhores resultados para os pacientes.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Consideramos uma limitação a falta de registros de evoluções de enfermagem num número substancial (80% das exclusões de prontuários) prolongando o período de coleta de dados. Cabe ressaltar que a escassez de estudos sobre acurácia diagnóstica dificultou comparações entre os resultados.

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que o DE Dor Aguda aumentou significativamente no período pós-implementação da avaliação sistematizada da dor como 5º Sinal Vital.

A acurácia do DE Dor Aguda seguiu uma tendência de ser Moderada/Alta ao longo do período avaliado, com exceção de quatro meses em que a acurácia predominante foi a Nula/Baixa.

Quando comparamos dois períodos distintos, um com avaliação sistematizada da dor e outro não, percebemos a categoria de acurácia Moderada/Alta predominante com 60% das avaliações no período em que aconteceram as capacitações, quando de fato ainda não se avaliava a dor de forma sistematizada. Posteriormente, com a implementação da avaliação sistematizada da dor, a mesma categoria caiu cerca de 10%.

Salienta-se a diferença significativa da categoria Moderada/Alta entre as unidades quando comparadas entre si, em que a unidade 1 (UTIP) obteve maiores percentuais da categoria citada quando comparada com outras duas unidades de internação clínica-cirúrgica, respectivamente com unidade 2 $P < 0,05$ e com unidade 3 $P < 0,001$.

Não se observou diferença na acurácia quando relacionada ao dia de estabelecimento do DE.

8 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

De acordo com os resultados do presente estudo a implementação da avaliação sistematizada da dor como 5º Sinal Vital (contemplando período preparatório de capacitações para identificar sinais e sintomas, abordagens de avaliação e manejo da dor) não conferiu subsídios para os enfermeiros melhorarem a acurácia dos registros no estabelecimento do DE Dor Aguda.

Sugerimos que, além das capacitações atingindo, inclusive, novos membros da equipe sejam utilizadas outras estratégias, como o acréscimo de estudos periódicos de casos clínicos, utilizando como exemplo evoluções de casos reais. Essa abordagem, por ser em grupo e dirigida, poderá contribuir com os enfermeiros no desenvolvimento e exercício do pensamento crítico e raciocínio clínico. Salientamos que a avaliação sistematizada da dor como 5º Sinal Vital não deve substituir a descrição da avaliação do paciente, pois esses dados serão somados aos escores obtidos com a aplicação de escalas de intensidade de dor.

REFERÊNCIAS

1. Hockenberry MJ; Wilson D, Winkelstein ML. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. São Paulo: Elsevier Editora; 2006.
2. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança – Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Caderno de Atenção Básica, série A: Normas e Manuais Técnicos, n.173. Brasília; 2002.
3. Romani SAM, Lira PIC. Determinant factors of infant growth. Rev Bras Sau Mat Inf 2003 Jan/Mar; 4(1): 15-23.
4. IASP: Associação Internacional para Estudo da Dor [homepage na Internet]. Seattle: Associação Internacional para Estudo da Dor; [Acesso em 2009 Janeiro]. Disponível em: URL: <http://www.iasp-pain.org>
5. Teixeira MJ. Dor: manual para o clínico. São Paulo: Atheneu; 2006.
6. Ministério da Saúde (BR) [homepage da internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [acesso em 2010 setembro 10]. Carta dos direitos dos usuários da saúde; 2006. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br/bvs>.
7. Greenwald HP. Interethnic differences in pain perception. Pain 1991; 44(2) 157–63.
8. Mobily PR, Herr KA, Kelley LS. Cognitive behavioral techniques to reduce pain: A validation study. Int J Nurs Stud 1993; 30(6): 537–48.
9. Beyer JE. Judging the effectiveness of analgesia for children and adolescents during vaso-occlusive events of sickle cell disease. Journal of Pain and Symptom Management 2000; 19(1); 63–72.
10. Kotzer, AM. Factors predicting postoperative pain in children and adolescents following spine fusion. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing 2000; 23(2): 83–102.
11. Kotzer, AM, Foster RL. Children's use of PCA following spine fusion. Orthopaedic Nursing 2000; 23: 83–102.
12. Tecla MTGM, Miyeko H, LIMA RAG. Registros sobre dor pós-operatória em crianças: uma análise retrospectiva de hospitais de Londrina, PR, Brasil. Rev Bras Enf 2008 Mai/Jun; 61 (3): 289-95.
13. Duignan M, Dunn V. Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients: A replication. International Emergency Nursing 2008; 16: 23–8.
14. Menossi MJ, LIMA RAG, Corrêa AJ. A dor e o desafio da interdisciplinaridade no cuidado à criança. Rev Latino-Am Enfermagem 2008 Mai/Jun; 16 (3) 489-494.

15. Silva EA, Neto JLC, Figueiredo MC. Practices and conducts that relieve pain and distress in hospitalized children. *Com Cie Sau* 2007; 18(2):157-66.
16. Cheng S, Foster RL. A review of factors predicting children's pain experiences. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 2002; 26: 203-16.
17. Gaffney A, Dunne EA. Developmental aspects of children's definitions of pain. *Pain* 1986; 26: 105-17.
18. McGrath PA. *Pain in children: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press; 1990.
19. Harbeck C, Peterson L. Elephants dancing in my head: A developmental approach to children's concepts of specific pains. *Child Development* 1992; 63: 138-49.
20. Crow CS. An exploration of relationships among children's pain perspectives, cognitive development, previous pain experiences, and anxiety: Implications for nursing. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin. Austin; 1993.
21. Conner-Warren RL. Pain intensity and home pain management of children with sickle cell disease. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 1996; 19(3): 183-95.
22. Goodenough B, Thomas W, Champion GD, Perrott D, Taplin JE, Von Baeyer CL, et al. Unraveling age effects and sex differences in needlepain: Ratings of sensory intensity and unpleasantness of venipuncture pain by children and their parents. *Pain* 1999; 80(1-2): 179-90.
23. Kotzer AM, Foster RL. Children's use of PCA following spine fusion. *Orthopaedic Nursing* 2000; 23: 83-102.
24. Fordyce, W.E. Learned pain: Pain as behavior. In Bonica JJ. *The management of pain: vol 1*. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1990. P.291-9.
25. Pennebaker JW. *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer-Verlag; 1982.
26. Fowler-Kerry S, Lander J. Assessment of sex differences in children's and adolescent's self-reported pain from venipuncture. *Journal of Pediatric Psychiatry* 1991; 16: 783-93.
27. Bournaki MC. Correlates of pain-related responses to venipunctures in schoolage children. *Nursing Research* 1997; 46(43): 147-54.
28. Carr TD, Lemanek KL, Armstrong FD. Pain and fear ratings: Clinical implications of age and gender differences. *Journal of Pain and Symptom Management* 1998; 15(5): 305-13.
29. Gauthier JC, Finley GA, McGrath PJ. Children's self-report of postoperative pain intensity and treatment threshold: Determining the adequacy of medication. *Clinical Journal of Pain* 1998; 14(2): 116-20.

30. Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para cuidar em enfermagem. *Texto. Contex Enferm* 2006 Abr/Jun; 15(2): 270-6.
31. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2002 Mai-/Jun; 10(3):446-7.
32. Ministério da Justiça (BR). Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1995. P.16319-20.
33. Viana DL, Dupas G, Pereira MLG. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. *Pediatria* 2006; 28(4): 251-61.
34. Silva MAS. Intervenção, treinamento, avaliação e registro sistematizado no controle da dor pós-operatória de cirurgia cardíaca. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2007.
35. Martin D, Virginia D. Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients: A replication. *International Emergency Nursing* 2008; 16: 23–8.
36. Mendes MA, Bastos, MAR. Processo de enfermagem: sequencias de cuidar fazem a diferença. *Rev Bras Enferm* 2003; 56(3); 271-6.
37. Alfaro-Lefevre R. *Aplicação do Processo de Enfermagem: promoção do cuidados colaborativo*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
38. Emília Campos de Carvalho, Márcia Bachion. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2009; 11 (3): 466. Disponível em URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/Acesso> em 30/12/2010.
39. North American Nursing Diagnosis Association International. *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2009-2011*. Ames: Editora Wiley – Blackwele, 2009.
40. Cruz, DALM. Processo de enfermagem e classificações. In: Gaidzinski RR et al. *Diagnósticos de enfermagem na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2008. P.25-36.
41. Cruz DALM, Pimenta CAM. Prática baseada em evidências aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005 May/Jun; 13(3): 415-22.
42. Parker L, Lunney M. Moving beyond content validation of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis* 1998; 9(4): 144-51.
43. Lunney M. Critical Thinking and accuracy of nurses' diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 2003; 14(3): 96-108.
44. Dalri CC, Rossi LA, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2006 Mai-Jun; 14(3): 389-96.

45. Simoni P, Moraes MA, Chiarelli R. et al. Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê estamos fazendo? Rev Latino-Am Enfermagem 2009 Mai/Jun; 17 (3): 302-307.
46. Carlson CJ. Método pedagógico para o desenvolvimento da habilidade diagnóstica. In: Lunney M. Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análise. Porto Alegre: Artmed; 2004. P.70-95.
47. Lunney MA. Precisão no Diagnóstico das Respostas Humanas: necessidade do pensamento crítico. In: LUNNEY MA. Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análises. Porto Alegre; Artmed: 2004. P.39-51.
48. Crossetti MGO, Bittencourt GKGD, Schaurich D, Tanccini T, AntunesM. Estratégias de ensino das habilidades do pensamento crítico na enfermagem. Rev Gaucha Enf., Porto Alegre (RS) 2009 dez;30(4):732-41.
49. Dochterman JM, Buhechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem. 4^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
50. Moorhead S, Johnson, Meridean M. Classificação dos Resultados de Enfermagem. 3^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
51. Lunney, M. Accuracy of diagnosis: Concept development. Nursing Diagnosis 1990; 1: 12-7.
52. Hulley SB, Schmidt MI, Duncan BB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3^aed. Porto Alegre: Artmed; 2008
53. Matos FGOA, Cruz DALM, Guedes ES et al. Escala de Acurácia de Diagnósticos de enfermagem: Versão 2. In: Anais do 10^o Simpósio Nacional dos Diagnósticos de Enfermagem. Brasília; 4-7 ago 2010.
54. Lunney M. Measurement of accuracy of nursing diagnoses. In: Paquette M, editor. Classification of Nursing Diagnosis: Proceedings of the Tenth Conference; 1994. P.281-4.
55. Lunney M, Karlin B, Kiss, M, Murphy P. Accuracy of nurses' diagnoses of psychosocial responses. Nursing Diagnosis 1997; 8; 157-66.
56. Cruz DALM, et al. Adaptação para a língua portuguesa e validação do LUNNEY Scoring Method For Rating Accuracy Of Nursing Diagnoses. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(1): 127-34.
57. Kurashima S, Kobayashi K, Toyabe S, Akazawa K. Accuracy and efficiency of computer-aided nursing diagnosis. Int J Nurs Terminol Classif 2008 Jul-Sep; 19(3): 95-101.
58. Matos F, Cruz DALM. Construção de Instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. Rev Esc Enf USP 2009; 43: 1088-97.
59. Manual Internacional de padrões de certificação hospitalar. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de saúde, Editor. Rio de janeiro: CBA; 2005.

- 60 .Ferreira AM, Nascimento CLV, Predebon CM, Tecchio CM, Dall Agnol CM, Durant DM, et al. Verificação da Dor como 5º Sinal Vital nas unidades pediátricas do HCPA. Projeto de Desenvolvimento. Porto Alegre; 2008.
61. Ferreira AM, Silva ERR. Validação Clínica do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda em crianças hospitalizadas. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2009.
62. Law, M, Stewart D, Letts L, Pollock N, Bosch, J, Westmorland M. Orientações Para o Formulário de Revisão Crítica - Estudos Quantitativos. Universidade Federal de Minas Gerais; 2008: 1-15.
63. Normatização da permanência conjunta pais e filhos nas unidades de internação pediátrica. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto alegre; 2007.
64. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. [Disponível on line]. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Ministério da Saúde; 2001. [2010 maio 10]. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br/bvs>.
65. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artmed; 2006.
66. Mc Caffery M, Herr K, Manworren R, Merkel S. Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. Pain Management Nurs 2006; 7(2): 44-52.
67. Pasero C. Pain control epidural analgesia in children. Am J Nurs 1999; 99(5): 20.
68. Muller JD, Ferreira AM, Predebon CM et al. Grupo de estudo sobre a dor em pediatria. In: VIII Jornada Multidisciplinar Pediátrica. VI Encontro Pró-humanização do HCPA. 12-14 outubro 2008. Anais do Evento. Publicação em Mídia Digital. Porto Alegre; 2009.
69. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
70. Chaves L, Leão, E. Dor 5º sinal vital. Reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Mayo; 2004
71. Pasin S. A dor como o 5º sinal vital: qualidade no cuidado de Enfermagem. Anais da Semana de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; 2008
72. Büttner W, Finke W. Analysis of behavioural and physiological parameters for the assessment of postoperative analgesic demand in newborns, infants and young children: a comprehensive report on seven consecutive studies. Pediatric Anesth. 2000;10(3):303-18.
73. Alves, MO, Carvalho PRA,Wagner MB. Castoldi A. SilvaCC. Becker MM. Cross-validation of the Children's and Infant's Postoperative Pain Scale in Brazilian Children. Pain Practice, v. 8, p. 171-176, 2008.

74. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet*. 1974;9:1127-31.
75. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, consta da Resolução nº. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde [Disponível on line]. Brasília: Diário Oficial da União; 1996. p. 21082-5. [Acesso em 2008 Outubro 15]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>.
76. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. [Disponível on line]. Resolução Normativa 01/97: Utilização de Dados de Prontuários de Pacientes e de Bases de Dados em Projetos de Pesquisa; 1997. [Acesso em 2008 Outubro 20] Disponível em: http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/GPPG/doc_1-resnorma01_97.doc
77. Almeida MA, Araújo VG, Ghezzi MIL. Dor em pacientes com prótese de quadril: diagnóstico de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* 1998; 19(1): 33-7.
78. Batista DCS, Cruz DALM, Pimenta CAM. Publicações sobre dor e diagnóstico de enfermagem em uma base de dados brasileira. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008 Set; 29(3): 461-7.
79. Lucena AF, Barros ALBL. Nursing Diagnoses in a Brazilian intensive Care. *Int J Nurs Terminol Classif* 2006 Jul; 17 (3): 139-46.
80. Cruz DAL, Perez RCFG. Accuracy of nursing diagnosis: interrater agreement. *Int J Nurs Terminol Classif* 2003; 14 (suppl 4): S47.
81. Marini M, Chaves, EHB. Evaluation of the Accuracy of Nursing Diagnoses in a Brazilian Emergency Service. *Int J Nurs Terminol Classif*. In press 2010.
82. Setz VG, D’Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio de auditoria. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(3): 313-7.
83. Paans W, Sermeus W, Nieweg RMB, et al. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*. In Press 2010.
84. Magalhães AMM, Matzenbacher BCM, Pacheco CRM. Diagnósticos de enfermagem de paciente submetido à transplante de medula óssea alogênico: estudo de caso. *Rev Gaucha Enferm* 2005 abr; 26(1): 67-75.

APÊNDICE A - MODELO DE FICHA CLÍNICA
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PACIENTE
PROJETO DE MESTRADO ACURÁCIA – EADE

Sujeito:

Identificação do paciente:

Sexo:

Nº do prontuário:

Data de nascimento:

Idade:

Unidade:

Patologia/ Motivo da internação:

Data de internação:

Data da alta:

Dias de Diagnóstico de Enfermagem Dor Aguda ativo:

Dia do início da dor:

Transcrição da Evolução do dia:

SV.: FC FR TAX PA

S-

O-

I-

C-

Lista de diagnósticos / Quadro de respostas EADE – Versão 2

DE	Item 1		Item 2		Item 3		Item 4		Você manteria esse DE		Grau de acurácia	Categoria de acurácia
	Há pistas?*		Relevância (pista x DE)		Especificidade (pista x DE)		Coerência (pista x DE x conjunto dos dados)		Sim	Não		
	S 1	N 0	Alta/ Moderada 1	Baixa 0	Alta/ Moderada 3,5	Baixa 0	Alta/ Moderada 8	Baixa 0				
Dor aguda												

*Quando a resposta for não, não preencher as demais células PARA O DIAGNÓSTICO.

- pistas: manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios ou sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado.
- relevância da pista: grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) necessária (s) para indicar o diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado.
- especificidade da pista: grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) característica (s) do diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado.
- coerência da pista: grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) consistente (s) com o diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado e com o conjunto das informações disponíveis.

ANEXO A - ESCALA DE ACURÁCIA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – EADE VERSÃO 2.0

1) Instruções de como utilizar a EADE - Versão 2:

A EADE (Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem) 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.

A necessidade de aprimorar a EADE (Matos, Cruz, 2009) resultou na proposta da sua segunda versão (EADE – Versão 2)¹. As orientações aqui apresentadas referem-se à EADE – Versão 2.

Leia cuidadosamente as definições a seguir.

2) 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 grau de relevância, especificidade e coerência das pistas existentes para o diagnóstico.

- **Pistas**: são manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios, ou sinais e sintomas de um diagnóstico de enfermagem.
- **Relevância da pista**: grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é necessária(o) para indicar um diagnóstico de enfermagem.
- **Especificidade da pista**: grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é característica(o) de um diagnóstico de enfermagem.
- **Coerência da pista**: grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é consistente com o conjunto das informações disponíveis.

3) Escala de acurácia de diagnóstico de enfermagem – Versão 2

¹A EADE – Versão 2 incorporou modificações: 1) nos enunciados das definições de pistas, relevância e especificidade; 2) nas escalas de cada item, em que foi eliminada a categoria ‘nula’; e 3) nos escores e categorias de acurácia, permitindo diferenciar os diagnósticos sem pistas dos em que as pistas têm relevância, especificidade e coerência baixas.

A aplicação da EADE - Versão 2 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 - Versão 2 deve-se ter em mãos os dados de avaliação clínica do paciente e os diagnósticos formulados com base nesses dados.

A EADE - Versão 2 consta de 5 itens com respostas dicotômicas. Quatro dos cinco itens são pontuáveis. 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 - Versão 2.
 - a. O avaliador deverá voltar, sempre que necessário, aos dados escritos para responder os itens da EADE - Versão 2.
 - b. Recomenda-se também que a classificação da NANDA-I seja amplamente consultada.

Os itens da EADE - Versão 2 e as orientações para respondê-los são

Item 1 -	Há pista(s) para o diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<p>ORIENTAÇÃO Item 1</p> <p>Considere a definição de pistas: são manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios ou sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado.</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 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>ORIENTAÇÃO Item 2</p> <p>Considere a definição de relevância da pista: grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é necessária (o) para indicar o diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado. Indique o grau de relevância da(s) pista(s) existente(s) como: Alta/Moderada ou Baixa.</p> <p>Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de relevância, indique apenas o mais elevado (Alta / Moderada).</p> <p>Consulte a NANDA 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
<p>ORIENTAÇÃO Item 3</p> <p>Considere a definição de especificidade da pista: grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é</p>			

característica(o) do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado. Indique o grau de especificidade da(s) pista(s) existente(s) como: Alta/Moderada ou Baixa.

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
----------	--	--	--------------------------------

ORIENTAÇÃO Item 4

Considere a definição de **coerência da pista**: grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é consistente com o conjunto das informações disponíveis (incluindo o próprio diagnóstico que está sendo avaliado). Indique o grau de coerência da(s) pista(s) existente(s) como: Alta/Moderada ou Baixa.

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

Item 5 -	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.

Sistema de pontuação das respostas

Escores para os itens da EADE – Versão 2				
Itens		Definições	Categorias	Escores de acurácia
1	Presença de pista	Manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios ou sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado.	Sim	1
			Não	0
2	Relevância da pista	Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) necessária (s) para indicar o diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado.	Alta/Moderada	1
			Baixa	0
3	Especificidade da pista	Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) característica (s) do diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado.	Alta/Moderada	3,5
			Baixa	0
4	Coerência da pista	Grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) consistente (s) com o diagnóstico de enfermagem que esta sendo avaliado e com o conjunto das informações disponíveis.	Alta/Moderada	8
			Baixa	0
5	Você enunciaria esse diagnóstico de enfermagem?	Mesmo havendo pistas com alguma relevância, especificidade e coerência para o diagnóstico, ele pode: não ser <u>prioritário</u> , não direcionar <u>intervenções</u> adequadas, ou <u>outro diagnóstico</u> pode explicar melhor a resposta do paciente.	Sim	Não pontua
			Não	Não pontua

Categorias de acurácia da EADE – Versão 2		
Escores de acurácia	Interpretação	Categoria de acurácia
0	Não há pistas que indiquem o diagnóstico em questão	NULA
1	A(s) pista(s) existente(s) tem (têm) baixa relevância, baixa especificidade e baixa coerência	BAIXA
2 4,5 5,5	A(s) pista(s) presente(s) nos dados de avaliação tem (têm) coerência baixa com os dados da avaliação, mas tem pista(s) altamente/moderadamente relevante(s) E/OU altamente/moderadamente específica(s) para o diagnóstico em questão.	MODERADA
9,0 10,0 12,5 13,5	A(s) pista(s) presente(s) nos dados de avaliação é (são) altamente/moderadamente coerente(s) com os dados da avaliação. São também altamente/moderadamente relevantes, E/OU altamente/moderadamente específicas para o diagnóstico em questão.	ALTA

Ao aplicar a EADE – Versão 2 você deve indicar suas respostas num quadro. Veja o EXEMPLO (dados simplificados) a seguir.

EXEMPLO DE APLICAÇÃO DA EADE – VERSÃO 2

Dados Escritos:

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:

Dor aguda

Ansiedade

Déficit no autocuidado para banho/higiene

Lista de diagnósticos / Quadro de respostas EADE – Versão 2

DE	Item 1		Item 2		Item 3		Item 4		Você manteria esse DE		Grau de acurácia	Categoria de acurácia
	Há pistas?*		Relevância (pista x DE)		Especificidade (pista x DE)		Coerência (pista x DE x conjunto dos dados)		Sim S	Não N		
	Sim 1	Não 0	Alta/Moderada 1	Baixa 0	Alta/Moderada 3,5	Baixa 0	Alta/Moderada 8	Baixa 0				
Dor aguda	x		x		x		x		x		13,5	Alta
Ansiedade		x	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		x	0	Nula
Déficit para o autocuidado (banho/higiene)	x			x		x		x		x	1	Baixa

*Quando a resposta for não, não preencher as demais células PARA O DIAGNÓSTICO.

- **pistas:** manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios ou sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado.
- **relevância da pista:** grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) necessária (s) para indicar o diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado.
- **especificidade da pista:** grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) característica (s) do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado.
- **coerência da pista:** grau com que uma pista (ou um conjunto de pistas) é (são) consistente (s) com o diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado e com o conjunto das informações disponíveis.

ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

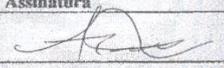
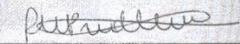
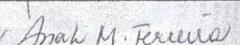
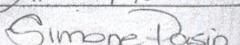
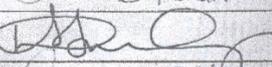
Anexo 2. Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

ACURÁCIA CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS	Cadastro no GPPG
---	-------------------------

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

Porto Alegre, 15 de dezembro de 2009.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Eneida Rejane Rabelo da Silva	
Caroline Maier Predebon	
Anali Martegani Ferreira	
Simone Silveira Pasin	
Diná de Almeida Monteiro da Cruz	
Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos	

ANEXO C - TERMO DE APROVAÇÃO COMPESQ EENF UFRGS

**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto: PG nº 54/09
Versão 12/2009

Pesquisadores: Caroline Maier Predebon, Eneida Rejane Rabelo da Silva, Anali Martegani Ferreira, Simone Pasin, Diná Monteiro Cruz e Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo Matos

Título:.. ACURÁCIA CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 02 de dezembro de 2009.

Anne Marie Weissheimer
~~Coordenadora Substituta da COMPESQ EENF UFRGS~~

Prof^a Dra Anne Marie Weissheimer
Coordenadora Substituta da COMPESQ

ANEXO D - TERMO DE APROVAÇÃO GPPG HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 09-623

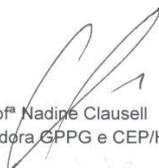
Pesquisadores:

ENEIDA REJANE RABELO DA SILVA
CAROLINE MAIER PREDEBON
ANALI MARTEGANI FERREIRA
SIMONE SILVEIRA PASIN

Título: ACURÁCIA CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP/HCPA. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Porto Alegre, 25 de janeiro de 2010.


Profª Nadipe Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA