

COMPARAÇÃO DO GRAU DE ACURÁCIA DIAGNÓSTICA DE GRADUANDOS E ENFERMEIROS EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA

COMPARISON OF THE DIAGNOSTIC ACCURACY OF UNDERGRADUATE STUDENTS AND NURSES IN RESIDENCY PROGRAMS

COMPARACIÓN DEL GRADO DE PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE ALUMNOS Y ENFERMEROS EN PROGRAMAS DE RESIDENCIA

Izabela Martins Oliveira ¹
Rita de Cássia Gengo e Silva ²

¹ Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Cardiopneumologia de Alta Complexidade. Universidade de São Paulo – USP, Escola de Enfermagem. São Paulo, SP – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora. USP, Escola de Enfermagem. São Paulo, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Rita de Cássia Gengo e Silva. E-mail: rita.gengo@usp.br
Submetido em: 13/12/2015 Aprovado em: 06/06/2016

RESUMO

Objetivos: comparar o grau de acurácia diagnóstica entre estudantes do último ano de graduação em ENFERMAGEM e de enfermeiros residentes, e estimar a associação entre o grau de acurácia diagnóstica e o grau de contato com processo de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, raciocínio clínico e o grau de habilidade em estabelecer diagnósticos de enfermagem. **Método:** trata-se de estudo descritivo-exploratório transversal. Participaram 65 sujeitos, dos quais: 27 graduandos do último ano de Enfermagem, 19 enfermeiros residentes do primeiro ano e 19 do segundo ano. Utilizaram-se dois instrumentos: caracterização dos participantes e caso clínico. O grau de acurácia diagnóstica foi avaliado por meio da Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem - versão 2. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** os participantes tinham idade média entre 22 e 26 anos e a maioria era do sexo feminino. Não houve diferença estatisticamente significativa quanto à habilidade autorreferida para estabelecer diagnósticos de enfermagem e grau de contato com processo de enfermagem, diagnósticos de enfermagem e raciocínio clínico nos âmbitos teórico e prático. Verificou-se que os residentes do segundo ano identificaram número significativamente menor de diagnósticos de baixa acurácia. **Conclusão:** os resultados sugerem que os programas de residência contribuem para melhorar a acurácia diagnóstica.

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem; Capacitação em Serviço.

ABSTRACT

Objectives: to compare the level of diagnostic accuracy between students attending the last undergraduate year in Nursing and nursing residents, and to estimate the association between the level of diagnostic accuracy and the degree of familiarity with the nursing process, diagnosis, clinical reasoning, and the ability degree to establish nursing diagnoses. **Method:** this was a cross-sectional descriptive and exploratory study. The 65 participating subjects were 27 undergraduates attending the last year of nursing school, 19 first year resident nurses, and 19 second year resident nurses. Two instruments were used: characterization of participants and clinical case. The degree of diagnostic accuracy was evaluated by the Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem (Accuracy Scale of Nursing Diagnoses) - Version 2. Data were analyzed through descriptive and inferential statistics. **Results:** the mean age of participants varied from 22 to 26 years and most were females. There was no statistically significant difference regarding the self-reported ability to establish nursing diagnoses and the degree of clinical contact with the nursing process, diagnoses, and clinical reasoning in the theoretical and practical contexts. It was observed that the second year residents identified a significantly smaller number of low accuracy diagnoses compared to the other participants. **Conclusion:** the results suggest that the residency programs contribute to improving diagnostic accuracy.

Keywords: Nursing Diagnosis; Nursing; Inservice Training

Como citar este artigo:

Oliveira IM, Silva RCG. Comparação do grau de acurácia diagnóstica de graduandos e enfermeiros em programas de residência. REME – Rev Min Enferm. 2016; [citado em ____ ____]; 20:e952. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20160021

RESUMEN

El objeto del presente estudio fue comparar el grado de precisión diagnóstica entre estudiantes del último año de enfermería y de enfermeros residentes y estimar la asociación entre el grado de precisión diagnóstica con el grado de contacto con el proceso de enfermería, diagnóstico de enfermería, razonamiento clínico y grado de habilidad de establecer diagnósticos de enfermería. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo de corte transversal. Participaron 65 sujetos de los cuales 27 eran alumnos del último año de enfermería, 19 eran enfermeras residentes del primer año y 19 del segundo año. Se utilizaron dos instrumentos: caracterización de los participantes y caso clínico. El grado de precisión diagnóstica fue evaluada por la Escala de Precisión de Diagnósticos de Enfermería - Versión 2. Los datos fueron analizados por estadísticas descriptivas e inferenciales. La edad promedio de los participantes varió entre 22 y 26 años y la mayoría era del sexo femenino. No se observaron diferencias estadísticamente significativas con relación a la habilidad auto referida para establecer diagnósticos de enfermería y grado de contacto con el proceso de enfermería, diagnósticos de enfermería y razonamiento clínico en los  mbitos teórico y práctico. Se observó que los residentes del segundo año identificaron una cantidad significativamente menor de diagnósticos de baja precisión. Los resultados indican que los programas de residencia contribuyen a mejorar la precisión diagnóstica.

Palabras clave: Diagnóstico de Enfermería; Enfermería; Capacitación en Servicio.

INTRODU O

Os diagnósticos de enfermagem constituem-se em elementos centrais da prática clínica, pois comunicam as respostas humanas às situa es de saúde nas quais o enfermeiro pode intervir.¹ Sabe-se que o diagnóstico das respostas humanas é complexo e exige diferentes competências do diagnosticador.^{2,3} Apesar disso, tem sido demonstrado na literatura que diagnósticos acurados permitem o alcance de melhores resultados na saúde das pessoas.^{4,5}

O conceito de acurácia diagnóstica em enfermagem foi baseado no pressuposto de que vários diagnósticos de enfermagem são possíveis em uma mesma situa o clínica. Isso quer dizer que diferentes diagnósticos podem ser aceitáveis, mas o enfermeiro deverá identificar aquele que melhor expressa a resposta humana de acordo com os dados coletados do paciente/família/comunidade. Considerando esse conceito, a acurácia diagnóstica não é uma variável dicot mica, mas representa um *continuum* de possibilidades em que, entre os diagnósticos aceitáveis para determinado caso, haverá aqueles altamente acurados e outros com baixa acurácia.^{6,7}

Algumas escalas estão disponíveis para avaliar a acurácia diagnóstica, entre as quais, pode-se citar a *Lunney Scoring Method for Rating Accuracy of Nursing Diagnoses* (LSM).⁸ Essa escala foi adaptada para o português, mas não mostrou estimativas aceitáveis de confiabilidade.⁸

Com o propósito de oferecer um método para avalia o da acurácia diagnóstica em estudos de caso escritos, autoras brasileiras propuseram, com base na LSM, a Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem EADE – versão 2.⁹ Sua utiliza o implica a análise de pistas encontradas que fundamentam os diagnósticos de enfermagem. Na aplica o da escala, a presença de pistas é avaliada de forma dicot mica. Para as autoras da EADE, pistas são indícios, vestígios ou sinais e sintomas do diagnóstico de enfermagem que está sendo avaliado. Se o avaliador considera que não existem pistas para o diagnóstico,

a escala não deverá ser aplicada. Se há pistas, prossegue-se   avalia o da relevância (grau com que a pista   necessária para indicar o diagnóstico), da especificidade (grau com que a pista   característica do diagnóstico) e da coerência (grau com que a pista é consistente com o diagnóstico) das pistas. Esses três atributos também são avaliados de forma dicot mica em alta/moderada e baixa. Para as respostas a cada item da escala são atribuídas pontua es específicas, que ao final são somadas e geram pontua o final que varia de zero a 13,5. A depender da pontua o obtida, o grau de acurácia do diagnóstico pode ser classificado como nulo (escore = 0), baixo (escore = 1), moderado (escores de 2 a 5,5) e alto (escores de 9 a 13,5).

O uso da EADE – versão 2 tem sido relatado na literatura. Como exemplo, foi utilizada para analisar a acurácia do diagnóstico “dor aguda” após a implementa o de avalia o sistemática da dor. Os autores verificaram que houve aumento na frequência de identifica o desse diagnóstico que, no entanto, não foi acompanhada de melhora na acurácia diagnóstica.¹⁰

Sabe-se que para o enfermeiro ser um bom diagnosticador, isto é, identificar diagnósticos acurados, deve desenvolver competências: intelectual, técnica e interpessoal.² Essas competências são necessárias ao processo de pensamento crítico e podem ser desenvolvidas e/ou aprimoradas.³ Estudos evidenciaram que estratégias acad micas como treinamentos, cursos e ênfase em disciplinas relacionadas a esse tema são capazes de levar à melhora na acurácia diagnóstica dos graduandos em enfermagem e enfermeiros.^{11,12}

Os programas de residência em Enfermagem são uma oportunidade para aproximar o enfermeiro recém-formado de experiências clínicas reais e visam ao desenvolvimento das competências técnico-científica e  tica, por meio do treinamento em serviço.¹¹ Revisão sistemática demonstrou a eficácia dos programas de residência em rela o ao desenvolvimento de competência clínica, confiança e olhar crítico.¹²

Pouco se conhece sobre a contribui o dos programas de residência em Enfermagem para o aprimoramento da acur -

cia diagnóstica dos enfermeiros. Acredita-se que o ensino, por meio do treinamento em serviço, contribui para melhorar a acurácia diagnóstica dos enfermeiros residentes e que o grau de acurácia diagnóstica é tanto maior quanto maior o tempo transcorrido do curso.

Os objetivos deste estudo foram: a) comparar o grau de acurácia diagnóstica entre estudantes do último ano de graduação em Enfermagem e de enfermeiros residentes; b) estimar a associação entre o grau de acurácia diagnóstica com o grau de contato com processo de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, raciocínio clínico e o grau de habilidade em estabelecer diagnósticos de enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, transversal, com abordagem quantitativa, cuja coleta de dados ocorreu no período de junho a novembro de 2014. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), parecer nº 714.001; CAAE: 32529014.9.0000.5392. Os pesquisadores seguiram as determinações da Resolução 466/2012 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi constituída por todos os residentes matriculados nos programas de residência em Enfermagem (N= 77) da EEUSP no ano de 2014, sendo 42 do primeiro (GR1) e 35 do segundo ano (GR2). Optou-se por estudar a população de residentes, para possibilitar a verificação da contribuição dos programas de residência na acurácia diagnóstica de enfermeiros residentes, cuja população eram todos os graduandos matriculados no último ano do curso de Enfermagem (quarto ano). Estabelecendo-se poder amostral de 95% e erro tipo I de 5%, o grupo de graduandos deveria ser constituído de 28 participantes (GG).

Para serem incluídos no estudo, os residentes deveriam ter cursado disciplina referente ao processo de enfermagem; além disso, residentes e graduandos deveriam manifestar sua concordância em participar do estudo. Foram excluídos da pesquisa os residentes que estavam em licença médica.

COLETA DE DADOS

Para este estudo, foram elaborados dois instrumentos de coleta de dados: caracterização dos participantes e caso clínico.

O instrumento de caracterização dos participantes continha dados sociodemográficos e relacionados ao grau de contato com processo/diagnóstico de enfermagem e raciocínio clínico e autoavaliação sobre a habilidade diagnóstica. O grau de

contato e a habilidade diagnóstica foram avaliados por meio de autorrelato, utilizando-se escala tipo Likert de 4 pontos, sendo 1 = nenhum, 2 = pouco, 3 = considerável e 4 = muito.

O instrumento “caso clínico” continha um estudo de caso escrito elaborado em pesquisa prévia⁹ (cujas autoras forneceram autorização para utilização no presente estudo), além de instruções para que os participantes identificassem os diagnósticos de enfermagem e os registrassem em local indicado.

Os instrumentos foram entregues aos participantes em mãos. As orientações para o preenchimento eram lidas juntamente com cada participante para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Os participantes foram orientados que a resolução do estudo de caso deveria ser feita de forma individual e que a classificação de diagnósticos da NANDA Internacional (NANDA-I)¹ poderia ser consultada.

DETERMINAÇÃO DO GRAU DE ACURÁCIA DIAGNÓSTICA

As autoras do estudo de caso escrito enviaram o gabarito contendo os diagnósticos de enfermagem e seus respectivos graus de acurácia. Para tanto, elas utilizaram a EADE – versão 2⁹ e a classificação de diagnósticos da NANDA-I versão 2007-2008. Como houve alteração em relação aos diagnósticos aprovados pela NANDA-I em suas versões mais recentes (versões 2009-2011 e 2012-2014),^{13,14} foi necessário estabelecer um novo gabarito.

Para tanto, todos os diagnósticos identificados pelos participantes foram transcritos em uma planilha do *Excel*, a qual foi elaborada conforme os itens da EADE – versão 2.⁹ Juntamente com o estudo de caso, esse material foi apresentado aos membros do Grupo de Estudos Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem da EEUSP. Após a leitura cuidadosa do caso, os membros do grupo de pesquisa analisaram todos os diagnósticos identificados pelos graduandos e residentes. À lista de diagnósticos identificados, outros foram incluídos, com a finalidade de se detectar possível viés na avaliação dos membros do grupo de pesquisa. O novo gabarito foi estabelecido por consenso, sendo que os diagnósticos foram classificados de acordo com seu grau de acurácia (nulo, baixo, moderado e alto).

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram registrados em planilha do *Excel* e transportados para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 para realização das análises. As variáveis quantitativas foram analisadas utilizando-se medidas de tendência central. Para as variáveis categóricas, os dados foram analisados por meio de frequências relativa e absoluta.

Os grupos “graduandos” (GG), “residentes do primeiro ano” (GR1) e “residentes do segundo ano” (GR2) foram com-

parados pelo teste exato de Fisher em relação às variáveis sociodemográficas; grau de contato, teórico e prático, com processo de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, raciocínio clínico e grau de habilidade em estabelecer diagnósticos de enfermagem. Esses grupos também foram comparados quanto ao grau de acurácia diagnóstica pelo teste de Jonckheere-Tepstra. Para os graus de acurácia que mostraram diferença estatística, realizou-se a comparação dos grupos dois a dois, isto é, GG vs GR1, GG vs GR2; e GR1 vs GR2, pelo teste de Mann-Whitney.

Para estimar a associação entre o grau de acurácia diagnóstica e o grau de contato com processo/diagnóstico de enfermagem, raciocínio clínico e o grau de habilidade em estabelecer diagnósticos de enfermagem, utilizou-se o teste de correlação de Kendall. Para tanto, a acurácia diagnóstica foi tratada como variável contínua, considerando-se o número de diagnósticos de acurácia alta, moderada, baixa e nula para cada participante; a autoavaliação sobre grau de contato e habilidade diagnóstica foi tratada como variável ordinal.

Em todos os casos, nível descritivo (p-valor) <0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

No período de coleta de dados, 77 enfermeiros (excluindo a autora deste estudo), 42 do primeiro e 35 do segundo ano, estavam matriculados nos programas de residência em Enfermagem da EEUSP. Por questões logísticas, não foi possível acessar os enfermeiros residentes de um dos programas (n = 18). Um residente do segundo ano recusou-se a participar e outro, do primeiro ano, foi desligado do programa. Desse modo, 29 residentes do primeiro ano e 27 do segundo ano foram acessados e concordaram em participar. Destes, 18 não devolveram o instrumento de coleta de dados preenchido. Portanto, 38 residentes, 19 do GR1 (65,5%) e 19 do GR2 (70,3%), participaram do estudo. Em relação aos graduandos, 32 foram convidados a participar; houve uma recusa e quatro não devolveram o instrumento, de modo que 27 compuseram o GG.

Os participantes do GR1 tinham, em média, 1,5 (±1,2) anos de formados e os participantes do GR2, 2,0 (±0,5) anos. Nenhum participante havia cursado programa de residência anteriormente. Contudo, 15,8% (n = 3) dos participantes do GR1 e 5,3% (n = 1) do GR2 afirmaram ter experiência profissional anterior como enfermeiro; 10,5% (n = 2) dos participantes do GR2 relataram ter experiência profissional em outra área. As demais características sociodemográficas e profissionais analisadas estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes. São Paulo, 2014-2015

Variáveis	GG (n = 27)	GR1 (n = 19)	GR2 (n = 19)
Idade, em anos (Média)	22,6	23,6	26,2
Sexo feminino (%)	100	78,9	94,7
Estado civil			
solteiro (%)	100	89,5	84,2
casado (%)	–	10,5	5,3
separado/divorciado (%)	–	–	10,5
Experiência profissional como enfermeiro (%)	NA	15,8	5,3
Experiência como profissional em outra área (%)	–	–	10,5

Legenda: NA = não se aplica.

Não se observou diferença entre os grupos em relação à habilidade autorreferida para estabelecer diagnósticos de enfermagem, tampouco quanto ao grau de contato com processo de enfermagem, diagnósticos de enfermagem e raciocínio clínico nos âmbitos teórico e prático (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição percentual dos participantes quanto à habilidade auto referida para estabelecer diagnósticos de enfermagem e grau de contato com processo de enfermagem, diagnósticos de enfermagem e raciocínio clínico nos âmbitos teórico e prático. São Paulo, 2014-2015

	GG (n=27)	GR1 (n=19)	GR2 (n=19)	Total (n = 65)	*p-valor
PE- teórico					
Pouco	7,4	10,5	5,3	7,7	0,964
Considerável	51,9	57,9	57,9	55,4	
Muito	40,7	31,6	36,8	36,9	
PE- prático					
Pouco	14,8	10,5	10,5	12,3	0,190
Considerável	63	57,9	21,1	49,2	
Muito	22,2	31,6	68,4	38,5	
DE- teórico					
Pouco	11,1	10,5	0	7,7	0,494
Considerável	37	42,1	57,9	44,6	
Muito	59,1	47,4	42,1	47,7	
DE- prático					
Pouco	7,4	5,3	10,5	7,7	0,141
Considerável	51,9	57,9	21,1	44,6	
Muito	40,7	36,8	68,4	47,7	

Continua...

... continuação

Tabela 2 - Distribuição percentual dos participantes quanto à habilidade auto referida para estabelecer diagnósticos de enfermagem e grau de contato com processo de enfermagem, diagnósticos de enfermagem e raciocínio clínico nos âmbitos teórico e prático. São Paulo, 2014-2015

	GG (n=27)	GR1 (n=19)	GR2 (n=19)	Total (n = 65)	*p-valor
RC- teórico					
Pouco	22,2	10,5	10,5	15,4	0,367
Considerável	44,4	73,7	57,9	59,6	
Muito	33,3	15,8	31,6	27,7	
RC- prático					
Nenhum	3,7	0	0	1,5	0,984
Pouco	18,5	15,8	15,8	16,9	
Considerável	37	47,4	36,8	40	
Muito	40,7	36,8	47,4	41,5	
Habilidade diagnóstica					
Pouco	22,2	15,8	5,3	15,4	0,086
Considerável	74,1	63,2	63,2	67,7	
Muito	3,7	21,1	31,6	16,9	

Legenda- PE: processo de enfermagem; DE: diagnóstico de enfermagem; RC: raciocínio clínico; *Teste Exato de Fisher.

GRAU DE ACURÁCIA DIAGNÓSTICA DE GRADUANDOS E ENFERMEIROS RESIDENTES

Os participantes identificaram, em média, 7,3 (DP=2,3) diagnósticos. Os graduandos elencaram significativamente maior número de diagnósticos do que os enfermeiros residentes (8,3; DP=2,7 vs 6,6; DP=2,4; p = 0,01). O número de diagnósticos identificados por participantes do GR1 e do GR2 foi semelhante (6,4; DP=2,5 vs 6,8; DP=2,4; p = 0,64).

Proporcionalmente, os participantes dos três grupos identificaram maior número de diagnósticos de alta acurácia (GG = 56,0%, GR1 = 54,9% e GR2 = 62,0%), seguidos de diagnósticos de baixa acurácia (GG = 31,8%, GR1 = 28,7% e GR2 = 24,8%). Para comparar os grupos, calculou-se o número médio de diagnósticos identificados pelos participantes dos GG, GR1 e GR2, nos diferentes graus de acurácia (alto, moderado, baixo e nulo), conforme demonstra a Tabela 3.

Na comparação dos grupos dois a dois para a identificação de diagnósticos de baixa acurácia, não se constatou diferença entre GR1 e GR2 (p = 0,718). Os participantes do GG tenderam a identificar maior número de diagnósticos de baixa acurácia do que os participantes do GR1 (p = 0,071). Quando comparado ao GR2, o número de diagnósticos de baixa acurácia identificados pelos participantes do GG foi significativamente maior no GG (p = 0,033).

Tabela 3 - Comparação do número de diagnósticos, média (desvio-padrão), identificados pelos participantes dos GG, GR1 e GR2, segundo o grau de acurácia. São Paulo, 2014-2015

Grau de acurácia	GG (n=27)	GR1 (n=19)	GR2 (n=19)	Total (n = 65)	*p-valor
Alto, média (desvio-padrão)	4,6 (1,6)	3,5 (1,3)	4,2 (1,6)	4,2 (1,6)	0,271
mínimo-máximo	2-8	2-5	1-8	1-8	
Moderado, média (desvio-padrão)	0,4 (0,6)	0,5 (0,8)	0,6 (0,8)	0,5 (0,7)	0,339
mínimo-máximo	0-2	0-2	0-2	0-2	
Baixo, média (desvio-padrão)	2,6 (1,4)	1,8 (1,3)	1,7 (1,2)	2,1 (1,4)	0,023
mínimo-máximo	1-6	0-5	0-4	0-6	
Nulo, média (desvio-padrão)	0,6 (0,8)	0,6 (0,8)	0,3 (0,4)	0,5 (0,7)	0,254
mínimo-máximo	0-3	0-2	0-1	0-3	

Legenda: GG – Grupo graduandos; GR1 – Grupo residentes primeiro ano; GR2 – Grupo residentes segundo ano; *Teste de Jonckheere-Terpstra.

GRAU DE ACURÁCIA DIAGNÓSTICA, HABILIDADE DIAGNÓSTICA E GRAU DE CONTATO COM PROCESSO, DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E RACIOCÍNIO CLÍNICO

O contato teórico ou prático com processo de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, raciocínio clínico e a habilidade diagnóstica autorreferida tiveram associação muito fraca ou praticamente nula com o grau de acurácia diagnóstica (todas as associações com p-valor > 0,05), conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 4 - Associação do grau de acurácia diagnóstica com habilidade diagnóstica e grau de contato com processo, diagnóstico de enfermagem e raciocínio clínico entre graduandos e residentes de enfermagem. São Paulo, 2014-2015

	Acurácia Alta	Acurácia Moderada	Acurácia Baixa	Acurácia Nula
PE teórico	0,060	0,004	-0,071	-0,030
p-valor*	0,577	0,970	0,512	0,798
PE prático	-0,057	0,012	-0,148	-0,113
p-valor*	0,596	0,918	0,170	0,330
DE teórico	-0,002	-0,165	-0,189	-0,076
p-valor*	0,985	0,159	0,083	0,514
DE prático	-0,020	0,113	-0,119	-0,074
p-valor*	0,856	0,335	0,276	0,528
RC teórico	-0,077	-0,002	0,033	-0,133
p-valor*	0,465	0,988	0,757	0,247

Continua...

... continuação

Tabela 4 - Associação do grau de acurácia diagnóstica com habilidade diagnóstica e grau de contato com processo, diagnóstico de enfermagem e raciocínio clínico entre graduandos e residentes de enfermagem. São Paulo, 2014-2015

	Acurácia Alta	Acurácia Moderada	Acurácia Baixa	Acurácia Nula
RC prático	-0,047	0,078	0,004	-0,032
p-valor*	0,653	0,496	0,970	0,780
Habilidade diagnóstica	-0,061	0,134	0,052	-0,081
p-valor*	0,569	0,247	0,630	0,484

Legenda: PE: processo de enfermagem; DE: diagnóstico de enfermagem; RC: raciocínio clínico; * Teste de correlação de Kendall

DISCUSSÃO

No presente estudo, investigou-se a contribuição de programas de residência em Enfermagem, isto é, do treinamento em serviço, para a acurácia diagnóstica dos enfermeiros. O principal resultado evidenciou que enfermeiros no segundo ano dos programas de residência em Enfermagem identificaram menor número de diagnósticos com baixo grau de acurácia.

Verificou-se que o grupo GR2 tendeu a relatar maior grau de contato prático com os conteúdos de processo de enfermagem, diagnósticos de enfermagem e raciocínio clínico, enquanto os outros grupos, maior grau de contato teórico, embora nenhuma diferença estatística tenha sido observada. Diferentemente do observado, esperava-se que os participantes do GG relatassem maior contato teórico do que os participantes do GR1, pois estes são profissionais que realizam, em média, 48 horas de atividades práticas semanais.

Disciplinas que abordam esse tema fazem parte do currículo do curso de graduação¹⁵ e das atividades teóricas e práticas dos programas de residência em Enfermagem da EUSP. Vale destacar que o processo de enfermagem está implantado em todos os serviços de saúde (hospitais e unidades básicas de saúde) que são campos de prática para os residentes. Além disso, nos hospitais, a classificação da NANDA-I é utilizada como referência de linguagem padronizada para comunicar e documentar os diagnósticos de enfermagem.

A educação específica sobre o uso de diagnósticos de enfermagem, o processo diagnóstico, bem como a disponibilidade de um sistema de classificação são antecedentes necessários à acurácia diagnóstica.¹⁶ Nesse contexto, estudos evidenciaram que atividades teórico-práticas são eficazes e eficientes para produzir conhecimentos e habilidades concretas e duradouras aos acadêmicos e enfermeiros, essenciais para o desenvolvimento do raciocínio clínico e habilidade diagnóstica.^{17,18}

No presente estudo, não se detectaram diferenças no grau de contato teórico e prático com o processo e diagnóstico de enfermagem, bem como com o raciocínio clínico que graduandos e residentes reportaram. É possível que esse achado seja explicado pelo fato de que os participantes dos três grupos se encontravam em situação de transição do mundo acadêmico para o mundo do trabalho. Os graduandos estavam realizando estágios, cuja carga horária total era de 510 horas, em diferentes unidades intra e extra-hospitalares, com vistas ao desenvolvimento da autonomia para o exercício profissional e aprofundamento da compreensão da realidade do ser enfermeiro, por meio de uma articulação efetiva entre teoria e prática.¹⁵ As respostas dos residentes, por sua vez, refletem muito contato prático com diagnóstico e processo de enfermagem, o que é condizente com a proposta dos programas de residência, isto é, o ensino pelo trabalho.

A maioria dos participantes dos três grupos avaliou-se com habilidade diagnóstica considerável. Provavelmente, as respostas dos graduandos refletem o estágio de sua formação profissional e uma supervalorização de sua própria habilidade diagnóstica, em função de não terem experimentado ampla gama de situações clínicas e/ou apreendido a complexidade da tarefa diagnóstica, conquanto os enfermeiros residentes podem ter se deparado com diferentes e mais complexas situações clínicas, o que favorece o desenvolvimento do autoconhecimento¹⁹ e mais crítica sobre suas habilidades.

Interessante notar que não houve associação do grau de contato teórico ou prático com habilidade autorreferida em estabelecer diagnósticos, grau de contato com processo/diagnóstico de enfermagem, raciocínio clínico e acurácia diagnóstica. Esses achados surpreendem, pois se esperava que tanto maior o contato com tais elementos ou quanto maior a habilidade diagnóstica, maior seria o grau de acurácia diagnóstica.

Sabe-se que a formação e a expertise dos enfermeiros têm impacto direto nas habilidades de tomada de decisão, pensamento crítico e raciocínio clínico, fatores determinantes para a acurácia diagnóstica.^{19,20} Autora propôs que o modelo de aquisição de habilidades de Dreyfus poderia ser generalizado para a enfermagem. O modelo leva em consideração que as habilidades adquiridas podem ser melhoradas com a experiência e com a educação.²¹ Nesse modelo, os enfermeiros são categorizados, de acordo com seu nível de experiência, em novíços, iniciantes avançados, competentes, proficientes e experientes.

Num paralelo com os grupos constituídos no presente estudo, pode-se supor que no GR1 haveria participantes novíços e iniciantes avançados, pois relataram menos experiência prática com tópicos relacionados à profissão, embora alguns já tivessem experiência profissional prévia como enfermeiros. Por sua vez, no GR2 haveria participantes iniciantes avançados e competentes, já que maior número relatou contato prático com elementos pró-

prios da profissão necessários para a clínica de enfermagem. Assim, seria esperado que os participantes do GG (sem experiência profissional), GR1 e GR2 relatassem níveis de habilidade diagnóstica diferentes, mas isso não foi observado nesta pesquisa.

Os graduandos elencaram maior número de diagnósticos do que os residentes. Considerando-se o modelo de aquisição de habilidades de Dreyfus²¹, poder-se-ia esperar que os participantes do GG elencassem maior número de diagnósticos do que os residentes, uma vez que sua habilidade de julgamento discriminante tenderia a ser menos desenvolvida do que a observada nos participantes do GR1 e GR2. Em contrapartida, o número de diagnósticos listados pelos participantes do GR1 e do GR2 era semelhante.

Ademais, verificou-se que os grupos GG e GR1 elencaram maior número de diagnósticos de baixa acurácia do que o grupo GR2. De fato, a EADE-2⁹ avalia a acurácia diagnóstica não apenas em função das pistas, mas leva em consideração a relevância, a especificidade e a coerência de cada pista para o caso. Nesse contexto, pode-se inferir que o maior tempo de treinamento em serviço contribuiu para que os participantes do GR2 fizessem julgamento mais adequado sobre esses três atributos que as pistas devem ter.

Por outro lado, não se obteve diferença entre os grupos no que se refere à identificação de diagnósticos de alta acurácia. Isso pode ser atribuído às características do caso, no qual as "pistas" para os diagnósticos considerados de alta acurácia eram bastante evidentes; além disso, os diagnósticos de alta acurácia do caso são comuns no cotidiano profissional e são bastante explorados em atividades práticas com os graduandos.

Sabe-se que os programas de residência proporcionam oportunidade para o enfermeiro recém-formado lapidar o conhecimento²² e melhorar suas habilidades de pensamento crítico, comunicação, liderança e raciocínio clínico.^{12,19} Portanto, permitem o aperfeiçoamento dos enfermeiros no tocante a habilidades específicas e principalmente naquelas tidas como essenciais para serem melhores diagnosticadores.²³ O desenvolvimento do pensamento crítico e do raciocínio clínico é fundamental para a tarefa diagnóstica.²⁴ Ações educativas na prática podem melhorar a aptidão para a tomada de decisão e a capacidade de julgamento.^{19,25}

Este estudo apresenta limitações. A amostra de conveniência de uma única instituição formadora não permite a generalização dos resultados. A utilização de um único estudo de caso, relacionado à saúde do adulto, aplicado a enfermeiros de diferentes especialidades pode ter contribuído para os resultados referentes aos graus de acurácia. Além disso, os conhecimentos sobre processo/diagnóstico de enfermagem e raciocínio clínico foram medidos de maneira indireta, pelo autorrelato. De fato, estudantes e profissionais podem sub ou superestimar seus conhecimentos.

Estimar a contribuição dos programas de residência na acurácia diagnóstica de enfermeiros requer a realização de outros estudos, considerando a complexidade de tal assunto, as limitações deste trabalho e a literatura escassa sobre tal temática. Futura perspectiva para confirmar os resultados encontrados no presente trabalho seria a realização de estudo longitudinal prospectivo, podendo minimizar possíveis vieses.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa sugerem que o treinamento em serviço contribui para o refinamento do processo de raciocínio clínico dos enfermeiros, o que foi denotado pelo menor número de diagnósticos de baixa acurácia identificados pelos participantes do GR2. A despeito disso, não houve diferença entre os grupos na identificação de diagnósticos de alta acurácia. Na amostra estudada, a acurácia parece não ter relação com o grau de contato, teórico ou prático, com processo de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, raciocínio clínico e grau de habilidade em estabelecer diagnósticos de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Herdman TH, Kamitsuro S. NANDA International nursing diagnoses: definitions & classification, 2015-2017. Oxford: Wiley-Blackwell; 2014.
2. Lunney M. Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análises. Porto Alegre: Artmed; 2011.
3. Lunney M. Critical need to address accuracy of nurses' diagnoses. Online J Issues Nurs. 2008[citado em 2015 dez. 13];13(1). Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/AccuracyofNursesDiagnoses.aspx>
4. Horn SD, Sharkey SS, Hudak S, Gassaway J, James R, Spector W. Pressure ulcer prevention in long-term-care facilities: a pilot study implementing standardized nurse aide documentation and feedback reports. Adv Skin Wound Care. 2010[citado em 2015 dez. 13];23(3):120-31. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20177165>
5. Lunney M. Nursing assessment, clinical judgment, and nursing diagnoses: how to determine accurate diagnoses. In: Herdman TH. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
6. Lunney M. Accuracy of nursing diagnosis: concept development. Nurs Diag. 1990[citado em 2015 dez. 13];1(1):12-7. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/20804611_Accuracy_of_Nursing_Diagnoses_Concept_Development
7. Lunney M. Self-monitoring of accuracy using an integrated model of the diagnostic process. J Adv Med Surg Nurs. 1989[citado em 2015 dez. 13];1(3):43-52. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2746190>
8. Cruz DALM, Fontes CMBF, Braga CG, Volpato MP, Azevedo SL. Adaptação para a língua portuguesa e validação do Lunney Scoring Method for Rating Accuracy of Nursing Diagnoses. Rev Esc Enferm USP. 2007[citado em 2015 dez. 13];41(1):127-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a16.pdf>
9. Matos FGOA. Fatores preditores da acurácia dos diagnósticos de enfermagem [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem da USP; 2010.
10. Predebon CM, Cruz DAL, Matos FGOA, Ferreira AM, Pasin S, Rabelo ER. Evaluation of pain and accuracy diagnostic in hospitalized children. Int J Nurs

- Knowl. 2012[citado em 2015 dez. 13];23(2):106-13. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23281886>
11. Nepomuceno LMR, Kurcgant P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2008[citado em 2015 dez. 13];42(4):665-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a07.pdf>
 12. Al-Dossary R, Kitsantas P, Maddox PJ. The impact of residency programs on new nurse graduates' clinical decision-making and leadership skills: a systematic review. *Nurse Educ Today*. 2014[citado em 2015 dez. 13];34:1024-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24183633>
 13. Herdman TH. *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification, 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
 14. Herdman TH. *NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2012-2014*. Porto Alegre: Artmed; 2013.
 15. Universidade de São Paulo – USP. Projeto político-pedagógico bacharelado em enfermagem. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.[citado em 2015 mar. 05]. Disponível em: http://www.ee.usp.br/ensino/graduacao/Projeto%20Politico%20Pedag%C3%B3gico/Projeto_Politico_Pedagogico_do_Curso_de_Bacharelado_em_Enfermagem.PDF
 16. Collins A. Effect of continuing nursing education on nurses' attitude toward and accuracy of nursing diagnosis. *Int J Nurs Knowl*. 2013[citado em 2015 dez. 13];24(3):122-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23611432>
 17. Lunney M. Current knowledge related to intelligence and thinking whit implications for the development and use of case studies. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2008[citado em 2015 dez. 13];19(4):158-62. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19128334>
 18. Ferraz L, Krauzer IM, Silva LC. As formas de aprendizagem mais significativas para os estudantes de enfermagem. *Trab Educ Saúde*. 2009[citado em 2015 dez. 13];7(1):137-47. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000148&pid=S1983-1447201200040002600025&lng=pt
 19. Thompson C, Stapley S. Do educational interventions improve nurses' clinical decision making and judgement? A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2011[citado em 2015 dez. 13];48:881-93. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21241984>
 20. Cruz DM, Pimenta C, Lunney M. Improve critical thinking and clinical reasoning with a continuing education course. *J Contin Educ Nurs*. 2009[citado em 2015 dez. 13];40(3):121-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19326819>
 21. Benner P. From novice to expert. *Am J Nurs*. 1982[citado em 2015 dez. 13];82(3):402-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6917683>
 22. Goode C, Lynn MR, Krsek C, Bednash GD. Nurse residency programs: an essential requirement for nursing. *Nurs Econ*. 2009[citado em 2015 dez. 13];27(3):142-59. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/708169>
 23. Paans W, Sermeus W, Nieweg RMB, Krijnen WP, Schans CPV. Do knowledge, knowledge sources and reasoning skills affect accuracy of nursing diagnoses? A randomized study. *BMC Nurs*. 2012[citado em 2015 dez. 13];11:11. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6955-11-11.pdf>
 24. Lunney M. Use of critical thinking in the diagnostic process. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010[citado em 2015 dez. 13];21(2):82-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20500615>
 25. Scholtz A, King K, Kolb S. The care model of the future: supporting APRNs through an innovative transition to practice program. *J Pediatr Health Care*. 2014[citado em 2015 dez. 13];28(3):276-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24433923>
-