

PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS, APLICADA AO RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO

Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz¹
Cibele Andrucio de Mattos Pimenta¹

Cruz DALM, Pimenta CAM. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. Rev Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):415-22.

As enfermeiras aplicam conhecimento, habilidades perceptuais e cognitivas para analisar dados dos pacientes e propor intervenções de enfermagem. Os resultados dessas intervenções dependem da adequação de sua proposição, o que, por sua vez, depende da acurácia das interpretações dos dados dos pacientes. O objetivo deste artigo é discutir a aplicação de princípios da prática baseada em evidência (PBE) às decisões diagnósticas no cuidado de enfermagem, utilizando estudo de caso escrito. Os princípios da prática baseada em evidências, na definição do diagnóstico, são: a validade de um teste diagnóstico; a capacidade de o teste discriminar aqueles que apresentam uma resposta específica; a capacidade de o teste estimar a magnitude da resposta; e a adequação do teste diagnóstico ao contexto clínico. Lacunas no conhecimento de enfermagem limitam a aplicação dos princípios da PBE na avaliação clínica e no diagnóstico de enfermagem. As autoras apresentam uma estrutura para exemplificar o uso da PBE no raciocínio diagnóstico.

DESCRITORES: diagnóstico de enfermagem; medicina baseada em evidências; tomada de decisões

EVIDENCE-BASED PRACTICE APPLIED TO DIAGNOSTIC REASONING

Nurses apply knowledge, perceptual and cognitive skills to analyze patient data and propose nursing interventions. The interventions' outcomes depend on their appropriateness which, in turn, depends on the accuracy of nurses' interpretations. The purpose of this paper is to discuss the use of evidenced-based practice (EBP) for nursing diagnostic reasoning, by means of a written case study. The principles of EBP in diagnostic reasoning are: validity of a diagnostic test; ability of a test to discriminate those who do or do not display a specific response; ability of a test to estimate the magnitude of a response; and the appropriateness of a diagnostic test within the clinical context. Gaps in nursing knowledge jeopardize the application of EBP principles in clinical nursing assessment and diagnosis. The authors present a framework to demonstrate the application of EBP to diagnostic reasoning.

DESCRIPTORS: nursing diagnosis; evidence-based medicine; decision making

PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA APLICADA EN EL RACIOCINIO DIAGNÓSTICO

Las enfermeras aplican conocimientos, habilidades preceptivas y cognoscitivas para analizar los datos de los pacientes y proponer intervenciones de enfermería. Los resultados de esas intervenciones dependen del refinamiento de las preposiciones que, a su vez, depende del discernimiento de las interpretaciones de los datos de los pacientes. El propósito de este artículo es aplicar el modelo de la práctica basada en la evidencia (PBE) en el raciocinio diagnóstico, utilizando estudio de caso escrito. Los principios de la PBE en la definición del diagnóstico son: validez del test diagnóstico; la capacidad del test en estimar la magnitud de la respuesta; y la adecuación del test diagnóstico al contexto clínico. Lagunas en el conocimiento de enfermería limitan la aplicación de los principios de la PBE en la evaluación clínica y en el diagnóstico de enfermería. Las autoras presentan una estructura para ejemplificar el uso de la PBE en el raciocinio diagnóstico.

DESCRIPTORES: diagnóstico de enfermería; medicina basada en evidencia; toma de decisiones

¹ Professor Associado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e-mail: mtmlf@usp.br

INTRODUÇÃO

O movimento designado de prática baseada em evidências teve origem na constatação de que as evidências geradas por pesquisadores em todo o mundo não chegavam aos médicos e pacientes de modo atualizado e confiável⁽¹⁾. Esse movimento desenvolveu-se com o propósito de enfrentar essa lacuna entre pesquisa e prática. Fundamenta-se na aplicação de conhecimentos básicos de epidemiologia e bioestatística para avaliar a evidência clínica quanto a sua validade e utilidade potencial⁽¹⁾. Praticar com base em evidências é integrar as melhores evidências de pesquisa à habilidade clínica do profissional e à preferência do paciente⁽¹⁾.

As melhores evidências de pesquisas provêm de estudos clínicos sobre a acurácia e a precisão dos exames diagnósticos (incluindo o exame clínico), sobre o poder dos indicadores prognósticos e sobre a eficácia e segurança dos esquemas terapêuticos, de reabilitação e preventivos⁽¹⁾. A qualidade da evidência é atribuída pela sua validade e relevância. Isso quer dizer que, antes de se usar uma informação numa decisão clínica, ela deve ser avaliada quanto a sua acurácia, relevância e aplicabilidade na situação em questão.

A finalidade deste artigo é discutir a aplicação de princípios da prática baseada em evidências às decisões diagnósticas no cuidado de enfermagem.

ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A enfermagem baseada em evidência tem sua origem no movimento da medicina baseada em evidências e é definida como "o consciencioso, explícito e criterioso uso da melhor evidência para tomar decisão sobre o cuidado individual do paciente"⁽²⁾. A enfermagem baseada em evidências requer habilidades que não são tradicionais na prática clínica, pois exige identificar as questões essenciais nas tomadas de decisão, buscar informações científicas pertinentes à pergunta e avaliar a validade das informações⁽³⁾. A intuição, observações não sistematizadas, princípios fisiopatológicos não são desconsiderados, porém não são fontes de evidências com alto grau de validade⁽²⁾. Evidência é "algo" que fornece provas, e a evidência pode ser categorizada em níveis.

Tabela 1 - Classificação da força das evidências⁽⁴⁾

Tipo	Força da evidência
I	Evidência forte a partir de pelo menos uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, bem delineados
II	Evidência forte a partir de pelo menos um ensaio clínico controlado, randomizado, bem delineado
III	Evidência a partir de um ensaio clínico bem delineado, sem randomização, de estudos de apenas um grupo do tipo antes e depois, de coorte, de séries temporais, ou de estudos caso-controle
IV	Evidência a partir de estudos não experimentais por mais de um centro ou grupo de pesquisa.
V	Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas

A força da evidência nessa classificação é definida por características das fontes em que foram geradas. As pesquisas clínicas são as fontes de evidências fortes e, quanto mais bem delineadas, mais forte a evidência. Há outras classificações de evidências que incluem outras fontes como a da Agency for Healthcare Research and Quality, dos Estados Unidos da América. Destaca-se que essa classificação inclui pesquisas qualitativas como fontes de evidências⁽⁵⁾.

A enfermagem ainda não dispõe de pesquisas em quantidade e com as características necessárias para sustentar a prática baseada em evidências⁽²⁾. É fundamental que os pesquisadores atentem para esse fato e reorganizem esforços nessa direção. No entanto, a ausência de evidência de alta qualidade não impossibilita a tomada de decisões baseada em evidência; nessa situação, o que é requerido é a melhor evidência disponível e não a melhor evidência possível⁽⁶⁾. Outro requisito importante para a prática baseada em evidência é a disponibilidade de sistemas que permitam recuperar resultados das pesquisas mais atuais em tempo hábil e que a enfermeira aprenda a utilizar esses sistemas.

PRINCÍPIOS DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA, APLICADOS AO DIAGNÓSTICO

As evidências devem ser buscadas para sustentar as decisões clínicas de diagnóstico, intervenções e resultados. O ato diagnóstico em enfermagem tem como foco as respostas humanas às enfermidades e seu tratamento e aos processos

de vida. A validade das associações entre as manifestações apresentadas pelos doentes (dados objetivos e subjetivos) e o diagnóstico atribuído é ponto fundamental. A prática baseada em evidência contribui para a acurácia diagnóstica, pois prevê que se busquem resultados de pesquisas que indiquem essa validade.

Na prática clínica, freqüentemente, a enfermeira tem que trabalhar com um número reduzido de manifestações, interpretando-as para afirmar um diagnóstico. Nem sempre os pacientes apresentam todas as manifestações de um diagnóstico conforme elas são indicadas em livros textos ou nas classificações de diagnósticos de enfermagem. Além disso, vários diagnósticos compartilham características definidoras, dificultando o estabelecimento de diagnósticos com alto grau de acurácia. Há necessidade de se realizarem estudos que demonstrem validade das relações entre as manifestações e os diagnósticos.

Estudos avaliando a acurácia de testes diagnósticos têm aparecido com mais freqüência na literatura médica⁽⁷⁾. As revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados são os melhores delineamentos de estudos para responder a questões sobre intervenções; diferentemente, estudos transversais respondem, de forma mais adequada às questões sobre a efetividade de instrumentos de avaliação e diagnósticos⁽⁸⁾. Por isso, os critérios para avaliar esses estudos são diferentes dos critérios aplicados aos estudos que investigam intervenções, embora as 3 questões básicas sejam as mesmas: 1) os resultados são válidos? Quais são os resultados? Os resultados me ajudarão no cuidado do paciente?⁽⁸⁾. Os princípios da prática baseada em evidências são utilizados no raciocínio diagnóstico pela identificação: (a) da validade de um teste diagnóstico; (b) da capacidade do teste em discriminar aqueles que apresentam uma resposta específica; (c) da capacidade do teste em estimar a magnitude da resposta quando presente; e (d) da adequação do teste diagnóstico ao contexto da tarefa diagnóstica⁽¹⁾. A Tabela 2 mostra os tópicos que devem ser observados para se analisarem as evidências sobre testes diagnósticos⁽⁸⁾.

Tabela 2 - Itens de análise dos estudos sobre testes diagnósticos⁽⁸⁾

Itens	Questões
1.	Os resultados são válidos? 1.1. Houve comparação independente e cega com o padrão de referência ("ouro") para o diagnóstico? A acurácia de qualquer teste é mais bem definida se os resultados obtidos com o instrumento foram comparados com resultados obtidos por um teste de referência amplamente aceito. O teste em estudo e o teste de referência devem ter sido aplicados por clínicos independentes. 1.2. O teste diagnóstico foi avaliado numa diversidade adequada de pacientes? (Pacientes apresentam características semelhantes às que encontramos em nossa prática?) 1.3. O padrão de referência foi aplicado independentemente dos resultados obtidos com o teste em estudo? 1.4. O teste em estudo foi validado num segundo grupo, independente de pacientes?
2.	Quais foram os resultados?
3.	Esses resultados auxiliar-me-ão no cuidado dos pacientes?

O seguinte caso clínico é apresentado para exemplificar a aplicação dos princípios da prática baseada em evidência, na tarefa diagnóstica de enfermagem⁽⁸⁾.

Caso clínico

Você é uma enfermeira de unidade básica e está acompanhando um senhor de 68 anos, com uma úlcera diabética. Ele diz que a úlcera está demorando muito para cicatrizar e que sente que nunca ficará bom novamente. Você sabe, de contatos anteriores, que a esposa do paciente faleceu há muitos anos e que seus dois filhos vivem em outras cidades. Enquanto podia dirigir, ele era socialmente ativo, mas, desde que se tornou dependente de outros para ajudá-lo, ele não tem saído muito de casa. Ele relata que não tem problemas com a alimentação e que as glicemias estão mantidas nos limites de normalidade com o hipoglicemiante. Ele também diz que se sente cansado todo o tempo. Você notou que, recentemente, ele não tem tomado tanto cuidado com a aparência e que parece muito menos interessado nos eventos que o cercam do que quando começou a fazer os curativos da úlcera. Embora você saiba que alguns hipoglicemiantes podem causar mal-estar, o tratamento medicamentoso não havia sido alterado

recentemente. As respostas a outros questionamentos mostraram parecer improvável que seu paciente estivesse anêmico. Com isso, você começou a considerar se ele estaria deprimido. Você gostaria de saber se há testes simples que poderiam ajudar na decisão de referir o paciente, para melhor avaliação e tratamento da depressão⁽⁸⁾.

Análise de caso

A pergunta feita pela enfermeira é que irá definir a demanda para aplicação dos princípios da prática baseada em evidência. No caso apresentado, a decisão que precisa ser apoiada, a pergunta central, é se a enfermeira deve ou não referir o paciente em função da possibilidade de estar deprimido. Por isso, ela gostaria de dispor de um instrumento que lhe garantisse maior segurança para decidir sobre o encaminhamento do paciente. Outras situações podem definir outras demandas no campo diagnóstico, como, por exemplo, decidir entre dois diagnósticos de enfermagem, ou decidir se o paciente apresenta ou não um determinado diagnóstico de enfermagem.

Antes de aplicar as questões sintetizadas na Tabela 2, é necessário localizar as informações potencialmente relevantes para a decisão clínica focalizada.

Busca de informações relevantes

Para as enfermeiras, a maior parte das necessidades de informação pode ser atendida utilizando-se 5 tipos de fontes: livros-textos, periódicos, bases bibliográficas eletrônicas, produtos de análises que consolidam resultados de pesquisas (periódicos que filtram e analisam as publicações e bases de informações consolidadas) e a *internet*⁽⁹⁾, como veículo importante para localizar essas fontes. Cada tipo de fonte tem uma aplicação adequada.

Os livros-textos podem ser úteis para busca de informações que podem ser consideradas "estáveis", isto é, que não se modificam com muita frequência (anatomia, princípios e mecanismos básicos das doenças, entre outros). Admite-se que as informações contidas nos livros-textos já terão pelo menos 2 anos à época de sua publicação, devido ao tempo requerido para preparação, edição e produção. Além disso, são poucos os autores que fornecem referências bibliográficas para fundamentar suas opiniões e enriquecer seus capítulos⁽⁹⁾. Os periódicos

são fóruns de divulgação de avanços e novas idéias, provendo aos leitores um mecanismo para contínua atualização em pesquisa sobre diversos assuntos. Há inúmeros periódicos de enfermagem, e a escolha deve considerar 3 aspectos: 1) se o periódico tem comitê de revisores que avaliam e julgam o material que é publicado; 2) se o periódico é local, nacional ou internacional; e 3) se o periódico inclui relatos de pesquisas ou se é um periódico mais geral, que apresenta notícias profissionais, relatos de experiências e discussões gerais sobre assuntos clínicos atuais⁽⁹⁾. Como fonte de informação, os periódicos têm limitações, como, por exemplo, os vieses de publicação. Sabe-se que as pesquisas com resultados positivos têm maior probabilidade de serem publicadas ou são publicadas mais rapidamente que pesquisas em que não são comprovadas diferenças⁽¹⁰⁾. As bases de dados bibliográficos provêm acesso a citações, e, freqüentemente, a resumos dos estudos e revisões mais originais publicados na literatura em saúde. São exemplos algumas bases de dados Norte-Americanas, como o CINAHL (base geral para enfermeiras e outros profissionais de saúde), Medline (base geral), e a Embase, que é uma base Holandesa⁽⁹⁾. Há artigo⁽¹¹⁾ que descreve as três bases de dados sob a perspectiva de buscas de enfermagem. As bases eletrônicas de dados são muito grandes, e a adequada recuperação de informações requer o desenvolvimento de familiaridade com os sistemas de busca para reduzir o material identificado em quantidade manuseável⁽⁹⁾. O BDEnf e o PERlenf são exemplos de bases das publicações brasileiras de enfermagem. As fontes de informações filtradas são representadas pelos periódicos que apresentam análises críticas de pesquisas relatadas em diversas fontes. A vantagem é economizar o tempo que poderia ser despendido na recuperação de pesquisas sem o rigor metodológico adequado, o que só seria identificado após ler o resumo ou o artigo como um todo⁽⁹⁾. Exemplos de fontes desse tipo são os periódicos da série "Evidence-Based" (Evidence-Based Nursing, Evidence-Based Medicine, e Evidence-Based Mental Health) e o ACP Journal Club, que é dirigido à medicina interna⁽⁹⁾. As bases de informações consolidadas podem ser exemplificadas pela Cochrane Collaboration, que é uma rede internacional de profissionais de saúde e pessoas leigas comprometidas com a produção e manutenção de revisões sistemáticas sobre os resultados das

intervenções em saúde⁽⁹⁾. As revisões sistemáticas e citações de ensaios clínicos controlados podem ser obtidas na Cochrane Library, pela *Internet*.

A *Internet* é um instrumento poderoso para a recuperação de informações importantes para a enfermagem baseada em evidência. No entanto, a análise da qualidade dos sítios e, por conseguinte, das informações neles contidas ainda é um desafio. Assim, as enfermeiras precisam aplicar critérios diversos para julgar a confiabilidade e validade das informações que elas obtêm nas fontes da *internet*⁽⁹⁾. De qualquer forma dispor de equipamentos e condições para acessar as diversas fontes contidas na *Internet* é requisito fundamental para a aplicação de princípios da prática baseada em evidências.

Os estudos sobre testes diagnósticos e instrumentos de rastreamento são difíceis de localizar nas bases de dados⁽⁸⁾. A busca de resposta à pergunta central do caso clínico poderia ser feita no Medline, combinando-se os descritores [*Depression OR Depressive disorder*] AND [*Questionnaires*]⁽⁸⁾. Com essa definição, e limitando-se a busca aos últimos cinco anos obtêm-se uma quantidade relativamente manuseável de citações (33, em 17/6/2004). Dessas citações, uma refere-se a um instrumento com duas questões para o rastreamento de depressão⁽¹²⁾, e outra refere-se ao teste desse mesmo instrumento, com outra população⁽¹³⁾. Esses dois artigos foram escolhidos porque tratam de um questionário de fácil aplicação, com apenas duas perguntas, e os investigadores^(8,12) sugerem o uso do instrumento na área de cuidados primários pela sua simplicidade. Antes de aceitar as conclusões dos autores, os leitores precisam assegurar-se de que os estudos são válidos⁽⁸⁾. Para tanto, utilizam-se as questões apresentadas na Tabela 2.

Houve comparação independente e cega com o padrão de referência ("ouro") para o diagnóstico?

O estudo com o instrumento de duas questões⁽¹²⁾ (1. Durante o mês passado, você se sentiu freqüentemente aborrecido por estar desanimado, deprimido ou sem esperança? 2. Durante o mês passado, você se sentiu freqüentemente aborrecido por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?) foi realizado com 536 pacientes adultos consecutivos, numa clínica de emergência. Os resultados obtidos com as duas questões foram comparados aos obtidos com a aplicação do Diagnostic

Interview Schedule (DIS), que é usado extensivamente para estudar a epidemiologia da depressão⁽¹⁴⁾, como teste de referência ("padrão-ouro"). Três estudantes de Psicologia realizaram as entrevistas do DIS e não conheciam os resultados dos outros testes. A concordância entre os três, nas 20 avaliações, foi muito boa ($Kappa=0,88$)⁽¹²⁾. Diante disso, pode-se responder positivamente ao primeiro critério quanto à validade dos resultados.

O teste diagnóstico foi avaliado numa diversidade adequada de pacientes? (Pacientes com características semelhantes às da prática em questão?)

Foram avaliados, consecutivamente, 536 pacientes que procuraram a clínica de emergência. A maioria procurava cuidados em função de queixas específicas, outros procuravam estabelecer contato para cuidados primários, para ser referidos para especialidades, ou para obter novas prescrições de medicamentos. Essa amostra excluiu pacientes com diagnóstico de mania ou esquizofrenia, conforme identificado na entrevista inicial⁽¹²⁾. Essas informações sugerem que o teste é passível de ser utilizado no caso em questão (paciente com úlcera diabética).

O padrão de referência foi aplicado independentemente dos resultados obtidos com o teste em estudo?

O relato do estudo⁽¹²⁾ mostra que todos os 536 pacientes foram submetidos ao teste de referência, o que permite responder positivamente a essa questão. Para evitar o viés de "verificação", os participantes devem ser submetidos a ambos os testes, independentemente do resultado do teste em avaliação⁽⁸⁾. Os participantes que têm um resultado negativo no primeiro teste e resolvem não proceder ao teste de referência, por ser mais invasivo ou por qualquer outra razão, não devem ser excluídos; em vez disso, os investigadores devem segui-los por um tempo adequado e monitorá-los quanto aos sintomas do diagnóstico em questão⁽⁸⁾.

O teste em estudo foi validado num segundo grupo independente de pacientes?

Outro estudo⁽¹³⁾, realizado na Nova Zelândia, com 421 pacientes consecutivos que não usavam

drogas psicotrópicas, testou as mesmas duas perguntas do estudo com 536 pacientes⁽¹²⁾. Nesse segundo estudo, também foi aplicado o DIS como teste de referência e compararam-se os resultados obtidos com as duas questões, concluindo-se pela validade do teste. Assim, ele foi validado num segundo grupo independente de pacientes.

Quais foram os resultados?

No estudo com 536 pacientes⁽¹²⁾, 97 receberam o diagnóstico de depressão segundo o DIS. Desses 97, 94 foram identificados também pelo teste, com duas questões. Assim, 97% (94/97) dos pacientes com diagnóstico de depressão, segundo o DIS, foram corretamente identificados pelo teste com duas questões; 3 pacientes foram incorretamente identificados como não deprimidos, pelo teste com duas questões. Dos 536 pacientes, 439 foram diagnosticados como não deprimidos pelo DIS. Desses 439, 189 (43%) foram erroneamente diagnosticados como deprimidos, pelo teste de duas questões, e 250 (57%) foram corretamente identificados como não deprimidos. Assim, 43% (189/439) dos pacientes sem depressão pelo DIS foram incorretamente diagnosticados como deprimidos, pelo teste de duas questões. Esses resultados indicam que a probabilidade de um *resultado positivo de o teste ser correto* é baixa e que a probabilidade de um *resultado negativo de o teste ser correto* é alta. A análise da razão de verossimilhança (*likelihood ratio*) pode ser aplicada para estimar a probabilidade de resultado positivo de um teste ser correto, ou a probabilidade de um resultado negativo ser incorreto⁽⁸⁾. A razão de verossimilhança é o quociente entre duas probabilidades. Na razão de verossimilhança são consideradas as proporções de pacientes que o teste identifica, correta e incorretamente, como tendo o diagnóstico e não os números absolutos de pacientes. A probabilidade de um resultado *positivo* ser correto é dada pela razão entre a proporção de pacientes corretamente identificados pelo teste e a proporção de pacientes incorretamente identificados pelo mesmo teste. Aplicando-se esse raciocínio aos dados do caso em questão, a probabilidade de o resultado positivo ser correto é $0,97/0,43$, o que resulta em 2,25. Isso significa que um resultado positivo no teste tem a probabilidade um pouco maior que 2 vezes de estar correto. A probabilidade de um resultado negativo no teste ser incorreto é obtida pela razão

entre a proporção de pacientes incorretamente não identificados pelo teste e a proporção de pacientes corretamente não identificados pelo mesmo teste. Aplicando-se esse raciocínio aos dados em questão, temos $0,03/0,57$, onde 0,03 é a proporção de pacientes incorretamente identificados como não deprimidos e 0,57 é a proporção de pacientes corretamente identificados como não deprimidos. Desse cálculo, resulta o valor de 0,05, que indica a probabilidade de um resultado negativo no teste ser incorreto. Daí é possível inferir que poucos pacientes terão depressão se o resultado do teste de 2 questões for negativo.

As razões de verossimilhança observadas indicam que o teste com duas questões não é adequado para fazer diagnóstico de depressão, pois a probabilidade de um resultado positivo ser verdadeiro é pouco mais que duas vezes a probabilidade de ele ser falso. Isto é, a chance de se diagnosticar como deprimidos pacientes que não o são, é alta⁽⁸⁾. Se o teste fosse utilizado para diagnóstico de depressão, muitos pacientes não deprimidos seriam tratados como tal. Por outro lado, se o desfecho da aplicação do teste com duas questões é a decisão quanto ao encaminhamento do paciente para avaliação especializada, pode-se aceitá-lo como adequado, pois a probabilidade de excluir pacientes realmente deprimidos é baixa (0,05).

Esses resultados serão úteis no cuidado do paciente em questão?

O instrumento pode ser útil para duas finalidades: 1) excluir a possibilidade de depressão quando o resultado do teste é negativo; 2) identificar pacientes que poderiam ser beneficiados com um encaminhamento para especialista, quando o resultado do teste é positivo. Como o teste mostrou-se seguro para identificar os que não tinham depressão, a chance de não encaminhar para avaliação quem tem depressão, é baixa. Provavelmente, essa enfermeira encaminharia muitos pacientes sem depressão para avaliação especializada. Considerando-se a facilidade de aplicação desse teste, o seu uso seria justificado para avaliar a necessidade de encaminhamento, mas não para indicar a necessidade de tratamento de depressão.

Resolução do caso

Uma limitação para o uso desse teste no

atendimento de paciente ambulatorial com úlcera é que o teste foi validado em situações clínicas diferentes. Um estudo envolveu pacientes de cuidado primário⁽¹³⁾, e o outro, pacientes de unidade de emergência⁽¹²⁾. Exemplificando-se uma das dificuldades para essa aproximação, pode-se inferir que a prevalência de depressão entre os pacientes da unidade de emergência (havia alta frequência de desempregados) seja maior que entre os pacientes da unidade de cuidados primários e a totalidade de pacientes com úlceras diabéticas. Considerando-se que a prevalência de um fenômeno, numa dada população, influi em parâmetros estatísticos (tamanho amostral, margem de erro, etc), percebe-se que a transposição pura do teste traria fragilidades. No entanto, considerando-se os resultados do estudo da Nova Zelândia⁽¹³⁾, essa preocupação fica amenizada porque o estudo foi realizado com pacientes de cuidados primários, que, provavelmente, têm características mais próximas às do paciente em discussão.

A melhor decisão para o caso é, no próximo encontro para troca de curativo, discutir com o paciente o significado que ele atribui aos sintomas que apresenta, outras possíveis explicações e o desejo do paciente de tratar esses sintomas. Se ele concordar, e considerando que as duas perguntas são pouco invasivas, será correto, então, aplicá-las com a finalidade de encaminhá-lo para especialista, no caso de o resultado ser positivo⁽⁸⁾. Considerando-se que a probabilidade de falso negativo é baixa, a chance de não encaminhar para avaliação especializada pacientes que realmente precisariam de tratamento é, por consequência, também baixa. Considerando-se que a probabilidade de resultado falso positivo é alta, a chance de onerar o sistema de

saúde com encaminhamentos desnecessários também é alta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação de princípios da prática baseada em evidência nas decisões diagnósticas depende da produção de pesquisas com características que são pouco comuns na enfermagem. O exemplo apresentado neste artigo mostra que, além da disponibilidade de pesquisas sobre testes diagnósticos com alto grau de validade, a correta aplicação dos resultados nas situações clínicas reais depende do desenvolvimento de habilidades especiais pela enfermeira. Essas habilidades incluem a identificação de fontes de informações pertinentes, o que requer o uso de computadores e da *Internet*; a aplicação de conceitos de estatística, epidemiologia e de delineamento de pesquisas que não são conceitos frequentemente apresentados nos cursos de graduação em enfermagem. Acima de tudo isso, habilidades cognitivas e hábitos mentais característicos do pensamento crítico⁽¹⁵⁾ são essenciais para a integração produtiva de todas essas condições. Essa construção, embora incipiente, árdua e apaixonante, é fundamental para a afirmação da enfermagem como ciência.

As classificações de diagnósticos são indispensáveis para o desenvolvimento da enfermagem baseada em evidência. No entanto, esse movimento está, ainda, na sua infância. A carência de estudos sobre os conceitos diagnósticos é grande e limita o desenvolvimento de testes válidos e confiáveis que gerem evidências fortes as quais sustentem a prática diagnóstica na enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina baseada em evidências. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.
2. Galvão MC, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. Rev Latino-am Enfermagem 2002 setembro-outubro; 10(5):690-5.
3. Domenico EBL, Ide CAC. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. Rev Latino-am Enfermagem 2003 janeiro-fevereiro; 11(1):115-8.
4. Hicks N. Assessment criteria. Bandolier J [série online] 2004; 39(9):[3 telas]. Disponível em: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band39/b39-9.html>

5. Galvão CM, Sawada NO, Mendes IAC. A busca das melhores evidências. Rev Esc Enfermagem USP 2003; 37(4):43-50.
6. Muir-Gray JA. Evidence-based healthcare. 2nd ed. Edinburgh: Churchill; 2004.
7. Devillé WL, Frank B, Lex MB, Montori VM, de Vet HC, van der Windt DA, et al. Conducting systematic reviews of diagnostic studies: didactic guidelines. BMC Med Res Method [série online] 2002; 2(9):[14 telas]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/2/9>
8. Jull A. Evaluation of studies of assessment and screening tools, and diagnostic tests. Evid Based Nurs 2002; 5(3):68-72.
9. McKibbon KA, Marks S. Searching for the best evidence. Part 1: where to look. Evid Based Nurs 1998; 1(3):68-70.

10. Stern JM, Simes RJ. Publication bias: evidence of delayed publication in a cohort study of clinical research projects. *BMJ* 1997; 315(7109):640-5.
11. Burnham J, Shearer B. Comparison of CINAHL, EMBASE, and MEDLINE databases for the nurse researcher. *Med Ref Serv Q* 1993; 12(3):45-57.
12. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case finding instruments for depression: two questions as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12(7):439-45.
13. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327(7424):1144-6.
14. Wells KB, Stewart A, Hays RD. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262(7):914-9.
15. Scheffer BK, Rubenfeld MG. A consensus statement on critical thinking. *J Nurs Educ* 2000; 39(8):352-9.