

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
NÚCLEO DE PESQUISA DE FUNDAMENTOS DO CUIDADO DE  
ENFERMAGEM – NUCLEARTE



**ALESSANDRA BORGES BRUM CLEIRES**

***Análise de conteúdo de estratégias  
para raciocínio diagnóstico em enfermagem***

Rio de Janeiro  
Dezembro, 2013

ALESSANDRA BORGES BRUM CLEIRES

*Análise de conteúdo de estratégias  
para raciocínio diagnóstico em enfermagem*

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão

Rio de Janeiro

Dezembro, 2013

C624a Cleires, Alessandra Borges Brum.

Análise de conteúdo de estratégias para raciocínio diagnóstico em enfermagem. / Alessandra Borges Brum Cleires. – Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery, 2013.

190f.:il.

Orientador: Marcos Antônio Gomes Brandão

Dissertação (mestrado) – UFRJ/EEAN/Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2013.

Referências Bibliográficas: f. 135-140.

1. Diagnóstico de Enfermagem. 2. Ensino. 3. Aprendizagem. 4. Estudos de Validação. 5. Tecnologia. I. Brandão, Marcos Antônio Gomes. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. III. Título

CDD 610.73

ALESSANDRA BORGES BRUM CLEIRES

*Análise de conteúdo de estratégias  
para raciocínio diagnóstico em enfermagem*

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 16 de Dezembro de 2013.

---

PROF. DR. MARCOS ANTÔNIO GOMES BRANDÃO  
PRESIDENTE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

---

PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI  
1<sup>a</sup> EXAMINADORA  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

---

PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> GRACIELE OROSKI PAES  
2<sup>a</sup> EXAMINADORA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

---

PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> ROSIMERE FERREIRA SANTANA  
SUPLENTE  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

---

PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> JULIANA FARIA CAMPOS  
SUPLENTE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro

Dezembro, 2013

*Dedico este estudo aos incansáveis juízes que participaram desta avaliação, que, não mediram esforços, tempo e estudo para que os resultados desse trabalho pudessem contribuir da melhor forma à produção do conhecimento da disciplina da Enfermagem, de forma tão singular!*

*Meus sinceros agradecimentos!*

## *Agradecimentos*

*Ao meu Deus, minha imensa gratidão pelo dom da vida, pela oportunidade de realizar este estudo e pelo auxílio nas horas difíceis. Foram inúmeras as bênçãos recebidas desde a preparação para seleção até o término deste estudo, nada seria possível sem o Seu auxílio e direção, abrindo caminhos e transpondo montanhas para que eu pudesse trilhar nesta senda. Sem que eu pudesse ver, Ele estava sempre à minha frente! À Deus seja a honra, a glória e o louvor!*

*À minha família querida: meu esposo Samuel e meu filho Lucas, por aceitarem minha ausência nos momentos em que não pude ser companheira e amiga, muitas vezes até mesmo sem compreenderem as razões das incansáveis horas de estudo. Vocês são um presente de Deus para mim! Eu os amo!*

*Aos meus pais Vivaldi e Alair, meus irmãos e suas respectivas famílias pelo apoio mesmo à distância e pela tolerância. Agradeço também à minha segunda família, pelo auxílio e apoio. Pelas orações de familiares e amigos em meu favor!*

*Ao Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Marcos Brandão, pela sabedoria e competência que Deus lhe concedeu. Ainda que poucos momentos de orientação, mas com grande riqueza de conteúdo, sem os quais este estudo não alcançaria seus resultados. Deus não poderia ter me concedido outro orientador! Que Deus o abençoe, te fortaleça e te sustente com sua destra fiel! Que Deus abençoe a sua família!*

*Aos juízes que incansavelmente se doaram para responderem aos formulários. Sem a participação de vocês este estudo não teria alcançado seus resultados. Sei que foi com muito esforço e dedicação, ainda que permanecessem anônimos!*

*Aos amigos, companheiros de trabalho, especialmente à prof<sup>a</sup> Msc. Cristina Hansel pelo incentivo para o mestrado; a Enf<sup>a</sup> Vanusa Vasconcelos, Gerente de Enfermagem do H.A.C. por despertar em mim a apreciação pelo tema, pela motivação e acreditar neste trabalho; à FASE, nas pessoas da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Miriam Heidmann, Coordenadora da Graduação em Enfermagem e Supervisora de estágios Prof<sup>a</sup> Cláudia Bade pela compreensão e por consentirem os arranjos na jornada de trabalho. Aos demais colegas, alunos e ex-alunos que me apoiaram nessa jornada!*

*Às prof<sup>as</sup> Dr<sup>as</sup> Graciele Oroski Paes, Ana Carla Dantas Cavalcanti, Rosimere Ferreira Santana e demais examinadoras que participaram das bancas de avaliação pelo carinho e atenção, pelas sábias considerações e compreensão quanto aos prazos e adiamentos! Que Deus as abençoe também!*

*Aos amigos dos TECCONSAE e GEAC, pelas considerações e auxílios prestados, em especial a Beatriz. Obrigada pela parceria!*

*Aos amigos Veliton e Márcia pelo socorro nas horas de dúvidas e pela amizade!*

*A todos que de alguma forma contribuíram para que esse estudo pudesse ser concretizado, os meus sinceros agradecimentos!*

*Não há palavras para expressar minha gratidão!*

*“Eu tentei 99 vezes e falhei, mas na centésima tentativa eu consegui.  
Nunca desista de seus objetivos, mesmo que esses pareçam impossíveis,  
A próxima tentativa pode ser a vitoriosa!”*

*Albert Einstein*

## RESUMO

CLEIRES, Alessandra Borges Brum. **Análise de conteúdo de estratégias para raciocínio diagnóstico em enfermagem**. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013. Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão

Pesquisa metodológica que teve como objetivo analisar o conteúdo das estratégias de uma tecnologia para realização de diagnósticos de enfermagem por iniciantes na tarefa. Pautada em um referencial cognitivista e metacognitivista, a tecnologia apresentada na forma de um diagrama segue recortada temporalmente pelo evento de encontro síncrono do diagnosticador com o cliente (pré-encontro, encontro e pós-encontro), por etapas de coleta e processamento de dados, estratégias diagnósticas e por operações mentais, afetivas e comportamentais que delimitam e descrevem as estratégias em nível tático e operacional. Foi desenhado um Delphi que por considerar elevados valores de concordância dos juízes a elementos concernentes ao conteúdo as rodadas suplementares não foram necessárias. Os participantes foram 13 enfermeiros selecionados intencionalmente nos diretórios dos grupos de pesquisa da *Plataforma Lattes* do site do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em todo o país mediante critérios adaptados de Fhering. Utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e o Coeficiente Kappa (k) interavaliadores para os critérios de adequação clareza, concisão e precisão. O estudo teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os resultados demonstraram alta concordância para a pertinência das quatro etapas e das estratégias ao processo de raciocínio diagnóstico. Da análise do conteúdo das etapas e estratégias, apenas três critérios de adequação dos nomes para a etapa de coleta de dados no pré-encontro e das estratégias de avaliação direta e geral do cliente no encontro e categorização dos dados no pós-encontro não alcançaram o IVC ideais ao nível de confiança adotado de 90%, com confiabilidade mediana, necessitando serem reformulados, assim como 15 itens para finalidades, circunstâncias, motivos e explicações das operações. Pode-se concluir que é possível desenvolver habilidades e competências diagnósticas no iniciante por meio de estratégias propostas em uma tecnologia inovadora de auxílio à tarefa, sob a forma de diagrama. As adequações epistemológicas frente às correntes de pensamento estão presentes na tecnologia, no entanto, a validação e a tecnologia proposta não estão livres de alinhamento. Ao contrário, é fortemente relacionada ao cognitivismo.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de Enfermagem; Ensino; Aprendizagem; Estudos de Validação; Tecnologia.



## ABSTRACT

CLEIRES, Alessandra Borges Brum. **Content analysis of strategies for diagnostic reasoning in nursing.** Rio de Janeiro, 2013. Dissertation design (Masters in Nursing) – School of Nursing Anna Nery, Federal University of Rio de Janeiro, 2013. Advisor: Teacher Marcos Antônio Gomes Brandão.

Methodological research which had as an objective to analyze the strategies content of a technology approach for performing nursing diagnoses by novices in the area. Based on a behaviorist and metacognitive theoretical framework, the technology presented in a diagram form is crossed by the temporally synchronous encounter event between the diagnostician and the customer (pre-encounter, encounter and post-encounter), by phases of data collection and processing, diagnostic strategies and by mental, affective and behavioral operations which delimit and describe the strategies into tactical and operational. A Delphi has been projected which, by considering high concordance values of judges to elements regarding the content, the additional rounds have not been necessary. The participants were 13 nurses intentionally selected from the research groups directories of Lattes Platform of the web site of the National Council of Scientific and Technological Development (CNPq) throughout the country upon criteria adapted from Fhering. Was used The Content Validity Index (CVI) and the Kappa's Quotient (k) to observe interrater reliability for the criteria of adequacy, clarity, conciseness and accuracy. The study was approved by the Research Ethics Committee. The results showed high concordance for the relevance of the four phases and strategies to diagnostic reasoning process. From the analysis of the phases and strategies content, only three criteria of adequacy of names for the data collection phase in the pre-encounter and the strategies of direct and overall assessment of the customer at the encounter and categorization of data in the post-encounter did not reach the ideal CVIs to adopted confidence level of 90 %, with median reliability, requiring being redesigned, as well as 15 items for purposes, circumstances, reasons and explanations of the operations. It can be concluded that it is possible to develop skills and competencies with interpretive novice through strategies of an innovative technology to aid the task, in a diagram form. The presented proposal is accepted among peers and epistemological adaptations concerning the streams of thought are present in the technology. However, the validation and the proposed technology are not free from alignment. On the contrary, it is strongly related to cognitivism.

**Keywords:** Nursing diagnosis; Teaching; Learning; Validation studies; Technology.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação das formas geométricas com suas respectivas atividades estabelecidas no diagrama para realização de diagnósticos (ASSIS, 2010).....	36
Figura 2 – Representação da primeira etapa do diagrama - Coleta de Dados que antecedem o encontro com o cliente (Pré-Encontro) - com suas respectivas estratégias para realização de diagnósticos de enfermagem (ASSIS, 2010).....	40
Figura 3 – Representação do seguimento inicial da segunda etapa do diagrama - Coleta de Dados no encontro com o cliente (Encontro) - com suas respectivas estratégias para realização de diagnósticos (ASSIS, 2010).....	41
Figura 4 – Representação dos seguimentos sequenciais da segunda etapa do diagrama - Coleta de Dados no encontro com o cliente (Encontro), um momento de bifurcação (ASSIS, 2010). .....	43
Figura 5– Representação de outro seguimento da segunda etapa do diagrama - Coleta de Dados no encontro com o cliente (Encontro), (ASSIS, 2010). ....	44
Figura 6– Representação do seguimento inicial da terceira etapa do diagrama - Avaliação Direta e Focal do cliente, (ASSIS, 2010). ....	47
Figura 7 - Representação do seguimento final da terceira etapa do diagrama - Avaliação Direta e Focal do cliente, (ASSIS, 2010). ....	48
Figura 8– Representação do seguimento inicial da quarta etapa do diagrama - Tratamento dos Dados após o encontro, (ASSIS, 2010). ....	50
Figura 9– Representação da continuação do seguimento anterior da quarta etapa do diagrama - Tratamento dos Dados após o encontro, (ASSIS, 2010). ....	51
Figura 10 – Representação da continuação do seguimento anterior da quarta etapa do diagrama - Tratamento dos Dados após o encontro, (ASSIS, 2010). ....	54
Figura 11– Representação de novo seguimento da quarta etapa do diagrama - Tratamento dos Dados após o encontro, (ASSIS, 2010). ....	55
Figura 12– Representação de um seguimento da quarta etapa do diagrama - Tratamento dos Dados após o encontro, (ASSIS, 2010). ....	56
Figura 13– Representação do último seguimento da quarta etapa do diagrama - Tratamento dos Dados após o encontro, (ASSIS, 2010).....	57
Figura 14– Resultados referente às respostas ao convite para seleção de peritos em diagnóstico. Brasil, 2013....	72

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Observações dos juízes para avaliação da etapa de *Coleta de dados que antecedem o encontro com o cliente* e da estratégia de *Avaliação indireta do cliente*. Brasil, 2013...96
- Quadro 2 – Observações dos juízes para avaliação da etapa de *Coleta de dados no encontro com o cliente* e das estratégias de *Avaliação direta e geral do cliente* e *Avaliação do ambiente de coleta*. Brasil, 2013.....97
- Quadro 3 – Observações dos juízes para avaliação da etapa de *Avaliação direta e focal do cliente* e da estratégia de *Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco*. Brasil, 2013.....97
- Quadro 4 – Observações dos juízes para avaliação da etapa de *Tratamento dos dados após o encontro com o cliente* e das estratégias de *Clarificação dos dados; Atribuição de significados aos indícios; Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes; Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo; Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais; Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes*. Brasil, 2013.....98
- Quadro 5 – Observações dos juízes para avaliação das operações mentais ligadas à *Avaliação indireta do cliente*. Brasil, 2013.....101
- Quadro 6 - Observações dos juízes para avaliação das operações mentais ligadas à *Avaliação direta e geral do cliente*. Brasil, 2013.....105
- Quadro 7 - Observações dos juízes para avaliação das operações mentais ligadas à *Avaliação do ambiente de coleta*. Brasil, 2013.....107
- Quadro 8 – Observações dos juízes para avaliação das operações mentais ligadas à *Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco*. Brasil, 2013.....109
- Quadro 9 – Observações dos juízes para avaliação das operações mentais ligadas à *Atribuição de significados aos indícios*. Brasil, 2013.....113
- Quadro 10 – Observações dos juízes para avaliação das operações mentais ligadas à *Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes*. Brasil, 2013.....119

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1: Quantitativo de artigos indexados encontrados e selecionados nas bases de dados eletrônica da LILACS, BDENF, PubMed/MedLine, CINAHL, com os descritores “*diagnóstico de enfermagem*” and “*estudos de validação como assunto*” ou “*nursing diagnosis*” and “*validation studies*”, nos meses de maio a novembro de 2012.....26
- Tabela 2: Quantitativo de artigos indexados encontrados e selecionados no site da GoPubMed® e Portal de Periódicos da CAPES com as palavras “*nursing diagnosis*” and “*validation studies*” e “*diagnóstico de enfermagem*” and “*estudos de validação*”, respectivamente, nos meses de maio a novembro de 2012. ....26
- Tabela 3: Relação dos convidados e participantes, por região. Brasil, 2013.....79
- Tabela 4: Distribuição dos juízes por região. Brasil, 2013.....79
- Tabela 5: Descrição do perfil da amostra em relação à titulação, produção científica e experiência docente no processo de elaboração de diagnósticos de enfermagem. Brasil, 2013.....80
- Tabela 6: Concordância entre os juízes para a pertinência da Etapa 1 de *Coleta de dados que antecedem ao encontro com o cliente* e da Estratégia de *Avaliação indireta do cliente* ao processo diagnóstico. Brasil, 2013.....83
- Tabela 7: Concordância entre os juízes para a pertinência da Etapa 2 de *Coleta de dados no encontro com o cliente* ao processo diagnóstico e das Estratégias de *Avaliação direta e geral do cliente* e *Avaliação do ambiente de coleta*. Brasil, 2013.....84
- Tabela 8: Concordância entre os juízes para a pertinência da Etapa 3 de *Avaliação direta e focal do cliente* e da Estratégia de *Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco ao processo diagnóstico*. Brasil, 2013.....85
- Tabela 9: Concordância entre os juízes para a pertinência da Etapa 4 de *Tratamento dos dados após o encontro com o cliente* e das Estratégias de *Clarificação dos dados; Atribuição de significados aos indícios; Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes; Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo; Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais; Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes* ao processo diagnóstico. Brasil, 2013.....85
- Tabela 10: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão e precisão do nome e posição da Etapa de *Coleta de dados que antecedem o encontro com o cliente* (Pré-encontro) no processo diagnóstico. Brasil, 2013.....87
- Tabela 11: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão, precisão e posição da Estratégia de *Avaliação indireta do cliente* no processo diagnóstico. Brasil, 2013.....87

Tabela 12: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão e precisão do nome e posição da Etapa de <i>Coleta de dados no encontro com o cliente</i> (Encontro) no processo diagnóstico. Brasil, 2013.....	88
Tabela 13: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de <i>Avaliação direta e geral do cliente</i> . Brasil, 2013.....	89
Tabela 14: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de <i>Avaliação do ambiente de coleta</i> . Brasil, 2013.....	89
Tabela 15: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão e precisão do nome e posição da Etapa de <i>Avaliação direta e focal do cliente</i> no processo diagnóstico. Brasil, 2013.....	90
Tabela 16: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de <i>Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco</i> no processo diagnóstico. Brasil, 2013.....	91
Tabela 17: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão e precisão do nome e posição da Etapa 4 de <i>Tratamento dos dados após o encontro com o cliente</i> . Brasil, 2013.....	92
Tabela 18: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de <i>Clarificação dos dados</i> . Brasil, 2013.....	92
Tabela 19: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de <i>Atribuição de significados aos indícios</i> . Brasil, 2013.....	93
Tabela 20: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de <i>Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes</i> . Brasil, 2013.....	93
Tabela 21: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de <i>Geração de uma ou mais hipóteses em cada grupo</i> . Brasil, 2013.....	94
Tabela 22: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de <i>Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais</i> . Brasil, 2013.....	95
Tabela 23: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de <i>Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes</i> . Brasil, 2013.....	95
Tabela 24: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para <i>Avaliação indireta do cliente</i> . Brasil, 2013.....	100
Tabela 25: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à <i>Avaliação indireta do cliente</i> . Brasil, 2013.....	100

Tabela 26: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para <i>Avaliação direta e geral do cliente</i> . Brasil, 2013.....	103
Tabela 27: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à <i>Avaliação direta e geral do cliente</i> . Brasil, 2013.....	103
Tabela 28: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para <i>Avaliação do ambiente de coleta</i> . Brasil, 2013. ....	106
Tabela 29: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à <i>Avaliação do ambiente de coleta</i> . Brasil, 2013.....	106
Tabela 30: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para <i>Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco</i> . Brasil, 2013.....	107
Tabela 31: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à <i>Avaliação direta e focal relacionada aos indícios pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco</i> . Brasil, 2013.....	108
Tabela 32: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para <i>Clarificação dos dados</i> . Brasil, 2013.....	110
Tabela 33: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à <i>Clarificação dos dados</i> . Brasil, 2013.....	111
Tabela 34: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para <i>Atribuição de significados aos indícios</i> . Brasil, 2013.....	112
Tabela 35: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à <i>Atribuição de significados aos indícios</i> . Brasil, 2013.....	112
Tabela 36: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para <i>Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes</i> . Brasil, 2013.....	114
Tabela 37: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à <i>Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes</i> . Brasil, 2013.....	114
Tabela 38: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para <i>Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo</i> . Brasil, 2013.....	115
Tabela 39: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à <i>Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo</i> . Brasil, 2013.....	115
Tabela 40: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para <i>Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais</i> . Brasil, 2013.....	116

Tabela 41: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas ao <i>Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais</i> Brasil, 2013.....	117
Tabela 42: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para <i>Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes</i> . Brasil, 2013.....	118
Tabela 43: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à <i>Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes</i> . Brasil, 2013.....	118

## Sumário

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>18</b>
1.1 Objeto de Estudo .....	23
1.2 Objetivo .....	23
1.3 Aproximação com o Tema .....	23
1.4 Justificativa e Relevância .....	24
1.5 Contribuições do Estudo .....	27
<b>2 BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS .....</b>	<b>30</b>
2.1 Bases Conceituais.....	30
2.1.1 Desenvolvimento do Diagrama .....	34
2.2 Bases Metodológicas .....	58
2.2.1 Técnica Delphi .....	58
2.2.2 Análise de Conteúdo .....	60
2.2.3 Critérios para Seleção dos Juízes e Amostra.....	63
2.2.4 Testes de Confiabilidade .....	65
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>68</b>
3.1 Critérios para Seleção dos Juízes e Amostra.....	70
3.2 Instrumento de Coleta de Dados .....	73
3.3 Procedimento para Coleta de Dados .....	74
3.4 Tratamento e Análise de Dados .....	75
3.5 Aspectos Éticos .....	76
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>79</b>
4.1 Caracterização dos participantes do estudo.....	79
4.2 Procedimentos da análise do conteúdo.....	81
4.2.1 Pertinência das etapas e suas estratégias no processo diagnóstico de enfermagem: .....	83
4.2.2 Análise do conteúdo das etapas e estratégias: .....	86
4.2.3 Dados qualitativos derivados dos juízes:.....	96
4.3 Análise do conteúdo das operações mentais, comportamentais e afetivas do processo diagnóstico de enfermagem .....	99
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>121</b>
5.1 Da caracterização dos participantes do estudo .....	121
5.2 Da Análise de conteúdo.....	122
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>132</b>
<b>5 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>135</b>



<b><i>Apêndices</i></b> .....	<b>141</b>
APÊNDICE A – Carta convite .....	142
APÊNDICE B – Ficha de qualificação de peritos.....	143
APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	145
APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados.....	146
APÊNDICE E – Diagrama final.....	171
APÊNDICE F – Itens não validados .....	182
<b><i>Anexos</i></b> .....	<b>186</b>
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP .....	187
ANEXO B – Declaração de direitos .....	190

## *Considerações Iniciais*

---

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O diagnóstico de enfermagem (DE) constitui um elemento do Processo de Enfermagem (PE) de suma importância, que envolve a interpretação do comportamento humano em relação à saúde e agrupamento de dados coletados na primeira fase do processo, culminando na tomada de decisões sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem, os quais representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, da família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, constituindo a base para a seleção das ações ou intervenções, objetivando alcançar os resultados esperados (COFEN, 2009; LUNNEY, 2011).

É um processo complexo que envolve a interpretação do comportamento humano em relação à saúde. Dado à complexidade do comportamento, as respostas das pessoas a problemas de saúde e processos de vida podem ser facilmente mal interpretadas, pois nenhum ser humano consegue conhecer ou entender outros seres humanos na sua totalidade. As interpretações que os enfermeiros fazem dessas respostas são impressões subjetivas ou diagnósticos das experiências de outros indivíduos (LUNNEY, 2011).

A capacidade de fazer julgamentos e interpretar sinais e sintomas de cada paciente é conhecida como julgamento clínico, raciocínio diagnóstico, raciocínio ou julgamento crítico e pode ser entendida como a forma de pensar do enfermeiro, estando diretamente vinculada ao seu fazer e com a qualidade do cuidado prestado (NÓBREGA; SILVA, 2008/2009).

A preocupação com o interesse pelo julgamento diagnóstico em enfermagem aconteceu como consequência de mudanças na enfermagem norte-americana por ocasião da II Guerra Mundial, onde houve um contato mais próximo das enfermeiras com os médicos, com maior foco na propedêutica e nas ações de intervenção clínica, conforme estudos da década de 50, porém, a preocupação com o estudo do DE se intensificou a partir da década de 90, sendo reconhecida como especialidade prioritária nacional e mundial. Com esforços do Internacional Council of Nurse (ICN) somados aos grupos de trabalho e especialistas, foi então estabelecido uma linguagem específica que caracterizasse a prática da enfermagem (POWERS, 2002).

No Brasil, assim como em outras partes do mundo, nessa mesma década, estudos foram realizados em relação ao ensino do DE, iniciando-se a preocupação sobre como acontece o processo diagnóstico, que tem sido alvo de investigação de muitos pesquisadores,

especialmente sob a forma em que se dá o aprendizado, sendo os recursos mais utilizados para o processo de aprendizado os métodos da repetição ou repasse (DIAS, 2009).

Esses modelos não atendem às necessidades mais individuais do aprendiz, pois eles não compreendem como a informação é construída, apenas juntam os fragmentos dela. O estudante precisa ser auxiliado a organizar os elementos que compõem a informação e relacioná-los em uma estrutura significativa para ele, configurando-se como uma aprendizagem distinta, construtivista (*ibidem*).

O uso do termo “diagnóstico de enfermagem” confirmou os enfermeiros como diagnosticadores em sua prática, potencializando suas habilidades de decidir sobre o cuidado de enfermagem. Dessa maneira, eles precisam desenvolver competências para diagnosticar, as quais incluem habilidades intelectuais e processos mentais em conhecimentos diagnósticos, e o uso desses conhecimentos. Esse processo cognitivo exige nível de competência elevado de alunos e profissionais de enfermagem, que requer monitoramento e controle do pensamento. O aprendizado diagnóstico inicia-se na graduação e percorre a vida profissional do enfermeiro, não podendo jamais ser considerado uma atividade fácil, simples e plenamente repetitiva (SILVA; PEIXOTO; BRANDÃO; FERREIRA; MARTINS, 2011).

A dificuldade em diagnosticar também é percebida por profissionais em instituições brasileiras, sendo um dos fatores limitantes para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), devido sua complexidade, falta de acesso aos recursos humanos e tecnológicos necessários.

Corroborando, Garcia; Nóbrega (2004) afirmam que as dificuldades em diagnosticar as respostas humanas perpassam não somente os ensinamentos teórico-práticos das academias, mas também os programas de educação permanente das instituições hospitalares depois de iniciado na prática clínica, tornando-se uma situação nova e estressante para o iniciante ou novato, que muitas vezes omitem essa etapa do PE, podendo trazer repercussões irreversíveis para o cliente.

A omissão ou formulação incorreta do diagnóstico de enfermagem fragmenta os cuidados, que muitas vezes não tem relação direta com os problemas do paciente, comprometendo as demais etapas do PE. Nesse sentido, a falta de organização sistemática e planejada para a realização dos cuidados, torna a assistência uma atividade funcionalista, sem individualização, desvinculada da realidade e pautada apenas em aspectos epidemiológicos, sem a melhor evidência da prática para o alcance de resultados esperados e, talvez, sem custo-benefício satisfatórios.

Segundo Peixoto; Brandão; Santos (2007), para o desenvolvimento das competências e habilidades, é necessário favorecer o acesso aos processos internos do aprender para que o profissional possa ao longo da sua vida manter-se a par do perfil profissional proposto. Esse ideal exige o uso de ferramentas que facilitem ao estudante a direção de sua aprendizagem, como o uso de tecnologias educacionais.

Essas tecnologias, segundo os autores, referem-se tanto à aplicação sistemática de conhecimentos científicos e tecnológicos para a solução de problemas educacionais, como o conjunto de processos, métodos e técnicas usadas para favorecer a dinâmica da aprendizagem. Trata-se, então, de saber como fazer para estimular as capacidades investigadoras dos alunos de desenvolver competências e habilidades mentais.

As tecnologias educacionais podem ser classificadas em instrumental, organizada ou simbólica. As instrumentais referem-se aos instrumentos de ensino-aprendizagem como livros, quadro de giz, retroprojetor, televisão ou vídeo. Em nível de abstração maior, as que lidam com a gestão e controle da aprendizagem, atividade produtiva e de relações humanas, visando à organização, ao currículo, à disciplina e a variadas técnicas de mercado. Quanto às simbólicas, fazem uso de símbolos como ferramentas de solução de problemas da prática educativa, medeiam a comunicação entre professores e alunos, ou fazem parte dela. Como exemplo desse tipo de tecnologia, encontramos a linguagem oral e escrita, o conteúdo do currículo, as representações icônicas e simbólicas, assim como os sistemas de pensamento (*ibidem*).

Nessa perspectiva, Assis (2010) propõe como uma tecnologia instrumental aplicada ao cuidado um diagrama para realização do DE, descrito em ordem sequencial de passos de uma determinada tarefa, sob a forma de figuras geométricas, que deve ser utilizada como ferramenta para auxiliar na aplicação prática dos modelos conceituais já construídos e consolidados, possibilitando a aplicação do saber (processo diagnóstico), sistematizado em um fazer específico (diagnosticar).

O diagrama possui um mapeamento de atividades por meio de símbolos simples, linhas e palavras, de forma a apresentar graficamente a sequência de estratégias, ações, decisões e conclusões para cada etapa de realização do diagnóstico de enfermagem, além da descrição das estratégias sob a forma de texto, baseado em operações mentais, comportamentais e afetivas, que delimitam e descrevem as estratégias em nível tático e operacional.

Ele tem por objetivo interagir o usuário com a relação dos elementos do processo, permitindo comparações com a realidade vivenciada, determinando as melhorias e facilitando a comunicação.

O reconhecimento do fenômeno diagnóstico a fim de prescrever a assistência de enfermagem prevê uma forma organizada de ações implícitas na tarefa de diagnosticar, habilidades cognitivas e hábitos mentais que podem ser reconhecidos nos passos para realização diagnóstica, propostos pela ferramenta, podendo ser trabalhados isoladamente com profissionais e aprendizes de diversos segmentos da enfermagem (ASSIS, 2010; LUNNEY, 2011).

O presente estudo tem por objetivo analisar o conteúdo das estratégias do diagrama para realização de diagnósticos de enfermagem por iniciantes proposto por Assis (2010) em sua dissertação de mestrado<sup>1</sup>, que emergiu da necessidade de criar uma ferramenta que facilitasse o processo diagnóstico de enfermagem por iniciantes, para ser usado tanto em ambientes assistenciais, quanto de ensino, minimizando as dificuldades impostas pela tarefa.

Um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência na aquisição e no desenvolvimento de uma competência: iniciante ou novato, iniciante avançado, competente, proficiente e perito. Os iniciantes não têm experiência das situações com que possam ser confrontados. Para lhes ensinar e permitir que adquiram a experiência tão necessária ao desenvolvimento das suas competências são-lhes descritos situações em termos de elementos e parâmetros objetivos e mensuráveis, tais como: o peso, os líquidos ingeridos e eliminados, a pressão arterial, a pulsação, permitindo-lhes conhecer a condição de um cliente. São-lhes igualmente ensinadas as normas, independente do contexto, para guiar os seus atos em função dos diversos elementos (BENNER, 1982).

O iniciante no processo diagnóstico, seja ele estudante ou enfermeiro, são os que mais apresentam dificuldades na tarefa, pois possuem pouco conhecimento e experiências no uso das habilidades para o raciocínio, podendo fazê-lo de forma inexata ou omiti-la, comprometendo a assistência prestada ao cliente, prejudicando o cuidado individualizado e a sua continuidade.

Corroborando, Silva; Peixoto; Brandão; Ferreira; Martins (2011) afirmam que grande parte das dificuldades vivenciadas no processo de aprendizado do DE devem-se às questões de cunho teórico necessário para fundamentar e desenvolver conhecimento teórico e prático

---

<sup>1</sup> “Proposição de um Diagrama para realização de Diagnósticos de Enfermagem por Iniciantes”. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Defendida em 2010.

que facilite a habilidade de diagnosticar, assim como ao processo mental necessário para organização e uso do conhecimento diagnóstico.

Para auxiliá-lo na tarefa diagnóstica, é necessário mostrar-lhes os passos corretos que devem tomar para realizarem o DE, em termos mais objetivos, organizados e ordenados, proposto sob a forma de diagrama, de caráter instrucional, permitindo a interação do usuário com os elementos do processo diagnóstico por meio de estratégias e operações mentais descritas sob a forma de texto, que será validado neste estudo, além do mapeamento das ações.

Enquanto profissão, a enfermagem vem se apropriando e ampliando sua área de conhecimento, buscando avançar progressiva e constantemente na experimentação e incorporação de modelos e metodologias que melhor se adaptem a análise de seus objetos de investigação, porém demorou a se inserir na prática da pesquisa científica por razões históricas, políticas e/ou sociais. Um estudo sobre as teses produzidas no Brasil nos programas de pós-graduação em enfermagem, em 2005, concluiu que predominam os estudos de abordagem qualitativa e que os estudos de intervenção na prática profissional e de desenvolvimento de tecnologias ainda são poucos e estão em desenvolvimento, sinalizando a necessidade deste tipo de pesquisa na enfermagem, assim como a necessidade de investimento por parte dos enfermeiros clínicos e daqueles ligados ao ensino (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Uma vez que o diagrama ainda não foi submetido ao processo de análise para a sua aplicação nos diversos ambientes aos quais se destina, fazem-se necessários estudos em que se possam estabelecer a sua validade, monitorar a confiabilidade e a precisão do instrumento.

A partir dessa problemática, a questão que norteará o estudo é:

- Qual o grau de concordância do conteúdo das estratégias diagnósticas que juízes atribuem a uma tecnologia para realização de diagnósticos de enfermagem por iniciantes?

Nessa perspectiva, propõe-se com este estudo uma tecnologia para raciocínio diagnóstico em enfermagem, possibilitando sua aplicação por estudantes ou profissionais iniciantes na tarefa, minimizando as possíveis dificuldades impostas na sua execução, de forma a alcançar o sucesso esperado.

## **1.1 Objeto de Estudo**

A pertinência, adequação, clareza, concisão e precisão como critérios de validade de conteúdo das estratégias de uma tecnologia para raciocínio diagnóstico em enfermagem.

## **1.2 Objetivo**

Analisar o conteúdo das estratégias de uma tecnologia para raciocínio diagnóstico em enfermagem.

## **1.3 Aproximação com o Tema**

Esse tema me despertou o interesse a partir da minha experiência enquanto preceptora do estágio curricular do 8º período do curso de graduação em enfermagem, onde percebia uma grande dificuldade em identificar o fenômeno diagnóstico, suas formas de construção textual e taxonomias para consideração nos estudos de caso e discussões grupais com os discentes, haja vista a falta das abordagens diagnósticas durante a graduação, assim como a falta de utilização da tarefa em minha prática assistencial, como em grande parte das instituições que omitem essa etapa do PE.

A partir dessa dificuldade, procurei realizar cursos de atualização com o objetivo de aprender a tarefa diagnóstica para que pudesse aplicá-la com os discentes. Percebi que essa dificuldade também era um grande desafio para os alunos, demais preceptores e docentes.

Ainda hoje, a forma de realizar o exame físico, coletar e agrupar dados sofre forte influência do modelo biomédico, reducionista, mecanicista, muito presente nos cursos de graduação. Essa forma de olhar o indivíduo, segundo Nóbrega; Silva (2008/2009) dificulta o processo de raciocínio diagnóstico, pois os profissionais coletam dados que diagnosticam doenças, e não respostas ou necessidades específicas decorrentes do processo vital ou de problemas de saúde.

Muito me inquietavam as questões sobre o aprendizado dos DEs pelos alunos. Podemos observar em grande parte dos alunos de graduação, que as dificuldades no raciocínio diagnóstico e na tarefa de diagnosticar favorecem a presença de lacunas que irão refletir no exercício da profissão, pois não estavam prontos para fazê-lo.

Na academia, as discussões durante a realização da disciplina Concepções Teóricas de Enfermagem, enquanto aluna especial do mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), levaram-me a refletir sobre os aspectos fundamentais da enfermagem, interessando-me pelos estudos do processo ensino-



aprendizado dos DEs, principalmente quando da realização de um objeto de aprendizado, para o qual notadamente tive grande dificuldade em desenvolver um instrumento para coleta de dados que fosse utilizado pelos discentes durante o estágio na clínica cirúrgica, a fim de facilitar o olhar interpretativo aos focos de atenção da enfermagem, para a realização diagnóstica.

Mediante a participação nos grupos de Pesquisa TECCONSAE e GEAC, ambos da UFRJ, pude ter o contato com essa ferramenta, fruto do trabalho de uma das linhas de pesquisa, despertando-me o interesse pela sua validação como forma de subsidiar o processo de ensino-aprendizagem na minha prática acadêmica e assistencial, assim como as demais instituições de ensino e profissionais da assistência serão de igual maneira beneficiadas.

#### **1.4 Justificativa e Relevância**

O estudo envolve um contínuo pesquisar e discutir profissionalmente, os possíveis e mais adequados caminhos para a realização do DE por iniciantes, ao mesmo tempo em que contribui para a produção e divulgação de estudos de enfermagem que abordam a questão do PE e da SAE.

Apesar de reconhecida sua importância, observa-se que na prática assistencial a operacionalização do PE ainda constitui um desafio, dado a fatores inerentes ao próprio profissional, bem como a fatores relacionados à estrutura organizacional e administrativa da maioria das instituições.

Muito se tem produzido sobre os DEs, porém pouco desse material aborda a questão do seu ensino-aprendizado, principalmente no que se refere aos estudos de validação de tecnologias para a tarefa diagnóstica.

Para melhor compreender a realidade dos estudos de validação de DEs, realizou-se um levantamento de trabalhos científicos no tema abordado para construção do Estado da Arte, elaborando-se a seguinte questão de pesquisa: Quanto do que se tem produzido cientificamente acerca dos diagnósticos de enfermagem refere-se ao contexto da validação?

Uma pesquisa por artigos em periódicos, dissertações e teses nas principais bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)<sup>2</sup>, como: LILACS (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde); Base de Dados em Enfermagem (BDENF); PubMed/MedLine (US National Library of Medicine National Institutes of Health) e CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature),

---

<sup>2</sup> Disponível em: [www.bireme.br](http://www.bireme.br)

foi realizada nos meses de maio a novembro de 2012, onde encontramos os seguintes tipos de documentos: artigos completos/incompletos que incluíssem resumos e teses. Para encontro dos descritores de busca utilizou-se a ferramenta “DeCS (*Descritores em Ciências da Saúde*) e MeSH” (*Medical Subject Heading*), vocabulário desenvolvido pela NLM (*National Library of Medicine, EUA*), tendo como resultado os seguintes descritores: “*diagnóstico de enfermagem*” e “*estudos de validação como assunto*”; “*Nursing diagnosis*” e “*validation studies*”, respectivamente, além do operador booleano de intersecção “*and*” que é usado para relacionar as palavras.

A partir da combinação dos descritores nas bases de dados eletrônicas, foram encontrados na BVS 09 artigos/teses publicadas, sendo 06 artigos na LILACS e 03 na BDEF; 68 artigos na PubMed/MedLine e 52 artigos na CINAHL.

A busca por assunto no site da GoPubMed<sup>3</sup> e Portal de Periódicos da CAPES com as palavras *diagnóstico de enfermagem* resultou em 90 artigos, e com *estudos de validação*, 31 artigos indexados entre periódicos científicos, Teses/Dissertações, respectivamente. No acervo bibliográfico da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), por meio da busca na “Base Minerva”, encontraram-se 11 Dissertações/Teses com o descritor “*diagnóstico de enfermagem*” e 14 com o descritor “*validação*”.

Ao acrescentar-se “*tecnologia*” ou “*technology*” como descritor ou palavra do texto, nenhum artigo foi encontrado nas bases de dados ou sites de busca.

A partir de então foram aplicados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão: foram incluídos todos os artigos sobre estudos de validação em diagnósticos de enfermagem, com resumo disponível na língua vernácula, publicados entre 2002 e 2012 (últimos 10 anos);

Critérios de exclusão: foram excluídos todos os artigos resultantes de estudos de validação em intervenções e/ou resultados de enfermagem, construção e validação de instrumentos para coleta de dados, adaptação cultural de instrumentos e que apresentassem textos repetidos em outra base de dados.

As teses encontradas na Base Minerva não cruzavam ambos descritores na mesma pesquisa, sendo portanto descartados do estudo, pois não atendiam aos critérios de inclusão.

Com a utilização destes critérios, foi possível um refinamento do material encontrado a partir da leitura dos títulos, resumos e/ou texto completo quando disponível conforme apresenta a tabela 1.

---

<sup>3</sup> Disponível em: [www.gopubmed.org](http://www.gopubmed.org)

**Tabela 1: Quantitativo de artigos indexados encontrados e selecionados nas bases de dados eletrônica da LILACS, BDENF, PubMed/MedLine, CINAHL, com os descritores “*diagnóstico de enfermagem*” and “*estudos de validação como assunto*” ou “*nursing diagnosis*” and “*validation studies*”, nos meses de maio a novembro de 2012.**

<b>Base de Dados</b>	<b>Artigos Encontrados</b>	<b>Artigos Selecionados</b>
LILACS	<b>05</b>	<b>03</b>
BDENF	<b>03</b>	<b>00</b>
Pub/MEdLine	<b>68</b>	<b>21</b>
CINAHL	<b>52</b>	<b>04</b>
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>28</b>

Da busca por assunto no site da GoPubMed<sup>®</sup> (Gene Ontology and Medical Subject Headings) e Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), após refinamento com a utilização dos critérios estabelecidos, foram encontrados os seguintes resultados da tabela 2.

**Tabela 2: Quantitativo de artigos indexados encontrados e selecionados no site da GoPubMed<sup>®</sup> e Portal de Periódicos da CAPES com as palavras “*nursing diagnosis*” and “*validation studies*” e “*diagnóstico de enfermagem*” and “*estudos de validação*”, respectivamente, nos meses de maio a novembro de 2012.**

<b>Base de Dados/Portal</b>	<b>Artigos Encontrados</b>	<b>Artigos Selecionados</b>
GoPubMed	<b>07</b>	<b>02</b>
CAPES	<b>18</b>	<b>09</b>
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>11</b>

Do total de 153 artigos indexados encontrados, predominam os estudos de validação clínica e estudos epidemiológicos, validação de conteúdo dos DEs e características definidoras, validação das intervenções e resultados de enfermagem. Poucos artigos versam sobre construção e validação de instrumentos para coleta de dados e adaptação cultural. Apenas algumas publicações foram encontradas sobre aprendizado de diagnósticos de enfermagem, mas nenhum estudo foi encontrado que descrevesse tecnologias para realização de diagnósticos de enfermagem sob uma forma estrutural.

Além dos 39 artigos indexados selecionados nas bases de dados eletrônicas e portais citados, utilizou-se como fonte bibliográfica materiais do acervo dos pesquisadores e do Grupo de Pesquisa em Tecnologias e Concepções para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (TECCONSAE) da UFRJ e livros recomendados sobre a temática.

Do ponto de vista prático, o presente estudo se justifica porque cada vez mais nota-se a necessidade de conhecer as etapas e os procedimentos que envolvem o processo diagnóstico em enfermagem visando à implementação de uma assistência pautada em princípios científicos e sistematizada.

Sobre o ponto de vista científico, o presente estudo se justifica, uma vez que pouco se tem produzido acerca das recomendações para realização de diagnósticos de enfermagem.

Os estudos de validação de DEs são relativamente recentes no Brasil, e apresentam diferentes tipos ou modelos, sendo os mais comuns a validação de conteúdo e clínica.

O processo de validação é uma etapa importante para o desenvolvimento do conhecimento e da prática profissional. Dessa forma, o presente estudo é relevante para a prática da enfermagem e a pesquisa, pois irá testar uma ferramenta tecnológica aliada ao cuidado, que por ser uma inovação, precisa ser validada para o uso a que se propõe, cobrindo lacunas existentes nas produções bibliográficas.

## **1.5 Contribuições do Estudo**

O amplo alcance do uso do diagrama e suas descrições permitem sua utilização para realização dos DEs, propondo ao docente uma ferramenta de ensino teórico-prático de fácil utilização nos campos da prática nas disciplinas de fundamentos de enfermagem, nas quais o diagnóstico é um dos tópicos de prioridade do conteúdo programático, possibilitando melhor articulação com o raciocínio clínico e a linguagem diagnóstica; e orientação da tarefa, identificando nas atitudes dos alunos estratégias coerentes com o que propõe a ferramenta e corrigindo possíveis caminhos incorretos, aumentando o domínio desta atividade e dos procedimentos habituais envolvidos.

Ao enfermeiro clínico iniciante no processo diagnóstico, oferece a sequência ordenada das ações que deverá ser realizada durante a tarefa, independente da especialidade clínica, do ambiente de cuidados e do nível de complexidade, otimizando o tempo gasto e fornecendo subsídio à implementação da SAE; ela possibilita o cuidado individualizado e maior satisfação do cliente.

Muito se tem valorizado o uso de resultados de pesquisas na prática profissional, e por esta razão os estudos de validação são essenciais no desenvolvimento do conhecimento para a prática clínica e relevantes metas para a enfermagem.

No campo da pesquisa, o estudo contribui para a produção do conhecimento científico e o desenvolvimento tecnologias que abarcam os cenários de formação acadêmica e a dinâmica de ensino para uma prática consciente.

Espera-se que os resultados deste estudo tragam benefícios diretos principalmente aos docentes, ao acadêmico de enfermagem, aos enfermeiros assistenciais e ao serviço de enfermagem, bem como ao próprio cliente, alvo de nossas intervenções.

A pesquisa relaciona-se com o Núcleo de Pesquisa de Fundamentos de Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da UFRJ, posto que a *enfermagem fundamental*, escopo primeiro da *arte da enfermeira*, compreende também cenários consistentes de uma aprendizagem adequada à formação do perfil profissional, apropriados ao encontro com o cliente, imprescindível ao desenvolvimento das competências de quem terá que se haver como uma arte especial que prima pelos cuidados prestados (CARVALHO, 2003).

Significativa contribuição do estudo poderá ser ofertada ao TECCONSAE, da qual o diagrama em estudo constitui-se fruto do trabalho intenso de seus pesquisadores; assim como ao Grupo de Estudos em Aprendizagem e Cognição (GEAC) do Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde (NUTES) da UFRJ.

# *Bases Conceituais e Metodológicas*

---

## 2 BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS

O processo de raciocínio diagnóstico tem sido objeto de investigação por diferentes abordagens conceituais e metodológicas (BITTENCOURT; SCHAURICH; MARINI; CROSSETI, 2011; LIRA; LOPES, 2011; DIAS, 2009; CERULLO; 2009; CRUZ; PIMENTA; 2005; BRANDÃO, 1999), as quais serão apresentadas neste capítulo de bases.

### 2.1 Bases Conceituais

Esta sessão apresenta as bases conceituais para o desenvolvimento do diagrama para realização de diagnósticos de enfermagem por iniciantes, extraído da dissertação de mestrado “Proposição de um Diagrama para realização de Diagnósticos de Enfermagem por Iniciantes”, de Assis (2010), que emergiu de uma síntese sistemática para análise das recomendações da literatura em português e inglês nas bases de dados eletrônicas MEDLine, LILACS e de material bibliográfico na “Base Minerva” da UFRJ, sobre realização de diagnósticos e da literatura recomendada para esta finalidade.

Nesta nova etapa de investigação para validação do diagrama, uma nova revisão da literatura para realização de diagnósticos foi realizada, entendendo que os produtos intelectuais expressam desafios constantes e necessidade de adaptações ao longo do tempo, para acompanhar a produção do conhecimento e o desenvolvimento das tecnologias, o que não é uma tarefa de fácil realização. A partir dessa revisão, o diagrama foi reestruturado, procurando-se uniformizar a linguagem de acordo com a bibliografia utilizada com definição de termos que facilitassem o processo de validação de conteúdo do diagrama pelos juízes. Utilizou-se Lunney (2011) como principal referencial para o raciocínio diagnóstico.

De acordo com a autora, a complexidade e a diversidade das respostas humanas tem a ver com o foco da enfermagem, que trata da natureza holística das pessoas e da saúde. A enfermagem, enquanto disciplina, deve demonstrar seu compromisso com todos os aspectos do cuidado, incluindo as interpretações acuradas (precisas) das respostas humanas, para a seleção das intervenções mais apropriadas. O alcance dos resultados positivos é a razão de ser da enfermagem e motivo pela qual a sociedade precisa dos enfermeiros (*op.cit.*).

Os enfermeiros, assim como os demais indivíduos, interpretam indícios como fundamento para suas ações. Essas interpretações ocorrem, sejam elas chamadas de diagnósticos ou não. Isso significa que os enfermeiros correm o risco de baixa acurácia ao

diagnosticar, registrando ou não nos prontuários suas interpretações, por meio de enunciados diagnósticos. Independente de serem chamados diagnósticos, as intervenções são baseadas nas interpretações dos dados e a acurácia é possível quando se concentra a atenção nessas interpretações.

Lunney (2011) identifica, ainda, três categorias como influenciadoras no resultado ou na exatidão das respostas humanas: a tarefa de diagnosticar, o contexto situacional e o diagnosticador.

A tarefa de diagnosticar consiste em situações ou simulações clínicas que indicam uma necessidade de enfermagem ou outros serviços de saúde, que variam com os muitos domínios da condição humana – psicológico, social, cultural, espiritual e outros. Por exemplo, uma mulher que dá entrada no serviço de emergência com um braço fraturado. Pode parecer que, na primeira investigação, ela necessite ser tratada por um ortopedista caso não se observe as reações dessa mulher ao braço fraturado. No entanto, se a tarefa diagnóstica incluir indícios de reação de medo de ser espancada ou ansiedade sobre quem cuidará dos filhos, dor, preocupação com a mãe que necessita de cuidados ou confusão mental que pode ter precipitado a queda, a complexidade da tarefa aumenta muito. Se ainda a estes fatores forem adicionados a falta de compreensão dos profissionais de saúde ao idioma diferente falado pela mulher, a complexidade de interpretar as respostas humanas fica ainda mais complexa.

O contexto situacional inclui o local de atendimento de saúde e suas especificidades, as pessoas e seus conhecimentos, a disponibilidade dos recursos no ambiente, as políticas e os procedimentos que orientam os padrões de atendimento, a missão, a abordagem específica dos locais de atendimento, fatores que também podem influenciar a acurácia. Por exemplo, uma criança com dor abdominal de peritonite após uma cirurgia gastrointestinal tem mais propensão a ser diagnosticada com mais acurácia numa unidade cirúrgica, porque os profissionais ali estão concentrados em prevenir essa complicação da cirurgia, do que uma enfermeira escolar que levanta dados de uma criança com o mesmo tipo de dor, pois está mais acostumada a dar atenção a uma gama de problemas infantis e não apenas a problemas gastrointestinais.

Outro exemplo de como as políticas e os procedimentos que orientam os padrões de atendimento influenciam o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem encontra-se nos instrumentos de coleta de dados orientados por sistemas orgânicos e condição estrutural, cuja base de dados é insuficiente para a identificação das informações completas sobre o funcionamento de saúde da pessoa como um todo e, portanto, não se consegue estabelecer diagnósticos de enfermagem acurados. Muitas escolas de enfermagem e instituições de



cuidado substituíram o modelo de sistemas biológicos de investigação de saúde pelo modelo de padrões funcionais de saúde (PFS) de Gordon.

Quanto ao diagnosticador, a fim de oferecer cuidado com base na qualidade, é preciso desenvolver conhecimentos e habilidades específicas para o raciocínio diagnóstico, os quais influenciam a acurácia das interpretações das respostas humanas.

O raciocínio diagnóstico é um processo que envolve a interação de processos interpessoais, técnicos e intelectuais, entendido como uma forma de raciocinar clinicamente para o reconhecimento das necessidades do cliente e a escolha de um diagnóstico de enfermagem apropriado, o que envolve o uso de habilidades cognitivas e hábitos mentais.

Aos processos interpessoais, Lunney (2011) inclui a comunicação com os consumidores do cuidado de saúde e outros profissionais para coleta de dados, análises dos dados e tomada de decisão, como a capacidade de relacionamento com as pessoas. Os processos técnicos incluem o uso de instrumentos e habilidades específicos, como levantar dados da história pessoal do indivíduo e realizar investigações sobre ele, sua família e a comunidade, além de exames físicos ou uma investigação focalizada. Os processos intelectuais incluem o desenvolvimento da inteligência e o uso do pensamento crítico para a coleta e análise dos dados para a tomada de decisão.

Os primeiros dois processos são bem trabalhados nos conteúdos dos cursos de graduação em enfermagem e amplamente disponibilizados no meio científico, considerando necessário o desenvolvimento de estratégias centradas na aquisição de habilidades para diagnosticar. No entanto, ainda existe uma carência nos conteúdos dos processos intelectuais, sua relação com o raciocínio diagnóstico e a busca de soluções para a tomada de decisões, uma vez que o raciocínio extrapola a dimensão do conhecimento.

Para o pensamento crítico, é necessário o uso de habilidades cognitivas e hábitos mentais evidentes em cada habilidade cognitiva. Essas habilidades e hábitos são processos do mundo interno dos enfermeiros. À medida que aprendem a diagnosticar e interferir no campo dos diagnósticos, os enfermeiros podem desenvolver esses dois aspectos. Um desses hábitos mentais, a intuição, parece estar associada ao aumento de experiência, podendo ter relação com um menor número de habilidades cognitivas do que outros hábitos mentais (LUNNEY, 2011).

Os enfermeiros precisam aprender a usar o pensamento crítico para a tomada de decisão, orientando-o na prática de enfermagem para a seleção do diagnóstico, resultados e intervenções adequadas.

É mais que um processo ou uma orientação da mente, pois compreendem tipos específicos de pensamento que ocorrem nos três componentes do mundo interior do indivíduo, nos domínios cognitivos e comportamentais.

Durante o PE, o uso de habilidades cognitivas é aplicado. As habilidades refletem o domínio no qual os hábitos mentais são usados. À medida que aprendem a diagnosticar e a interferir no campo dos diagnósticos, os enfermeiros podem desenvolver os dois aspectos. As cognitivas são utilizadas na avaliação do indivíduo e da situação de cuidado e os hábitos da mente são aplicados diante da necessidade de tomada de decisão clínica ou na realização do diagnóstico.

O enfermeiro utiliza suas habilidades cognitivas e hábitos mentais para buscar e organizar as informações de modo sistemático, analisar a situação clínica, planejar a tomada de decisão e avaliar o resultado obtido. Este processo é individual, pois a forma de agir e tomar decisões é determinada por habilidades específicas. As experiências vivenciadas e o conhecimento técnico-científico diferem entre os profissionais (SILVA; PEIXOTO; BRANDÃO; FERREIRA; MARTINS, 2011).

Um desses hábitos mentais, a intuição, parece estar associada ao aumento de experiência, podendo ter relação com um menor número de habilidades cognitivas do que outros hábitos mentais (LUNNEY, 2011).

Os iniciantes não possuem experiências das situações com as quais possam comparar e, portanto, não dominam o uso dos processos de pensamento crítico para avaliação do indivíduo e da situação de cuidado, diante das necessidades de tomada de decisão clínica ou realização do diagnóstico que retrate suas necessidades reais e potenciais, a não ser que esse processo mental seja descrito em termos mais objetivos, organizados e ordenados pelo passo-a-passo, como por etapas de coleta e processamento de dados, estabelecendo uma inter-relação das habilidades cognitivas com os hábitos mentais do pensamento crítico (LUNNEY, 2011; BENNER, 1982; BRANDÃO, 1999; ASSIS, 2010).

A descrição linear dos processos mentais e habilidades que o diagnosticador deve desenvolver para o sucesso na tarefa de diagnosticar são apresentadas na literatura, no entanto não encontramos a descrição pormenorizada das etapas a serem seguidas no raciocínio diagnóstico, assim como sua associação com habilidades e estratégias de raciocínio e o seu acompanhamento ao longo do processo.

### 2.1.1 Desenvolvimento do Diagrama

O PE foi introduzido originalmente no Brasil por Horta, na década de 70, num modelo fundamentado na teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) e desde então muitas contribuições foram feitas, apesar de ainda ser muito pouco utilizado na prática por falta de profissionais capacitados ou por limitações institucionais (CARVALHO; BACHION; DALRI; JESUS, 2007).

De acordo com a Resolução COFEN Nº 358/2009, o PE é composto por cinco fases: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, sendo um método de implementação da SAE, visando a necessidade de um cuidar crítico, reflexivo e baseado em preceitos científicos. Demanda-se, portanto, um novo perfil profissional e reformulação no processo de formação e aquisição de competências para atuar diante das diversas exigências das situações de trabalho (COFEN, 2009; CARVALHO; BACHION; DALRI; JESUS, 2007).

O ensino da SAE requer esforço das instituições formadoras numa articulação do seu referencial metodológico, a fim de introduzir o estudante na aplicação da metodologia assistencial na prática, conforme evidenciaram os discursos nas reformas dos projetos pedagógicos das instituições de ensino e dos cursos de graduação em enfermagem, respaldados pela Lei nº 9.394/96 das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), mais incisivamente nas Diretrizes Curriculares Nacionais, instituídas pelo Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (CNE/CES), por meio da Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001.

Nessa perspectiva, acredita-se que estratégias educativas devam ser desenvolvidas por meio de recursos pedagógicos variados, no sentido de proporcionar aos discentes uma postura ativa, crítica e reflexiva, despertando neles o interesse para o conhecimento, propiciando condições para o raciocínio clínico e o crescimento profissional, numa comunicação interativa, que se afastam do modelo vertical de ensinar. (CARVALHO; BACHION; DALRI; JESUS, 2007; LIRA; LOPES, 2011).

Sob esse viés, entende-se que desenvolver nos estudantes o raciocínio clínico diagnóstico é o aspecto mais desafiador, exigindo a correlação de diversas disciplinas e do conhecimento adquirido na teoria, para aplicação do raciocínio na prática (SILVA; PEIXOTO; BRANDÃO; FERREIRA; MARTINS, 2011).

Brandão (1999) estabelece as estratégias diagnósticas de enfermagem, suas finalidades e achados. O processo diagnóstico transcende o processamento dos dados clínicos

para os estudantes, tornando-se parte do aprender em enfermagem. Esse aprendizado torna-se eficaz quando estratégias são adotadas. Como estratégias, entende-se:

As ações, técnicas e procedimentos de que se valem os sujeitos no processo de diagnosticar, mas que tenham suas características reconhecidas pelos sujeitos. Para que tais sejam consideradas estratégias, os sujeitos devem conhecer, ainda que parcialmente, suas finalidades, circunstâncias e modo de usar na tarefa diagnóstica. (p. 35)

As estratégias são por ele classificadas em subcategorias, relacionadas ao evento síncrono do encontro com o cliente: antes, durante, e após. Dentre essas três subcategorias, foram demonstradas dez estratégias, como: ouvir a passagem de plantão; leitura do prontuário; conversa com o cliente; exame físico; observação; testes de hipóteses diagnósticas; questionamento aos profissionais da equipe de enfermagem; relacionamento de dados; consulta ao livro; e questionamento ao professor.

Essas estratégias diagnósticas, de cunho metacognitivo<sup>4</sup>, pois envolvem tanto aspectos de tomada de consciência, monitoração, regulação, crenças e aspectos afetivos, foram atribuídas ao estudo para confecção do diagrama.

A descrição de uma determinada tarefa sob a forma escrita puramente narrativa sugere desvantagens para o leitor devido à extensão do texto, como no caso da realização do diagnóstico de enfermagem, implicando em quebra das ideias ou perda da ideia principal, tornando difícil sua absorção e a integração mental de pontos relacionados entre si, já que a linguagem textual simples não é a melhor estrutura, devido ao fato de geralmente ser muito extensa e estar representada sob a forma de listagem enumerada (ASSIS, 2010).

O diagrama descreve a tarefa diagnóstica sob a forma de figuras geométricas, adaptadas para estabelecer melhor coerência com o processo diagnóstico e compreensão das etapas pelo iniciante. Este mapeamento de atividades utiliza símbolos simples, linhas e palavras, de forma a apresentar graficamente sua sequência de ações, tendo como objetivos principais interagir o usuário com relação aos elementos do processo, permitir comparações com a realidade vivenciada, determinar as melhorias e facilitar a comunicação. A figura 1 apresenta os símbolos convencionados no diagrama.

---

<sup>4</sup>O conceito de metacognição envolve a ideia de pensamento sobre os próprios pensamentos, que podem ser o que alguém sabe (conhecimento metacognitivo); o que alguém está fazendo (habilidade metacognitiva); ou o estado afetivo ou cognitivo de alguém (experiência metacognitiva). Contudo, o cerne está na orientação voltada para dentro do indivíduo como um ser que sabe e, ainda mais, que sabe o que sabe (BRANDÃO, 1999).



Figura de INÍCIO/FIM – Denominação das ETAPAS do processo diagnóstico que possui início e fim ao longo de todo o diagrama.



Figura de OPERAÇÃO DE ENTRADA DE DADOS – Denominação da ESTRATÉGIA diagnóstica correspondente à etapa.



Figura de OPERAÇÃO DE ATRIBUIÇÃO – Denominação da(s) AÇÃO (ÕES) para execução das estratégias.

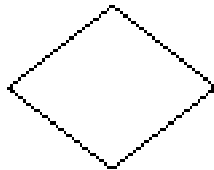


Figura de DECISÃO – Denominação da(s) DECISÃO (ÕES) que necessita(m) ser tomada(s) para o prosseguimento do fluxo do diagrama.



Figura de OPERAÇÃO DE SAÍDA DE DADOS – Denominação da(s) CONCLUSÃO (ÕES) que deve (m) ser tomada(s) para o prosseguimento do fluxo do diagrama.

**Figura 1 – Representação das formas geométricas com suas respectivas atividades estabelecidas no diagrama para realização de diagnósticos (ASSIS, 2010).**

Partindo-se do símbolo inicial, sempre há a possibilidade de um caminho orientado a ser seguido. Nos símbolos finais não há nenhum fluxo de saída, representando que não há mais operações a serem realizadas. Nos símbolos de decisão contempla-se a possibilidade de mais de um caminho de saída, representado por uma bifurcação no fluxo.

O diagrama se apresenta em ESTRATÉGIAS, AÇÕES, DECISÕES e CONCLUSÕES para cada etapa do processo diagnóstico, através de suas formas geométricas correspondentes.

As quatro etapas de realização do diagnóstico de enfermagem apresentadas no diagrama foram convencionadas como:

- 1<sup>a</sup> – Coleta de dados que antecedem ao encontro com o cliente (pré-encontro);
- 2<sup>a</sup> – Coleta de dados no encontro com o cliente (encontro);
- 3<sup>a</sup> – Avaliação direta e focal do cliente;
- 4<sup>a</sup> – Tratamento dos dados após o encontro com o cliente.

Além da sua estrutura simbólica, o diagrama descreve as estratégias em nível tático e operacional, baseado em finalidades, circunstâncias, motivos e explicações, representadas no

texto respectivamente por perguntas essencialmente metacognitivas: “Para quê?”, “Quando?”, “Por quê?” e “Como?”, proporcionando maior clareza e ampliando o conhecimento, sendo úteis na construção de esquematizações, uma vez que elas guardam relação com o processo de análise (ASSIS, 2010).

A influência epistemológica da metacognição no processo de aprendizagem e elaboração do diagnóstico de enfermagem por iniciantes permite o controle e monitoramento cognitivo concernente à tomada de consciência, regulação de conhecimento e crenças, reconhecimento de aspectos afetivos e de suas influências para desenvolvimento de habilidades diagnósticas (BRANDÃO, 1999; SILVA; PEIXOTO; BRANDÃO; FERREIRA; MARTINS; 2011).

Vários caminhos permitem a chegada ao diagnóstico, porém o que se pretende avaliar nessa investigação é se, por meio deste caminho ora proposto, seja possível chegar ao seu produto final – o diagnóstico de enfermagem. Não se tem a pretensão de afirmar que somente por este diagrama seja possível realizar o diagnóstico. Dessa forma o que se deseja avaliar nesta pesquisa é o que os juízes consideram ser um processo diagnóstico apropriado.

Apresenta-se a seguir a descrição das etapas para realização do diagnóstico de enfermagem, conforme proposto pelo diagrama (ASSIS, 2010).

### ***Etapa 1 – COLETA DE DADOS QUE ANTECEDEM O ENCONTRO COM O CLIENTE (Pré-encontro)***

Esta primeira etapa do diagrama para realização de diagnósticos em enfermagem utiliza as informações colhidas sobre o cliente no momento anterior ao encontro com o examinador. O entendimento das estratégias desta etapa é de extrema importância para o iniciante.

A avaliação indireta do cliente, denominado o *assessment inicial*, fornece ao estudante/enfermeiro uma ideia geral da condição clínica do cliente ou grupo de clientes sob sua responsabilidade, uma vez que ao entrar em contato com informações do cliente antes de vê-lo e obter uma ideia geral da sua situação, ele poderá focalizar pontos importantes que necessitarão de maior investigação no momento do encontro com o mesmo (GORDON, 1994; BRANDÃO, 1999).

Na avaliação indireta, os dados coletados classificam-se como secundários, diferentemente dos primários que são colhidos diretamente do cliente durante o encontro com

o mesmo. Fontes secundárias importantes nesta fase são os exames laboratoriais, exames de imagem, as informações passadas pelos outros enfermeiros como nas passagens de plantão e as possíveis revisões de literatura sobre um determinado caso, proporcionando uma visão geral da situação, onde o iniciante deverá focalizar pontos importantes que necessitarão de uma maior investigação no momento do encontro com o cliente (CARNEVALI; THOMAS, 1993; BRANDÃO, 1999; POTTER; PERRY, 2009).

Sintetizar as informações coletadas do cliente antes do encontro, buscando **generalizar** ou elaborar uma **impressão mais ampla** da situação clínica apresentada, poderá ajudar no encontro de áreas que merecem exame mais aprofundado ou aquelas que se pode omitir, na priorização do atendimento, aproximação com possíveis diagnósticos, além de oferecer a possibilidade de perceber mudanças em certos aspectos do quadro clínico. O direcionamento de informações resultantes desta etapa mantém o diagnosticador dentro da capacidade de memória de trabalho, reduzindo significativamente o esforço cognitivo, viabilizando maior eficácia e efetividade na observação e no processamento da informação coletada (CARNEVALI; THOMAS, 1993; BRANDÃO, 1999; POTTER; PERRY, 2009; ASSIS, 2010).

Dentre as circunstâncias existentes, observa-se na prática assistencial a utilização da passagem de plantão e leitura de prontuário por parte dos enfermeiros, de diferentes serviços e instituições, permitindo o acesso aos dados clínicos coletados por profissionais, desde os de cunho social e familiar, até os dados laboratoriais e de imagem. A transmissão de informações entre os profissionais assegura a continuidade da assistência prestada e podem ser utilizadas como estratégias diagnósticas por meio do uso de ações cognitivas e metacognitivas, quando entendidas como parte de um planejamento do processo diagnóstico em enfermagem, o qual induz impressões e decisões clínicas importantes para a assistência (BRANDÃO, 1999).

A passagem de plantão é um evento predominantemente administrativo realizado nas trocas de plantão entre as equipes, que permite a transmissão de informações entre profissionais sobre o estado de saúde dos clientes, tratamentos, assistência prestada, intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade que merecem atenção.

Recomenda-se o uso de formas de comunicação eficazes desenvolvidas a partir de relações interpessoais verbais, não verbais e para-verbais adequadas, onde trocas e compartilhamentos de informações contribuem diretamente para uma maior compreensão dos dados expostos e responsabilidade frente ao fenômeno ou situação clínica apresentada (ASSIS, 2010).

É possível, também a utilização de outras fontes externas ao cliente para avaliação indireta, como consulta aos registros clínicos (prontuário), exames laboratoriais e de imagens reuniões de discussão clínica (*rounds*) e conversas com membros do convívio do cliente como família e pessoas significativas a ele para aquisição de informações gerais, como estilo de vida, grupo étnico, ocupação, condições familiares, sócio econômicas, entre outras, também devem ser exploradas (CARNEVALI; THOMAS, 1993; GORDON, 1994).

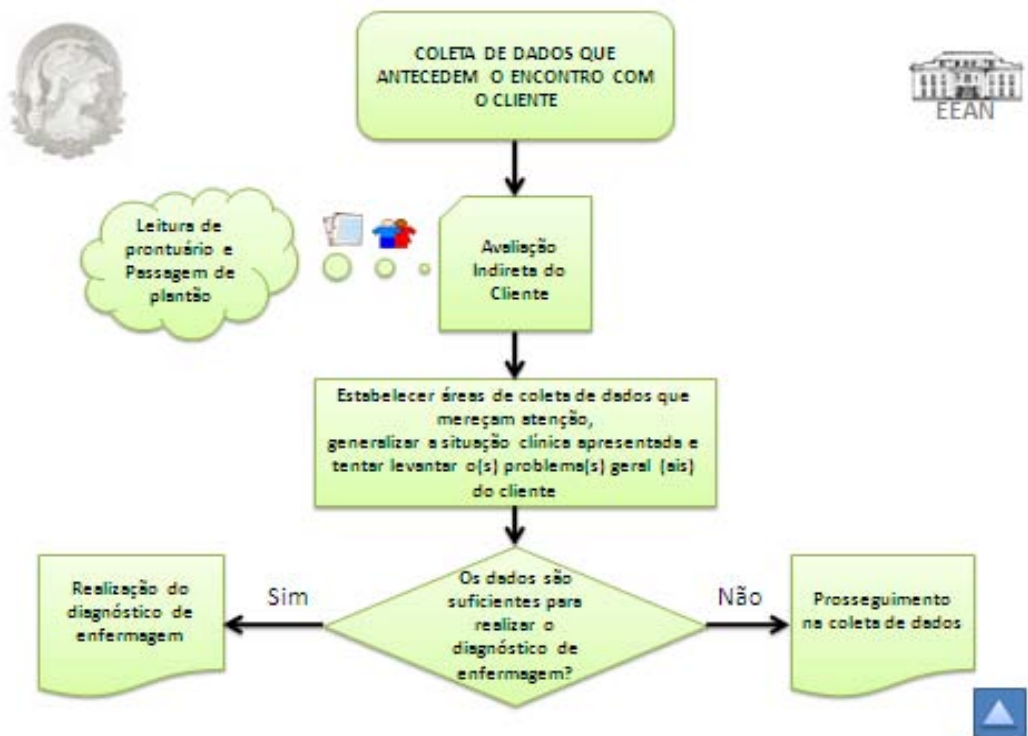
Os modelos assistenciais e modalidades de passagem de plantão recomendadas pelas literaturas específicas melhoram a comunicação profissional, favorecendo adequado fluxo das informações que são utilizadas pelos aspectos do pensamento crítico, viabilizando uma comunicação eficaz, e devem fazer parte das rotinas institucionais (KURCGANT; SIQUEIRA, 2005; GAIDZINSK et al, 2008).

As afirmativas ou ideias mais gerais, comumente usadas em situações de relatos entre profissionais de saúde, na maioria das vezes não permitem a elaboração de conclusões, nem tão pouco, comunicam os detalhes que serão obtidos no encontro. Porém, caso julgue que a ideia geral obtida dos dados da avaliação indireta já tenha sido o suficiente para a realização de algum diagnóstico de enfermagem, este deve ser formulado (ASSIS, 2010).

Se ainda houver necessidade de uma avaliação direta para complementar a coleta deve-se prosseguir o diagrama com o fluxo em direção à segunda etapa de “Coleta de dados no encontro com o cliente”.

A Figura 02 apresenta este segmento do diagrama, para melhor compreensão da etapa proposta.





**Figura 2 – Representação da primeira etapa do diagrama - Coleta de Dados que antecedem o encontro com o cliente (Pré-Encontro) - com suas respectivas estratégias para realização de diagnósticos de enfermagem (ASSIS, 2010).**

### ***Etapa 2 – COLETA DE DADOS NO ENCONTRO COM O CLIENTE (Encontro)***

Após a primeira etapa, o diagrama prossegue com a descrição das estratégias relacionadas ao momento do encontro com o cliente propriamente dito. Esta etapa é seguida quando há necessidade de um avanço no processo investigativo, quando o conjunto das informações previamente obtidas não foi suficiente para o julgamento diagnóstico de enfermagem. É importante ressaltar que as dimensões subjetivas da pessoa, que é objeto do cuidado de enfermagem, impõem a necessidade de não se prescindir do encontro.

A omissão do momento do encontro pode trazer riscos à assistência, uma vez que o conhecimento da condição do cliente tem grande probabilidade de não ser o suficiente para a determinação do diagnóstico, já que a avaliação integral de fato não foi realizada.

Este momento tem como objetivo primordial coletar informações clínicas de modo direto e identificar achados por meio de habilidades e técnicas específicas. Na condição de iniciante, deve-se conhecer os melhores caminhos para a reunião dessas informações, de forma a favorecer uma interpretação geradora de julgamentos importantes para o processo diagnóstico em enfermagem.

Realizar a avaliação direta e geral do cliente caracteriza-se por um trabalho contínuo que tem a finalidade de **avaliar** o estado de saúde do cliente, permitindo a aquisição e a interpretação de informações clínicas gerais, cujo propósito fundamental é o estabelecimento de uma relação terapêutica de ajuda entre enfermeiro e cliente, que é possibilitada pela identificação de padrões funcionais de saúde alterados (GORDON, 1994; ALFARO-LEFREVE, 2010), conforme demonstrado pela figura 3.

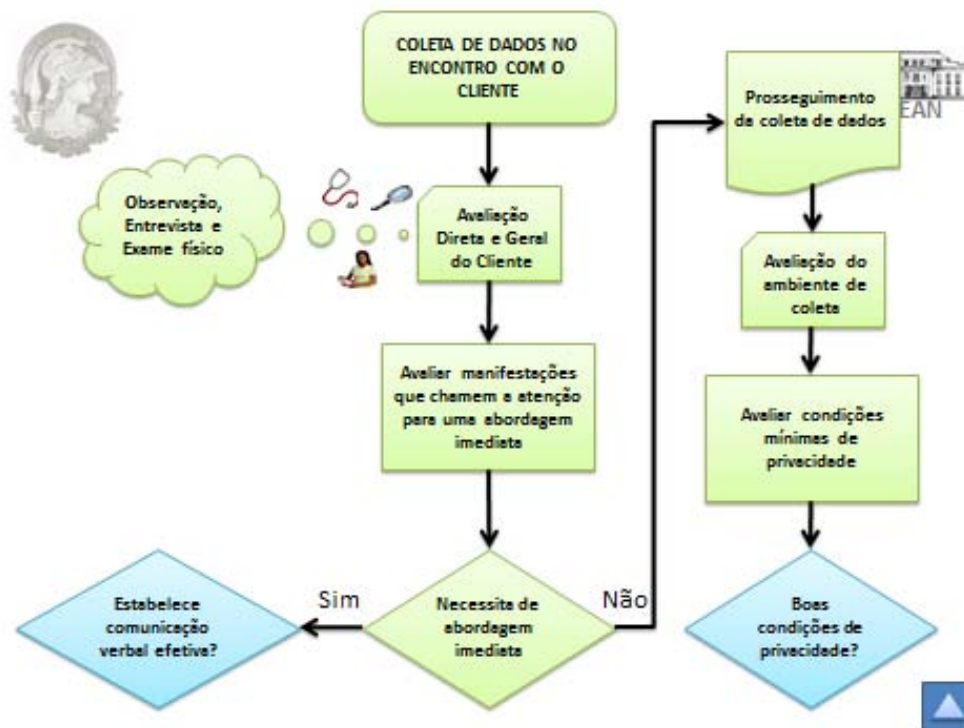


Figura 3 – Representação do seguimento inicial da segunda etapa do diagrama - Coleta de Dados no encontro com o cliente (Encontro) - com suas respectivas estratégias para realização de diagnósticos (ASSIS, 2010).

É importante ter em mente que a **avaliação direta e geral do cliente** está sempre acontecendo, desde a admissão até a alta. Essa estratégia de monitoramento permanente possibilita a determinação frequente do estado evolutivo do cliente, mesmo que o diagnóstico já tenha sido encontrado, pois em algum momento ele terá um desfecho, e o cliente evoluirá para outra condição clínica, que, talvez, vá merecer outro diagnóstico (*ibidem*).

Apesar de gerar diagnósticos, revisar diagnósticos existentes ou descartá-los no sentido do direcionamento da terapêutica, a coleta de dados no encontro não possui um término definido. No momento do encontro, o enfermeiro pode deparar-se com o cliente em situação adversa a qual estava segundo se poderia presumir utilizando apenas os dados coletados no pré-encontro, como uma instabilidade fisiológica ou psicológica aparente. Isso

demanda uma série de medidas imediatas que certamente serão consideradas ao longo da avaliação e do processo diagnóstico, uma vez que o atendimento das prioridades do cliente é o objetivo principal da avaliação direta e geral (CARNEVALI; THOMAS, 1993; GORDON, 1994).

As condições que necessitam de abordagem imediata são aquelas que chamam a atenção logo que se entra em contato com o cliente, sendo conseguidas por meio da observação, da entrevista e do exame físico (*ibidem*).

Ao deparar-se com estas situações, deve-se avaliar se o cliente estabelece comunicação verbal efetiva ou não. Caso ele não estabeleça, por algum motivo, comunicação verbal efetiva, a estratégia de conversa pode ficar prejudicada e a técnica de observação poderá auxiliar, juntamente com o exame físico. A atitude do profissional deve estar voltada para um interesse de perceber os dados comunicados de forma não verbal e o diagrama prossegue com a coleta de dados.

Outro foco importante da observação esta no ambiente de coleta de dados onde o cliente esta inserido, pois ele intervém diretamente no registro e compreensão das informações clínicas, interferindo no julgamento diagnóstico e, conseqüentemente, no plano assistencial (POTTER; PERRY, 2009).

A figura 4 representa dois seguimentos (bifurcação) da etapa de coleta de dados no momento do encontro com o cliente.

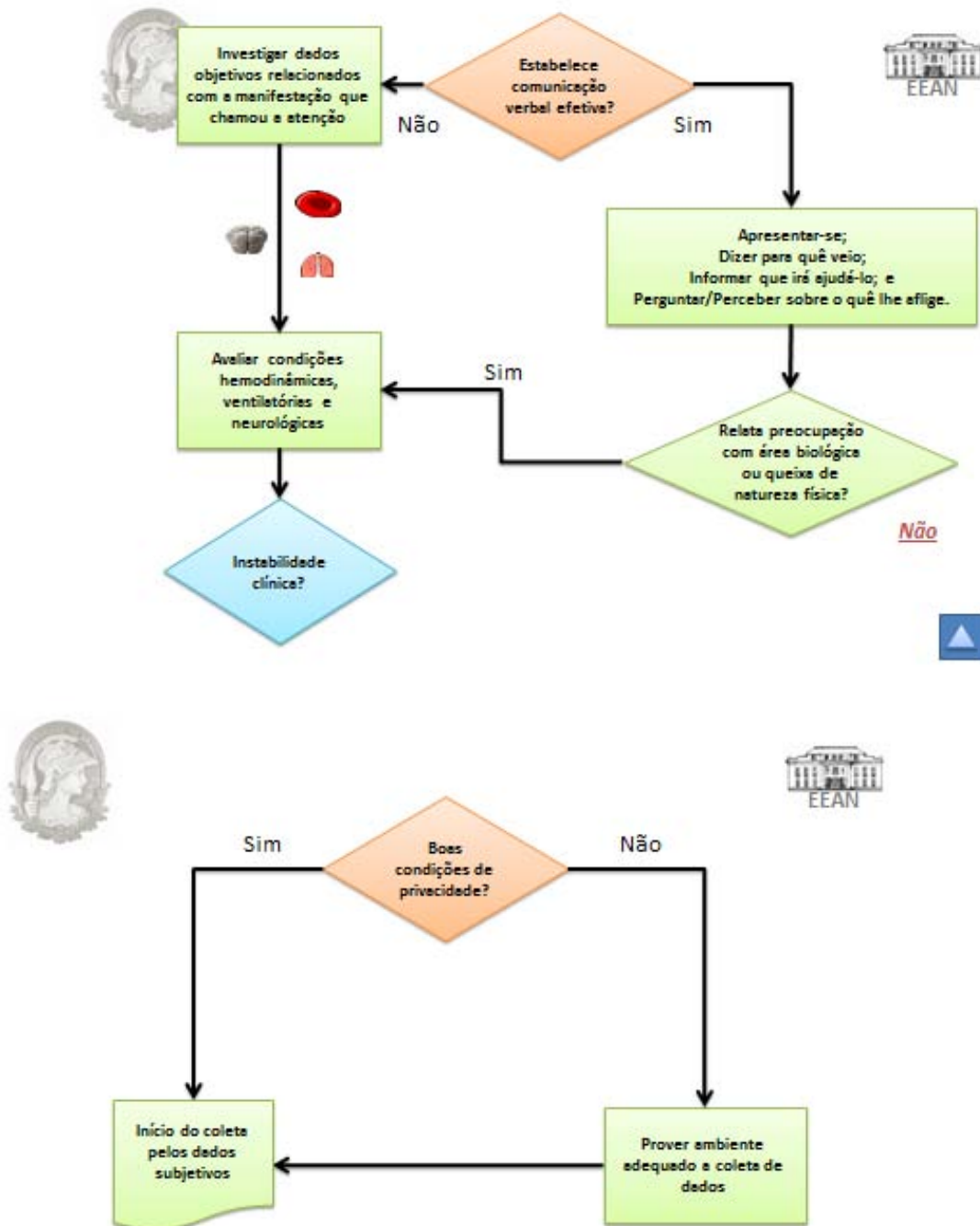


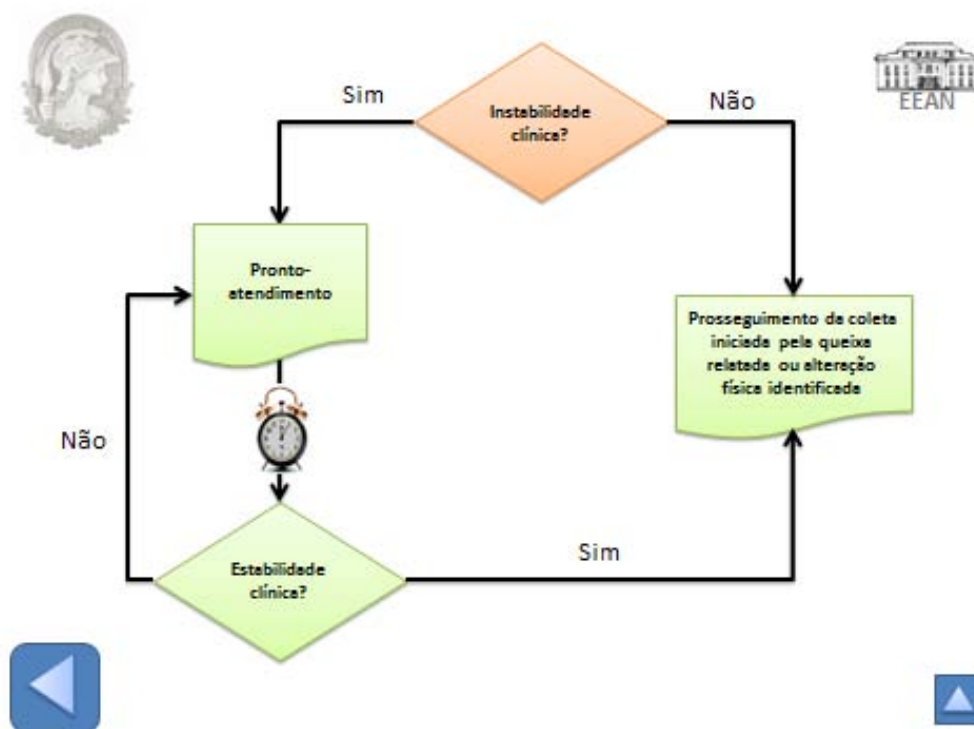
Figura 4 – Representação dos seguimentos sequenciais da segunda etapa do diagrama - Coleta de Dados no encontro com o cliente (Encontro), um momento de bifurcação (ASSIS, 2010).

Quando a coleta de dados não é interrompida por situações emergenciais e o ambiente apresenta condições favoráveis ao encontro, o diagrama direciona para o levantamento das informações subjetivas logo após a observação e a “conversa empática” - a técnica utilizada neste momento segundo a maioria das bibliografias pesquisadas é a entrevista clínica (BRANDÃO, 1999).

A entrevista clínica tem como finalidade principal permitir a obtenção de dados de interesse clínico mais explícitos e necessários à conclusão diagnóstica, podendo ser guiada também por um *menu* ou roteiro construído, e ser aplicada de diversas formas, inclusive, com foco nas queixas e atribuições de prioridades.

Um roteiro de entrevista clínica estruturado em padrões ou focos relevantes e coerentes com a enfermagem possibilitará a coleta, agrupamento e interpretação de dados para o julgamento diagnóstico, garantindo sua funcionalidade e sua contribuição para a consolidação das bases específicas desta área do conhecimento, de acordo as teorias e modelos conceituais de enfermagem, que servem de base para a construção das linguagens de enfermagem.

A figura 5 apresenta outro seguimento da segunda etapa do diagrama.



**Figura 5–** Representação de outro seguimento da segunda etapa do diagrama - Coleta de Dados no encontro com o cliente (Encontro), (ASSIS, 2010).

Cuidadosa atenção deve ser posta, em especial para os iniciantes, na seleção de qual modelo focará a coleta de dados, de modo a não causar desvios no processo diagnóstico, uma vez que um foco de enfermagem representa um fenômeno relativo à prática clínica,

traduzindo dados subjetivos, como objetivos. Isso quer dizer que um mesmo foco pode explorar dados através da entrevista e do exame físico.

O exame físico é uma das mais importantes técnicas de coleta de dados e informações objetivas pelo examinador, identificando anormalidades, sem, no entanto, articulá-la como estratégia para fins diagnósticos, segundo a maior parte da literatura. As obras que se aproximam deste enfoque não descrevem como essa articulação acontece, deixando lacunas importantes em relação à forma de uso e a finalidade do exame físico na enfermagem.

Muitas vezes os diagnósticos já instalados podem introduzir a coleta de dados utilizando-se como parâmetros ou focos de avaliação as características definidoras (CD) desses diagnósticos, e, a partir de uma hierarquização de importância clínica dos mesmos feita pelo cliente e enfermeiro, a coleta de dados é conduzida. À medida que se avança na coleta de dados, o iniciante vai decidindo quais os focos deverão ser investigados, utilizando assim a melhor estratégia (BRANDÃO, 1999).

Isso não inviabiliza a utilização do *menu* referencial, ele é o guia e o instrumento de registro dessa avaliação, somente a forma e a ordem sequencial deste registro poderão sofrer modificações de acordo com o fenômeno clínico situacional.

O instrumento utilizado para coleta de dados clínicos na enfermagem é muitas vezes representado pelo histórico de enfermagem, a primeira fase do PE, e visa determinar o estado de saúde do cliente e identificar um problema real ou potencial através da busca de dados tanto objetivos quanto subjetivos (SMELTZER; BARE, 2008).

Verifica-se na prática clínica que existem modelos de histórico de enfermagem construídos sob a perspectiva biomédica para o contexto da avaliação, direcionando a coleta de dados guiada pelos órgãos do sistema e não sistematizados em áreas ou focos de atenção, o que restringe o campo das significações que o enfermeiro necessita para a geração das inferências e diagnósticos de enfermagem.

Grande parte da assistência de enfermagem é calçada no modelo médico-alopata, que tem a fisiopatologia como estrutura conceitual e a cura como meta, onde a coleta de dados realizada pelo enfermeiro é semelhante à do médico, tendo a mesma base teórica e os mesmos objetivos (PIMNETA; CRUZ; ARAUJO; GRAZIANO; KIMURA; MIYADAHIRA, 1993).

A enfermagem é uma área de conhecimento complexa, que lida com respostas humanas frente ao desequilíbrio de saúde, e por isso necessita de uma atenção que vai do foco essencialmente orgânico para uma perspectiva holística das diversas dimensões do comportamento humano, considerando focos de atenção que versem sobre o enfrentamento, a

tolerância ao estresse, o padrão de atividade, o autocuidado, entre outros (PIMNETA; CRUZ; ARAUJO; GRAZIANO; KIMURA; MIYADAHIRA, 1993).

Além de explorar os focos de maior impacto clínico para o cliente, os modelos estruturados tendo como base *guidelines*, teorias e instrumentos clinicamente validados para uma determinada população como nos *Padrões Funcionais de Saúde* (GORDON, 1994), *Necessidades Humanas Básicas* (HORTA, 1979), nos padrões de respostas humanas (NANDA, 1998) ou nos domínios da taxonomia diagnóstica (NANDA, 2013), atendem especificamente os fenômenos coerentes com a prática clínica do enfermeiro, auxiliando no agrupamento de dados significativos e no levantamento de hipóteses diagnósticas, proporcionando a tomada de decisões sobre alguma demanda do próprio encontro.

É válido que o iniciante utilize sempre um modelo de coleta de dados a fim de garantir que ele não esqueça aspectos importantes que de alguma forma podem ter sido ignorados ao longo da avaliação, além de contribuir para o agrupamento de informações significativas no processo diagnóstico. Instrumentos com focos de avaliação que fogem do eixo filosófico da enfermagem podem levar ao surgimento de inferência pré-diagnósticas erradas ou no mínimo distantes dos preceitos da sua área de conhecimento.

### ***Etapa 3 – AVALIAÇÃO DIRETA E FOCAL DO CLIENTE:***

Esta etapa do diagrama que sucede o encerramento do exame geral é de grande importância porque direciona a avaliação para as demandas diagnósticas preexistentes do cliente, ou seja, é uma abordagem que utiliza os problemas diagnosticados previamente como focos que devem referenciar a coleta de dados.

Esta **investigação** focada no problema exige do enfermeiro uma reavaliação dos diagnósticos de enfermagem anteriores e, caso existam, cabe a ele determinar se eles se mantêm ou se já foram resolvidos, priorizando áreas críticas da coleta de dados e tratamento permanente dos diagnósticos de difícil resolução (GORDON, 1994). Desconsiderar os diagnósticos em acompanhamento traz uma importante consequência deletéria ao PE quando negligencia a continuidade da assistência, fator vital para alcance de resultados de melhora ou solução de problemas.

Não existindo diagnósticos prévios, a coleta segue normalmente por meio de um *menu* referencial ou histórico de enfermagem convencionado pela instituição.

A figura 6 apresenta o início da terceira etapa do diagrama.

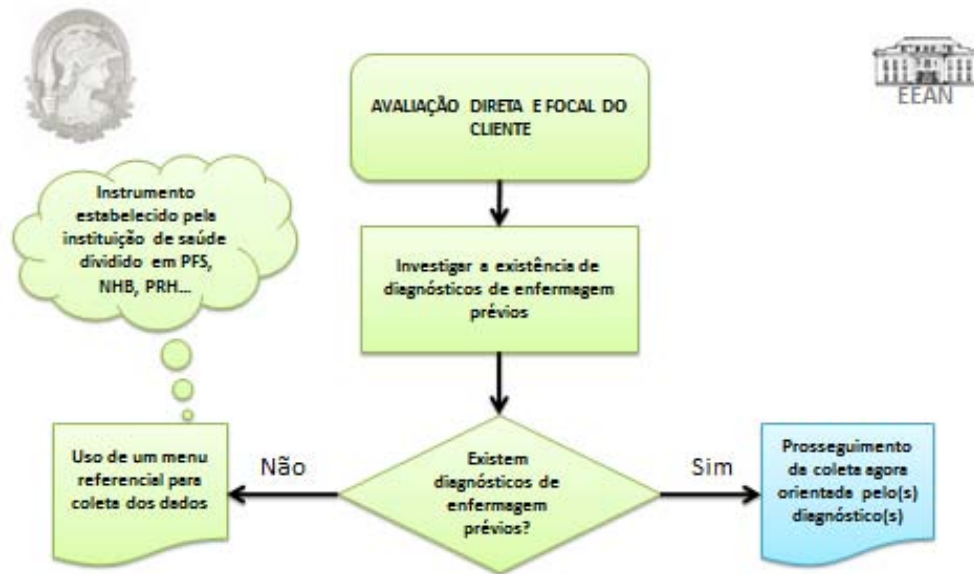


Figura 6– Representação do seguimento inicial da terceira etapa do diagrama - Avaliação Direta e Focal do cliente, (ASSIS, 2010).

Havendo diagnósticos de enfermagem prévios, o diagrama prossegue com a coleta de dados orientada pelos diagnósticos de enfermagem prévios.

A avaliação prossegue levando em conta a condição de saúde do cliente gerada por diagnósticos anteriores. Sempre que os diagnósticos anteriores estiverem resolvidos, deve-se retornar a avaliação guiada pelo *menu* referencial. Porém, enquanto existirem diagnósticos prévios ou se estes sofreram agravamento, o enfermeiro não poderá rejeitá-los e deverá pesquisar se existem outros novos associados, traçando finalmente um novo plano de cuidados (GORDON, 1994).

O iniciante pode tirar o máximo proveito das perguntas autodirigidas ou dirigidas a outros com maior grau de perícia. Depois que um problema previamente diagnosticado sofre reavaliação, o seguinte questionamento deve ser feito: Qual o estado deste diagnóstico?

Dependendo da permanência, ampliação ou ausência dos sinais e sintomas/características definidoras e/ou fatores de risco, determina-se respectivamente o estado do diagnóstico em mantido, piorado ou resolvido.

A **avaliação direta e focal** estabelecida deverá ser direcionada pelos indícios representados pelas características definidoras (CD) e pelos fatores de risco (FR), que não representa uma equação matemática do tipo: 02 CD antigas + 01 CD nova = piora do quadro.

Todo profissional clínico precisa incluir em seu raciocínio o peso relativo dos sinais e sintomas/características definidoras na situação em geral e na situação específica do cliente -



“cada caso é um caso”. Isto deve servir mais de alerta ao iniciante do que propriamente dito de desesperança sobre a possibilidade de aprender com a experiência.

Ao terminar a avaliação direta e focal do cliente, já existirão generalizações sobre ele e as situações de urgência resolvidas, o ambiente estará em condições mais favoráveis para o exame. Neste momento, deve-se proceder a um novo questionamento quanto à existência de diagnósticos de enfermagem anteriores para que seja realizada nova avaliação direta e focal.

A figura 7 ilustra o prosseguimento da coleta orientada pelo diagnóstico.

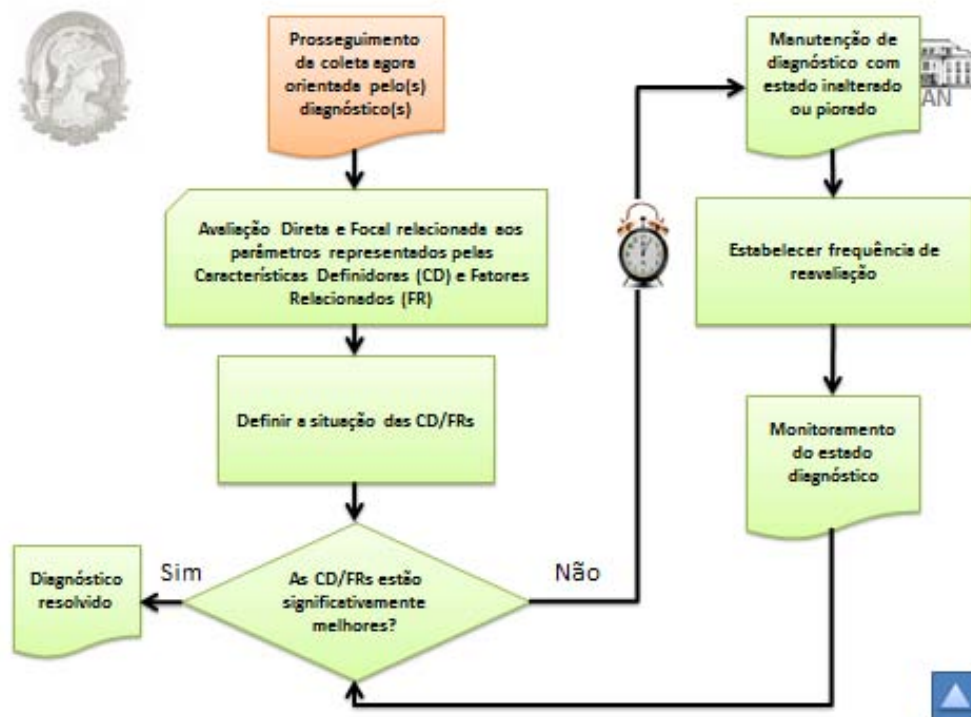


Figura 7 - Representação do seguimento final da terceira etapa do diagrama - Avaliação Direta e Focal do cliente, (ASSIS, 2010).

A reavaliação dos diagnósticos prévios deve utilizar indícios derivados das características definidoras ou dos fatores de risco destes diagnósticos. As características definidoras são entendidas como sinais e sintomas dos diagnósticos de enfermagem atuais, e os fatores de risco correspondem às situações vulneráveis apresentadas nos diagnósticos de risco (GORDON, 1994; NANDA, 2013).

A avaliação focal a partir de um ou mais diagnósticos de enfermagem examina criteriosamente as características definidoras ou fatores de risco associados, pois são estes os

elementos de definição da resposta humana apresentada pelo cliente e, portanto, focos a serem monitorados (LUNNEY, 2011).

Após implementar a conduta mais adequada, deve-se continuar monitorando as características definidoras, para se avaliar a melhora do diagnóstico de enfermagem.

Procure sempre se preocupar com o que a equipe de enfermagem já registrou ou observou sobre o cliente e dê prosseguimento a partir de então, assim como as considerações provenientes de avaliações de outras especialidades, pois elas podem ser pontos de grande sofrimento do cliente e que mereçam uma investigação focalizada. Você poderá ter novas estratégias terapêuticas para os diagnósticos refratários e/ou julgar novos diagnósticos diante dos dados disponíveis.

A manutenção do diagnóstico em piorado ou não levará a reavaliação da intervenção instituída. O fator relacionado deve ser considerado, pois o tratamento deve estar o mais coerente possível com a causa do diagnóstico e não com as suas características definidoras.

#### ***Etapa 4 – TRATAMENTO DOS DADOS APÓS ENCONTRO COM O CLIENTE***

Esta última etapa do processo diagnóstico mostra como os dados coletados são tratados e, finalmente, como eles podem gerar hipóteses que resultem ou não em diagnósticos de enfermagem.

Para o tratamento dos dados coletados na avaliação de enfermagem, faz-se necessário interpretar a informação, ou seja, compreendê-la no contexto da situação do cliente, usando não somente as habilidades semióticas, mas também a experiência, o conhecimento e a memória (GORDON, 1994).

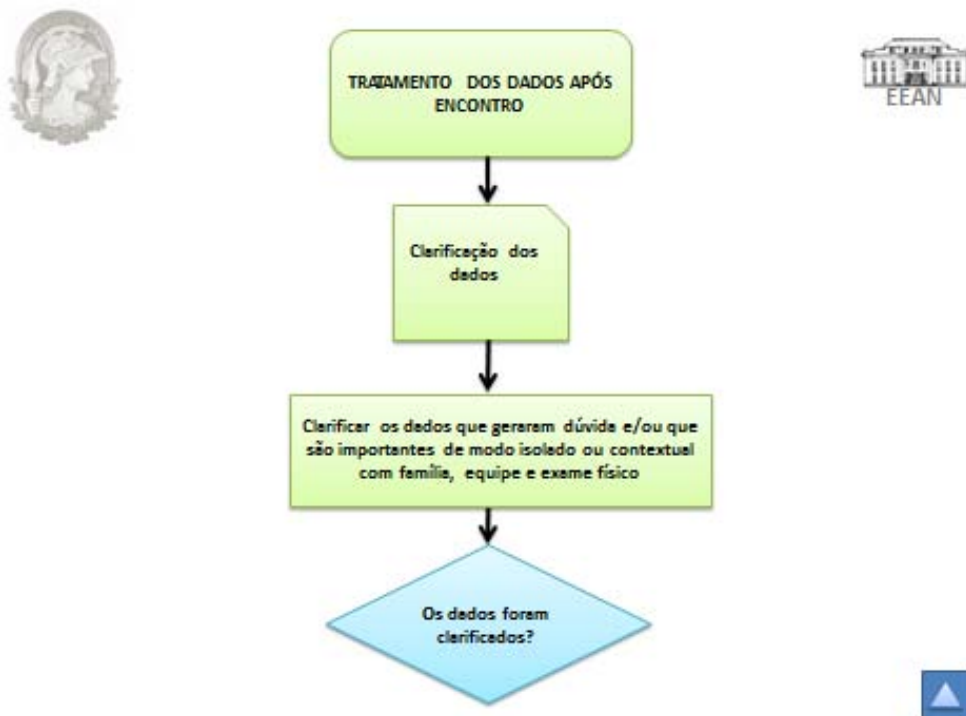
Para um iniciante, interpretar dados clínicos nem sempre se torna uma tarefa fácil, justamente pelo fato dele não possuir a mesma experiência clínica de contatos anteriores com clientes nos mais variados estados como a de um proficiente ou perito, portanto ele deve buscar orientações para realização do diagnóstico, mesmo que não alcance níveis de competência elevada na tarefa diagnóstica.

A **clarificação dos dados** é uma das estratégias indicada para esta última etapa e refere-se à busca por um claro entendimento da informação coletada. Todo dado que tenha gerado dúvidas ou que seja considerado como importante, de modo isolado ou contextual com o exame físico, com a equipe de cuidados ou com familiares do cliente, deve ser clarificado (CARNEVALI; THOMAS, 1993).

A clarificação aumenta a veracidade da informação, visto que muitas vezes, algumas sensações podem ser passadas de forma vaga, abstrata e com termos ambíguos, necessitando assim de novos questionamentos que tornem claro para o examinador o que está verdadeiramente acontecendo com o cliente. Nos dados objetivos, algumas alterações físicas podem ser encontradas de forma errônea, seja pelo uso indevido da técnica de exame, pelo mau funcionamento de um determinado aparelho ou pela desatenção ao resultado previamente encontrado (CARNEVALI; THOMAS, 1993).

Dessa forma, a clarificação dos dados tem como objetivo principal a confirmação ou o melhor entendimento da informação clínica que está sendo coletada pelo profissional para o levantamento de hipóteses diagnósticas de enfermagem e deverá ser realizada toda vez em que houver dúvidas ou quando julgar-se a informação coletada importante no processo de avaliação.

A figura 8 apresenta o início da quarta e última etapa da realização de diagnósticos de enfermagem do diagrama.



**Figura 8–** Representação do seguimento inicial da quarta etapa do diagrama - Tratamento dos Dados após o encontro, (ASSIS, 2010).

Depois de clarificados, os dados julgados como importantes são considerados como indícios, unidades de dados que um enfermeiro coleta durante uma investigação intencional ou não para fundamentar as ações de enfermagem (LUNNEY, 2011).

A unidade de dado em si não fornece uma evidência definidora. Para que sejam evidências, as unidades de dados devem ser pertinentes ao cliente e consideradas em relação ao conhecimento do enfermeiro sobre o estado de saúde ou a situação de vida que está sendo avaliada (*ibidem*).

Muitas vezes há dificuldade de se encontrar uma evidência definidora, pois nem todas são facilmente clarificadas e porque não conseguimos clarificar o que foi dito pelo cliente ou encontrado no exame físico. Caso a clarificação não seja possível pelos esforços individuais, torna-se necessário buscar ajuda através da leitura de uma referência específica, de sessões clínicas com o corpo de enfermagem do setor, através de conversas com familiares ou pessoas significativas ao cliente, com o professor ou profissional experiente, mesmo que não se tenha êxito (BRANDÃO, 1999). Uma informação que tenha gerado dúvida nunca deve ser ignorada, pois ela pode ser importante para o real diagnóstico da situação.

Após a clarificação dos dados, o diagrama prossegue em direção à segunda estratégia, representada na figura 9.

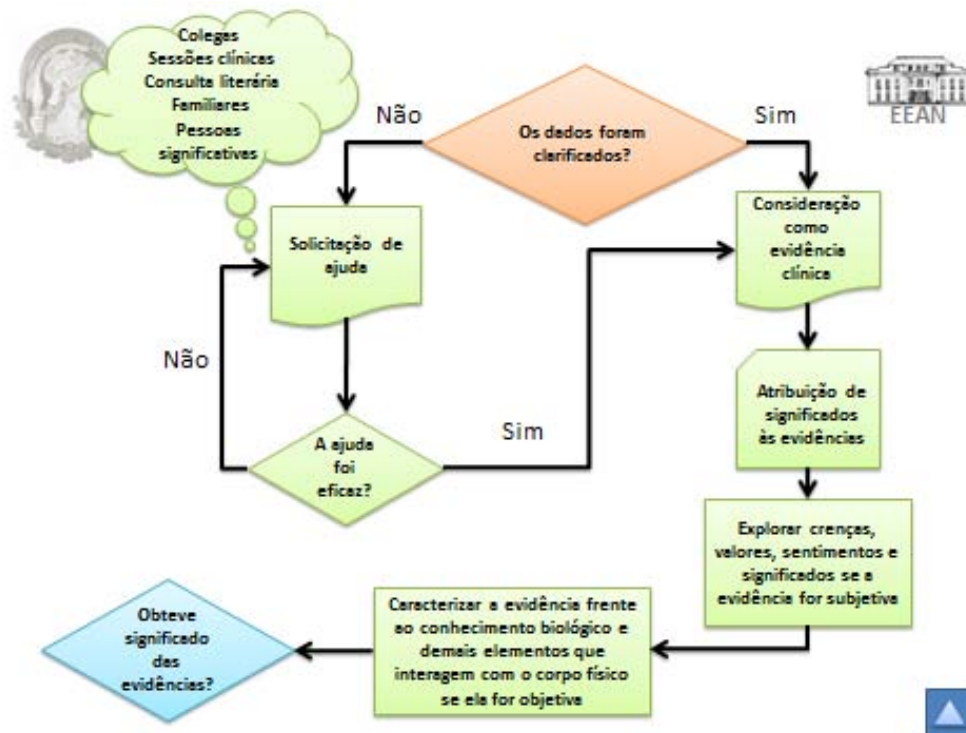


Figura 9– Representação da continuação do seguimento anterior da quarta etapa do diagrama - Tratamento dos Dados após o encontro, (ASSIS, 2010).

Nesta estratégia, **atribuir significado** a um ou mais indícios consiste no reconhecimento de explicações plausíveis para o que o cliente está apresentando no contexto da situação. Este tipo de tarefa é de cunho totalmente cognitivo, por meio do qual se processa o pensamento ativo, que usa principalmente conhecimentos armazenados na memória. Nota-se que as bases de conhecimento da memória são empregadas para comparar as evidências apresentadas com normas aprendidas, porém o contexto de apresentação dessas evidências é sempre considerado (LUNNEY, 2011).

A percepção de uma situação clínica depende diretamente do contexto. Um dado poderá ter diferentes significações de acordo com o contexto inserido. O enfermeiro analisa o contexto e levanta ideias preconcebidas e mesmo que ainda não estejam confirmadas, servem para orientar considerações em termos de diagnóstico e de conduta. A experiência se constrói a partir do melhoramento dessas ideias, ou seja, do desenvolvimento de um conhecimento clínico (BENNER, 1982).

O entendimento cada vez mais amplo do contexto situacional, pelo qual os indícios se apresentam, é limitado dentre os enfermeiros iniciantes, porque se baseia na experiência do indivíduo. Quanto maior a vivência clínica do profissional maior é a sua capacidade analítica do contexto, afetando positivamente na forma como ele atribui os significados a uma evidência.

O iniciante deriva os significados num nível mais elementar da atribuição, visto que possui um conhecimento armazenado na memória baseado em fatos, prevalências, normas e generalizações. O conhecimento de um iniciante é construído com conteúdos aprendidos em meio acadêmico, muitas vezes seguindo fórmulas e regras de aplicação, diferente de um perito, em que o conhecimento é construído com a experiência e as habilidades perceptivas, continuamente otimizadas e organizadas (*op. cit.*).

A razão pela qual se deve atribuir significados aos indícios está no reconhecimento de uma explicação plausível para a mesma. Ter uma explicação da situação que está levando o cliente a apresentar determinado indício auxilia o examinador no conhecimento da sua causa principal, e isso é de extrema importância para a realização do diagnóstico de enfermagem. Caso se saiba, ou ao menos se está próximo de saber o significado de um indício, consegue-se compreender se ele é uma resposta humana dentro ou fora dos padrões de normalidade, encarando-a ou não como um possível diagnóstico (GORDON, 1994).

Dados subjetivos e objetivos sugerem formas diferentes de aquisição de significados. Quando o indício é proveniente de informação subjetiva, os questionamentos de clarificação e de busca de significados devem explorar as crenças, os valores, os sentimentos e os

significados que o cliente associa à queixa; e quando a evidência é de origem objetiva, deve-se primeiro contextualizar a informação frente ao conhecimento biológico armazenado na memória, para depois investigar os possíveis elementos que interagem com o corpo físico e que podem causar a evidência encontrada (CARNEVALI; THOMAS, 1993; GORDON, 1994).

A atribuição de significados, que resulta possivelmente em uma conclusão diagnóstica, requer habilidades perceptivas e cognitivas que vão além do conhecimento clínico. Algumas capacidades devem estar sempre em desenvolvimento como a percepção, a intuição e o que chamamos de inferência (CARNEVALI; THOMAS, 1993; GORDON, 1994; LUNNEY, 2011).

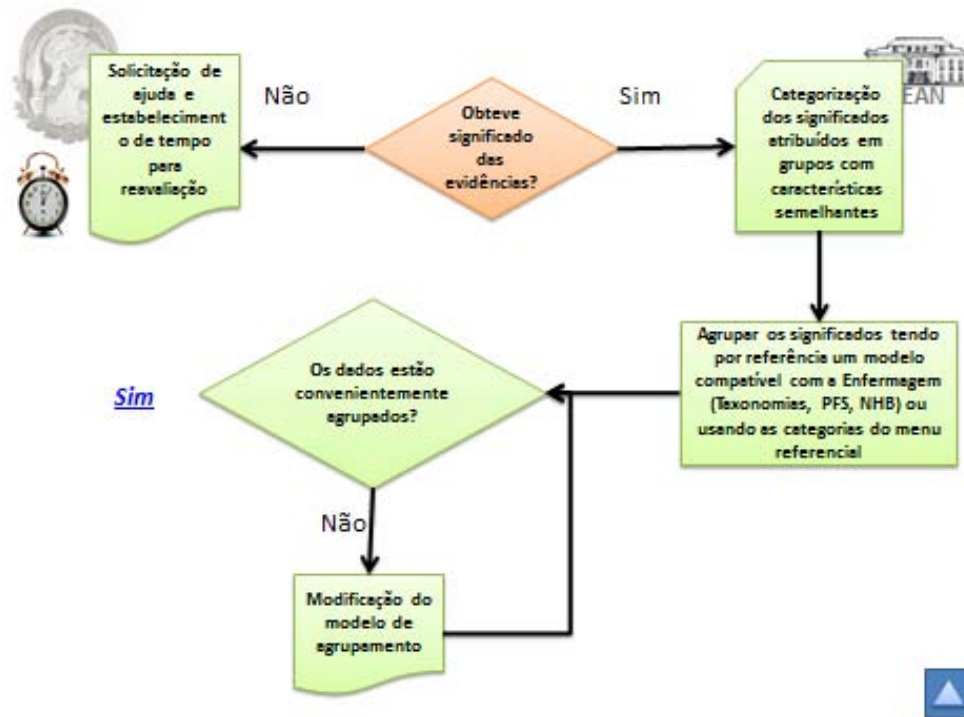
A inferência é a percepção da informação recebida, e somente se consegue por meio da significação, ou seja, para inferir torna-se necessário atribuir significados para as informações que coletamos na avaliação clínica (GORDON, 1994).

Cabe reafirmar que a atribuição de significados e a produção de inferências ocorrem pelo uso consciente ou não da memória e do conhecimento.

O iniciante possui habilidades limitadas pela necessidade de ainda evoluir no âmbito do conhecimento clínico. Isso lhe mostra que a busca cada vez mais intensa por conhecimentos e por aprimoramento da experiência somente vem a contribuir para sua futura perícia no campo do processo diagnóstico.

Compreender as categorias de memória e os estágios de seu desenvolvimento na área de enfermagem torna-o consciente das etapas que está passando e que ainda irá passar para progressivamente melhorar em termos de competência clínica e diagnóstica.

O próximo passo a partir da obtenção do significado das evidências é a **categorização dos significados** atribuídos em grupos com características semelhantes, de acordo com a figura 10.



**Figura 10 – Representação da continuação do seguimento anterior da quarta etapa do diagrama - Tratamento dos Dados após o encontro, (ASSIS, 2010).**

Os significados atribuídos aos indícios não podem ser analisados de forma isolada, pois eles podem possuir semelhanças entre si ou não representarem um domínio específico da enfermagem. Eles devem ser organizados em grupos, para que, a partir de então, haja o levantamento de hipóteses diagnósticas (CARNEVALI; THOMAS, 1993; GORDON, 1994).

Quando os significados são categorizados em áreas ou domínios epistemológicos da enfermagem, podemos analisá-los em vários conjuntos, cada qual com suas características semelhantes. Assim a categorização dos significados serve para organizar o trabalho cognitivo no processo diagnóstico, facilitando, inclusive o levantamento de hipóteses diagnósticas.

Se os dados não forem agrupados de modo conveniente, ou seja, se eles estiverem incompatíveis com os focos de atenção de enfermagem, o enfermeiro deverá modificar o modelo de agrupamento, até um modelo que consiga criar áreas ou sistemas de relevância profissional que derivem uma ou mais hipóteses diagnósticas.

O agrupamento dos significados condiciona o levantamento de hipóteses. Sem a sua categorização adequada, os significados podem não ser analisados em conjunto com outros também importantes para o caso, prejudicando o julgamento e levando ao erro diagnóstico.

As categorias de significados obedecem às áreas que representam os focos de atenção de enfermagem. O agrupamento de significados atribuídos deve ter como referência um modelo compatível com estes focos, sendo mais divulgados na literatura os que representam os domínios da taxonomia da NANDA-I, pelos Padrões Funcionais de Saúde (PFS), pelos Padrões de Respostas Humanas (PRH) e pelas Necessidades Humanas Básicas (NHB).

A escolha por um modelo ou outro dependerá de alguns fatores importantes como a instituição de saúde, que muitas vezes possui um modelo estipulado e a forma de avaliação clínica utilizada pelo enfermeiro, que pode estar referenciada por uma teoria de enfermagem que já propõe um modelo de coleta de dados e agrupamento.

O diagrama prossegue para a **geração de uma ou mais hipóteses** diagnósticas em cada grupo, conforme ilustrado na figura 11.

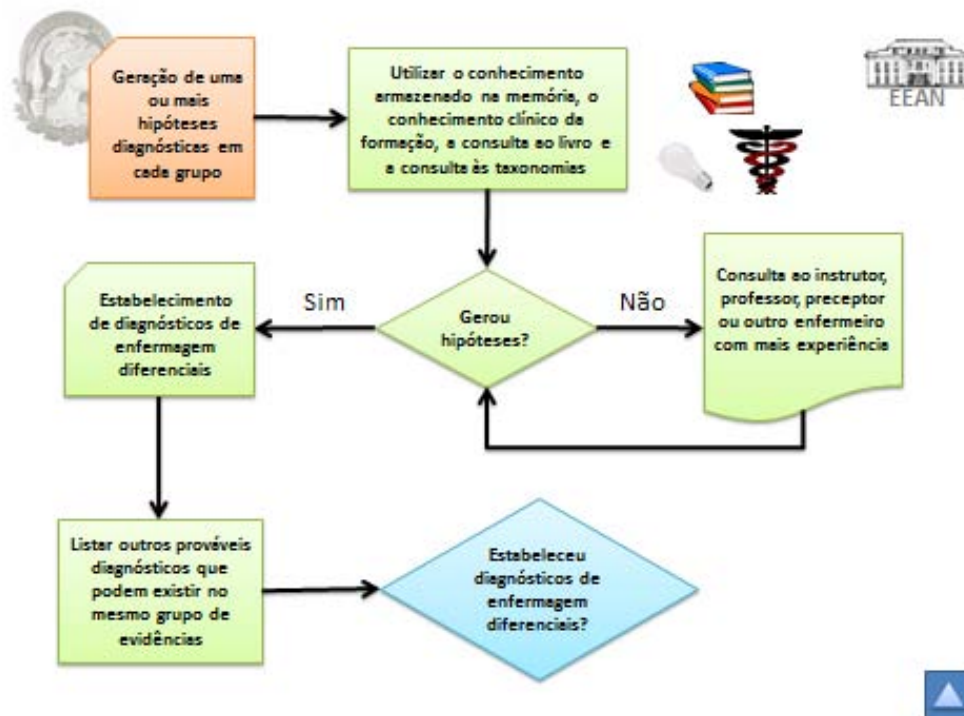


Figura 11– Representação de novo seguimento da quarta etapa do diagrama - Tratamento dos Dados após o encontro, (ASSIS, 2010).

A geração de hipóteses diagnósticas segue o mesmo caminho das significações dos indícios, porém com a significação das informações agrupadas (GORDON, 1994).

Ela é influenciada também pela memória, pelo conhecimento e pelo raciocínio inferencial, que ocorre sobre os dados já significados e agrupados, porém na dimensão da



categoria. Seu objetivo é possibilitar uma aproximação com o diagnóstico atual, que pode ser facilitado quando se tem em mente as possibilidades diagnósticas para um grupo específico.

É importante lembrar que a geração de hipóteses já pode ter acontecido desde o momento do pré-encontro, com base na memória de longo-prazo e nas generalizações da situação clínica de acordo com o nível existente de aquisição de experiência e conhecimentos.

O iniciante é pouco detentor da experiência, podendo ter dificuldades em gerar hipóteses a partir dos grupos de significados. Neste caso ele deverá novamente solicitar ajuda próxima, seja do seu instrutor direto, como professor ou preceptor, ou de um enfermeiro experiente do serviço, procurando compreender o fenômeno que se apresenta no grupo de significados analisado, mas não desistir de encontrar uma hipótese.

O **estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais** deve ocorrer a partir do momento em que as hipóteses diagnósticas são geradas.

A figura 12 ilustra o prosseguimento das ações estabelecidas nesta fase da etapa.

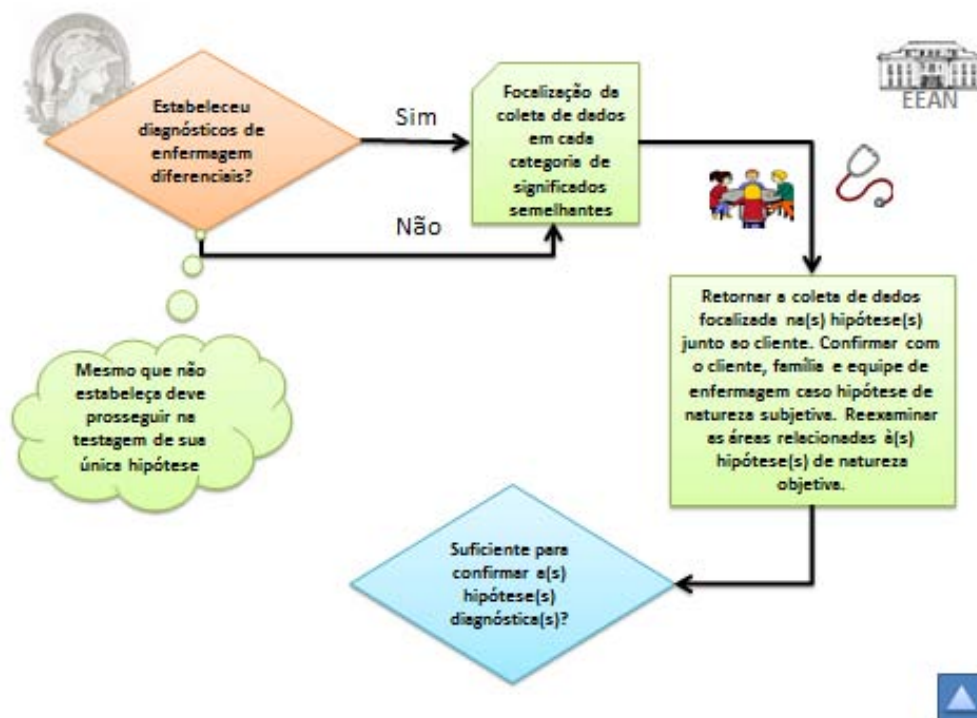
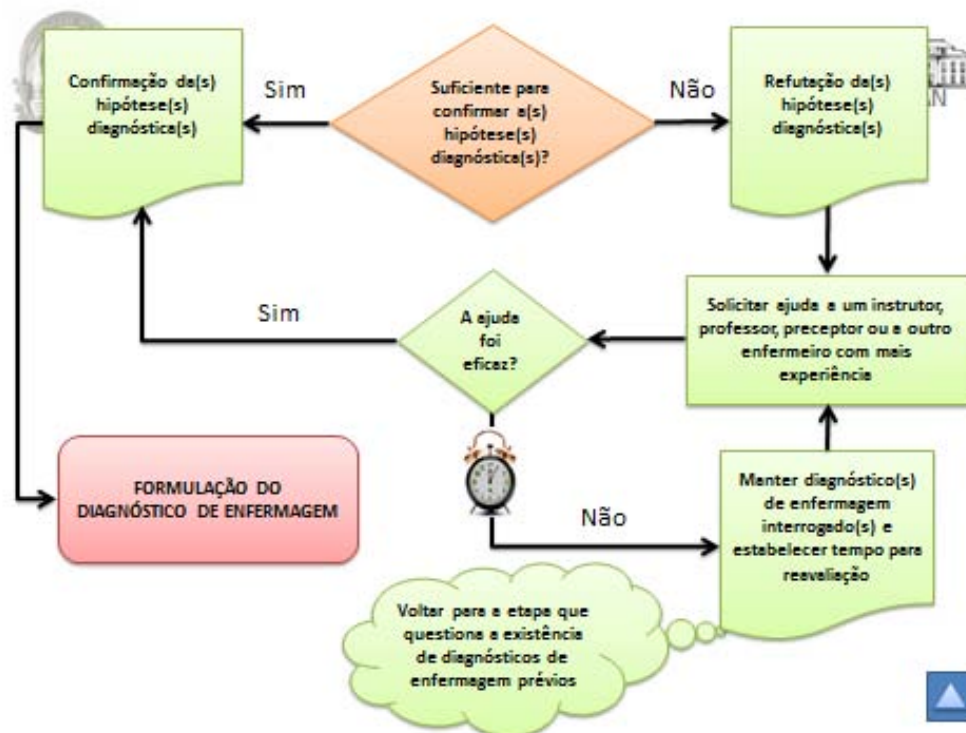


Figura 12– Representação de um seguimento da quarta etapa do diagrama - Tratamento dos Dados após o encontro, (ASSIS, 2010).

É muito fácil na rotina assistencial diária aceitar o primeiro diagnóstico que vem à mente e depois ajustar os dados para confirmação e aceitação desta hipótese. O que seria um grande erro, que deve ser minimizado pelo exercício constante de pensar sempre em um

número elevado de hipóteses para que sejam refutadas ou confirmadas dentro do contexto da situação, resultando algumas de extrema relevância que irão competir entre si (CARNEVALI; THOMAS, 1993).

Caso não haja diagnósticos diferenciais para um grupo de categoria de significados que gerem competição entre si, deve-se prosseguir na testagem de uma única hipótese, focalizando uma nova coleta de dados em cada um desses grupos ou categorias de significados semelhantes, como representado na figura.



**Figura 13– Representação do último seguimento da quarta etapa do diagrama - Tratamento dos Dados após o encontro, (ASSIS, 2010).**

Quando houver hipóteses diagnósticas e diagnósticos diferenciais formulados para um caso clínico em andamento, torna-se necessário a realização da focalização da coleta de dados, a fim de se confirmar ou excluir diagnósticos que estão sendo considerados por meio da coleta de atividades adicionais, focalizando perguntas e formas de exames direcionados a uma ou mais hipóteses diagnósticas (LUNNEY, 2011).

A focalização da coleta de dados junto às categorias de significados semelhantes é feita ao retomar a coleta de dados direcionada agora à(s) hipótese(s) levantada(s).

Como comportamento humano é complexo e o enfermeiro não pode “saber” verdadeiramente o que a outra pessoa está sentindo, é importante que o pensamento do

enfermeiro e que os processos técnicos sejam acompanhados por processos interpessoais colaborativos com os clientes e outros profissionais. Na maioria dos casos, o enfermeiro confirma os diagnósticos com o cliente, familiar ou com outros profissionais, principalmente quando se trata de uma hipótese de ordem subjetiva. A confirmação de diagnósticos com outros ajuda a assegurar a precisão dos diagnósticos como base para fases subsequentes do PE (LUNNEY, 2011).

Ao se confirmar uma hipótese diagnóstica, deve-se posteriormente formular o diagnóstico de enfermagem.

A chegada ao fim do diagrama e a formulação de um diagnóstico correto pode ser uma vitória para o iniciante, porém, ela não marca o fim. A tarefa é contínua no âmbito do processo diagnóstico. Os diagnósticos aqui formulados deverão ser constantemente monitorados para a delimitação de seu estado evolutivo. Pode ser que permaneçam ou que sejam totalmente resolvidos, e pode ser que os já resolvidos retornem. Ainda assim, não se pode esquecer as hipóteses refutadas.

Mudanças do quadro clínico que manifestem novos diagnósticos ora refutados em momento anterior merecem atenção. Por isso, a avaliação do cliente é um processo contínuo, procurando totalizar e ao mesmo tempo focalizar o olhar para uma cadeia de prioridades estabelecidas entre você, ele e seus familiares (NÓBREGA; SILVA, 2008/2009).

## **2.2 Bases Metodológicas**

Esta sessão apresenta as bases metodológicas para o desenvolvimento do presente estudo, de acordo com os modelos de validação atualmente utilizados, seguindo-se as etapas para análise do conteúdo pela técnica Delphi na modalidade eletrônica e testes de confiabilidade.

### **2.2.1 Técnica Delphi**

A Técnica Delphi permite obter consenso de um grupo de especialistas, também denominados juízes, peritos, *experts* ou profissionais efetivos, a respeito de um determinado fenômeno. Dessa forma, a participação de juízes ao respaldar o processo de identificação e seleção das variáveis e inter-relacionamentos importantes para a análise do problema, coleta de informações e ideias para a definição de hipóteses e perspectivas, pode oferecer

credibilidade suficiente para a validação dos procedimentos adotados como produto final de uma análise (FARO, 1997).

Delphi possibilita formas alternativas de questionamento pela agregação de respostas dos juízes de maneira interativa-sistemática, sendo o número de interações e de participantes flexível, permitindo retroalimentação em um processo de análise parcial dos resultados pela comunicação escrita. Ela é considerada como uma técnica de contabilidade de resultados em função do grau de peritos, que pode variar em número, de acordo com o fenômeno e dos critérios definidos pelo pesquisador para a sua seleção. Em geral, a técnica motiva os juízes a pensarem mais sobre o assunto em questão, considerando que estes podem ser agentes multiplicadores do tema, cujo produto final desejável é a opinião convergente dos juízes, ou seja, o consenso do grupo, comumente relacionado a um valor numérico, por meio de um processo de tomada de decisão (FARO, 1997).

Delphi consiste de uma série de fases, durante as quais um grupo de indivíduos toma conhecimento do conteúdo, através de questionários diretamente relacionados com a natureza do problema a ser investigado, solicitando um julgamento ou comentário sobre os itens apresentados. Em sua primeira fase, a mais abrangente, o objetivo é de gerar uma lista dos itens que irão compor os questionários posteriores, podendo ser utilizada uma escala sociopsicológica de valores para fixação das respostas, como a escala *Likert*, que permite classificar quantitativamente pessoas com diferentes atitudes, percepções e traços psicológicos, obtendo-se as médias (POLIT; BECK, 2011).

Nos demais questionários, a construção ocorre no sentido de facilitar a compreensão dos resultados dos envolvidos, com questões detalhadamente esclarecidas, acompanhadas de comentários, críticas e opiniões. Em geral são realizadas três rodadas as quais podem ser desenvolvidas tanto através de correspondência física (tradicional), quanto por meio eletrônico (SILVA; RODRIGUES; SILVA; WITT, 2009).

Pesquisas recentes em enfermagem têm utilizado este método para o desenvolvimento de uma definição profissional, como nos estudos de classificação de condutas, validação de diagnósticos e de instrumentos. O esquema de validade produz o arcabouço teórico para uma abordagem metodológica de uma classificação ou taxonomia.

As pesquisas que utilizaram a técnica Delphi, referem-se à validação como produto final de uma análise (FARO, 1997).

No entanto, observa-se uma evasão de participantes durante o cumulativo das fases, previsto nas pesquisas que utilizaram essa técnica (CASTRO; REZENDE, 2009).

A utilização dessa ferramenta prevê três condições básicas: o anonimato dos respondentes, a representação estatística da distribuição dos resultados e o *feedback* de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes.

### 2.2.2 Análise de Conteúdo

O processo de validação é uma constante preocupação na medição de fenômeno de enfermagem, no qual as evidências colhidas estabelecerão o rigor e a autenticidade do fenômeno por meio de procedimentos estatísticos (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Refere-se à precisão do instrumento em medir o que se propõe a medir, apoiada por um grau maior ou menor de evidências. Alguns métodos de validade são descritos na literatura, sendo eles validade de conteúdo, validade relacionada a um critério e validade de constructo, no entanto, a validade de conteúdo é o mais comum deles (CREASON, 2004; POLIT; BECK, 2011; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Existem controvérsias sobre a terminologia e o conceito de validade de conteúdo, porém de uma forma mais abrangente, ela avalia o grau em que cada elemento de um instrumento é relevante e representativo de um específico constructo, com um propósito particular de avaliação. (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O método indica em que medida o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para medir o constructo específico e cobrir adequadamente seu domínio. Baseia-se necessariamente em um julgamento, mais comumente por um grupo de especialistas independentes, para avaliar a validade do conteúdo (POLIT; BECK, 2011). Reflete aquilo que os expertos pensam, buscando um senso comum sobre o que está em julgamento (PARKER; LUNNEY, 1998, apud GALDEANO; ROSSI, 2006).

No entanto, dado a complexidade do processo e a dificuldade para conseguir o número adequado de expertos, a opinião de um grupo pequeno não assegura que um conjunto específico de indicadores represente o verdadeiro conteúdo a ser validado. Outro fator de relevância para os modelos de validação de conteúdo repousa no fato de que talvez os expertos não possuam o nível de expertise necessário, apresentando um perfil mais próximo de uma proficiência do que de expertise (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013b).

O procedimento para validação envolve exame detalhado de cada elemento que compõe um todo, buscando compreender tudo aquilo que o caracteriza; dessa forma, entende-se o processo de validação como uma análise, segundo a definição do termo no dicionário da

língua portuguesa<sup>5</sup>. Portanto, esta etapa é denominada “Análise de Conteúdo”, propriamente dita.

A análise do conteúdo é um passo relevante para a execução do modelo de validação de diagnósticos de enfermagem para obtenção de um grau de consenso mínimo aceitável de concordância entre juízes que consideram adequada a inclusão de um componente, sendo esta uma etapa relevante do processo de validação, apesar de alguns autores a criticarem, por considerarem que a opinião de especialistas gera um baixo nível de evidência (STETLER et. al., 1998 apud LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013a).

De acordo com Alexandre; Coluci (2011) encontra-se nas publicações diferentes métodos para se quantificar o grau de concordância entre juízes. Dentre eles, destaca-se a porcentagem de concordância e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

A porcentagem é a medida mais simples de concordância interobservadores, calculada pela porcentagem entre o número de participantes que concordaram pelo número total de participantes. No entanto, este método apresenta limitações que restringem sua utilização.

O IVC indica a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens.

Este método é muito utilizado na área de saúde, permitindo analisar cada item do instrumento individualmente e depois o instrumento como um todo. Alguns autores apresentam formas que podem ser utilizadas; no entanto, não existe na literatura um consenso. Os pesquisadores devem descrever como foram feitos os cálculos, que emprega uma escala do tipo *Likert* para avaliação da relevância ou representatividade das respostas.

Segundo o autor, o IVC permite avaliar a porcentagem de concordância dos juízes sobre os elementos do instrumento pela soma dos itens de concordância marcados por “4”, “5” e “6” no estudo em questão e representados pelas categorias nominais: “concordo com restrições/sou a favor com restrições”; “concordo/sou a favor” e “concordo plenamente/sou plenamente a favor”, respectivamente. Em outras palavras, o IVC é definido como a proporção de itens em que houve concordância entre juízes, por meio da seguinte fórmula:

$$IVC = \frac{\Sigma \text{respostas "4", "5" e "6"}}{\Sigma \text{respostas}}$$

---

<sup>5</sup> Disponível em: <http://www.dicio.com.br/analise/>

Diferentes níveis para se quantificar a concordância são descritos na literatura, variando de 50 a 90%, sendo o mais utilizado 70%. No entanto, este nível deve ser determinado pelo pesquisador antes da análise dos resultados. Quanto maior o nível de concordância, mais rigorosos serão os resultados que se deseja alcançar (CASTRO; REZENDE, 2009).

Índices de concordância entre 0,80 a 0,90 determinam necessidades de orientações sobre determinados pontos e índices de concordância menores que 0,80 sugerem a necessidade de revisão de todo o processo (POLIT; BECK, 2011; PERROCA; GAIDIZINSK, 2002).

De acordo com a literatura adotada, o número de juízes deve ser levado em consideração no processo. Se a participação for de cinco ou menos, todos devem concordar para ser representativo. No caso de seis ou mais, recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78. Para se verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, a concordância mínima sugerida é de 0,80. Os valores recomendados devem ser de 0,90 ou mais (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Assim como nos testes estatísticos, deve-se levar em conta a precisão e o grau de confiança que se deseja obter do parâmetro estudado.

Tendo em mente que se o IVC é utilizado como medida do índice de concordância que se deseja obter, os cálculos amostrais determinam o percentual de avaliadores suficiente para se considerar um valor como aceitável ou não, permitindo comparações da proporção de concordância ou discordância ao item, de forma dicotômica para a escala utilizada.

No processo de análise de conteúdo, a avaliação inicial é feita do instrumento como um todo. Determinando sua abrangência, isto é, se cada domínio ou conceito foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens e se todas as dimensões foram incluídas. Posteriormente, os itens individuais precisam ser analisados, verificando sua clareza e pertinência.

Quanto à clareza, deve-se avaliar a redação dos itens se foram redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e se expressa adequadamente o que se espera medir. Pertinência ou representatividade significa notar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, a relevância e se são adequados para atingir os objetivos propostos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

### 2.2.3 Critérios para Seleção dos Juízes e Amostra

Nas investigações sobre validação, é de extrema importância a determinação dos critérios para seleção dos juízes no delineamento da pesquisa, uma vez que não existe um acordo na literatura e nas publicações sobre qualquer critério de padronização ou definição, sendo esse um dos principais problemas encontrados ao iniciarmos os estudos (GALDEANO; ROSSI, 2006).

Os critérios de seleção propostos por Fehring parecem ser o mais indicado na literatura de enfermagem para estudos de validação de diagnóstico, no entanto, independente do critério adotado, é fundamental o pesquisador descrevê-los de forma detalhada, garantindo a possibilidade de utilização desse método por outros pesquisadores, sejam em estudos que contemplem procedimentos de validação, instrumentos de medida ou de conteúdo diagnóstico, tornando-os fidedignos e passíveis de serem replicados (GALDEANO; ROSSI, 2006).

Fhering (1994) recomenda que o enfermeiro, para ser considerado perito, deve ter no mínimo o grau de Mestre em Enfermagem com experiência clínica em uma área definida, porém, este ainda assim não é o suficiente. É recomendado conhecimento especializado no diagnóstico em estudo demonstrado através da prática clínica, acrescido de publicações de pesquisas e artigos científicos, além do mestrado.

Dada a falta de uniformidade nos critérios para se considerar um sujeito como perito, bem como a barreira relacionada à formação e aprimoramento profissional do enfermeiro, ainda deficiente em muitos estados do país, este sistema de seleção torna-se difícil de ser atendido, em especial quando se considera a variável titulação dos peritos com grau de mestre em enfermagem, conhecimento especializado sobre o diagnóstico e sobre o tema em estudo, demonstrado por meio de pesquisas apresentadas e publicadas, levando os pesquisadores a adotar parcialmente esses critérios (CARVALHO; MELLO; NAPOLEÃO; BACHION; CALRI; CANINI, 2008; LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013b).

Muitas vezes, o especialista em determinado diagnóstico com experiência clínica relevante na área não tem formação docente, estando voltado diretamente à parte assistencial, pode não apresentar competências para o processo de ensino-aprendizagem dos diagnósticos e o raciocínio diagnóstico, principalmente em se tratando de validação de uma tecnologia para uso por iniciantes. Entende-se que os critérios de Fhering que tratam da especificidade de peritos com experiência clínica e produção bibliográfica no diagnóstico em questão são relevantes para os modelos de validação de conteúdo diagnóstico e clínica, e não



especificamente para os processos de ensino-aprendizado, portanto, estabeleceu-se um sistema de pontuação próprio adaptado de Fhering.

O tamanho amostral foi estimado por meio de fórmulas estatísticas, sendo definido como nível de confiança, ou intervalo de confiança (IC) 90%. Este nível é definido pelo pesquisador e refere-se à precisão que se deseja obter para as inferências. Quanto maior for o nível de confiança, maior será o tamanho amostral, sendo geralmente adotado níveis entre 90 e 99% (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013a).

As fórmulas empregadas nos cálculos de amostra não utilizam valores percentuais para os níveis de confiança. Baseados em uma distribuição de probabilidade normal padronizada, esses valores percentuais são expressos em *contagens z*, podendo ser obtidos em tabelas que fornecem esses valores. Portanto, para uma confiança de 90% no estudo em questão, o valor de *contagens z* é igual a 1,645.

O segundo elemento definido para estimativa do cálculo da amostra pelo pesquisador é o erro amostral que se aceita cometer. Esse erro é expresso em percentual, usualmente definido entre 1 e 10%; no entanto, esta é uma opção do pesquisador. Quanto menor o erro que se deseja cometer, maior será o tamanho amostral. Para o estudo, consideramos como erro amostral aceitável 15%, o que significa uma proporção aceitável entre 70 a 100%.

O último elemento é a proporção esperada de especialistas que se levará em conta para considerar cada componente do diagrama como validado, calculado pela seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{e^2}$$

Onde:

$Z_{1-\alpha/2}$  refere-se ao nível de confiança adotado;

" $p$ " representa a proporção esperada de especialistas, indicando a adequação de cada item;

" $e$ " representa a diferença de proporção aceitável em relação ao que seria esperado.

Portanto, para o nível de confiança adotado de 90%, uma proporção esperada de 85% dos especialistas e uma diferença aceitável (erro amostral) de 15%, tem-se o seguinte cálculo:

$$n = \frac{1,645^2 \cdot 0,9 \cdot (1 - 0,9)}{0,15^2} = 10,82 \text{ juízes}$$

Em outras palavras, presume-se com 90% de confiança que uma proporção de 70% de juízes é aceitável para compor a amostra. Nesse caso, de acordo com o IVC obtido em cada etapa, o tamanho amostral será proporcional ao índice. Para IVCs maiores que 90%, quanto maior a concordância, menor pode ser o tamanho da amostra, dada a proporção de adequação e inadequação do instrumento.

#### **2.2.4 Testes de Confiabilidade**

Outro atributo importante para os instrumentos é a confiabilidade. É um dos principais critérios para avaliação da qualidade de um instrumento de mensuração e pode ser avaliado pelo grau de coerência com o qual ele mede seu atributo, ou seja, a sua fidedignidade. Quanto menor variação se obtiver em repetidas mensurações de um atributo, maior será considerada a confiabilidade do instrumento, ou seja, seu grau de precisão. O instrumento é confiável à proporção que suas medições refletem valores verdadeiros, ou seja, na medida em que erros de medição são excluídos dos escores obtidos (PERROCA; GAIDIZINSK, 2003; POLIT; BECK, 2011).

De acordo com os autores acima, vários enfoques estatísticos podem ser utilizados para se determinar a confiabilidade entre avaliadores, e a escolha do método depende do tipo de sistema de classificação empregado, de seus dados resultantes, dos recursos e juízes disponíveis, assim como do rigor metodológico.

A equivalência refere-se principalmente ao grau de concordância entre dois ou mais observadores independentes a respeito do escore de um instrumento, ou seja, observadores diferentes de um mesmo instrumento, para mensurar os mesmos fenômenos (confiabilidade interavaliadores ou *interrater reliability*), avaliando o grau de erro. Quanto maior o grau de concordância, pressupõe-se que os erros de medição foram minimizados.

Através do Coeficiente Kappa (k), calcula-se o índice de equivalência ou concordância entre avaliadores, quando vários avaliadores categorizam cada grupo de objetos ou sujeitos em categorias nominais, através da razão entre a proporção de vezes que os juízes concordaram, pela proporção de vezes que poderiam concordar, ou seja, concordância devido ao acaso.

Apesar de largamente utilizado, o método estatístico apresenta limitações na medida em que não fornece informações a respeito da estrutura de concordância e discordância, muitas vezes não considerando aspectos importantes presentes nos dados, devendo muitas vezes ser incorporado outras abordagens complementares na análise.

Quando os escores dados pelos observadores independentes a um mesmo fenômeno mostram-se congruentes, provavelmente esses escores são precisos e confiáveis. Diferentes faixas para os valores kappa são caracterizadas, segundo o grau de concordância que eles sugerem. Assim, valores maiores que 0,75 representam excelente concordância, valores abaixo de 0,40 representam baixa concordância e valores situados entre 0,40 e 0,75 representam concordância mediana (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Como acontece com a confiabilidade, a validade não é uma característica tudo-ou-nada do instrumento, pois a questão não é se ele tem ou não validade, mas sim, qual é o grau de validade do instrumento. A validade é sustentada em maior ou menor grau por dados científicos. Mais especificamente, os pesquisadores validam a aplicação do instrumento, e não o instrumento propriamente dito. Quanto mais indícios houver de que um determinado instrumento está medindo de fato, o que supostamente deveria mensurar, mais as pessoas vão confiar em sua validade (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Tanto a validade quanto a confiabilidade são medidas importantes de um instrumento, que, se apenas mostrar-se válido, mas não confiável, então as mensurações com o instrumento não podem ser replicadas. Por outro lado, se um instrumento é apenas confiável, mas não válido, embora suas medidas possam ser replicáveis, ele não está medindo o que supostamente deve medir (HORN; HORN, 1986 apud PERROCA; GAIDIZINSK, 1998).

## *Metodologia*

---

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo de desenvolvimento metodológico, organizado em duas fases distintas: procedimentos teóricos e analíticos (estatísticos), conforme recomendação da literatura para validação de conteúdo de instrumentos, onde os procedimentos analíticos dependem dos resultados dos procedimentos teóricos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; MATOS; CRUZ, 2009)

Os procedimentos teóricos foram desenvolvidos inicialmente em estudo anterior, na dissertação de mestrado “Proposição de um Diagrama para realização de Diagnósticos de Enfermagem por Iniciantes” de Assis (2010), com descrição apresentada no capítulo de bases conceituais e passou por uma fase de refinamento para ser submetido ao procedimento de validação, que culminou no presente estudo.

Nesta fase de refinamento, realizou-se um levantamento bibliográfico a partir da literatura indicada para a confecção do diagrama na sua fase de construção<sup>6</sup>, acrescido de novas fontes pesquisadas pela autora, com o objetivo de revisar o diagrama, uniformizar a linguagem e estabelecer uma definição de termos usados na descrição do diagrama para melhor entendimento do leitor e servir de parâmetro na avaliação pelos juízes.

Foi ainda necessário reestabelecer sua estrutura de categorias e relações usadas na construção das esquematizações, a fim de preservar o processo da análise desenvolvido, representado pelas perguntas metacognitivas: Para quê? Quando? Por quê? e Como?, que permitem ao iniciante tomar consciência do processo diagnóstico, conferindo-lhe a capacidade de interromper os procedimentos em curso, avaliando-os e corrigindo-os, com o propósito de atingir melhores resultados na tarefa diagnóstica.

A partir desta revisão, a descrição geral das etapas para realização do diagnóstico com suas estratégias e operações mentais, comportamentais e afetivas do processo diagnóstico de enfermagem, referentes ao conteúdo a ser validado neste estudo foi elaborado em forma de planilhas do Excel<sup>®</sup>. Essa planilha teve por objetivo permitir o conhecimento de todo o instrumento a ser analisado, para apreciação pelos juízes dentro do prazo estipulado.

Para o desenvolvimento da fase analítica (estatística), foram adotados os modelos para validação de diagnósticos de enfermagem atualmente utilizados (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013a), adaptados às especificidades do objeto de estudo, seguindo-se as etapas de

---

<sup>6</sup> “Proposição de um Diagrama para realização de Diagnósticos de Enfermagem por Iniciantes”. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Defendida em 2010.

análise do conteúdo por juízes das estratégias do diagrama pela Técnica Delphi e testes de confiabilidade, com análise quantitativa dos dados.

A técnica utilizada no estudo foi a modalidade eletrônica, por meio de correio eletrônico (*e-mail*) individuais ou institucionais para envio dos formulários e acesso ao *feedback*, inclusive o envio e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e demais contatos durante o estudo, permitindo a seleção de juízes de várias regiões do país (SILVA; RODRIGUES; SILVA; WITT, 2009). Os contatos foram realizados de forma individual, sem a formação de grupo de envio de mensagens via *e-mail*, garantindo o anonimato, premissa básica desta técnica.

O processo de análise realizado neste momento refere-se ao conteúdo das etapas de coleta de dados e à descrição das estratégias para raciocínio diagnóstico, com suas finalidades, circunstâncias, motivos e explicações, onde foram avaliadas as seguintes variáveis:

- Pertinência – que vem a propósito de, relativo e pertencente ao processo diagnóstico;
- Adequação – conteúdo próprio, conveniente ao processo diagnóstico;
- Clareza – qualidade do que é claro, evidente, inteligível;
- Concisão (terminologia técnica) – qualidade do que é conciso, brevidade, preciso, exato, exposto em poucas palavras;
- Precisão – exatidão, perfeição, qualidade de preciso.

A parte do instrumento referente à sua estrutura simbólica, onde encontramos as ações, decisões e as conclusões estabelecidas para cada estratégia diagnóstica, não foram objeto de estudo neste momento, ficando como proposta para pesquisas posteriores.

Adotou-se como método no estudo a porcentagem de concordância dos juízes para os critérios de pertinência das etapas e estratégias no processo de raciocínio diagnóstico; a proporção de concordância entre os juízes por meio do IVC para os demais critérios de adequação, clareza, concisão e precisão do conteúdo do diagrama e para o conteúdo das estratégias diagnósticas, descrito sob a forma de operações mentais, comportamentais e afetivas. A avaliação foi realizada para cada categoria do instrumento e do instrumento como um todo.

A análise final dos resultados para cada item do instrumento foi determinada pelas medianas entre os escores obtidos, seguido dos seguintes critérios:

- Critério 1 - para medianas menores ou igual a 3, considerar como Não válido e não revisar o diagrama;
- Critério 2 - para medianas 3 e 4, considerar Válido, porém necessitará revisar o elemento do diagrama, levando em consideração as observações qualitativas feitas pelos juízes;
- Critério 3 - para medianas 5 e 6, considerar como Válido e revisar o elemento do diagrama apenas se mais da metade dos respondentes fizerem observações qualitativas.

### 3.1 Critérios para Seleção dos Juízes e Amostra

Para composição da amostra, foram estabelecidos os seguintes critérios para seleção dos juízes, adaptado de Fhering (1994), considerando serem estes mais apropriados para o estudo:

- Mestre ou Doutor em enfermagem, na temática do diagnóstico de enfermagem (4 pontos);
- Dissertação, relacionada ao ensino-aprendizado de diagnósticos de enfermagem, julgamento clínico ou raciocínio diagnóstico (1 ponto);
- Tese (doutorado) relacionada ao processo de ensino-aprendizado de diagnósticos de enfermagem, julgamento clínico ou raciocínio diagnóstico (2 pontos);
- Publicações sobre o processo de ensino-aprendizado de diagnósticos de enfermagem, julgamento clínico ou raciocínio diagnóstico (2 pontos);
- Artigo publicado na área de diagnósticos de enfermagem com conteúdo relevante para o processo de ensino-aprendizado, julgamento clínico ou raciocínio diagnóstico, em um periódico de referência (2 pontos);
- Experiência docente de pelo menos um ano, em disciplina, curso ou capacitação que inclua o processo de elaboração de diagnósticos de enfermagem (1 ponto);

A pesquisa por juízes foi realizada através da *Plataforma Lattes* do site do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)<sup>7</sup>, nos diretórios dos grupos de pesquisa em Enfermagem com foco em raciocínio diagnóstico cadastrados, a partir de suas linhas de pesquisa, permitindo o acesso às informações dos pesquisadores, membros ou

---

<sup>7</sup>Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/>

estudantes, por meio da leitura meticulosa de seus currículos e exploração das respectivas produções acadêmico-científicas e informações divulgadas. Posteriormente, foi realizado um levantamento dos endereços eletrônicos em publicações científicas eletrônicas e anais de congresso para convite à participação no estudo, ou contato direto com profissionais em eventos específicos da classe, devido ao número reduzido de respostas.

A população do estudo foi constituída por enfermeiros, brasileiros, docentes e/ou assistenciais, peritos em diagnóstico de enfermagem, que atenderam os critérios para seleção propostos pelo estudo ou a sua parcialidade, sendo considerado para a amostra o perito com o mínimo de cinco pontos, dada a dificuldade ou escassez da amostra.

Após o recrutamento intencional foi construído um banco de dados contendo nome, grupo de pesquisa a qual ele encontra-se inserido, instituição, região, os critérios para pontuação, endereço do currículo *lattes* e *e-mail*.

Os convites para participação no estudo foram enviados para o endereço eletrônico cadastrado na plataforma ou de correspondência para participação voluntária no estudo, selecionando os interessados. Neste *e-mail* constava uma Carta Convite para Seleção de Peritos em Diagnóstico (APÊNDICE A), com informações gerais sobre a pesquisa, sua finalidade e característica, da participação como juiz, a garantia dos participantes, os requisitos para participação, além da identificação dos pesquisadores e meios para contato. Foi solicitado que respondessem em um prazo máximo de sete dias a contar da data de envio.

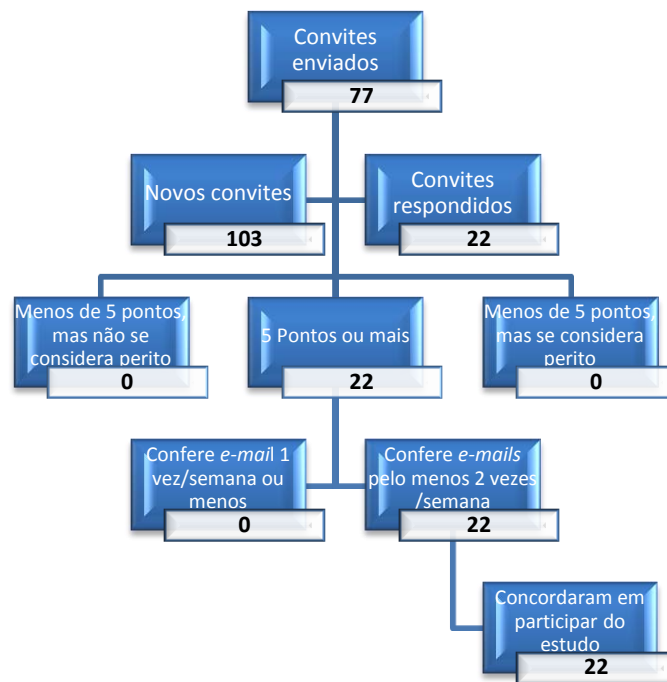
Junto à carta, elaborou-se uma Ficha de Qualificação (APÊNDICE B), solicitando aos peritos que respondessem o formulário contendo dados para qualificação profissional de acordo com os critérios estabelecidos, de forma que cada participante tivesse clareza quanto ao cumprimento da pontuação mínima; uma pergunta referente às publicações relacionadas com a temática e se ele alcançara a pontuação mínima de cinco pontos. Caso não alcançasse a pontuação mínima, era possível ao participante considerar-se um perito no ensino do diagnóstico de enfermagem ou apenas perito no tema diagnóstico, mas, não no ensino do mesmo. Outro quesito referia-se a frequência de uso da internet, sendo informado a necessidade da conferência de *e-mails* pelo menos 2 vezes por semana para que fosse possível prever quaisquer dificuldades que inviabilizassem o transcurso do estudo nos períodos estipulados; se ele concordava ou não em participar do estudo, além de dados pessoais como nome completo, idade e *e-mail* preferencial para contato.

Os critérios de inclusão foram Enfermeiros peritos que atendessem aos pré-requisitos estabelecidos, concordar em participar do estudo através da leitura e assinatura eletrônica do TCLE (APÊNDICE C) e conferir e-mails pelo menos duas vezes por semana. Os critérios de



exclusão foram não utilizar os meios eletrônicos e digitais para encontro e correspondência com o pesquisador e não devolver o instrumento nos prazos determinados.

Ao final do processo, o convite foi encaminhado a um total de 77 elegíveis, sendo que aqueles que não retornaram no primeiro contato, foram reencaminhados novos convites posteriormente, inclusive mais de três tentativas em alguns casos, diante da possibilidade de terem sido bloqueados por algum tipo de *spam* ou serem endereçados à caixa de lixo eletrônico. Foram obtidos os seguintes resultados, conforme ilustrado na figura a seguir:



**Figura 14 - Resultados referentes às respostas ao convite para seleção de peritos em diagnóstico. Brasil, 2013.**

Para determinação do número de juízes, seguimos o método proposto por Lopes; Silva; Araujo (2013a). O tamanho amostral foi estimado por meio de fórmulas estatísticas, determinando a proporção esperada de juízes para se considerar o item como validado. Adotou-se como intervalo de confiança 90%, a concordância esperada entre juízes de 0,90 (ideal) e um erro amostral aceitável de 15%.

A validade foi estabelecida mediante o cálculo amostral, levando em consideração o IVC para cada critério.

Dos 22 peritos que concordaram em participar do estudo, foram excluídos 02 participantes que encaminharam o TCLE sem identificação. Houve 03 desistências do estudo

por indisponibilidade para prosseguir, justificando envolvimento com atividades de ensino e pesquisa e outros 04 não retornaram seus formulários, nem apresentaram justificativas, restando uma amostra de 13 peritos ( $n=13$ ).

Dadas as características do método escolhido, a seleção de participantes de diferentes regiões do país, bem como a garantia do anonimato de todos os participantes, a opção para o cenário da pesquisa se deu em um ambiente virtual *on-line*, disponibilizado pelo *Google Drive*<sup>8</sup>, por meio de uma conta própria, que possibilitou a elaboração dos formulários eletrônicos para a coleta de dados e as planilhas de respostas, ficando ali armazenadas. O acesso à conta era de propriedade exclusiva da pesquisa e contato com os participantes.

### 3.2 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento para coleta de dados elaborado a partir da descrição geral das etapas para realização do diagnóstico de enfermagem (APÊNDICE D) foi dividido em cinco formulários eletrônicos cujo objetivo foi facilitar o processo de análise, dado a extensão do conteúdo.

Cada formulário representava o conteúdo de uma etapa específica da realização do diagnóstico. A quarta etapa foi ainda considerada uma etapa muito extensa, sendo por sua vez subdividida em duas partes. Estes cinco formulários fizeram parte de uma única rodada da técnica Delphi.

Os formulários continham instruções quanto à sua apresentação, o propósito da validação, a descrição dos critérios avaliados, a escala *Likert* utilizada, como responder o formulário, além de uma legenda para abreviações. No entanto, por se tratar de um teste de confiabilidade em que a interpretação do instrumento é parte fundamental dos resultados, os esclarecimentos foram breves e sucintos.

Foram elaboradas uma série de assertivas que descreviam as etapas para realização do diagnóstico de enfermagem, como os passos a serem seguidos para realização do diagnóstico, a representatividade do conteúdo em relação às finalidades das etapas diagnósticas, circunstâncias, motivos e explicações, de forma a permitir a verificação dos aspectos a serem validados, de caráter obrigatório.

Uma escala simples de mensuração do tipo *Likert* foi atribuída, onde cada participante estabeleceria o número que melhor expressasse sua opinião em relação às assertivas sobre a descrição do diagrama em relação aos critérios estabelecidos:

---

<sup>8</sup> Disponível em: <https://accounts.google.com/>

ADEQUAÇÃO; CLAREZA, CONCISÃO e PRECISÃO do conteúdo em relação ao processo diagnóstico.

Os escores foram estabelecidos em ordem crescente de valores, de 1 a 6 de acordo com o nível de concordância ou discordância, onde:

- 1 - discordo totalmente/sou totalmente contra;
- 2 - discordo/sou contra;
- 3 - discordo ligeiramente/sou ligeiramente contra;
- 4 - concordo com restrições/sou a favor com restrições;
- 5 - concordo/sou a favor;
- 6 - concordo plenamente/sou plenamente a favor.

A possibilidade de indecisão foi excluída, afastando a tendência central das respostas. Cada assertiva permitia apenas um valor a ser atribuído, de forma independente. Havia também uma caixa para observações por parte dos juízes, caso julgasse necessário.

Esta rodada de formulários teve por objetivo permitir a análise da concordância entre os juízes, análise estatística e testes de confiabilidade, avaliando a necessidade ou não de modificações no instrumento.

### **3.3 Procedimento para Coleta de Dados**

A partir do contato inicial e seleção da amostra, os participantes foram orientados quanto à assinatura eletrônica do TCLE (APÊNDICE C) para efetivar sua participação no estudo. Estabeleceu-se como prazo para retorno da assinatura sete dias. Todos os contatos e formulários foram encaminhados por *e-mail*, individualmente, preservando o anonimato e o sigilo dos participantes, de modo que um perito não tivesse contato com o outro.

Quando do retorno do TCLE, eram encaminhados o arquivo com as planilhas do Excel<sup>®</sup> e o *link* para acesso ao formulário da Etapa 1 do diagrama, com orientações sobre início da coleta e o arquivo. O prazo para retorno das respostas foi de quinze dias. Muitas vezes esse prazo teve que ser prorrogado, enviado novo convite ou estabelecido contato com os participantes, reafirmando a importância da sua participação no estudo. Ao final do formulário, uma mensagem de agradecimento era enviada com um *link* para o acesso do formulário seguinte, caso optassem pela avaliação em sequência. No entanto, apenas dois juízes utilizaram desse meio para acessar o formulário seguinte.

Cada vez que um formulário retornava, era encaminhado o formulário seguinte, dando seguimento ao processo de coleta pelo juiz.

Diariamente a caixa de entrada do *e-mail* e o *drive* onde ficavam armazenados os formulários e as planilhas de respostas eram conferidos para verificação da entrada de dados e possíveis contatos.

A coleta de dados teve seu início no mês de junho de 2013, estendendo-se até o mês de novembro.

Considerando os elevados índices de concordância entre os juízes e ao fato de as modificações sugeridas não alterarem o cerne das assertivas, julgou-se que não havia necessidade de uma nova rodada de avaliação.

A fim de preservar o anonimato em todo processo da pesquisa, foi adotado um código alfanumérico para identificação de cada participante, elaborado com a inicial “J” de juiz, seguido de um número cardinal para identificação no grupo, por ordem decrescente de pontuação, de forma que o perito de maior pontuação recebeu o número 01 acrescido ao J, por exemplo, J01 e o de menor pontuação o número 13, por exemplo, J13. Este tipo de identificação foi atribuído a todos os participantes, e os códigos resultantes foram adotados como codinome para análise dos dados e apresentação dos resultados.

Após o término do estudo, será conferida aos participantes uma carta de agradecimento em reconhecimento à sua colaboração e participação no estudo.

### **3.4 Tratamento e Análise de Dados**

A consolidação dos dados referente ao primeiro formulário foi realizada em 20 de setembro de 2013; o segundo formulário em 09 de outubro de 2013; o terceiro e quarto formulários foram consolidados em 05 de Novembro de 2013 e o último no dia 10 do mesmo mês para análise final de 01 a 30 de Novembro de 2013.

Os dados coletados foram organizados em planilhas do *Google Drive*<sup>®</sup>, onde passaram pela transformação numérica para a escala de valoração construída, de 1 a 6 de acordo com o nível de concordância ou discordância, onde: discordo totalmente/sou totalmente contra (1); discordo/sou contra (2); discordo ligeiramente/sou ligeiramente contra (3); concordo com restrições/sou a favor com restrições (4); concordo/sou a favor (5); concordo plenamente/sou plenamente a favor (6). Após a transformação, os dados foram armazenados em planilhas do programa *Microsoft Excel*<sup>®</sup>.

Para análise da pertinência das etapas e estratégias, representadas pelas variáveis categóricas “*sim*” e “*não*”, foi medida a porcentagem de concordância dos juízes em relação ao item.

Em seguida, analisou-se a validade de conteúdo das etapas e estratégias em relação ao nome, posição e ordem no processo diagnóstico, por último analisou-se a validade de conteúdo das operações mentais, comportamentais e afetivas.

Para variáveis categóricas nominais, os dados foram analisados e sintetizados com base em frequência absoluta e estatística descritiva para as medidas de tendência central, mínima e máxima. Os dados foram tratados percentualmente, por meio do cálculo do IVC para cada critério de avaliação e o IVC geral da etapa para apresentação em tabelas.

Realizou-se, a seguir, testes de estimativa do tamanho amostral para a proporção de adequação do instrumento utilizando-se o programa *Microsoft Excel*<sup>®</sup> e teste de confiabilidade interavaliadores (*interrater reliability*) por meio do coeficiente kappa (k), para avaliar o grau de concordância entre os juízes, por meio de calculadora *online*<sup>9</sup>.

Os comentários contendo as observações e sugestões dos juízes foram ordenados em quadros para análise com a finalidade de verificar as assertivas que obtiveram consenso, as considerações e justificativas empregadas pelos participantes identificando em suas observações as adequações necessárias, culminando com o relatório final dos resultados do consenso de grupo de juízes, de forma a atender os objetivos da pesquisa.

### **3.5 Aspectos Éticos**

No que diz respeito aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa, o estudo foi aprovado em 30/04/2013 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ) sob o N° 260.304 (ANEXO 1), após submissão à Plataforma Brasil, atendendo à Resolução N° 196/96 versão 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, a fim de garantir a integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa.

De acordo com a Resolução CNS N° 196/96 versão 2012 – Capítulo V – que: “Considera que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco com graus variados. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade”, os quais incluem possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

---

<sup>9</sup> Disponível em: <http://justusrandolph.net/kappa/>

Demais aspectos éticos foram respeitados, como a assinatura do TCLE (APÊNDICE C) pelos participantes da pesquisa, onde foram explicitados os objetivos da pesquisa, do que consistia a participação dos sujeitos, do direito de sair da pesquisa sem nenhum ônus ou danos, da garantia de total sigilo e anonimato dos respondentes, do direito do pesquisador quanto à divulgação dos dados em trabalhos e eventos científicos, além de conter a assinatura eletrônica dos pesquisadores e dos participantes autorizando sua participação na pesquisa.

O conteúdo da análise e a conclusão final do estudo ficarão disponíveis aos participantes da pesquisa e aos demais interessados na temática durante 02 (dois) anos, podendo ser solicitado a qualquer momento pelo *e-mail* de contato da pesquisa.

## *Resultados*

---

## 4 RESULTADOS

Este capítulo destina-se a apresentar os resultados do estudo decorrentes do procedimento de análise do conteúdo das estratégias para raciocínio diagnóstico em enfermagem, sendo dividida em três sessões: caracterização dos participantes do estudo, procedimentos da análise do conteúdo e análise do conteúdo das operações mentais, comportamentais e afetivas das estratégias diagnósticas.

### 4.1 Caracterização dos participantes do estudo

A partir do preenchimento da Ficha de Qualificação foi possível estabelecer um perfil dos participantes que compuseram a amostra. As tabelas 3 e 4 a seguir mostram a relação dos convites enviados e a distribuição dos participantes, de acordo com a região do Brasil:

**Tabela 3: Relação dos convidados e participantes, por região. Brasil, 2013.**

<b>Região</b>	<b>Convidados</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
Norte	02	01	50
Nordeste	18	03	16,7
Sudeste	41	06	14,6
Centro-Oeste	08	-	-
Sul	08	03	37,5
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>13</b>	<b>16,9</b>

\* n = número de participantes

**Tabela 4: Distribuição dos juízes por região. Brasil, 2013.**

<b>Região</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
Norte	01	7,6
Nordeste	03	23,1
Sudeste	06	46,2
Centro-Oeste	-	-
Sul	03	23,1
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

\* n = número de participantes



Dos 77 elegíveis, participaram do estudo 13 enfermeiros peritos segundo critérios propostos no estudo. A maioria dos participantes era do sexo feminino, a média de idade foi de 40,6 anos de idade, variando entre 27 e 70 anos. A região sudeste obteve a maior participação, sendo 03 deles no estado de São Paulo (SP), 02 no estado do Rio de Janeiro (RJ) e 01 no estado de Minas Gerais (MG). As regiões Nordeste e Sul ficaram em segundo lugar com a participação de 03 juízes cada, sendo 01 no Maranhão, 01 no estado do Ceará (CE) e 01 no Rio Grande do Norte (RN) e 03 no estado do Rio Grande do Sul (RS). A região norte teve a menor participação, contando apenas com 01 juiz no estado do Pará (PA). A região Centro-Oeste, apesar de apresentar peritos que atendessem aos critérios estabelecidos e concordassem em participar do estudo, foi excluída por não responderem os formulários encaminhados.

A identificação de característica cultural e regional pode influenciar algumas tendências, apesar de não ser este o foco do estudo, demonstrando o maior envolvimento em pesquisas na temática em certas regiões do que em outras.

A tabela 5 apresenta o perfil da amostra de 13 participantes, de acordo com os critérios estabelecidos em relação à qualificação profissional.

**Tabela 5: Descrição do perfil da amostra em relação à titulação, produção científica e experiência docente no processo de elaboração de diagnósticos de enfermagem. Brasil, 2013.**

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Titulação</b>		
Mestre em enfermagem, na temática do diagnóstico de enfermagem	9	69,2
Doutor em enfermagem, na temática do diagnóstico de enfermagem	7	53,9
<b>Produção Científica relacionada ao processo de ensino-aprendizado de diagnósticos de enfermagem, julgamento clínico ou raciocínio diagnóstico</b>		
Dissertação	7	53,9
Tese (doutorado)	7	53,9
Publicações	10	76,9
Artigo com conteúdo relevante, em um periódico de referência	11	84,6
<b>Experiência docente mínima de um ano</b>		
Disciplina, curso ou capacitação que inclua o processo de elaboração de diagnósticos de enfermagem	11	84,6

Os participantes receberam avaliações de 5 a 12 pontos, com uma mediana de 10 pontos, distribuídos em três estratos, de acordo com o grau de perícia aos critérios do estudo. O estrato 3 obteve a participação de 05 (38,4%) juízes; o estrato 2 obteve 07 (53,9%) juízes e

o estrato 5 obteve 01 (7,7%) juiz. A idade média foi de 40,6 anos de idade, variando entre 27 e 70 anos. A maioria era do sexo feminino.

Para Fhering, a pós-graduação *Stricto sensu*, no grau mínimo de mestre, é uma exigência, sendo, portanto, estabelecido como relevância a área temática do DE tanto na produção acadêmica, quanto nas publicações. Observou-se apenas 01 juiz (7,7 %) que não possuía o mestrado e/ou doutorado na temática.

Em relação à experiência docente mínima de um ano em disciplina, curso ou capacitação que incluísse o processo de elaboração do diagnóstico, foi intencional, uma vez que buscou-se nos juízes competências para o processo de ensino-aprendizagem dos diagnósticos, julgamento crítico e clínico ideais para a validação de uma tecnologia de caráter instrucional, orientando o “saber como fazer”, que deve ser trabalhada desde o início do processo de formação do enfermeiro nas universidades e programas de educação permanente das instituições hospitalares, depois de iniciado na prática clínica. Apenas 01 (7,7 %) não apresentou vinculação profissional em instituições de ensino superior, tendo como experiência a prática assistencial.

Apesar de todos declararem conferir *e-mails* pelo menos duas vezes por semana, muitos deles não procederam às respostas dos formulários dentro do prazo estabelecido, dificultando o cumprimento do cronograma inicial para coleta de dados. Alguns foram excluídos do estudo por nem responderam aos demais formulários ou contatos do pesquisador. Observou-se uma desistência de 15,4% na terceira etapa e 23,3% na quarta etapa.

#### **4.2 Procedimentos da análise do conteúdo**

O Delphi ocorreu de 05 de junho a 10 de novembro de 2013, sendo dividido em cinco formulários específicos, de acordo com as etapas para realização do diagnóstico de enfermagem proposto pelo diagrama, para facilitar a avaliação. Cada etapa foi avaliada independentemente, de modo que a não participação dos juízes em todas as etapas não prejudicasse os resultados do estudo. A última etapa, por sua vez, foi dividida em duas partes, devida sua extensão.

Os dados da Etapa 1”Coleta de dados que antecedem o encontro com o cliente (Pré-encontro)” foram consolidados para análise no dia 20 de setembro de 2013, sendo composto por um total (*n*) de 13 (treze) participantes. O formulário compreendia 10 itens para respostas quantificáveis de 1 a 6, de acordo com a escala *Likert* de valoração para obtenção do grau de

concordância em relação aos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão do conteúdo, apoiadas por observações qualitativas, caso o juiz julgasse necessário e duas assertivas com concordância positiva ou negativa em relação à pertinência da etapa e sua estratégia.

Os dados da Etapa 2 “Coleta de dados no encontro com o cliente (Encontro)” foram consolidados para análise no dia 09 de outubro de 2013, sendo composto por um total ( $n$ ) de 13 (treze) participantes. O formulário compreendia 16 itens para respostas quantificáveis de 1 a 6, de acordo com a escala *Likert* de valoração para obtenção do grau de concordância em relação aos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão do conteúdo, apoiadas por observações qualitativas, caso o juiz julgasse necessário e três assertivas com concordância positiva ou negativa em relação à pertinência da etapa e suas estratégias.

Os dados da Etapa 3 “Avaliação direta e focal do cliente” foram consolidados para análise no dia 05 de novembro de 2013, sendo composto por um total ( $n$ ) de 11 (onze) participantes, uma vez que dois juízes não responderam ao formulário, representado uma desistência de 15,4 %. O formulário compreendia 10 itens para respostas quantificáveis de 1 a 6, de acordo com a escala *Likert* de valoração para obtenção do grau de concordância em relação aos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão do conteúdo, apoiadas por observações qualitativas, caso o perito julgasse necessário e duas assertivas cujas respostas deveriam representar concordância positiva ou negativa em relação à pertinência da etapa e sua estratégia.

Os dados da Etapa 4 “Tratamento dos dados após o encontro com o cliente” foram consolidados para análise no dia 10 de novembro de 2013, sendo composto por um total ( $n$ ) de 10 (dez) participantes, uma vez que dois juízes não responderam aos formulários I e II e um juiz não respondeu ao formulário II, representado uma desistência de 23,1 %. Os dois formulários foram analisados juntamente para apresentação dos resultados, permitindo melhor avaliação da etapa. Os formulários compreenderam um total de 40 itens para respostas quantificáveis de 1 a 6, de acordo com a escala *Likert* de valoração para obtenção do grau de concordância em relação aos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão do conteúdo, apoiadas por observações qualitativas, caso o perito julgasse necessário e 07 assertivas cujas respostas deveriam representar concordância positiva ou negativa em relação à pertinência da etapa e suas estratégias.

Caso resposta negativa para a pertinência das etapas, o formulário prosseguia para a etapa seguinte, desconsiderando as demais assertivas em relação àquela etapa. Se a resposta fosse positiva, o formulário direcionava o participante às assertivas em relação ao conteúdo a ser avaliado. Quando da presença de duas ou mais estratégias, se a primeira estratégia fosse

negativa, o formulário prosseguia em direção a segunda e, desta para a seguinte, até finalizar a etapa. Ao final de cada formulário, uma mensagem de agradecimento era enviada ao participante e o link para o formulário seguinte.

Para organização dos resultados, os procedimentos da validação de conteúdo serão apresentados em três tópicos, em função dos critérios de avaliação: pertinência das Etapas e das Estratégias; validação de conteúdo das Etapas e das Estratégias em relação à adequação, clareza, concisão; precisão e dados qualitativos derivados dos juízes.

#### 4.2.1 Pertinência das etapas e suas estratégias no processo diagnóstico de enfermagem:

Os juízes foram questionados acerca da pertinência das etapas e das estratégias. As respostas foram analisadas quantitativamente, medindo-se a porcentagem de concordância entre os juízes e o teste de confiabilidade.

A tabela 6 apresenta os resultados para concordância em relação à pertinência da ETAPA 1 (**Coleta de dados que antecedem ao encontro com o cliente – Pré-encontro**) e da ESTRATÉGIA 1 (**Avaliação indireta do cliente**) ao processo diagnóstico.

**Tabela 6: Concordância entre os juízes para a pertinência da Etapa 1 de Coleta de dados que antecedem ao encontro com o cliente e da Estratégia de Avaliação indireta do cliente ao processo diagnóstico. Brasil, 2013.**

Item	PERTINÊNCIA			
	SIM	%	NÃO	%
Etapa 1	13	100	0	0
Estratégia	13	100	0	0

(n) = 13 participantes

Conforme observado na tabela 6, não houve discordância em relação à pertinência da etapa de pré-encontro com o cliente, onde as informações colhidas sobre o cliente no momento anterior ao encontro com o examinador é a primeira etapa para a realização do diagnóstico; da mesma forma, a avaliação indireta do cliente foi avaliada como uma estratégia diagnóstica. Nela estão contidas ações que por vezes são entendidas apenas como preparatórias ou de caráter gerencial a exemplo da passagem de plantão, da leitura de prontuário e demais relatórios escritos, da participação em *rounds*.

A tabela 7 apresenta os resultados para concordância em relação à pertinência da ETAPA 2 (**Coleta de dados no encontro com o cliente – Encontro**) e das ESTRATÉGIAS

(**Avaliação direta e geral do cliente** e **Avaliação do ambiente de coleta**) ao processo diagnóstico.

**Tabela 7: Concordância entre os juízes para a pertinência da Etapa 2 de Coleta de dados no encontro com o cliente ao processo diagnóstico e das Estratégias de Avaliação direta e geral do cliente e Avaliação do ambiente de coleta. Brasil, 2013.**

Item	PERTINÊNCIA			
	SIM	%	NÃO	%
Etapa 2	13	100	0	0
Estratégia 1	13	100	0	0
Estratégia 2	12	92,3	1	7,7

(n) = 13 participantes

Observamos que não houve discordância em relação à pertinência da etapa de coleta de dados no momento do encontro, da mesma forma que a estratégia de avaliação direta e geral do cliente é pertinente ao evento do encontro com o cliente. Essa etapa é seguida no processo diagnóstico, pois as informações colhidas no evento anterior a este não são suficientes para o julgamento e as dimensões subjetivas das respostas humanas impõem a necessidade de um encontro entre o cliente e o observador.

Embora a estratégia de avaliação do ambiente de coleta tenha apresentado discordância entre os juízes, ela foi considerada válida em função da alta concordância ao item.

Considerando a abordagem ao teste de confiabilidade interavaliadores (k), objetivando determinar o grau de concordância aos itens, o valor obtido foi 0,95, evidenciando uma alta concordância para a pertinência da etapa de “Coleta de dados no encontro com o cliente” e suas estratégias.

A tabela 8 apresenta os resultados para concordância em relação à pertinência da ETAPA 3 (**Avaliação direta e focal do cliente**) e da sua ESTRATÉGIA (**Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco**) ao processo diagnóstico.

**Tabela 8: Concordância entre os juizes para a pertinência da Etapa 3 de Avaliação direta e focal do cliente e da Estratégia de Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco ao processo diagnóstico. Brasil, 2013.**

Item	PERTINÊNCIA			
	SIM	%	NÃO	%
Etapa 3	11	100	0	0
Estratégia	11	100	0	0

(n) = 11 participantes

Conforme observado, não houve discordância em relação à pertinência da etapa de avaliação direta e focal do cliente no evento do encontro, que direciona a avaliação para as demandas pré-existentes do cuidado. Da mesma forma, a avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco foi avaliada como uma estratégia diagnóstica.

A tabela 9 apresenta os resultados para concordância em relação à pertinência da ETAPA 4 (**Tratamento dos dados após o encontro com o cliente**) e das estratégias (**Clarificação dos dados; Atribuição de significados aos indícios; Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes; Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo; Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais; Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes**) ao processo diagnóstico.

**Tabela 9: Concordância entre os juizes para a pertinência da Etapa 4 de Tratamento dos dados após o encontro com o cliente e das Estratégias de Clarificação dos dados; Atribuição de significados aos indícios; Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes; Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo; Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais; Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes ao processo diagnóstico. Brasil, 2013.**

Item	PERTINÊNCIA			
	SIM	%	NÃO	%
Etapa 4	10	100	0	0
Estratégia 1	10	100	0	0
Estratégia 2	10	100	0	0
Estratégia 3	09	90	01	10
Estratégia 4	10	100	0	0
Estratégia 5	09	90	01	10
Estratégia 6	09	90	01	10

(n) = 10 participantes

Observa-se pela tabela 9 que não houve discordância em relação à pertinência da etapa de tratamento dos dados após o encontro com o cliente dentro do processo diagnóstico, da mesma forma que as estratégias de clarificação dos dados; atribuição de significados aos indícios e geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo são pertinentes ao raciocínio diagnóstico no evento do pós-encontro com o cliente. Esta última etapa é de grande importância no processo, pois é neste momento que os dados coletados são interpretados podendo gerar hipóteses que resultem em diagnósticos ou não. Muito embora as estratégias de categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes; estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais e focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes tenham apresentado discordância entre os juízes, elas foram validadas em função da concordância aos itens.

Considerando o grau de confiabilidade interavaliadores ( $k$ ), o valor obtido foi de 0,91, evidenciando alta concordância entre os juízes para a pertinência da etapa de “Tratamento dos dados após o encontro com o cliente” e suas estratégias.

#### **4.2.2 Análise do conteúdo das etapas e estratégias:**

Os juízes foram questionados acerca dos nomes e posição das etapas e estratégias no processo diagnóstico, cujas respostas deveriam representar o grau de concordância em relação à adequação, clareza, concisão e precisão para ambos os itens.

As respostas foram analisadas quantitativamente, medindo-se a concordância entre juízes para cada critério e a concordância geral da etapa por meio do IVC. As análises estatísticas descritivas serviram de subsídios para os critérios de avaliação das respostas qualitativas estabelecido no estudo. A seguir procedeu-se o teste de confiabilidade para os critérios.

As tabelas 10 e 11 apresentam os resultados para concordância em relação ao conteúdo da ETAPA 1 (**Coleta de dados que antecedem ao encontro com o cliente – Pré-encontro**) e sua ESTRATÉGIA (**Avaliação indireta do cliente**).

**Tabela 10: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão e precisão do nome e posição da Etapa de *Coleta de dados que antecedem o encontro com o cliente* (Pré-encontro) no processo diagnóstico. Brasil, 2013.**

Variáveis	NOME				Posição
	Adequação	Clareza	Concisão	Precisão	
<b>Mediana</b>	5	6	5	5	6
<b>Moda</b>	6	6	6	5	6
<b>Mínimo</b>	3	4	4	4	5
<b>Máximo</b>	6	6	6	6	6
<b>IVC*</b>	<b>0,85</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Conforme verificado da tabela 10, a validade do conteúdo da Etapa 1 “Coleta de dados que antecedem o encontro com o cliente” foi julgada pelos 13 avaliadores. Ainda que o nome da etapa tenha alcançado validade com seus valores de mediana e moda, o índice não alcançou o IVC de 0,89 necessário ao tamanho amostral de 13 juízes. Para os demais itens, os resultados apresentados demonstraram alta concordância entre os diferentes juízes quanto aos critérios estabelecidos. O IVC geral foi de 0,89.

Nos critérios qualitativos apenas uma observação referente à denominação da Etapa 1 foi encaminhada, mesmo que o juiz tenha considerado o nome proposto como válido. O juiz que pontuou com menor valor ao critério de adequação não fez considerações diretamente ao nome da etapa propriamente dito.

Conforme os dados apresentados, o grau de concordância (k) entre os juízes ao conteúdo da etapa de “Coleta de dados que antecedem o encontro com o cliente” foi 0,94, evidenciando alta concordância interavaliadores.

**Tabela 11: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de *Avaliação indireta do cliente* no processo diagnóstico. Brasil, 2013.**

Variáveis	NOME				Posição
	Adequado	Clareza	Concisão	Precisão	
<b>Mediana</b>	6	5	5	5	6
<b>Moda</b>	6	6	5	5	6
<b>Mínimo</b>	4	4	5	5	4
<b>Máximo</b>	6	6	6	6	6
<b>IVC*</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.



Pelas medianas, modas e pelo IVC os critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para a estratégia de “Avaliação indireta do cliente” foram todos validados pelos 13 juízes.

Nas considerações qualitativas, o nome atribuído recebeu duas observações, mesmo que ambos os juízes tenham considerado o nome proposto como válido.

As tabelas 12 a 14 apresentam os resultados para concordância em relação ao conteúdo da ETAPA 2 (**Coleta de dados no encontro com o cliente – Encontro**) e suas estratégias (**Avaliação direta e geral do cliente e Avaliação do ambiente de coleta**).

**Tabela 12: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão e precisão do nome e posição da Etapa de Coleta de dados no encontro com o cliente (Encontro) no processo diagnóstico. Brasil, 2013.**

Variáveis	NOME				Posição
	Adequado	Clareza	Concisão	Precisão	
<b>Mediana</b>	6	6	6	6	6
<b>Moda</b>	6	6	6	6	6
<b>Mínimo</b>	4	5	5	4	5
<b>Máximo</b>	6	6	6	6	6
<b>IVC*</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Conforme verificado da tabela 12, a validade do conteúdo da Etapa 2 “Coleta de dados no encontro com o cliente” foi julgada pelos 13 avaliadores sendo obtido alta concordância, que validaram todos os critérios.

Nos critérios qualitativos foram encaminhadas duas observações referentes à denominação da Etapa 2, porém só uma delas traz sugestões para modificação do nome, mesmo que o juiz tenha considerado o nome proposto como válido e a outra confirma a ideia expressa no nome. Foi também encaminhada uma observação quanto à posição da etapa no processo diagnóstico, considerando a coleta de dados nas situações de urgência/emergência.

**Tabela 13: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de Avaliação direta e geral do cliente. Brasil, 2013.**

Variáveis	NOME				Posição
	Adequado	Clareza	Concisão	Precisão	
<b>Mediana</b>	6	6	6	6	6
<b>Moda</b>	6	6	6	6	6
<b>Mínimo</b>	2	5	5	4	4
<b>Máximo</b>	6	6	6	6	6
<b>IVC*</b>	<b>0,85</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Conforme observado da tabela 13, a validade do conteúdo da estratégia “Avaliação direta e geral do cliente” foi julgada pelos 13 avaliadores. Ainda que o nome da estratégia tenha alcançado validade com seus valores de mediana e moda, o índice não alcançou o IVC de 0,89 necessário ao tamanho amostral de 13 juízes. Para os demais itens, os resultados apresentados demonstraram alta concordância entre os diferentes juízes quanto aos critérios estabelecidos. O IVC geral foi 0,96.

Nos critérios qualitativos, foram encaminhadas duas observações referentes a denominação da Etapa 2, uma fazendo sugestão para alterá-lo e outra justificando a não concordância ao critério de adequação do nome.

A abordagem ao teste de confiabilidade interavaliadores (k) objetivando determinar o grau de concordância, obteve como valor 0,94, evidenciando uma alta concordância entre os juízes ao conteúdo da estratégia de “Avaliação direta e geral do cliente”.

**Tabela 14: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de Avaliação do ambiente de coleta. Brasil, 2013.**

Variáveis	NOME				Posição
	Adequado	Clareza	Concisão	Precisão	
<b>Mediana</b>	6	6	6	6	5,5
<b>Moda</b>	6	6	6	6	6
<b>Mínimo</b>	3	4	4	4	3
<b>Máximo</b>	6	6	6	6	6
<b>IVC*</b>	<b>0,92</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,92</b>

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Conforme verificado da tabela 14, a validade do conteúdo da Estratégia “Avaliação do ambiente de coleta” foi julgada por 12 avaliadores, uma vez que um dos juízes não considerou pertinente a estratégia proposta, validando todos os critérios com alta

concordância. Os índices alcançaram o IVC de 0,90 necessário ao tamanho amostral de 12 juízes. O IVC geral foi 0,97.

Nas considerações qualitativas, o nome atribuído recebeu uma observação, justificando a não concordância ao critério de adequação e uma observação em relação à sua condição no processo de raciocínio diagnóstico.

Conforme os dados apresentados, o grau de concordância (k) entre os juízes ao conteúdo da estratégia de “Avaliação do ambiente de coleta” foi 0,93, evidenciando alta concordância interavaliadores.

Os juízes também foram questionados em relação à ordem das estratégias “Avaliação direta e geral do cliente” e “Avaliação do ambiente de coleta” na etapa de coleta de dados no encontro, a fim de verificar se a sequência proposta é adequada ao processo diagnóstico. 100% dos juízes concordaram com a ordem das estratégias.

As tabelas 15 e 16 apresentam os resultados para concordância em relação ao conteúdo da ETAPA 3 (**Avaliação direta e focal do cliente**) e sua ESTRATÉGIA (**Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco**).

**Tabela 15: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão e precisão do nome e posição da Etapa de Avaliação direta e focal do cliente no processo diagnóstico. Brasil, 2013.**

Variáveis	NOME				Posição
	Adequação	Clareza	Concisão	Precisão	
<b>Mediana</b>	6	6	6	6	6
<b>Moda</b>	6	6	6	6	6
<b>Mínimo</b>	3	5	5	4	4
<b>Máximo</b>	6	6	6	6	6
<b>IVC*</b>	<b>0,91</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Conforme verificado, a validade do conteúdo da Etapa 3 “Avaliação direta e focal do cliente” foi julgada por 11 avaliadores, uma vez que dois juízes não responderam ao formulário, representado uma desistência de 15,4 %. Apesar de um dos juízes discordar em relação à adequação do nome, obteve-se alta concordância que validaram todos os critérios. O índice alcançou o IVC de 0,90 necessário ao tamanho amostral de 11 juízes. O IVC geral foi 0,98.

Nos critérios qualitativos foram apresentadas duas observações referentes à denominação da etapa, com sugestões para adequação do item. O juiz que pontuou com menor valor ao critério de adequação não fez considerações.

A abordagem ao teste de confiabilidade interavaliadores (k), obteve-se como valor 0,96, evidenciando uma alta concordância entre os juízes ao conteúdo da etapa de “Avaliação direta e focal do cliente”.

**Tabela 16: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco no processo diagnóstico. Brasil, 2013.**

Variáveis	NOME				Posição
	Adequado	Clareza	Concisão	Precisão	
<b>Mediana</b>	6	6	6	6	6
<b>Moda</b>	6	6	6	6	6
<b>Mínimo</b>	4	4	4	4	5
<b>Máximo</b>	6	6	6	6	6
<b>IVC*</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Pelas medianas, modas e pelo IVC os critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para a estratégia de “Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco” foram julgados pelos 11 avaliadores, que validaram todos os critérios com alta concordância, conforme os resultados apresentados na tabela 16.

Nas considerações qualitativas, o nome atribuído recebeu apenas uma sugestão que não alterou o significado do mesmo.

As tabelas 17 a 23 apresentam os resultados para concordância em relação ao conteúdo da ETAPA 4 (**Tratamento dos dados após o encontro com o cliente**) e das ESTRATÉGIAS (**Clarificação dos dados; Atribuição de significados aos indícios; Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes; Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo; Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais; Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes**).

**Tabela 17: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão e precisão do nome e posição da Etapa 4 de *Tratamento dos dados após o encontro com o cliente*. Brasil, 2013.**

Variáveis	NOME				Posição
	Adequado	Clareza	Concisão	Precisão	
<b>Mediana</b>	5	5,5	5,5	5	6
<b>Moda</b>	5	6	6	6	6
<b>Mínimo</b>	3	4	4	4	5
<b>Máximo</b>	6	6	6	6	6
<b>IVC*</b>	<b>0,90</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Conforme verificado da tabela 17, a validade do conteúdo da Etapa 4 “Tratamento dos dados após o encontro com o cliente”, o índice alcançou o IVC de 0,90 necessário ao tamanho amostral de 10 juízes. O IVC geral foi 0,98.

Nos critérios qualitativos foram encaminhadas cinco observações referentes a denominação da Etapa 4, com sugestões para modificação do nome.

O grau de confiabilidade interavaliadores (k) foi 0,96, evidenciando uma alta concordância ao conteúdo da etapa de “Tratamento dos dados após o encontro com o cliente”.

**Tabela 18: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de *Clarificação dos dados*. Brasil, 2013.**

Variáveis	NOME				Posição
	Adequado	Clareza	Concisão	Precisão	
<b>Mediana</b>	5	6	5,5	6	5,5
<b>Moda</b>	6	6	6	6	6
<b>Mínimo</b>	3	4	4	4	4
<b>Máximo</b>	6	6	6	6	6
<b>IVC*</b>	<b>0,90</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Conforme verificado da tabela 18, a validade do conteúdo da estratégia “Clarificação dos dados” foi julgada por 10 avaliadores. Os resultados apresentados demonstraram alta concordância entre os juízes quanto aos critérios estabelecidos e o índice alcançou o IVC necessário ao tamanho amostral. O IVC geral foi 0,96.

Nos critérios qualitativos foram encaminhadas duas observações referentes a denominação da Etapa 4, uma fazendo sugestão para alterá-lo e outra justificando a não concordância ao critério de adequação do nome.

Conforme os dados apresentados, o grau de concordância (k) entre os juízes ao conteúdo da estratégia de “Clarificação dos dados” foi 0,93, evidenciando alta concordância interavaliadores.

**Tabela 19: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de *Atribuição de significados aos indícios*. Brasil, 2013.**

Variáveis	NOME				Posição
	Adequado	Clareza	Concisão	Precisão	
<b>Mediana</b>	6	6	6	6	5,5
<b>Moda</b>	6	6	6	6	6
<b>Mínimo</b>	3	4	4	4	3
<b>Máximo</b>	6	6	6	6	6
<b>IVC*</b>	<b>0,92</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,92</b>

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

A validade do conteúdo da estratégia “Atribuição de significados aos indícios” foi julgada por 10 avaliadores, conforme verificado da tabela 19. O índice alcançou o IVC necessário ao tamanho amostral estabelecido de 10 juízes, demonstrando alta concordância entre os juízes para os critérios estabelecidos. O IVC geral foi 0,96.

Nos critérios qualitativos não foram encaminhadas observações por parte dos juízes que justificassem os valores atribuídos.

Ao teste de confiabilidade interavaliadores (k), o valor obtido foi 0,92, evidenciando uma alta concordância ao conteúdo da estratégia de “Atribuição de significados aos indícios”.

**Tabela 20: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de *Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes*. Brasil, 2013.**

Variáveis	NOME				Posição
	Adequado	Clareza	Concisão	Precisão	
<b>Mediana</b>	5	5	5	5	6
<b>Moda</b>	6	5	5	5	6
<b>Mínimo</b>	2	4	4	4	5
<b>Máximo</b>	6	6	6	6	6
<b>IVC*</b>	<b>0,78</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Conforme verificado da tabela 20, a validade do conteúdo da estratégia “Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes” foi

julgada por 09 avaliadores, uma vez que um juiz não considerou a estratégia pertinente ao processo diagnóstico. Ainda que o nome da etapa tenha alcançado validade com seus valores de mediana e moda, o IVC não alcançou o valor necessário de 0,91 para validação do item. Para os demais itens, os resultados apresentados demonstraram alta concordância entre os juízes quanto aos critérios estabelecidos. O IVC geral foi 0,95.

Nos critérios qualitativos foram encaminhadas duas observações por parte dos juízes à denominação da estratégia, uma delas sugerindo a retirada de palavra de mesmo sentido no nome e outra sugerindo substituição de um termo usado, justificando os valores atribuídos.

Considerando a confiabilidade interavaliadores (k), o valor obtido foi 0,92, evidenciando uma alta concordância entre os juízes ao conteúdo da estratégia de “Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes”.

**Tabela 21: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de Geração de uma ou mais hipóteses em cada grupo. Brasil, 2013.**

Variáveis	NOME				Posição
	Adequado	Clareza	Concisão	Precisão	
<b>Mediana</b>	6	6	6	6	6
<b>Moda</b>	6	6	6	6	6
<b>Mínimo</b>	4	5	5	4	5
<b>Máximo</b>	6	6	6	6	6
<b>IVC*</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Conforme verificado na tabela 21, a validade do conteúdo da estratégia “Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo” foi julgada por 10 avaliadores, que validaram todos os critérios com alta concordância.

Nos critérios qualitativos foram encaminhadas duas observações por parte dos juízes à denominação da estratégia, uma delas sugerindo a retirada de termos de significados semelhantes e outra sugerindo especificação de termo para maior compreensão do aprendiz, classificado no estudo como um iniciante na tarefa diagnóstica.

**Tabela 22: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de *Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais*. Brasil, 2013.**

Variáveis	NOME				Posição
	Adequado	Clareza	Concisão	Precisão	
<b>Mediana</b>	6	6	6	6	6
<b>Moda</b>	6	6	6	6	6
<b>Mínimo</b>	5	5	5	5	5
<b>Máximo</b>	6	6	6	6	6
<b>IVC*</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

A validade do conteúdo da estratégia “Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais” foi julgada por 09 avaliadores que validaram todos os critérios com alta concordância, conforme verificado da tabela 22, uma vez que um juiz não considerou a estratégia válida no processo diagnóstico.

Nos critérios qualitativos não foram encaminhadas observações por parte dos juízes à denominação da estratégia ou a sua posição no raciocínio diagnóstico.

**Tabela 23: Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão; precisão e posição da Estratégia de *Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes*. Brasil, 2013.**

Variáveis	NOME				Posição
	Adequado	Clareza	Concisão	Precisão	
<b>Mediana</b>	5	6	6	6	6
<b>Moda</b>	6	6	6	6	6
<b>Mínimo</b>	4	4	4	4	5
<b>Máximo</b>	6	6	6	6	6
<b>IVC*</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Conforme verificado na tabela 23, a validade do conteúdo da estratégia “Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes” foi julgada por 09 avaliadores, que validaram todos os critérios com alta concordância, uma vez que um juiz não considerou a estratégia válida no processo diagnóstico.

Nos critérios qualitativos, apenas uma observação foi encaminhada para consideração quanto ao nome da estratégia.

Os juízes também foram questionados em relação à ordem das estratégias “Clarificação dos dados”; “Atribuição de significados aos indícios”; “Categorização dos



significados atribuídos em grupos com características semelhantes”; “Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo”; “Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais”; “Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes” na etapa de tratamento dos dados, a fim de verificar se a sequência proposta é adequada ao processo diagnóstico. 98% dos juízes concordaram com a ordem das estratégias, e não houve observações ao item de avaliação.

#### 4.2.3 Dados qualitativos derivados dos juízes:

Para avaliação final dos itens quanto aos critérios de avaliação da concordância do estudo, as observações dos juízes serão apresentadas em quadros para análise qualitativa e discussão.

O quadro 1 a seguir apresenta uma síntese das observações referentes aos resultados para avaliação da ETAPA 1 de “Coleta de dados que antecedem o encontro com o cliente” e da ESTRATÉGIA de “Avaliação indireta do cliente”.

**Quadro 1 - Observações dos juízes para avaliação da etapa de *Coleta de dados que antecedem o encontro com o cliente* e da estratégia de *Avaliação indireta do cliente*. Brasil, 2013.**

CATEGORIA DO ITEM	<i>f</i>	%	OBSERVAÇÃO
Nome atribuído à etapa	01	7,7	Substituir “encontro” por “consulta”;
Nome atribuído à estratégia	02	15,4	Substituir por “Obtenção indireta de dados”; “Avaliação inicial” ou “ <i>assessment inicial</i> ”
Outras	03	23,1	Incluir a definição de alguns itens ou termos para maior esclarecimento (dois juízes); Não há necessidade de uma etapa separada, pois ela já está inserida na coleta de dados primários e secundários dos modelos atuais (Histórico/Investigação/Coleta)

O quadro 2 a seguir apresenta uma síntese das observações referentes aos resultados para avaliação da ETAPA 2 de “Coleta de dados no encontro com o cliente” e das ESTRATÉGIAS de “Avaliação direta e geral do cliente” e “Avaliação do ambiente de coleta”.

**Quadro 2 - Observações dos juízes para avaliação da etapa de Coleta de dados no encontro com o cliente e das estratégias de Avaliação direta e geral do cliente e Avaliação do ambiente de coleta. Brasil, 2013.**

<b>CATEGORIA DO ITEM</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
Nome atribuído à etapa	01	7,7	Acrescentar “cliente/família”
Posição da etapa	01	7,7	Nas situações de urgência/emergência a coleta pode ter que iniciar pelo encontro ou avaliação direta
Nome atribuído à estratégia 1 (Avaliação direta e geral do cliente)	03	23,1	Substituir por “avaliação geral do cliente para obtenção de dados diretos; Descrever que a etapa de avaliação inicial do cliente consiste em entrevista e em exame físico para maior clareza; Concorda com a estratégia, mas é contra o nome dado
Outras	02	15,4	Não concorda que o ambiente interfere na coleta, mas as condições de moradia, sociais e outras que vão interferir; É uma estratégia adicional, pois o importante é a coleta de dados sobre o estado de saúde do cliente

O quadro 3 a seguir apresenta uma síntese das observações referentes aos resultados para avaliação da ETAPA 3 de “Avaliação direta e focal do cliente” e da ESTRATÉGIA de “Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras”.

**Quadro 3 - Observações dos juízes para avaliação da etapa de Avaliação direta e focal do cliente e da estratégia de Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco. Brasil, 2013.**

<b>CATEGORIA DO ITEM</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
Nome atribuído à etapa	02	18,2	Substituir por “Avaliação direta e focal” ou acrescentar nas finalidades o momento do enfermeiro identificar os diagnósticos junto ao cliente; Acrescentar algo como anamnese ou exame físico para dar mais clareza à necessidade de examinar o cliente
Posição da etapa	01	9,1	Acrescentar que a ordem não é obrigatória, depende da situação
Nome atribuído à estratégia	01	9,1	Substituir por “avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelas características definidoras (sinais e sintomas) e fatores de risco;
Outras	06	54,5	A avaliação pode ser induzida pela

			<p>experiência profissional para o estabelecimento de diagnósticos mais acurados, seja por novatos ou experientes;</p> <p>Os indícios também podem ser fatores de risco (2 juízes);</p> <p>Os indícios são características definidoras ou fatores relacionados;</p> <p>Os indícios são características definidoras para a classificação da NANDA;</p> <p>Características definidoras e sinais e sintomas representam a mesma categoria de indícios;</p>
--	--	--	---

O quadro 4 a seguir apresenta uma síntese das observações referentes aos resultados para avaliação da ETAPA 4 de “Tratamento dos dados após o encontro com o cliente” e das ESTRATÉGIAS de “Clarificação dos dados”; “Atribuição de significados aos indícios”; “Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes”; “Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo”; “Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais”; “Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes”.

**Quadro 4 - Observações dos juízes para avaliação da etapa de *Tratamento dos dados após o encontro com o cliente* e das estratégias de *Clarificação dos dados; Atribuição de significados aos indícios; Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes; Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo; Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais; Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes*. Brasil, 2013.**

<b>CATEGORIA DO ITEM</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
Nome atribuído à etapa	04	40	Substituir por “dados coletados” para maior adequação; Substituir “tratamento” por “Análise dos dados coletados (2 juízes); Substituir por “interpretação”
Nome atribuído à estratégia 1 (Clarificação dos dados )	01	10	O termo “clarificação” não é claro para o que será feito na estratégia
Nome atribuído à estratégia 3 (Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes )	02	22,2	Retirar “em grupos”; é o mesmo que categorizar; Substituir por “agrupamento dos significados”
Nome atribuído à estratégia 4 (Geração de uma ou mais hipóteses em cada grupo )	02	20	Retirar “em cada grupo”; a hipótese diagnóstica já indica que há um conjunto de indícios; Acrescentar em cada grupo “de dados”,

			para facilitar a compreensão do aprendiz a que grupo está se referindo;
Nome atribuído à estratégia 6 (Focalização da coleta em cada categoria de significados semelhantes )	01	11,1	Excluir “semelhantes”, se a coleta está em cada categoria, significa que os dados já tenham relação entre si

A análise das observações dos juízes revela o contexto das recomendações, na grande maioria de sugestões para ajuste de palavras ou reescrita, de acordo com o quadro 4, de forma a facilitar o entendimento da linguagem pelo iniciante, seja ele estudante ou enfermeiro.

De acordo com os critérios estabelecidos, para medianas 5 e 6 considera-se o item válido e o elemento é revisado quando mais da metade dos respondentes fizerem observações.

No entanto, considerou-se relevante que algumas das sugestões sejam discutidas e até mesmo consideradas, principalmente as que apresentaram índices e validade baixos.

#### **4.3 Análise do conteúdo das operações mentais, comportamentais e afetivas do processo diagnóstico de enfermagem**

A descrição das operações mentais, comportamentais e afetivas propostas pelo diagrama assumiram caráter metacognitivo, possibilitando ao iniciante tomar ciência dos processos de tomada de consciência, monitoração, regulação, crenças e aspectos afetivos da psicologia cognitiva, descritos no texto em forma de perguntas que se baseiam em finalidades, circunstâncias, motivos e explicações para aplicação das estratégias diagnósticas.

Dessa forma, para análise da concordância entre os juízes foram medidos os escores atribuídos aos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para cálculo dos IVCs, apresentados a seguir sob a forma de tabelas.

A seguir, apresentam-se os resultados da validade de conteúdo das operações mentais para a ETAPA 1 – **Coleta de dados que antecedem o encontro com o cliente:**

Os resultados da concordância entre os juízes para a ESTRATÉGIA de “**Avaliação indireta do cliente**” encontram-se na tabela 24.

**Tabela 24: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para Avaliação indireta do cliente. Brasil, 2013.**

IVC					
CRITÉRIOS	Nº	ADEQUAÇÃO	CLAREZA	CONCISÃO	PRECISÃO
FINALIDADES	7	0,94	0,94	0,94	0,92
CIRCUNSTÂNCIAS	2	1	1	1	1
MOTIVOS	7	0,86	0,90	0,89	0,89
EXPLICAÇÕES	4	1	0,98	0,98	0,98

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Para a análise da concordância das operações mentais baseadas em finalidades, circunstâncias, motivos e explicações para cada uma das operações mentais propostas pelo diagrama foram avaliados 80 itens específicos.

De acordo com o cálculo amostral e o nível de confiança adotado no estudo, o IVC para a estratégia é 0,90. Dessa forma, o IVC geral de 0,94 indicou uma ampla validade da estratégia e as medianas mantiveram-se em 5 ou 6. No entanto, três critérios para os motivos não apresentaram validade.

Optou-se por analisar cada item deles em separado na tabela 25, considerando os critérios de validade relacionados à mediana, IVC e ao coeficiente de confiabilidade (k).

**Tabela 25: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à Avaliação indireta do cliente. Brasil, 2013.**

Finalidades da estratégia	Md*	IVC	k
Fornecer uma ideia geral da condição do cliente ou grupo de clientes ( <i>assessment inicial</i> )	6	1	1
Favorecer o direcionamento da atenção clínica e áreas de coleta de dados na avaliação direta e geral	6	1	1
Coletar dados secundários (exames laboratoriais e de imagem, informações passadas por outros enfermeiros e possíveis revisões de literatura)	6	1	1
Assegurar a continuidade da assistência prestada através da transmissão de informações entre os profissionais	6	0,92	0,84
Oferecer a possibilidade de perceber mudanças no quadro clínico	6	0,92	0,84
Focalizar pontos importantes para maior investigação no encontro com o cliente	6	0,92	0,84
A avaliação indireta do cliente aumenta a efetividade da informação e processamento da informação coletada	5	0,85	0,72
Circunstâncias da estratégia	Md*	IVC	k
A avaliação indireta do cliente é desenvolvida na passagem de plantão	6	1	1
A avaliação indireta do cliente é desenvolvida na leitura de prontuário	6	1	1

Continuação Tabela 25

<b>Motivos da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
O cliente pode apresentar mudanças no quadro clínico que podem ser informadas por fonte indireta	6	1	1
As informações de dados entre os profissionais precisam ser transmitidas e coletadas	6	1	1
É preciso observar e processar as informações coletadas	6	0,92	0,84
Nem sempre há dados suficientes na coleta pela avaliação direta	5	0,90	0,81
É uma fonte segura de julgamento clínico que já fornece informações antes da avaliação direta	6	0,85	0,82
A avaliação indireta do cliente mantém o diagnosticador dentro da capacidade de memória de trabalho, reduzindo o esforço cognitivo	5	0,83	0,70
Existem dados já observados e processados na avaliação indireta do cliente	5	0,71	0,55
<b>Explicações da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Utilizar modelos assistenciais e de passagem de plantão que favoreçam o fluxo das informações, viabilizando uma comunicação eficaz.	6	1	1
Utilizar fontes externas como documentos assistenciais, reuniões de discussão clínicas, conversa com familiares e outros do convívio (família ou pessoas significativas).	6	1	1
Consultar os registros clínicos, exames laboratoriais e de imagem, dados sobre estilo de vida, grupo étnico, ocupação, condições socioeconômicas e outras.	6	1	1
Utilizar estratégias de comunicação eficazes entre as equipes	6	0,94	0,88

\* Md = Valores da Mediana

Pelos resultados apresentados para a estratégia, foi possível observar que não alcançaram o IVC de 0,90 os seguintes itens: “A avaliação indireta aumenta a efetividade da informação e processamento da informação coletada”; “É uma fonte segura de julgamento clínico que já fornece informações antes da avaliação direta”; “A avaliação indireta do cliente mantém o diagnosticador dentro da capacidade de memória de trabalho, reduzindo o esforço cognitivo.” e “Existem dados já observados e processados na avaliação indireta do cliente”. A confiabilidade entre os juízes para os itens acima foi mediana (0,55 a 0,72) de acordo com o Kappa, enquanto que todos os outros itens obtiveram alta confiabilidade.

As observações dos juízes para os itens que não apresentaram validade de encontram-se no quadro 5 para análise qualitativa.

**Quadro 5 - Observações dos juízes para avaliação das operações mentais ligadas à Avaliação indireta do cliente.**

<b>ITEM</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
A avaliação indireta aumenta a	03	23,1	“Efetividade não é a melhor palavra”;

efetividade da informação e processamento da informação coletada			Excluir a palavra “informação”; Não está claro de que forma a avaliação inicial aumentaria a efetividade da observação e processamento da informação coletada. Só se for da informação subsequente
É uma fonte segura de julgamento clínico que já fornece informações antes da avaliação direta	04	30,7	“Segura” não é adequado, pois a qualidade dos registros nem sempre é segura e completa, na realidade atual; Excluir “já”; Nem sempre é segura e completa, mas são fontes importantes para o julgamento clínico
A avaliação indireta do cliente mantém o diagnosticador dentro da capacidade de memória de trabalho, reduzindo o esforço cognitivo	03	23,1	Reduzir o esforço não é adequado, é um facilitador; Sugere “propicia ao diagnosticador manter a memória de trabalho...”; Não consigo compreender como a "avaliação indireta do paciente" reduz o esforço cognitivo. Não concorda com “reduz”, acredita que ela aumenta o esforço por obter informações relevantes e outras não, para à partir delas julgar as que são pertinentes e as que serão eliminadas
Existem dados já observados e processados na avaliação indireta do cliente	03	23,1	Se existem dados então não há necessidade da etapa à seguir; Não está claro se são de outros profissionais ou não; Não está claro se por existirem dados já coletados é motivo para realizar avaliação inicial. A consulta aos registros é uma fonte de coleta e não um motivo.

A análise das observações dos juízes revela o contexto das recomendações quanto à necessidade de reformulação ou exclusão dos itens não validados, conforme resultados apresentados no quadro 5.

De acordo com os critérios estabelecidos, para medianas 5 e 6 considera-se o item válido e o elemento é revisado quando mais da metade dos respondentes fizerem observações.

No entanto, considerou-se relevante que algumas das sugestões sejam discutidas e até mesmo consideradas, principalmente as que apresentaram índices e validade baixos.

Foi solicitado aos juízes que apontassem outras circunstâncias em que poderia ocorrer avaliação indireta do cliente, sendo sugeridas as seguintes ocasiões: *rounds* ou

discussão de casos com as equipes multidisciplinares (38,5%); conversa com familiares, acompanhantes e outros (15,4%).

Apresentam-se a seguir os resultados da validade de conteúdo das operações mentais para a ETAPA 2 – **Coleta de dados no encontro com o cliente:**

Os resultados da concordância entre os juízes para a ESTRATÉGIA de “Avaliação direta e geral do cliente” encontram-se na tabela 26.

**Tabela 26: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para Avaliação direta e geral do cliente. Brasil, 2013.**

IVC					
CRITÉRIOS	Nº	ADEQUAÇÃO	CLAREZA	CONCISÃO	PRECISÃO
FINALIDADES	5	0,95	0,91	0,91	0,91
CIRCUNSTÂNCIAS	1	0,85	0,85	0,85	0,85
MOTIVOS	3	0,92	0,90	0,90	0,90
EXPLICAÇÕES	9	0,96	0,95	0,95	0,95

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Para a análise da concordância das operações mentais baseadas em finalidades, circunstâncias, motivos e explicações para cada uma das operações mentais propostas pelo diagrama foram avaliados 72 itens específicos.

De acordo com o cálculo amostral e o nível de confiança adotado, o IVC para considerar a estratégia válida é 0,90. Dessa forma, o IVC geral de 0,93 indicou uma ampla validade e as medianas mantiveram-se em 5 ou 6. No entanto, observou-se que todos os critérios em relação às circunstâncias não alcançaram o IVC.

Analisou-se cada item em separado, considerando os critérios de validade relacionados à mediana, IVC e ao coeficiente de confiabilidade (k), conforme apresentado na tabela 27.

**Tabela 27: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à Avaliação direta e geral do cliente. Brasil, 2013.**

Finalidades da estratégia	Md*	IVC	k
Estabelecer relação terapêutica de ajuda com o cliente, identificando os padrões funcionais de saúde alterados	6	1	1
Servir de guia para a elaboração de inferências pré-diagnósticas que limitam as possibilidades diagnósticas	6	0,94	0,88
Introduzir a coleta de dados focalizada para dados subsequentes	6	0,92	0,85
Identificar situações que necessitem abordagem imediata	6	0,88	0,79



Continuação Tabela 27

<b>Finalidades da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Avaliar o estado de saúde do cliente para aquisição e interpretação de informações clínicas gerais e do ambiente	5	0,85	0,72
<b>Circunstâncias da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
A avaliação direta e geral do cliente é desenvolvida sempre que houver coleta de dados no encontro	6	0,85	0,72
<b>Motivos da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Existem mudanças no estado evolutivo do cliente, da admissão até a alta	6	1	1
Existem manifestações que necessitam de abordagem imediata	6	0,92	0,85
Existem manifestações que se apresentam de forma ampla em relação com o meio	5	0,79	0,64
<b>Explicações da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Avaliar dados objetivos e subjetivos focalizados no problema durante a observação, quando houver instabilidade fisiológica ou psicológica aparente	6	1	1
Obter dados por meio de <i>menu</i> ou roteiro de entrevista estruturado em padrões funcionais de saúde ou focos de atenção de enfermagem, focalizado nas queixas do cliente e nas prioridades	6	1	1
Adquirir dados objetivos em ambiente favorável, antes, durante ou depois da entrevista clínica, pelo exame físico	6	1	1
Utilizar técnicas específicas para exame físico (inspeção, palpação, percussão e ausculta) que permitem confirmar evidências prévias, através do <i>menu</i> referencial	6	1	1
Reconhecer evidências e gerar significações clínicas de acordo com a visão de mundo, conhecimento do enfermeiro, habilidades e visão do cliente frente à coleta	6	0,94	0,88
Reconhecer manifestações de natureza não verbal pela observação	6	0,92	0,85
Estabelecer conversa empática durante a entrevista, evitando a coleta de dados motivada por interesses puramente diagnósticos	6	0,92	0,85
Decidir quais os focos a serem investigados e a melhor estratégia	6	0,92	0,85
Determinar a necessidade ou não de abordagem imediata pela observação	6	0,85	0,72

\* Md = Valores da Mediana

Pelos resultados apresentados para a estratégia, foi possível observar que não alcançaram o IVC ideal de 0,90 os seguintes itens: “Identificar situações que necessitem abordagem imediata”; “Avaliar o estado de saúde do cliente para aquisição e interpretação de informações clínicas gerais e do ambiente”; “A avaliação direta e geral do cliente é desenvolvida sempre que houver coleta de dados no encontro”; “Existem manifestações que se apresentam de forma ampla em relação com o meio”; “Determinar a necessidade ou não de abordagem imediata pela observação”. A confiabilidade entre os juízes para os itens foi mediana (0,64 a 0,72) de acordo com o Kappa, enquanto que todos os outros itens obtiveram alta confiabilidade.

Encontram-se no quadro 6 as observações dos juízes para os itens acima, para análise qualitativa.

**Quadro 6 - Observações dos juízes para avaliação das operações mentais ligadas à Avaliação direta e geral do cliente.**

ITEM	<i>f</i>	%	OBSERVAÇÃO
Identificar situações que necessitem abordagem imediata	02	15,4	Substituir abordagem imediata por intervenções/atividades de enfermagem ou adicionar o termo; Não está claro o que quer dizer abordagem imediata
Avaliar o estado de saúde do cliente para aquisição e interpretação de informações clínicas gerais e do ambiente	03	23,1	Não está claro que ambiente é esse; Separar condições clínicas de condições do ambiente, são finalidades diferentes; Incluir aspectos sociais e espirituais
A avaliação indireta do cliente é desenvolvida sempre que houver coleta de dados no encontro	02	15,4	Durante todo o encontro sempre há coleta de dados para inferências diagnósticas
Existem manifestações que se apresentam de forma ampla em relação com o meio	03	23,1	Não há clareza e entendimento (dois juízes); Concorda com o motivo, mas não há clareza e precisão
Determinar a necessidade ou não de abordagem imediata pela observação	01	7,7	A assertiva é um “motivo” para a avaliação direta e geral e não uma “explicação” de como fazer

De acordo com os critérios estabelecidos, os itens com baixa concordância não entraram nos critérios para revisão, no entanto considerou-se relevante que algumas das sugestões apresentadas no quadro 6 sejam discutidas e até mesmo consideradas, uma vez que a maioria refere-se a ajustes de palavras e termos, falta de clareza e adequação às operações mentais.

A tabela 28 apresenta os resultados da concordância entre os juízes para a ESTRATÉGIA de “Avaliação do ambiente de coleta”.

**Tabela 28: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para Avaliação do ambiente de coleta. Brasil, 2013.**

IVC					
CRITÉRIOS	Nº	ADEQUAÇÃO	CLAREZA	CONCISÃO	PRECISÃO
FINALIDADES	1	0,92	0,92	0,92	0,92
CIRCUNSTÂNCIAS	1	0,83	0,83	0,83	0,83
MOTIVOS	2	1	1	1	1
EXPLICAÇÕES	4	1	1	1	1

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Para a análise da concordância das operações mentais baseadas em finalidades, circunstâncias, motivos e explicações para as operações mentais, foram avaliados 32 itens específicos.

De acordo com o cálculo amostral e o nível de confiança adotado, o IVC para a estratégia é 0,92. Dessa forma, o IVC geral de 0,97 indicou uma ampla validade da estratégia e as medianas mantiveram-se em 5 ou 6. No entanto, observa-se que ao analisar os critérios separadamente, apenas as circunstâncias não alcançaram o IVC ideal.

Optou-se por analisar cada item em separado na tabela 29, considerando os critérios de validade relacionados à mediana, IVC e ao coeficiente de confiabilidade (k).

**Tabela 29: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à Avaliação do ambiente de coleta. Brasil, 2013.**

<b>Finalidades da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Avaliar condições mínimas de privacidade em relação ao ambiente da coleta	6	0,92	0,83
<b>Circunstâncias da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
A avaliação do ambiente de coleta é desenvolvida sempre que houver coleta de dados no encontro	6	0,83	0,70
<b>Motivos da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
A falta de privacidade, os ruídos do ambiente e a interrupção interferem na coleta de dados	6	1	1
O ambiente interfere diretamente no registro e compreensão das informações clínicas, no julgamento diagnóstico e no planejamento	6	1	1
<b>Explicações da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Respeitar a privacidade do cliente; se necessário usar divisórias ou biombo	6	1	1
Realizar a coleta de dados, se possível, em sala bem equipada para atender aos procedimentos envolvidos	6	1	1
Manter clareza adequada ao exame físico	6	1	1
Eliminar fontes de ruídos e evitar interrupções por parte da equipe durante o exame	6	1	1

\* Md = Valores da Mediana

Pelos resultados apresentados para a estratégia, foi possível observar que apenas o seguinte item não alcançou o IVC ideal de 0,92: “A avaliação do ambiente de coleta é desenvolvida sempre que houver coleta de dados no encontro”. A confiabilidade entre os juízes para o item foi mediana (0,70) de acordo com o Kappa, enquanto que todos os outros itens obtiveram alta confiabilidade.

O quadro 7 apresenta as observações dos juízes para análise qualitativa do item.

**Quadro 7 - Observações dos juízes para avaliação das operações mentais ligadas à Avaliação do ambiente de coleta.**

ITEM	<i>f</i>	%	OBSERVAÇÃO
A avaliação do ambiente de coleta é desenvolvida sempre que houver coleta de dados no encontro	03	25	Durante todo o encontro (dois juízes); Em toda situação de cuidado

Pode-se observar pelas considerações dos juízes ao item que a baixa concordância refere-se a ajustes da frase, de acordo com o quadro 7, assim como nas circunstâncias da estratégia anterior, que deve estar ocorrendo durante todo o encontro com o cliente, já que trata-se de uma etapa de coleta.

A seguir apresentam-se os resultados da validação de conteúdo das operações mentais para a ETAPA 3 – **Avaliação direta e focal do cliente:**

A tabela 30 apresenta os resultados da concordância entre os juízes para a ESTRATÉGIA de “Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco”.

**Tabela 30: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco. Brasil, 2013.**

IVC					
CRITÉRIOS	Nº	ADEQUAÇÃO	CLAREZA	CONCISÃO	PRECISÃO
FINALIDADES	6	1	1	0,98	0,98
CIRCUNSTÂNCIAS	4	0,89	0,89	0,89	0,89
MOTIVOS	7	0,99	0,99	0,99	0,99
EXPLICAÇÕES	4	0,98	0,98	0,98	0,98

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Para a análise da concordância das operações mentais baseadas em finalidades, circunstâncias, motivos e explicações foram avaliados 124 itens. De acordo com o cálculo

amostral e o nível de confiança adotado, o IVC para a estratégia é 0,91. Dessa forma, o IVC geral de 0,96 indicou uma ampla validade da estratégia e as medianas mantiveram-se entre 5 e 6. No entanto, observa-se que ao analisar os critérios separadamente, as circunstâncias não alcançaram o IVC ideal.

Considerando os critérios de validade relacionados à mediana, IVC e ao coeficiente de confiabilidade (k), optou-se mais uma vez por analisar cada item em separado na tabela 31.

**Tabela 31: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à Avaliação direta e focal relacionada aos indícios pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco. Brasil, 2013.**

<b>Finalidades da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Coletar informações sobre as condições críticas já levantadas por outros enfermeiros, direcionando ou focalizando a avaliação clínica	6	1	1
Determinar o estado do diagnóstico(s) de enfermagem em mantido, piorado ou resolvido, de acordo com os sinais e sintomas/característica(s) definidora(s) e fator(es) de risco	6	1	1
Prosseguir a avaliação considerando a condição de saúde do cliente gerada por diagnósticos anteriores	6	1	1
Pesquisar novos diagnósticos e traçar um novo plano de cuidados se necessário	6	1	1
Favorecer o estabelecimento de novas estratégias terapêuticas para diagnósticos de enfermagem refratários e o julgamento de novos diagnósticos de enfermagem diante dos dados disponíveis	6	1	1
Garantir a continuidade do cuidado prestado e o tratamento permanente do(s) diagnóstico(s) de enfermagem de difícil resolução	5	0,95	0,91
<b>Circunstâncias da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
A avaliação direta e focal é desenvolvida em ambiente favorável ao exame	6	1	1
A avaliação direta e focal é desenvolvida após a avaliação direta e geral	6	0,91	0,82
A avaliação direta e focal é desenvolvida em situações de urgência resolvidas	6	0,91	0,82
A avaliação direta e focal é desenvolvida na avaliação inicial ou primeira consulta	6	0,91	0,82
A avaliação direta e focal é desenvolvida sempre que existirem novos diagnósticos de enfermagem	6	0,82	0,67
A avaliação direta e focal é desenvolvida após avaliações de outras especialidades com considerações críticas	5,5	0,82	0,67
<b>Motivos da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
A coleta de dados exige um direcionamento e uma especificidade voltada para a situação do cliente	6	1	1
A avaliação diagnóstica precisa ser contínua	6	1	1
Os sinais e sintomas/característica(s) definidora(s) e os fator(es) de risco podem se manter, piorar ou resolver	6	1	1
Muitos clientes apresentam novos sinais e sintomas/característica(s) definidora(s) e fator(es) de risco que indicam a presença de novos diagnósticos	6	1	1
Algumas intervenções podem necessitar de novas estratégias terapêuticas	6	1	1

Continuação Tabela 31

<b>Motivos da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
A avaliação precisa ser baseada em evidências (Prática Baseada em Evidência) e não apenas pela experiência individual	6	1	1
Muitos clientes já possuem diagnósticos pré-existentes que precisam ser avaliados e resolvidos	6	0,91	0,82
<b>Explicações da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Utilizar indícios derivados dos sinais e sintomas/característica(s) definidora(s) e fator(es) de risco para reavaliação dos diagnósticos prévios	6	1	1
Examinar criteriosamente e monitorar os sinais e sintomas/característica(s) definidora(s) ou fatores de riscos associados	6	1	1
Continuar monitorando os sinais e sintomas/característica(s) definidora(s) após implementar a conduta mais adequada para avaliar a melhora do diagnóstico de enfermagem	6	1	1
Reavaliar as intervenções instituídas na manutenção do diagnóstico(s) de enfermagem em piorado ou não, considerando o(s) fator(es) de risco	6	0,91	0,82

\* Md = Valores da Mediana

Pelos resultados apresentados para a estratégia, foi possível observar que apenas as seguintes circunstâncias não alcançaram o IVC ideal de 0,91: “A avaliação direta e focal é desenvolvida sempre que existirem novos diagnósticos de enfermagem” e “A avaliação direta e focal é desenvolvida após avaliações de outras especialidades com considerações críticas”. A confiabilidade entre os juízes para os itens foi mediana (0,67) de acordo com o Kappa, enquanto que todas as outras assertivas obtiveram alta confiabilidade.

As observações dos juízes para os itens acima se encontram no quadro 8, para análise qualitativa.

**Quadro 8 - Observações dos juízes para avaliação das operações mentais ligadas à Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco.**

<b>ITEM</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
A avaliação direta e focal é desenvolvida sempre que existirem novos diagnósticos de enfermagem	02	18,2	Novos diagnósticos de enfermagem são elaborados a partir dos indícios; Sempre que existirem “novas pistas” e não “novos diagnósticos”
A avaliação direta e focal é desenvolvida após avaliações de outras especialidades com considerações críticas	03	27,3	A avaliação não é condicionada a avaliação após outras especialidades; Desde que se confirme ou não a avaliação de outras especialidades; Substituir por “Após as avaliações de outras especialidades que façam considerações críticas ou novas a respeito da condição do cliente”

De acordo com o quadro 8, pode-se observar que as considerações dos juízes apontam as razões para a baixa concordância aos itens; sugerem novas proposições com maior clareza e de melhor compreensão ao diagnosticador.

Os juízes foram solicitados a sugerirem outras circunstâncias para a avaliação direta e focal, caso desejassem. No entanto, apenas um (9,1%) juiz fez a seguinte sugestão:

“Quando não existir consenso sobre o diagnóstico estabelecido ou quando a complexidade da situação não permita o estabelecimento de um diagnóstico definitivo” (J12).

Os juízes avaliaram ainda se a “avaliação direta e focal” poderia ser realizada pela experiência. Oito (72,7%) juízes concordaram que sim; para o juiz (J12), ela pode ser induzida pela experiência profissional, mas a etapa de Avaliação direta e focal do cliente é importante para o estabelecimento de diagnósticos mais acurados, sejam por novatos ou experientes.

Quanto aos indícios, um (9,1%) juiz concorda que também podem ser fatores relacionados.

Apresentam-se a seguir os resultados da validação de conteúdo das operações mentais para a ETAPA 4 – **Tratamento dos dados após o encontro com o cliente:**

A tabela 32 apresenta os resultados da concordância entre os juízes para a ESTRATÉGIA de “Clarificação dos dados”.

**Tabela 32: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para Clarificação dos dados. Brasil, 2013.**

IVC					
CRITÉRIOS	Nº	ADEQUAÇÃO	CLAREZA	CONCISÃO	PRECISÃO
FINALIDADES	5	0,98	0,98	0,94	0,98
CIRCUNSTÂNCIAS	2	1	1	1	1
MOTIVOS	3	0,93	0,93	0,93	0,93
EXPLICAÇÕES	4	0,95	0,95	0,95	0,95

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Para a análise da concordância das operações mentais baseadas em finalidades, circunstâncias, motivos e explicações foram avaliados 56 itens. De acordo com o cálculo amostral e o nível de confiança adotado, o IVC geral de 0,96 alcançou o valor ideal para a

estratégia, de 0,90. Dessa forma, o IVC indicou uma ampla validade da estratégia, as medianas mantiveram-se entre 5 e 6 e todos os critérios alcançaram o IVC ideal.

Os critérios de validade relacionados à mediana, IVC e ao coeficiente de confiabilidade (k) serão considerados por itens na tabela 33.

**Tabela 33: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à *Clarificação dos dados*. Brasil, 2013.**

<b>Finalidades da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Confirmar um achado importante para a situação clínica, com repercussões relevantes para o diagnóstico	6	1	1
Favorecer o levantamento de hipóteses diagnósticas	6	1	1
Eliminar dúvidas existentes em algum dado coletado	6	0,97	0,95
Confirmar ou, melhor entender a informação clínica que está sendo coletada	6	0,97	0,95
Prevenir más interpretações diagnósticas que prejudicam a efetividade do cuidado planejado	5	0,90	0,80
<b>Circunstâncias da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
A clarificação dos dados é desenvolvida sempre que houver dúvidas quanto às informações coletadas	6	1	1
A clarificação dos dados é desenvolvida sempre que julgar necessário a confirmação das informações coletadas como evidências definidoras	6	1	1
<b>Motivos da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
A efetividade do cuidado depende da clareza com que os dados são coletados	6	1	1
Nem sempre os dados coletados estão claros	6	0,90	0,80
Dados coletados podem ser semelhantes, gerando dúvidas e hipóteses errada	6	0,90	0,80
<b>Explicações da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Aplicar a dupla checagem ou repetir o exame objetivo anterior, atentando para os passos corretos e prioritários da técnica ou utilizar outra técnica semiológica para o mesmo exame	6	1	1
Nunca ignorar uma informação que tenha gerado dúvida, pois ela pode ser importante para o real diagnóstico da situação	6	1	1
Questionar termos usados pelo cliente que foram confusos ao entendimento no exame subjetivo	6	0,90	0,80
Solicitar ajuda através da leitura específica, sessões clínicas com o corpo de enfermagem, de conversas com familiares ou pessoas significativas ao cliente, caso não consiga com esforços individuais	5	0,90	0,80

\* Md = Valores da Mediana

Pelos resultados apresentados para a estratégia, foi possível observar que todos os 14 itens alcançaram o IVC ideal de 0,90 e obtiveram alta confiabilidade entre os juízes, de acordo com o Kappa.



A tabela 34 apresenta os resultados da concordância entre os juizes para a estratégia de “Atribuição de significados aos indícios”.

**Tabela 34: Concordância entre juizes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para Atribuição de significados aos indícios. Brasil, 2013.**

IVC					
CRITÉRIOS	Nº	ADEQUAÇÃO	CLAREZA	CONCISÃO	PRECISÃO
FINALIDADES	3	0,93	0,93	0,93	0,93
CIRCUNSTÂNCIAS	2	0,85	0,85	0,85	0,85
MOTIVOS	2	0,90	0,90	0,90	0,90
EXPLICAÇÕES	3	1	1	0,97	1

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Para a análise da concordância das operações mentais baseadas em finalidades, circunstâncias, motivos e explicações foram avaliados 40 itens. De acordo com o cálculo amostral e o nível de confiança adotado, o IVC para a estratégia é 0,90. O IVC geral de 0,93 indicou uma ampla validade e as medianas mantiveram-se entre 5 e 6.

Observa-se ainda que as circunstâncias não alcançaram o IVC ideal para os critérios.

Considerando os critérios de validade relacionados à mediana, IVC e ao coeficiente de confiabilidade (k), analisou-se cada item em separado na tabela 35.

**Tabela 35: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à Atribuição de significados aos indícios. Brasil, 2013.**

Finalidades da estratégia	Md*	IVC	k
Reconhecer uma explicação da situação que está levando o cliente a apresentar determinado indício	6	1	1
Auxiliar o examinador no conhecimento da sua causa principal e compreender se ela é uma resposta humana dentro ou fora dos padrões de normalidade e possível diagnóstico	6	1	1
A atribuição de significados aos indícios aumentar a capacidade de realizar o procedimento com mais perícia	6	0,80	0,64
Circunstâncias da estratégia	Md*	IVC	k
A atribuição de significados aos indícios é desenvolvida de acordo com o tempo estabelecido para reavaliação dos indícios que não foram atribuídos significados	5	0,90	0,80
A atribuição de significados aos indícios é desenvolvida sempre que os indícios forem levantados. Se não ocorrer, solicitar ajuda novamente	5	0,80	0,64
Motivos da estratégia	Md*	IVC	k
Nem sempre a situação que o cliente está apresentando é plausível com a sua causa principal	6	0,90	0,80
O reconhecimento da situação que está levando o cliente a apresentar determinado indício ajuda no conhecimento da sua causa principal	6	0,90	0,80

Continuação Tabela 35

<b>Explicações da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Explorar as crenças, valores, sentimentos e significados que o cliente associa à queixa, nas informações subjetivas	6	1	1
Atribuir significados para as informações coletadas na avaliação clínica e inferir resultados, por meio de habilidades	6	1	1
Contextualizar a informação frente ao conhecimento biológico para depois investigar os elementos físicos que podem levar ao indício encontrado	6	0,97	0,95

\* Md = Valores da Mediana

Pelos resultados apresentados para a estratégia, foi possível observar que dos itens acima, apenas uma finalidade e uma circunstância não alcançaram o IVC ideal de 0,90, respectivamente: “A atribuição de significados aos indícios aumentar a capacidade de realizar o procedimento com mais perícia” e “A atribuição de significados aos indícios é desenvolvida sempre que os indícios forem levantados. Se não ocorrer, solicitar ajuda novamente”. A confiabilidade entre os juízes para os itens foi mediana (0,64) de acordo com o Kappa, enquanto que todas as outras assertivas obtiveram alta confiabilidade.

As observações dos juízes para os itens acima, encontram-se no quadro 9, para análise qualitativa.

**Quadro 9 - Observações dos juízes para avaliação das operações mentais ligadas à Atribuição de significados aos indícios.**

<b>ITEM</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
A atribuição de significados aos indícios aumenta a capacidade de realizar o procedimento com mais perícia	0	0	Não houve observações
A atribuição de significados aos indícios é desenvolvida sempre que os indícios forem levantados. Se não ocorrer, solicitar ajuda novamente	02	20	Solicitar ajuda de quem? De onde vem a ajuda? Rever a escrita; A assertiva não está clara ao entendimento

Diante das observações apresentadas no quadro 9, pode-se observar pelas considerações dos juízes ao item que a baixa concordância refere-se à falta de clareza da assertiva, dificultando o entendimento dos avaliadores, que pontuaram com menores escores.

A tabela 36 apresenta os resultados da concordância entre os juízes para a ESTRATÉGIA de “Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes”.

**Tabela 36: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes. Brasil, 2013.**

IVC					
CRITÉRIOS	Nº	ADEQUAÇÃO	CLAREZA	CONCISÃO	PRECISÃO
FINALIDADES	3	1	1	1	1
CIRCUNSTÂNCIAS	1	1	1	1	1
MOTIVOS	2	1	1	1	1
EXPLICAÇÕES	1	1	1	1	1

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Para a análise da concordância das operações mentais baseadas em finalidades, circunstâncias, motivos e explicações foram avaliados 28 itens.

De acordo com o cálculo amostral e o nível de confiança adotado, o IVC para a estratégia é 0,92. O IVC geral de 1 indicou total validade da estratégia, as medianas mantiveram-se em 6 e todos os critérios alcançaram o IVC máximo.

Os critérios de validade relacionados à mediana, IVC e ao coeficiente de confiabilidade (k) serão considerados por itens na tabela 37.

**Tabela 37: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes. Brasil, 2013.**

<b>Finalidades da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Organizar o trabalho cognitivo no processo diagnóstico, facilitando o levantamento de hipóteses diagnósticas e por fim os diagnósticos de enfermagem	6	1	1
Levantar hipóteses diagnósticas de acordo com as semelhanças entre si, compatíveis com os focos de atenção da enfermagem ou domínio específico da enfermagem representado	6	1	1
Proporcionar a análise dos significados em conjunto com outros significados também importantes, evitando erro diagnóstico	6	1	1
<b>Circunstâncias da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
A categorização dos significados é desenvolvida após a significação dos indícios levantados na coleta	6	1	1
<b>Motivos da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Os dados não agrupados dificultam o levantamento de hipóteses diagnósticas e o diagnóstico de enfermagem propriamente dito, podendo levar ao erro diagnóstico	6	1	1
<b>Explicações da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Realizar agrupamento de significados atribuídos por áreas que representam focos de atenção de enfermagem ou domínio, utilizando um modelo compatível com o referencial teórico (Taxonomias, PFS, PRH) ou modelos de coleta de dados da instituição	6	1	1

\* Md = Valores da Mediana

Pelos resultados apresentados para a estratégia, foi possível observar que todos os itens alcançaram o IVC total e alta confiabilidade entre os juízes, de acordo com o Kappa.

Apesar de validados todos os itens, sugestões de um juiz parecem ser pertinentes para consideração, sugerindo substituição do termo erro diagnóstico por diagnóstico pouco acurado, em conformidade com as literaturas atuais.

A tabela 38 apresenta os resultados da concordância entre os juízes para a ESTRATÉGIA de “Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo”.

**Tabela 38: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo. Brasil, 2013.**

IVC					
CRITÉRIOS	Nº	ADEQUAÇÃO	CLAREZA	CONCISÃO	PRECISÃO
FINALIDADES	2	1	1	1	1
CIRCUNSTÂNCIAS	1	0,90	0,90	0,90	0,90
MOTIVOS	5	0,92	0,92	0,92	0,92
EXPLICAÇÕES	2	1	1	1	1

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Para a análise da concordância das operações mentais baseadas em finalidades, circunstâncias, motivos e explicações foram avaliados 40 itens.

De acordo com o cálculo amostral e o nível de confiança adotado, o IVC para a estratégia é 0,90. O IVC geral de 0,95 indicou ampla validade da estratégia, as medianas mantiveram-se entre 5 e 6 e todos os critérios foram validados.

Os critérios de validade relacionados à mediana, IVC e ao coeficiente de confiabilidade (k) serão considerados por itens na tabela 39.

**Tabela 39: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo. Brasil, 2013.**

Finalidades da estratégia	Md*	IVC	k
Considerar as possibilidades, evitando interpretações errôneas e julgamentos pouco concernentes ao quadro real apresentado pelo cliente	6	1	1
Possibilitar uma aproximação com o diagnóstico atual, tendo em mente as possibilidades diagnósticas para um grupo específico de significações	5	1	1
Circunstâncias da estratégia	Md*	IVC	k
A geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo é desenvolvida logo após o agrupamento de significações, que já pode ter acontecido desde o pré-encontro com o cliente, mesmo que de forma rápida e imperceptível	5	0,90	0,80

Continuação Tabela 39

<b>Motivos da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Reduzem o escopo de dados a serem trabalhados posteriormente	6	1	1
As hipóteses guiam o processo de coleta de dados, permitindo que as próximas etapas sejam realizadas	6	0,90	0,80
As hipóteses são respostas provisórias aos problemas do cliente	5,5	0,90	0,80
À medida que a coleta de dados vai evoluindo, o número de dados aumenta significativamente	5,5	0,90	0,80
A necessidade de ter uma ou mais hipóteses mantém o conjunto de dados dentro de um limite para o processamento	5	0,90	0,80
<b>Explicações da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Tomar conhecimento dos indícios significativos do cliente dentro de um conjunto de possíveis fenômenos de uma mesma categoria de informações já aprendidas ou experimentadas, armazenadas na memória e verificadas por meio de nova coleta de dados focalizada	6	1	1
Usar as habilidades pessoais e solicitar ajuda nos momentos de dificuldade ou consultar a taxonomia de diagnósticos	6	1	1

\* Md = Valores da Mediana

Pelos resultados apresentados para a estratégia, foi possível observar que todos os itens alcançaram o IVC ideal de 0,90 e obtiveram alta confiabilidade entre os juízes, de acordo com o Kappa.

A tabela 40 apresenta os resultados da concordância entre os juízes para a ESTRATÉGIA de “Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais”.

**Tabela 40: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais. Brasil, 2013.**

<b>IVC</b>					
<b>CRITÉRIOS</b>	<b>Nº</b>	<b>ADEQUAÇÃO</b>	<b>CLAREZA</b>	<b>CONCISÃO</b>	<b>PRECISÃO</b>
<b>FINALIDADES</b>	<b>1</b>	1	1	1	1
<b>CIRCUNSTÂNCIAS</b>	<b>1</b>	1	1	1	1
<b>MOTIVOS</b>	<b>3</b>	1	1	1	1
<b>EXPLICAÇÕES</b>	<b>2</b>	1	0,94	0,94	1

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Para a análise da concordância das operações mentais baseadas em finalidades, circunstâncias, motivos e explicações para cada uma das operações mentais propostas pelo diagrama foram avaliados 28 itens específicos.

De acordo com o cálculo amostral e o nível de confiança adotado no estudo, o IVC para a estratégia é 0,92. Dessa forma, o IVC geral de 0,99 indicou uma ampla validade da estratégia, as medianas mantiveram-se em 5 ou 6 e todos os critérios alcançaram o IVC ideal.

Optou-se por analisar cada item deles em separado na tabela 41, considerando os critérios de validade relacionados à mediana, IVC e ao coeficiente de confiabilidade (k).

**Tabela 41: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas ao *Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais*. Brasil, 2013.**

<b>Finalidades da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Evitar o fechamento de um diagnóstico prematuro que acontece quando se aceita o primeiro diagnóstico que vem a mente e depois tentar ajustar os dados do cliente para a confirmação de aceitação da hipótese	6	1	1
<b>Circunstâncias da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
A partir da geração de hipóteses diagnósticas	6	1	1
<b>Motivos da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Os diagnósticos diferenciais são necessários para a formulação de hipóteses e diagnósticos mais precisos	6	1	1
Alguns diagnósticos são parecidos, sendo necessário um conhecimento mais profundo das diferenças diagnósticas para saber diferenciá-los um do outro	6	1	1
Os diagnósticos diferenciais geram competição entre si, forçando a refutação ou confirmação de hipóteses diagnósticas	5	1	1
<b>Explicações da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Refutar ou confirmar hipótese com base no entendimento do fenômeno e não no entendimento superficial de uma causa sem relação direta com o contexto do cliente	6	1	1
Recuperar todas as possibilidades diagnósticas diferenciais para um determinado grupo ou categoria de significados, excluindo as que não se relacionam com o contexto da situação de saúde ou condição de vida do cliente	6	0,94	0,88

\* Md = Valores da Mediana

Pelos resultados apresentados para a estratégia, foi possível observar que todos os itens alcançaram o IVC ideal de 0,92 e obtiveram alta confiabilidade entre os juízes, de acordo com o Kappa.

A tabela 42 apresenta os resultados da concordância entre os juízes para a ESTRATÉGIA de “Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes”.

**Tabela 42: Concordância entre juízes nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes. Brasil, 2013.**

IVC					
CRITÉRIOS	Nº	ADEQUAÇÃO	CLAREZA	CONCISÃO	PRECISÃO
FINALIDADES	4	0,97	0,97	0,97	0,97
CIRCUNSTÂNCIAS	2	1	1	1	1
MOTIVOS	1	1	1	1	1
EXPLICAÇÕES	3	1	1	1	1

\* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Para a análise da concordância das operações mentais baseadas em finalidades, circunstâncias, motivos e explicações para cada uma das operações mentais propostas pelo diagrama foram avaliados 40 itens específicos.

De acordo com o cálculo amostral e o nível de confiança adotado no estudo, o IVC para a estratégia é 0,92. Dessa forma, o IVC geral de 0,99 indicou uma ampla validade da estratégia, as medianas mantiveram-se em 5 ou 6 e todos os critérios alcançaram o IVC ideal.

Optou-se por analisar cada item deles em separado na tabela 43, considerando os critérios de validade relacionados à mediana, IVC e ao coeficiente de confiabilidade (k).

**Tabela 43: Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes. Brasil, 2013.**

<b>Finalidades da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Confirmar ou excluir diagnósticos que estão sendo considerados por meio da coleta de indícios adicionais, perguntas e exames direcionados a uma ou mais hipóteses diagnósticas	6	1	1
Confirmar se a hipótese está correta ou não dentro de um determinado contexto situacional, pela existência de evidências essenciais a sua presença	6	1	1
Formular o diagnóstico, quando a hipótese for confirmada pela focalização da coleta de dados	6	1	1
Garantir o caminho correto no processo diagnóstico, fazendo-o ter mais certeza de acertos ao invés de erros	6	0,89	0,77
<b>Circunstâncias da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Quando as hipóteses diagnósticas forem selecionadas, independente de haver ou não diagnósticos diferenciais	6	1	1
Ao retomar a coleta de dados direcionada à(s) hipótese(s) levantada(s)	6	1	1
<b>Motivos da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
A focalização da coleta após o levantamento de hipóteses e diagnósticos diferenciais determina a confirmação ou exclusão de uma hipótese diagnóstica	6	1	1
<b>Explicações da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Monitorar constantemente os diagnósticos formulados para a delimitação de seu estado evolutivo e não se esquecer das hipóteses refutadas	6	1	1

Continuação Tabela 43

<b>Explicações da estratégia</b>	<b>Md*</b>	<b>IVC</b>	<b>k</b>
Os diagnósticos já resolvidos podem retomar ou permanecer totalmente resolvidos	6	1	1
Através de processos interpessoais colaborativos com os clientes, familiares e outros profissionais, confirmando os diagnósticos e as hipóteses subjetivas	5	1	1

\* Md = Valores da Mediana

Pelos resultados apresentados para a estratégia, foi possível observar que apenas a finalidade a seguir não alcançou o IVC ideal de 0,92 para e obter validade: “Garantir o caminho correto no processo diagnóstico, fazendo-o ter mais certeza de acertos ao invés de erros”, apesar da alta confiabilidade (0,77) entre os juízes, de acordo com o Kappa, assim como os demais itens.

As observações dos juízes para o item acima se encontram no quadro 10, para análise qualitativa.

**Quadro 10 - Observações dos juízes para avaliação das operações mentais ligadas à *Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes.***

<b>ITEM</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
Garantir o caminho correto no processo diagnóstico, fazendo-o ter mais certeza de acertos ao invés de erros	01	11,1	Frase confusa

Pode-se observar que não houve consideração significativa em relação ao item, indicando apenas a razão da baixa concordância para o juiz, enquanto que os demais pontuaram com escores 5 e 6.



## *Discussão*

---

## 5 DISCUSSÃO

Este capítulo destina-se a desenvolver as interpretações dos resultados apresentados no capítulo anterior e desenvolver pontos de reflexão que emergiram dos resultados.

Para conduzir a discussão, as interpretações foram divididas em duas sessões para articulação do debate com os autores referenciados: caracterização dos participantes do estudo e procedimentos das análises do conteúdo. O desenvolvimento dos pontos de reflexão que emergiram dos resultados serão apresentados em função da razão dos dados.

### 5.1 Da caracterização dos participantes do estudo

A identificação e seleção de juízes constituem o cerne dos estudos de abordagem metodológica como os de validação de conteúdo. Os critérios de seleção devem ser cuidadosamente elaborados, de forma a atender as especificidades do objeto de estudo. A escolha inadequada dos critérios pode interferir na fidedignidade dos resultados e do quanto cada componente validado reflete seu verdadeiro construto (GALDEANO; ROSSI, 2006).

A obtenção de peritos que atendam aos critérios não é uma tarefa fácil, ainda mais quando a busca se dá por peritos na temática do diagnóstico de enfermagem devido ao reduzido número de profissionais e, principalmente, pela falta de tempo desses profissionais para responderem aos questionários das pesquisas de validação (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008; GALDEANO; ROSSI, 2006; POMPEO, 2012).

Essa dificuldade foi percebida no estudo em questão quando, dos 77 elegíveis para participação no estudo, apenas 22 responderam, concordando em participar. Dos 22 peritos, foram excluídos os que não assinaram o TCLE, os que apresentaram indisponibilidade de tempo para participação e os que não responderam aos formulários, restando uma amostra de 13 peritos.

Na distribuição dos participantes por região, observou-se a maior concentração de peritos na região sudeste, refletindo tanto o crescimento quanto a concentração de um maior número de Programas de Pós-Graduação em Enfermagem credenciados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) nesta região do país, onde foi encontrado o maior número de grupos de pesquisa com foco em raciocínio diagnóstico cadastrados na Plataforma *Lattes* do CNPq (BARBOSA; SASSO; BERNES, 2009).

Os grupos de pesquisa favorecem a aquisição de peritos com essas especificidades, principalmente no que refere à experiência docente no processo de ensino-aprendizagem do

diagnóstico de enfermagem. Uma vez estando vinculados aos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, estão em crescente integração com a produção do conhecimento.

Outro fator importante apresentado foi em relação à titulação acadêmica do perito, possibilitando maior credibilidade para os dados com a participação de mestres e doutores na temática do ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem. Cabe ressaltar que apenas 01 (7,6 %) dos participantes não possuía mestrado e/ou doutorado na temática e 02 (15,4 %) não possuía experiência docente mínima de um ano.

Estudos de validação por juízes apontaram que as variáveis: experiência profissional e idade dos participantes destacaram uma forte relação, sendo dois importantes pontos positivos para a identificação de peritos. No entanto, a busca por peritos nos grupos de pesquisa do CNPq evidenciou a participação cada vez maior de pesquisadores nos programas de pós-graduação, em consequência dos programas de incentivo aos jovens pesquisadores e iniciação científica das universidades, uma vez que eles já saem da graduação diretamente para o mestrado e deste para o doutorado (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008; BARBOSA; SASSO; BERNES, 2009; POMPEO, 2012).

De acordo com Castro e Rezende (2009), o número de participantes durante o cumulativo das fases varia nas pesquisas que utilizam a técnica Delphi. Geralmente ocorre uma abstenção de 30% a 50% no primeiro ciclo e de 20% a 30% no segundo, podendo inclusive apresentar dificuldade no controle da duração dos ciclos.

## **5.2 Da Análise de conteúdo**

A organização do raciocínio diagnóstico por etapas pautada no evento do encontro entre diagnosticador e o sujeito do cuidado (pré-encontro; encontro e pós-encontro) mostrou ser de grande validade para a elaboração do diagrama, sendo útil na construção de uma ferramenta tecnológica de apoio à decisão para iniciantes, de acordo com os resultados da concordância para pertinência das etapas e sua ordem no processo diagnóstico.

Essa forma de organização contribuiu para a alta concordância e validade de conteúdo do diagrama, onde 91 a 100% dos juízes concordaram com o critério de pertinência das 04 etapas e 70% das estratégias. As demais estratégias receberam concordância por 90% dos juízes.

Corroborando, Alfaro-LeFevre (2010) também assegura a coleta abrangente de dados em três fases, a saber, antes que você veja a pessoa; quando você vê a pessoa e após você ter vista a pessoa.

Muito embora obtido 100% de concordância para a pertinência da etapa de Coleta de dados no pré-encontro, um juiz considerou durante avaliação da adequação ao nome da etapa de coleta de dados no pré-encontro que não há necessidade de uma etapa separada de coleta de dados no pré-encontro, pois ela já está inserida na coleta de dados primários e secundários dos modelos atuais de Histórico/Investigação/Coleta do PE.

No entanto, considera-se que o iniciante na tarefa ainda não possui experiência quanto às habilidades cognitivas e hábitos mentais aplicadas durante o PE. Portanto, a descrição das etapas síncronas ao evento do encontro contém ações preparatórias ou de caráter gerencial como a passagem de plantão, leitura do prontuário e demais relatórios, assim como a participação em *rounds* e generalizações sobre o paciente (CARNEVALI; THOMAS, 1993; BRANDÃO, 1999; LUNNEY, 2011).

Essa avaliação realizada no critério de validação de conteúdo para a etapa refletiu na concordância para a adequação do nome da etapa, que não alcançou o IVC ideal para validar o item. Portanto, pode-se considerar que a discordância ao critério de adequação ao nome, seja apropriada ao critério de não pertinência da etapa e o nome da etapa poderia ter alcançado a validade, já que o juiz concordou com os demais critérios de clareza, concisão e precisão do nome para a etapa de coleta de dados no pré-encontro.

Quando estratégias de competências do domínio cognitivo, comportamental e afetivo são adotadas em associação às etapas, elas oferecem subsídios à prática de enfermagem no desenvolvimento do pensamento crítico no processo diagnóstico, essenciais na tomada de decisão. Desenvolver no aluno competências para diagnosticar requer tomada de consciência, monitoração e regulação de conhecimento e crenças, reconhecimento de aspectos afetivos e de suas influências, de acordo com o referencial metacognitivo, tornando o “aprender a aprender” eficaz (BRANDÃO, 1999; CHARTIER, 2001; SILVA; PEIXOTO; BRANDÃO; FERREIRA; MARTINS, 2011).

Os dados da concordância entre juízes para pertinência das estratégias de raciocínio diagnóstico confirmaram a importância da adoção de habilidades do pensamento crítico.

Quanto à validade de conteúdo das etapas e das estratégias nos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão, apenas 03 itens para adequação dos nomes não alcançaram os critérios de validade estabelecidos, enquanto os demais itens foram validados.

Da análise da concordância entre juízes para a validação de conteúdo das etapas e estratégias diagnósticas e reflexão sobre a opinião dos avaliadores, observou-se que as considerações apontaram sugestões sobre retirada ou substituição de termos que não alteram o

cerne do conteúdo, mas assumem caráter nominativo e pontos de reflexão para maior clareza do instrumento.

Portanto, os resultados apontaram que apesar desses itens não alcançarem a concordância entre os juízes em relação à adequação, as observações dos avaliadores muitas vezes referem-se aos critérios de clareza ou demais critérios do estudo e não propriamente dito ao critério de adequação.

Considerou-se relevante a discussão sobre a sugestão de um juiz para substituir o nome da etapa “Coleta de dados que antecede o encontro com o cliente” a palavra “encontro” por “consulta”, uma vez que ela faz parte da estrutura convencional do diagrama, estando sincronizada em todas as etapas.

O termo consulta parece ser o mais utilizado na literatura de enfermagem, inclusive respaldado pela Resolução Nº 358/2009 (COFEN, 2009) que dispõe sobre a SAE e a implementação do PE nos ambientes onde ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, correspondendo ao usualmente denominado Consulta de Enfermagem.

A consulta representa uma estratégia de desenvolvimento do PE ao passo que o encontro é o evento que marca o contato direto e presencial entre o cliente e o estudante ou enfermeiro (CARNEVALI; THOMAS, 1993; BRANDÃO, 1999). A consulta representa também uma estratégia de investigação aplicada na atenção básica de saúde, no entanto não muito adequada nas situações de atendimento hospitalar. O diagrama prevê seu uso em qualquer situação de atendimento de enfermagem, não estando diretamente relacionado a um ambiente específico ou outro do cuidado.

Os itens não validados foram ajustados e reformulados diante das considerações dos juízes para adequação dos nomes para a versão final, uma vez que apenas esses critérios apresentaram baixos índices de concordância, apesar de serem considerados pertinentes ao processo diagnóstico pelos juízes. Entende-se que a opção por um nome é um critério muito subjetivo, podendo refletir uma preferência individual, tendência de um determinado grupo ou regionalismo.

Na ETAPA 1 – “Coleta de dados que antecede o encontro com o cliente” – duas categorias apresentaram itens não validados que merecem a revisão qualitativa em etapa posterior com Delphi ou revisão da literatura, apesar dos critérios para avaliação das medianas terem sido válidos. Observou-se maior fragilidade na ferramenta em relação aos motivos para a realização da estratégia de “Avaliação indireta” que apresentou 03 itens, enquanto as finalidades apresentaram apenas 01 item. As demais categorias foram todas validadas.

Nesta etapa, a avaliação indireta do cliente aplica habilidades cognitivas do pensamento crítico de busca de informações que o auxiliam interpretar e apoiar os indícios quando tem relação com os diagnósticos, sejam elas pelo consumidor de saúde, a família, o prontuário do paciente, livros sobre determinado problema de saúde, sobre conceitos de respostas humanas e aqueles relacionados aos aspectos do desenvolvimento ou da cultura do consumidor, assim como o uso do discernimento para perceber dados que mereçam consideração, reduzindo a seleção dos indícios a serem levados em consideração durante a análise e outros processos mentais (LUNNEY, 2011). A participação em *rounds*, conforme apontado por 04 juízes, também se aplicam à habilidade de busca de informações, tendo sido incorporado às circunstâncias de realização da avaliação indireta do cliente.

A avaliação indireta oferece a possibilidade de dois processos, a focalização na obtenção de dados específicos por meio da coleta de dados e a detecção das alterações evolutivas que facilitam a avaliação. A primeira, por meio da passagem de plantão e a segunda por meio da leitura de prontuário. Essas características de direcionamento da atenção facilitam a seleção de áreas a serem investigadas e descarte das informações que não possuem importância na situação, reduzindo o esforço cognitivo, aumentando a efetividade da observação e processamento da informação coletada (CARNEVALI; THOMAS, 1993; BRANDÃO, 1999; DIAS, 2009).

Fragilidades em relação à qualidade dos dados coletados na passagem de plantão e leitura de prontuário foram pontuadas por 02 juízes, considerando que nas realidades observadas na prática clínica esses dados são uma fonte de julgamento sim, no entanto, não são seguras. Essas observações sugerem ajustes do item, considerando valores de discordância aos critérios de avaliação.

Na ETAPA 2 – “Coleta de dados no encontro com o cliente” – todas as categorias apresentaram alguns itens não validados, apesar dos critérios para avaliação das medianas terem sido válidos.

Dentre eles, duas finalidades necessitam de ajustes, de acordo com as observações dos juízes: as circunstâncias de coleta de dados da avaliação direta e geral do cliente e do ambiente de coleta, que por ser esta etapa uma etapa de coleta entende-se que estão sempre acontecendo, sendo pertinentes as observações dos juízes e reconsideradas na reformulação da ferramenta.

Nesta etapa, ambas as estratégias aplicam diversas habilidades cognitivas do pensamento crítico de análise dos indícios que mostram necessidade de levantar dos dados da

condição de saúde do cliente, para determinar que outros dados necessitam melhor investigação ou de abordagem imediata, assim como as inferências pré-diagnósticas.

Por meio da aplicação de padrões o enfermeiro experiente pode utilizar a memória dos padrões já aprendidos para boa comunicação, trabalho em colaboração com o cliente ao longo do processo diagnóstico, realização de exame físico usando técnicas válidas e confiáveis, assim como o uso de pesquisas e teorias durante a busca de informações. No entanto, para o iniciante que não possui experiências das situações, o conhecimento dos metacomponentes do mundo interior do indivíduo é restrito para ser empregado em relação à situação clínica (LUNNEY, 2011).

Assim como o discernimento em perceber aqueles indícios ou dados que mereçam consideração em uma situação clínica, essas habilidades estão intimamente envolvidas com o raciocínio lógico na elaboração de diagnósticos.

Os dados coletados provenientes da avaliação da situação de saúde no contato inicial, sejam por meio da entrevista e exame físico estruturado por um *menu* ou padrões, favorecem um conjunto mínimo de dados para detecção de manifestações normais ou anormais e posterior comparação dos achados com os elementos armazenados na memória, para a partir daí proceder-se ao julgamento de normalidade ou não do achado, permitindo o escalonamento de situações de urgência ou prioridade (CARNEVALI; THOMAS, 1993; BRANDÃO, 1993; ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Este último autor ressalta ainda que o sucesso da entrevista e o exame físico são influenciados pela conscientização sobre as preocupações éticas, culturais e espirituais. Essas preocupações não foram explicitadas no conteúdo das operações, portanto, pontuados na observação de um dos juízes como importantes finalidades para a estratégia de avaliação direta e geral do cliente.

Outro aspecto importante a ser considerado foi a sugestão de um juiz para se acrescentar ao nome da etapa que a coleta de dados também ocorre com a família do cliente. Uma vez que o diagnóstico de enfermagem é entendido como um julgamento das respostas ou experiências do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais (NANDA; 2013), julgou-se necessário o ajuste dos nomes das etapas para maior adequação da ferramenta.

A ETAPA 3 – “Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco” – apresentou apenas 2 itens para circunstâncias não validados, apesar de ampla validade da estratégia.

De acordo com Lunney (2011) e Alfaro-LeFevre (2010), os indícios são unidades de dados objetivos e subjetivos coletados pelo enfermeiro durante a investigação intencional ou não, que proporcionam a impressão inicial dos padrões de saúde ou doença, fundamentando as ações de enfermagem. Para reconhecimento desses indícios, é preciso recorrer aos conhecimentos armazenados na memória, comparando dados atuais com dados esperados.

Quando iniciantes, o estudante ou enfermeiro possuem reduzidas memórias de episódios clínicos, utilizando-se predominantemente do conhecimento biomédico no raciocínio clínico, em detrimento do conhecimento experimental que ainda não possuem (BRANDÃO, 1999).

Os iniciantes provavelmente conduzam essa situação a partir da seleção de uma hipótese para teste, ou seja, uma ideia pré-estabelecida, corroborando no processo de organização e planejamento das ações de coleta de dados, como em um “quebra-cabeça” (BRANDÃO, 1999; DIAS, 2009).

Para Lunney (2011), este raciocínio diagnóstico envolve o uso de habilidades cognitivas do pensamento crítico, tais quais análise, aplicação de padrões, discernimento, busca de informações e raciocínio lógico, já discutidos anteriormente, além das habilidades de transformação do conhecimento e previsão.

Na transformação do conhecimento, o iniciante precisa transformar o conhecimento empregando os processos anteriores para aplicar os conhecimentos gerais dos conceitos diagnósticos a situações clínicas de contextos variados. Ou seja, transformar o conhecimento integrando o conhecimento prático ao teórico pelo uso da experiência, que ainda não possui.

Conforme o enfermeiro coleta os dados, ele levanta indícios que representam situações de problemas ou situações de risco em potencial para o cliente. Esses sinais e sintomas são coletados de várias formas durante toda a interação do cliente com o evento de saúde. Por isso, tanto a avaliação como a reavaliação devem ser constantes. Os sinais e sintomas representam dados objetivos coletados por meio dos sentidos e os sintomas são dados subjetivos que o cliente, familiar, grupos ou comunidades informam ao enfermeiro (HERDMAN, 2013).

Esses sinais e sintomas, que representam evidências na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), representam na Taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I o correspondente às características definidoras. O diagrama se propõe a ser um instrumento geral para qualquer classificação ou referencial teórico e não exclusivo de uma ou referencial específico, uma vez que o processo de raciocínio clínico é o



mesmo, independente do sistema de classificação adotado (TRUPPEL; MEIER; CALIXTO; PERUZZO; CROZETA, 2009).

ETAPA 4 – “Tratamento dos dados após o encontro com o cliente” – esta etapa, de maior complexidade e importância, apresenta as estratégias capazes de avaliar os processos de busca do DE pelo agrupamento dos dados coletados nas fases anteriores, análise e interpretação dos dados em DEs, propriamente ditos.

Mais uma vez, observa-se alta concordância para as estratégias e alguns pontos de fragilidade, que não apresentaram validade. Das 125 assertivas propostas nas operações mentais, comportamentais e afetivas que descrevem o conteúdo do diagrama, apenas 15 itens não alcançaram validade.

As observações feitas pelos juízes não alteram o cerne do conteúdo, mas representam especialmente sugestões para ajustes de termos ou sinônimos em sua maioria, refletindo aspectos para maior clareza e entendimento para o iniciante. Estes itens merecem a revisão qualitativa em estudo posterior com Delphi ou revisão da literatura para avaliar a opinião dos juízes em relação aos critérios. Sugerem-se ainda novos estudos a serem desenvolvidos com número maior de participantes.

O conjunto de sugestões qualitativas confrontadas com os dados quantitativos foi interpretado e aquelas consideradas pertinentes, apesar dos critérios para avaliação das medianas terem sido válidos, foram contempladas na redação textual que constam no APÊNDICE E. O conjunto das operações que não alcançaram validade no atual estudo consta no APÊNDICE F para estudos posteriores.

O raciocínio diagnóstico é mais que um processo ou orientação da mente, pois compreendem tipos específicos de pensamento que ocorrem no mundo interno do indivíduo, nos domínios cognitivos e comportamentais.

Sendo um processo complexo que envolve a interpretação das respostas humanas em relação à saúde ou a problemas que com ela concorrem, são por natureza impressões subjetivas do diagnosticador sustentadas em conhecimentos, experiências, crenças e teorias pessoais. Por esta razão, o raciocínio está propenso a mais risco de dispersão ou erros de julgamento.

As ações que envolvem o planejamento da tarefa constituem a base do processo de aprendizagem e elaboração do diagnóstico. O conhecimento da tarefa (o quê?) assim como de suas finalidades (para que?), circunstâncias (quando?), motivos (por quê?) e explicações (como?) provenientes da abordagem metacognitiva, quando aplicadas ao raciocínio possibilitam sua orientação, aumentando as chances de sucesso.

Para Brandão (1999), quaisquer que sejam as estratégias que os aprendizes utilizem, os preceitos relacionados ao conhecimento metacognitivo e à experiência metacognitiva devem estar implícitos, uma vez que se requer do estudante um domínio que ultrapassa o âmbito cognitivo para atingir o nível mais elevado da *cognição da cognição*, o de saber como diagnosticar.

A utilização da ferramenta como instrumento de ensino-aprendizagem é fornecido inicialmente pelo professor e assim os alunos praticam e discutem as estratégias enquanto aprendem a utilizá-las, até que finalmente sejam capazes de estimular e monitorar sua compreensão sem o apoio do professor (DIAS, 2009).

Para que se alcance este raciocínio organizado, destaca-se a importância do uso de estratégias de aprendizagem organizadas em formas de tecnologias que favoreçam a reflexão e a decisão do aprendiz pouco a pouco por meio de tarefas abertas, para que ele assuma o controle estratégico. Quanto maior for a compreensão desse domínio, quanto mais elaborados e explícitos os conceitos acerca de um determinada situação, mais provável será o sucesso da estratégia (POZO, 2002 *apud* DIAS, 2009).

Ressaltam-se alguns pontos para reflexão, diante das discussões apresentadas. Os elementos utilizados para confecção da ferramenta derivam de base conceitual consagrada na literatura, incorporando contribuições de diferentes correntes de pensamento, destacadamente do processamento da informação quanto de abordagens mais interpretativas da cognição, como a que se refere à metacognição, os quais favoreceram os resultados para alta concordância entre juízes.

A focalização do diagrama no iniciante, em termos de perícia no diagnóstico, limitou o escopo da análise de validade por parte dos juízes, contribuindo para a ampla validade do conteúdo.

Assim como os demais estudos em validação diagnóstica, as dificuldades enfrentadas pelos pesquisadores perpassaram a escassez de materiais quanto aos métodos e modelos a serem empregados nos estudos de validação; os critérios de seleção de juízes com conhecimento especializado em raciocínio diagnóstico, uma vez entendido que os critérios para seleção dos participantes provavelmente estejam mais próximos do perfil de proficientes que de expertos.

Outra dificuldade diz respeito ao atendimento ao tamanho amostral, uma vez que 28,6% dos convites foram respondidos e apenas 16,8% participaram do estudo. O tempo estipulado para responder ao formulário também foi um dificultador, uma vez que a grande

maioria dos juízes não atendeu ao prazo de 15 dias, sendo por diversas vezes prorrogado esse prazo.

O estudo enfrentou uma abstenção de 15,4% na terceira etapa e de 23% na última etapa, em relação ao número inicial de participantes. Podemos atribuir a abstenção ao tamanho dos formulários, que realmente eram muito extensos e com diversos itens a serem avaliados, uma vez que a extensão do formulário deve ser a menor possível.

Outra possibilidade prevista foi a fadiga ou esgotamento dos juízes devido à extensão do instrumento ter sido um viés do estudo, assim como os campos para as observações qualitativas para os critérios de adequação, clareza, concisão e precisão que eram avaliados independentemente, para os quais havia somente um campo, e muitas vezes o perito discordava de um critério, porém fazia observações em outro campo. Possivelmente, se o estudo não se limitasse a apresentar apenas um campo para as observações, não interferisse nos resultados.

Aponta-se como outro viés o fato de que alguns aspectos de falta de clareza ou má compreensão aparente nas sugestões referem-se aos aspectos que o próprio instrumento pretendia medir quanto à clareza do conteúdo a ser validado, limitando-se a não dar esclarecimentos aos participantes, apenas as orientações quanto ao formulário, a fim de não interferir no resultado.

Verificaram-se vantagens em relação ao uso do correio convencional com a aplicação da modalidade eletrônica no que diz respeito ao custo, no entanto, limitações quanto ao uso de *spam* ou outro tipo de lixo eletrônico podem ter tido relação com o baixo número de respondentes.

O processo de validação é complexo. Assim como nos estudos de validação diagnóstica, não se pode garantir que a opinião de um pequeno grupo de indivíduos possa nos assegurar um conjunto específico de itens que representem o verdadeiro conteúdo de um instrumento ou de um processo de raciocínio, sendo, portanto uma limitação do estudo.

## *Considerações Finais*

---

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram alta concordância para os critérios de pertinência das etapas e estratégias ao processo de raciocínio diagnóstico. Nos procedimentos da análise de conteúdo das etapas e estratégias, apenas três critérios de adequação dos nomes para a etapa de coleta de dados no pré-encontro e das estratégias de avaliação direta e geral do cliente no encontro e categorização dos dados no pós-encontro não alcançaram o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) ideais ao nível de confiança adotado de 90% e confiabilidade interavaliadores mediana, necessitando serem reformulados.

Das análises do conteúdo das operações para a implementação das estratégias diagnósticas, a maioria dos itens alcançou o IVC adotado para os critérios, necessitando de revisão 15 itens para finalidades, circunstâncias, motivos e explicações, cuja confiabilidade entre juízes foi mediana. Os resultados, no entanto, não invalidam a ferramenta proposta, que se mostrou ser um recurso de ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem com foco no iniciante.

Reconhece-se que o IVC adotado de 0,90 é bem alto, no entanto, preferiu-se dar ampla confiabilidade às etapas, considerando o menor número de juízes nas etapas finais. Outra razão repousa no fato de que com números fracionários, preferiu-se ter o conforto de desprezar a validade de alguns itens a defender itens que poderiam ser colocados sob dúvida em função do número de juízes.

A grande variabilidade de juízes em termos de formação, regiões e alta perícia de muitos participantes confere significativa margem de conforto em termos de validade para o instrumento.

Não se tem a pretensão de propor um padrão-ouro para realizar diagnósticos. Como construtivistas, reconhece-se a flexibilidade de outras opções de conteúdo para o raciocínio diagnóstico em enfermagem, porém verificou-se que a proposta apresentada encontra aceitação entre os pares.

O estudo apresenta como ponto forte os elementos considerados como chave na elaboração de uma tecnologia válida e confiável pelo rigor metodológico com que foi submetido, desde sua fase de elaboração dos procedimentos teóricos. As adequações epistemológicas frente às correntes de pensamento estão presentes na tecnologia, no entanto a validação e a tecnologia proposta não estão livres de alinhamento. Ao contrário, é fortemente relacionada ao cognitivismo.

Estudos futuros ainda em desenvolvimento complementam os dados aqui apresentados, principalmente no que se referem à análise da estrutura simbólica utilizada na confecção do diagrama, os quais não foram contemplados no estudo atual. Sugerem-se ainda estudos complementares em que se possam estabelecer a validade psicométrica da tecnologia, assim como sua validação clínica.

É possível desenvolver habilidades e competências diagnósticas no iniciante por meio de estratégias propostas em uma tecnologia inovadora de auxílio à tarefa, sob a forma de diagrama.

Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para uma ferramenta de ensino teórico-prático de fácil utilização nos campos da prática nas disciplinas de fundamentos de enfermagem, nas quais o diagnóstico é um dos tópicos de prioridade do conteúdo programático, possibilitando melhor articulação com o raciocínio clínico e a linguagem diagnóstica, orientação da tarefa, permitindo identificar nas atitudes dos alunos estratégias coerentes, corrigindo possíveis caminhos incorretos, aumentando o domínio desta atividade e dos procedimentos habituais envolvidos.

## *Referências*

---

## 5 REFERÊNCIAS

ALBERTIN, A. L.; MOURA, R. M. de. Comércio eletrônico: seus aspectos de segurança e privacidade. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.38, n.2, p.49-61, Abr/Jun. 1998.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde coletiva*, v.16, n.7, p. 3061-68. 2011.

ALFARO-LEFEVRE. Rosalinda. **Aplicação do Processo de Enfermagem: Uma ferramenta para o pensamento crítico**. Porto Alegre: Artmed,2010. 303p.

ALMEIDA, M. de A., PERGHER, A. K.; CANTO, D. F. do. Validação do mapeamento de cuidados prescritos para pacientes ortopédicos à classificação das intervenções de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet], v. 18, n. 1, jan-fev. 2010. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em 06/11/2011.

ASSIS, A. P. de. **Proposição de um diagrama para realização de diagnósticos de enfermagem por iniciantes**. 2010. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 135p.

BARBOSA, S. F. F., SASSO, G. T. M. D., BERNS, I. Enfermagem e tecnologia: Análise dos grupos de pesquisa cadastrados na Plataforma Lattes do CNPq. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.18,n.3, p.443-8, jul-set, 2009.

BASTOS, L. da R.; PAIXÃO, L. FERNANDES, L. M.; DELUIZ, N. **Manual para elaboração de projetos e relatórios de pesquisas, teses, dissertações e monografias**. 6ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2004. 222p.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAUDE. **Tutorial de pesquisa bibliográfica/ BIREME**, São Paulo, p. 5-56, 2007.

BITTENCOURT, G. K. G. D., SCHAURICH, D., MARINI, M., CROSSETI, M. G. O. Aplicação de mapa conceitual para identificação de diagnósticos de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v.64, n.5, p. 963-7, set-out 2011.

BENNER, P. From novice to expert. **The American Journal of Nursing**, v.82, n.3, p.402-407, março 1982.

BRANDÃO, M. A. G. **Uma visão metacognitiva das estratégias diagnósticas de enfermagem**. 1999. Dissertação Mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde/Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.



BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). (2009). **Resolução 358/2009**. Disponível em: <[www.portatcofen.gov.br/Site/2007/materiais.asp](http://www.portatcofen.gov.br/Site/2007/materiais.asp)>. Acesso em: 28/03/2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96 versão 2012**. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23\\_out\\_versao\\_final\\_196\\_ENCEP2012.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf). Acesso em: 08/02/2013.

CARNEVALI, D. L., THOMAS, M. D. **Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing**. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1993. 267p.

CARVALHO, E. C., BACHION, M. M., DALRI, M. C. B., JESUS, C. A. da C. de. Obstáculos para a implementação do Processo de Enfermagem no Brasil. **Rev. enferm UFPE on line**, v.1, n.1, p.95-9, jul-set, 2007.

CARVALHO, E. C., MELLO, A. de S., NAPOLEÃO, A. A., BACHION, M. M., DALRI, M. C. B., CANINI, S. R. M. da S. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Rev. Eletrônica de Enfermagem** (Internet), v. 10, n. 1, p. 235 – 40. 2008. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a22.htm>>. Acesso em: 04 de Nov. de 2011.

CARVALHO, V. Enfermagem fundamental: predicativos e implicações. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 664-71, set-out, 2003.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **Rev. Min. de Enferm.**, v.13, n. 3, p. 429-434, jul.-set., 2009. Disponível em:

<[http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4c0e4bd3d5213.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e4bd3d5213.pdf)> Acesso em: 20 de Fev. de 2013.

CERULLO, J. A. da S. B. **“Cuidar de si, cuidar do outro”** – Programa de aprimoramento do raciocínio diagnóstico. 2009. Tese de Doutorado em Enfermagem – Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo, Universidade São Paulo. 347p.

CHARTIER, L. Use of metaconition in developing diagnostic reasoning skills of novice nurses. **Nursing Diagnosis**, v. 12, n.2, p. 55-61, april-june, 2001.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev. Eletr. Enf.** (Internet), v. 10, n. 2, p. 513 – 20. 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a22.htm>>. Acesso em 27 de Nov. de 2011.

CREASON, N. S. Clinical validation of nursing diagnoses. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Canadá, v. 15, n. 4, p. 123-132, oct/dec. 2004.

CRUZ, D. A. L. M.; BRAGA, C. G. A taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnoses. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.11, n.2, p.240-244, 2003.

DIAS, B. F. **Aprendendo a aprender o Diagnóstico de Enfermagem**: estratégias metacognitivas dos estudantes de graduação. 2009. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; MURR, A. C. **Diagnóstico de enfermagem**: intervenções, prioridades, fundamentos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 932p.

FARO, A. C. M. e. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 31, n.1, p. 259 – 73, ago, 1997.

FEHRING, R. J. The Fehring Model. In: CARROL-JOHNSON, R. M; PAQUETTE, M. (eds.). **Classification of nursing diagnoses**: proceedings of the tenth conference. Philadelphia: JB Lippincott - North American Nursing Diagnosis Association, p. 55-62, 1994.

GAIDZINSKI, R. R. et al. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Processo de enfermagem e classificações. São Paulo: Artmed, 2008. 368p.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 5, n. 1, p. 60 – 66, jan./abr. 2006.

GARCIA, T.R. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v.11, n. 3, p. 24-31, 1998.

GORDON, M. **Nursing Diagnoses**: process and application. 3ª ed. St. Louis: Mosby, 1994. 421p.

HERDMAN, T. H. Diagnósticos de enfermagem e sua relação com o raciocínio clínico. In: NANDA International Inc.; HERDMAN T. H., CARVALHO, E. C., (Orgs.). **PRONANDA – Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem – Conceitos Básicos**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2013. P. 29-62. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância)

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. 2ª ed. São Paulo: E.P.U, 1979. 99p.

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 384p.

KURCGANT P. SIQUEIRA M. H. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. **Rev. Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.18, n. 4, p. 47-51, 2005.

LIRA, A. L. B. de C.; LOPES, M. V. de O. Diagnósticos de enfermagem: estratégia educativa fundamentada n aprendizagem baseada em problemas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, 8 telas, jul-ago, 2011.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos. In: NANDA Internacional Inc.; HERDMAN, T. H.; CARVALHO, E. C., (Orgs.). **PRONANDA – Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem – Conceitos Básicos**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2013a. p.85 – 129. (Sistema de Educação Continuada a Distância).

\_\_\_\_\_. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev Bras Enferm.** v.66, n.5,p.649-55, 2013b.

LUNNEY, M. **Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde**. Análises e estudos de caso em enfermagem. São Paulo: Artmed, 2011.353p.

MATOS, F. G. O. A.; CRUZ, D.A.L.M. Construção de um instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v. 43, esp., p. 1088 – 97. 2009.

McEWEN, M.; WILLS, E. **Bases teóricas para a enfermagem**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 576p.

NANDA Internacional. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação**, 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013. 456p.

NÓBREGA, M. M. L. da; SILVA, K. de L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2ª ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009. 232p.

NOGUEIRA, M. A. A.; AZEREDO, Z. A.; SANTOS, A. S. Competências do cuidar informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo Delphi. **Rev. Eletr.Enf.**, v. 14, n. 4, p. 749 – 59. 2012. Disponível em : <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a02.htm> . Acesso em 12 de Set. de 2013.

PEIXOTO, M. de A. P.; BRANDÃO, M. A. G.; SANTOS, G. Metacognição e tecnologia educacional simbólica. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n.1, p. 67 – 80. 2007.

PEREIRA, R. D. de M. **Acupuntura como proposta de intervenção em enfermagem: um diálogo transparadigmático entre experts em diagnósticos de enfermagem e enfermeiros acupunturistas**. 2012. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes – coeficiente Kappa. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 37, n.1, p. 72 – 80. 2003.

\_\_\_\_\_. Instrumento de classificação de pacientes de Perroca: teste de confiabilidade pela concordância entre avaliadores - correlação. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 36, n.3, p. 245 – 52. 2002.

\_\_\_\_\_. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 32, n.2, p. 153 – 68, ago. 1998.

PIMENTA, C. A. de M., CRUZ, D. A. L. M. de, ARAUJO, T. L. de, GRAZIANO, K. U., KIMURA, M., MIYADAHIRA, A. M. K. O ensino da avaliação do paciente: proposta de delineamento do conteúdo pelo diagnóstico de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 69-76, julho, 1993.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

POMPEO, D. A. **Validação do diagnóstico de enfermagem Náusea no período pós-operatório imediato**. Tese de Doutorado em Ciências – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo. 164p.

POTTER, P. A.; PERRY, G. A. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Mosby, 2009. 1484p.

POWERS, P. A Discourse Analysis of Nursing Diagnosis. **Qualitative Health Research**, v. 12, n. 7, p. 945-65,2002.

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Rev. Rene**, v. 13, n. 1, p. 242-51, 2012.

SILVA, A. G. I., PEIXOTO, M. A. P., BRANDÃO, M. A. G., FERREIRA, M. de A., MARTINS, J. S. de A. Dificuldades dos estudantes de enfermagem na aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, na perspectiva da metacognição. **Rev. Esc. Anna Nery** (impr.), v. 15, n. 3, p. 465 – 71. jul. – set. 2011.

SILVA, A. M.; RODRIGUES, C.D. S.; SILVA, S.M. R.; WITT, R.R. Utilização da técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 2, p.348-51. 2009.

SOUZA, P. A. de. **Validação diferencial dos diagnósticos de enfermagem memória prejudicada e confusão crônica**. 2010. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói - RJ.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 828p. v.1.

TRUPELL, T. C., MEIER, M. J., CALIXTO, R. do C., PERUZZO, S. A., CROZETA, K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-7, mar-abril, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Manual para elaboração e normalização de dissertações e teses**. 5ª ed. Rev. e atual. Rio de Janeiro: SiBI, 2012.

## *Apêndices*

---

## APÊNDICE A – Carta convite

**Informação geral:** Você foi pré-selecionado para participar da pesquisa intitulada “Validação de conteúdo das estratégias do diagrama para realização de diagnósticos de enfermagem”, a partir da Plataforma *Lattes*. O estudo é uma investigação acadêmica, desenvolvida como requisito ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, orientado pelo Profº Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão.

**Finalidade e característica:** O diagrama tem por objetivo apresentar uma ferramenta de ensino da tarefa diagnóstica, proporcionando suporte instrucional ao indivíduo que se inicia na atividade de diagnosticar, seja ele estudante ou iniciante. Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico, quantitativo, que utilizará a metodologia Delphi na modalidade eletrônica para a coleta de dados. Esta metodologia consiste em uma ferramenta de pesquisa que busca um consenso de opiniões de um grupo de peritos na área do problema em questão. A pesquisa prevê o seu desenvolvimento em três rodadas, podendo-se variar o número de rodadas frente aos resultados obtidos, estabelecendo-se três condições fundamentais: o anonimato dos respondentes, a análise estatística dos resultados e o *feedback* de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes.

**Participação dos peritos:** Para tanto, os participantes responderão formulários eletrônicos para produção das respostas. Estes formulários serão encaminhados por e-mail, divididos em 4 (quatro) etapas, de acordo com as etapas para realização do diagnóstico proposto pelo diagrama, a fim de facilitar o preenchimento do formulário pelos peritos. A cada nova rodada os resultados serão apresentados e os participantes serão convidados a revisitarem suas respostas à luz das respostas e justificativas dos demais membros do grupo, para que se alcance o consenso.

**Garantia aos participantes:** Em nenhum momento os peritos terão seus nomes divulgados, podendo agir com total liberdade para expressarem suas opiniões a respeito da temática, sem que com isto se sintam expostos ou vulneráveis. O tempo estabelecido para o desenvolvimento de cada etapa será de 15 (quinze) dias contados a partir da liberação do primeiro formulário. Não haverá gastos financeiros de sua parte ou compensações financeiras. Gostaríamos muito que você participe como perito. O participante que permanecer até a conclusão do estudo receberá um certificado de participação como perito.

**Requisitos para participação:** Estamos enviando para vários profissionais, junto a esta carta, uma ficha de qualificação com os critérios de seleção estabelecidos para a pesquisa, além de perguntas sobre suas condições de acesso à internet, se você concorda ou não em participar. Solicitamos que você responda as perguntas com precisão e remeta aos pesquisadores, num prazo máximo de 05 (cinco) dias a contar da data do recebimento desta carta, pois elas serão utilizadas como critérios para a seleção de peritos. O não recebimento de sua resposta no prazo estabelecido será entendido como não aceite.

Desde já gostaríamos de agradecer sua compreensão e atenção dispensada.

Atenciosamente,

Profº Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão (Orientador)

Alessandra Borges Brum Cleires (Mestranda)

Contato: (0XX24) 9223-4569/ 8801-4984 – e-mail: [alessandracleires@gmail.com](mailto:alessandracleires@gmail.com)

## APÊNDICE B – Ficha de qualificação de peritos

Estes dados serão utilizados para caracterização dos participantes, com relação aos dados profissionais e pessoais, além de informações quanto ao acesso à internet e interesse em participar do estudo. É muito importante que você responda às perguntas, de acordo com as informações atualizadas.

### I. DADOS PROFISSIONAIS

1. Selecione as opções relativas aos critérios estabelecidos para seleção dos peritos, que correspondam ao seu curriculum:

- Mestrado e/ou Doutorado em Enfermagem, na temática do diagnóstico de enfermagem - 4 pts
- Dissertação (mestrado) relacionada ao ensino-aprendizado de diagnósticos de enfermagem, julgamento clínico ou raciocínio diagnóstico - 1pt
- Tese (doutorado) relacionada ao processo de ensino-aprendizado de diagnósticos de enfermagem, julgamento clínico ou raciocínio diagnóstico - 2 pts
- Publicações sobre o processo de ensino-aprendizado de diagnósticos de enfermagem, julgamento clínico ou raciocínio diagnóstico - 2 pts
- Artigo publicado na área de diagnósticos de enfermagem com conteúdo relevante para o processo de ensino-aprendizado, julgamento clínico ou raciocínio diagnóstico, em um periódico de referência - 2 pts
- Experiência docente de pelo menos um ano, em disciplina, curso ou capacitação que inclua o processo de elaboração de diagnósticos de enfermagem -1 pt

2. Se você possui artigo publicado na área de diagnósticos de enfermagem com conteúdo relevante para o processo de ensino-aprendizado, julgamento clínico ou raciocínio diagnóstico, indique qual(ais) foi(foram) os periódicos de referência:

---



---



---



---

3. Você atingiu a pontuação mínima de 5 pontos?

- SIM
- NÃO. Porém, me considero um perito no ENSINO do diagnóstico de enfermagem
- NÃO. Me considero um perito no TEMA diagnóstico, mas, não no ensino do mesmo.



## II. ACESSO À INTERNET

A seguir, solicitamos a você que nos informe sobre suas condições de acesso à internet e interesse na pesquisa, para que você possa participar da seleção:

1. Qual a sua frequência de uso da internet? (É necessário conferir e-mail pelo menos 2 vezes por semana para prosseguir a seleção)

- ( ) Confiro e-mails pelo menos 2 vezes por semana  
( ) Confiro e-mails 1 vez por semana, ou menos frequentemente

## III. INTERESSE NO ESTUDO

1. Você concorda em participar do estudo? (Você só poderá participar do estudo caso concorde. Se por ventura você discordar, o não aceite encerrará todo o processo de seleção)

- ( ) Sim, concordo em participar do estudo  
( ) Não concordo em participar do estudo

## IV. DADOS PESSOAIS

1. Qual o seu nome completo? \_\_\_\_\_  
2. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_  
3. Qual seu e-mail preferencial para contato? \_\_\_\_\_

Desde já agradecemos a atenção e participação.

Atenciosamente,

Profº Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão (Orientador)

Alessandra Borges Brum Cleires (Mestranda)

Contato: (0XX24) 9223-4569/ 8801-4984 – e-mail: [alessandracleires@gmail.com](mailto:alessandracleires@gmail.com)

## APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **“VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DAS ESTRATÉGIAS DO DIAGRAMA PARA REALIZAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM”**. Este estudo tem como objetivo: **Validar o conteúdo das estratégias do diagrama para realização de diagnósticos de enfermagem por iniciantes, considerando o parecer de peritos**. Trata-se de um estudo baseado em uma abordagem quantitativa, com desenvolvimento metodológico para validação de conteúdo pela Técnica Delphi, na modalidade eletrônica. A pesquisa terá duração de dois anos, com previsão de término para dezembro de 2013.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as afirmativas constantes nos formulários eletrônicos desenvolvidos pelo pesquisador e disponibilizados em meio digital para acesso através da internet. O número previsto de rodadas dos formulários para a conclusão do estudo é três, podendo ser acrescidas novas rodadas e proposições aos formulários frente às justificativas/discussões propostas pelos participantes. A cada rodada serão apresentados os resultados parciais a todos os participantes. Após a finalização da última rodada o resultado final ficará disponível para a visualização dos sujeitos por um período de dois anos.

Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. Não obstante aos riscos potenciais, esta pesquisa oferece a possibilidade de gerar conhecimentos sem afetar o bem-estar dos participantes e a de seus grupos. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área do ensino, pesquisa e assistência de enfermagem.

Sr(a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Sua participação e o preenchimento deste documento são fundamentais para a realização desta pesquisa. Caso você não concorde em participar, o não prosseguimento da assinatura deste termo encerrará todo o processo da pesquisa. Desde já agradecemos!

---

Profº Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão  
Orientador  
Cel: (21) 9113-1782  
E-mail: [marcosagbrandão@yahoo.com.br](mailto:marcosagbrandão@yahoo.com.br)

---

Alessandra Borges Brum Cleires  
Mestranda  
Cel: (24) 9223-4569  
E-mail: [alessandracleires@gmail.com](mailto:alessandracleires@gmail.com)

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

**Data:**

**Assinatura:**

**APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados**  
**“ANÁLISE DE CONTEÚDO DE ESTRATÉGIAS PARA RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM”**  
**DESCRIÇÃO DO DIAGRAMA**

Caro perito,

A seguir você encontrará uma série de afirmativas que descrevem as quatro ETAPAS para realização do diagnóstico de enfermagem por iniciantes, proposto pelo diagrama. Cada etapa apresenta uma descrição em termos de ESTRATÉGIAS (O quê?), FINALIDADES (Para quê?), CIRCUNSTÂNCIAS (Quando?), MOTIVOS (Por quê?) e EXPLICAÇÕES (Como?), que tem por objetivo proporcionar aos iniciantes um recurso de ensino-aprendizagem, de caráter metacognitivo, que permite tomar consciência do processo diagnóstico, conferindo-lhe a capacidade de interromper os procedimentos em curso, avaliando-os e corrigindo-os, com o propósito de atingir melhores resultados na tarefa diagnóstica.

Sabemos que vários caminhos permitem se chegar ao diagnóstico, porém queremos avaliar se por meio deste caminho aqui proposto é possível chegar ao produto final. Não temos a pretensão de afirmar que somente por este diagrama é possível realizar o diagnóstico de enfermagem, assim, o que desejamos saber neste teste é se você considera este diagrama pertinente ao processo diagnóstico.

Portanto, gostaríamos de apresentar os critérios a serem avaliados no diagrama:

1. PERTINÊNCIA – relativo e pertencente ao processo diagnóstico;
2. Conteúdo da redação, sendo eles:
  - ADEQUAÇÃO – conteúdo próprio, conveniente ao processo diagnóstico
  - CLAREZA – qualidade do que é claro, evidente, inteligível
  - CONCISÃO (terminologia técnica) – qualidade do que é conciso, brevidade, preciso, exato, exposto em poucas palavras
  - PRECISÃO – exatidão, perfeição, qualidade de preciso

A escala para avaliação é do tipo *Likert* crescente e parte do ESCORE 1 onde você discordará totalmente/é totalmente contra; no ESCORE 2 você discorda/é contra; no ESCORE 3 você discorda ligeiramente/é ligeiramente contra; no ESCORE 4 você concorda com restrições/é a favor com restrições; no ESCORE 5 você concorda/é a favor e no ESCORE 6 você concorda plenamente/é plenamente a favor. Um dos escores pode representar seu estado de concordância em relação às afirmativas.

Sendo assim, leia atentamente cada assertiva e indique o número da escala que melhor expresse a sua opinião em relação às afirmativas quanto à ADEQUAÇÃO do diagrama ao processo diagnóstico e em relação aos critérios estabelecidos para avaliação do conteúdo da redação (CLAREZA, CONCISÃO e PRECISÃO). É importante preencher todas as respostas das grades, pois elas possuem um caráter obrigatório. Você também poderá utilizar o campo para observações, caso julgue necessário.

**Interpretação dos escores mínimo e máximo:**

- 1- Discordo totalmente/sou totalmente contra;
- 2 – Discordo/sou contra;
- 3 – Discordo ligeiramente/sou ligeiramente contra;
- 4 – Concordo com restrições/sou a favor com restrições;
- 5 – Concordo/sou a favor;
- 6 – Concordo plenamente/sou plenamente a favor.

**Legenda utilizada:**

- DE – Diagnóstico(s) de Enfermagem;
- CD – Característica(s) Definidora(s);
- FR – Fator(es) de Risco
- PBE – Prática Baseada em Evidência
- PFS- Padrões Funcionais de Saúde
- PRH – Padrão de Respostas Humanas
- NHB – Necessidades Humanas Básicas

ITENS			CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO		
ASSERTIVAS SOBRE A DESCRIÇÃO DO DIAGRAMA	Existe ADEQUAÇÃO (1 a 6)	OBSERVAÇÕES	Existe CLAREZA (1 a 6)	Existe CONCISÃO (1 a 6)	Existe PRECISÃO (1 a 6)
<b>ETAPA 1 – COLETA DE DADOS QUE ANTECEDEM O ENCONTRO COM O CLIENTE (PRÉ-ENCONTRO)</b>					
A etapa 1 é pertinente ao processo diagnóstico		( ) SIM ( ) NÃO. Caso resposta negativa, pule para a Etapa 2			
O nome atribuído à etapa 1 é adequado ao processo diagnóstico					
A posição da etapa 1 na ordem do processo é adequada		Caso não concorde, indique as sequências possíveis:			
<b>ESTRATÉGIA 1 – Avaliação indireta do cliente</b>					
A estratégia 1 é pertinente ao processo diagnóstico		( ) SIM ( ) NÃO. Caso resposta negativa, pule para a Etapa 2 e faça suas sugestões no verso da folha.			
O nome atribuído à estratégia 1 é adequado					
A estratégia 1 é pertinente ao processo diagnóstico na etapa 1		( ) SIM ( ) NÃO. Caso resposta negativa, pule para a Etapa 2 e faça suas sugestões no verso da folha			
<b>Concordância com as FINALIDADES para Avaliação indireta do cliente</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Fornecer uma ideia geral da condição do cliente ou					

grupo de clientes ( <i>assessment inicial</i> )					
Coletar dados secundários (exames laboratoriais e de imagem, informações passadas por outros enfermeiros e possíveis revisões de literatura)					
Focalizar pontos importantes para maior investigação no encontro com o cliente					
Oferecer a possibilidade de perceber mudanças no quadro clínico					
Favorecer o direcionamento da atenção clínica e áreas de coleta de dados na avaliação direta e geral					
Aumenta a efetividade da informação e processamento da informação coletada					
Assegurar a continuidade da assistência prestada através da transmissão de informações entre os profissionais					
<b>Concordância com as CIRCUNSTÂNCIAS para Avaliação indireta do cliente</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Na passagem de plantão					
Na leitura de prontuário					
Em outra(s) circunstância(s)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Qual(ais):		
<b>Concordância com os MOTIVOS para Avaliação indireta do cliente</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		

As informações de dados entre os profissionais precisam ser transmitidas e coletadas					
O cliente pode apresentar mudanças no quadro clínico que podem ser informadas por fonte indireta					
Nem sempre há dados suficientes na coleta pela avaliação direta					
Existem dados já observados e processados					
É preciso observar e processar as informações coletadas					
É uma fonte segura de julgamento clínico que já fornece informações antes da avaliação direta					
Mantem o diagnosticador dentro da capacidade de memória de trabalho, reduzindo o esforço cognitivo					
<b>Concordância com as EXPLICAÇÕES para Avaliação indireta do cliente</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Utilizar estratégias de comunicação eficazes entre as equipes					
Consultar os registros clínicos, exames laboratoriais e de imagem, dados sobre estilo de vida, grupo étnico, ocupação, condições socioeconômicas e outras					
Utilizar fontes externas como documentos assistenciais, reuniões de discussão clínicas, conversa com familiares e outros do convívio (família ou pessoas significativas)					

Utilizar modelos assistenciais e de passagem de plantão que favoreçam o fluxo das informações, viabilizando uma comunicação eficaz					
--	--	--	--	--	--

ITENS			CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO		
ASSERTIVAS SOBRE A DESCRIÇÃO DO DIAGRAMA	Existe ADEQUAÇÃO (1 a 6)	OBSERVAÇÕES	Existe CLAREZA (1 a 6)	Existe CONCISÃO (1 a 6)	Existe PRECISÃO (1 a 6)
<b>ETAPA 2 – COLETA DE DADOS NO ENCONTRO COM O CLIENTE (ENCONTRO)</b>					
A etapa 2 é pertinente ao processo diagnóstico		( ) SIM ( ) NÃO. Caso resposta negativa, pule para a Etapa 3			
O nome atribuído à etapa 2 é adequado					
A posição da etapa 2 na ordem do processo é adequada		Caso não concorde, indique as sequências possíveis:			
<b>ESTRATÉGIA 1 – Avaliação direta e geral do cliente</b>					
A estratégia 1 é pertinente ao processo diagnóstico		( ) SIM ( ) NÃO. Caso resposta negativa, pule para a Estratégia 2 e faça suas sugestões no verso da folha.			
O nome atribuído à estratégia 1 é adequado					
A estratégia 1 é adequada ao processo diagnóstico na etapa 2					

A posição da estratégia 2 na ordem da etapa é adequada		Caso não concorde, indique as sequências possíveis:			
<b>Concordância com as FINALIDADES para Avaliação direta e geral do cliente</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Avaliar o estado de saúde do cliente para aquisição e interpretação de informações clínicas gerais e do ambiente					
Estabelecer relação terapêutica de ajuda com o cliente para identificar os padrões funcionais de saúde alterados					
Introduzir a coleta de dados focalizada para dados subsequentes					
Servir de guia para a elaboração de inferências pré-diagnósticas que limitam as possibilidades diagnósticas					
Identificar situações que necessitem abordagem imediata					
<b>Concordância com as CIRCUNSTÂNCIAS para Avaliação direta e geral do cliente</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Sempre que houver coleta de dados no encontro					
Em outra(s) circunstância(s)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Qual(ais):		
<b>Concordância com os MOTIVOS para Avaliação direta e geral do cliente</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Existem mudanças no estado evolutivo do cliente, da admissão até a alta					



Existem manifestações que se apresentam de forma ampla em relação com o meio					
Existem manifestações que necessitam de abordagem imediata					
<b>Concordância com as EXPLICAÇÕES para Avaliação direta e geral do cliente</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Reconhecer manifestações de natureza não verbal pela observação					
Determinar a necessidade ou não de abordagem imediata pela observação					
Avaliar dados objetivos e subjetivos focalizados no problema durante a observação, quando houver instabilidade fisiológica ou psicológica aparente					
Estabelecer conversa empática durante a entrevista, evitando a coleta de dados motivada por interesses puramente diagnósticos					
Obter dados por meio de <i>menu</i> ou roteiro de entrevista estruturado em padrões funcionais de saúde ou focos de atenção de enfermagem, focalizado nas queixas do cliente e nas prioridades					
Reconhecer evidências e gerar significações clínicas de acordo com a visão de mundo, conhecimento do enfermeiro, habilidades e visão do cliente frente à coleta					
Adquirir dados objetivos em ambiente favorável,					

antes, durante ou depois da entrevista clínica, pelo exame físico					
Utilizar técnicas específicas para exame físico (inspeção, palpação, percussão e ausculta) que permitem confirmar evidências prévias, através do <i>menu</i> referencial					
Decidir quais os focos a serem investigados e a melhor estratégia					
<b>ESTRATÉGIA 2 – Avaliação do ambiente de coleta</b>					
A estratégia 2 é pertinente ao processo diagnóstico		( ) SIM ( ) NÃO. Caso resposta negativa, pule para a Etapa 3 e faça suas sugestões no verso da folha.			
O nome atribuído à estratégia 2 é adequado					
A estratégia 2 é adequada ao processo diagnóstico na etapa 2					
<b>Concordância com as FINALIDADES para Avaliação do ambiente de coleta</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Avaliar condições mínimas de privacidade em relação ao ambiente da coleta					
<b>Concordância com as CIRCUNSTÂNCIAS para Avaliação do ambiente de coleta</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Sempre que houver coleta de dados no encontro					
Em outra(s) circunstância(s)		( )SIM ( )NÃO	Qual(ais):		
<b>Concordância com os MOTIVOS para Avaliação do ambiente de coleta</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		

A falta de privacidade, os ruídos do ambiente e a interrupção interferem na coleta de dados					
O ambiente interfere diretamente no registro e compreensão das informações clínicas, no julgamento diagnóstico e no planejamento					
<b>Concordância com as EXPLICAÇÕES para Avaliação do ambiente de coleta</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Respeitar a privacidade do cliente; se necessário usar divisórias ou biombos					
Realizar a coleta de dados, se possível, em sala bem equipada para atender aos procedimentos envolvidos					
Manter clareza adequada ao exame físico					
Eliminar fontes de ruídos e evitar interrupções por parte da equipe durante o exame					

ITENS			CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO		
ASSERTIVAS SOBRE A DESCRIÇÃO DO DIAGRAMA	Existe ADEQUAÇÃO (1 a 6)	OBSERVAÇÕES	Existe CLAREZA (1 a 6)	Existe CONCISÃO (1 a 6)	Existe PRECISÃO (1 a 6)
<b>ETAPA 3 – AVALIAÇÃO DIRETA E FOCAL DO CLIENTE</b>					
A etapa 3 é pertinente ao processo diagnóstico		( ) SIM ( ) NÃO. Caso resposta negativa, pule para a Etapa 4			
O nome atribuído à etapa 3 é adequado					

A posição da etapa 3 na ordem do processo é pertinente		Caso não concorde, indique as sequências possíveis:			
<b>ESTRATÉGIA 1 – Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/CDs e FRs</b>					
A estratégia 1 é pertinente ao processo diagnóstico		( ) SIM ( ) NÃO. Caso resposta negativa, pule para a Etapa 2 e faça suas sugestões no verso da folha.			
O nome atribuído à estratégia 1 é adequado					
A posição da estratégia 1 é adequada ao processo diagnóstico na etapa 3					
A avaliação direta e focal pode ser pela experiência	( ) SIM ( ) NÃO				
Os indícios são sinais e sintomas	( ) SIM ( ) NÃO				
Os indícios são CDs	( ) SIM ( ) NÃO				
Os indícios são sinais e sintomas e/ou CDs	( ) SIM ( ) NÃO				
<b>Concordância com as FINALIDADES para Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/CDs e FRs</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Coletar informações sobre as condições críticas já levantadas por outros enfermeiros, direcionando ou					

focalizando a avaliação clínica					
Garantir a continuidade do cuidado prestado e o tratamento permanente dos DE de difícil resolução					
Determinar o estado do DE em mantido, piorado ou resolvido, de acordo com os sinais e sintomas/CDs e FRs					
Prosseguir a avaliação considerando a condição de saúde do cliente gerada por diagnósticos anteriores					
Pesquisar novos diagnósticos e traçar um novo plano de cuidados se necessário					
Favorecer o estabelecimento de novas estratégias terapêuticas para DE refratários e o julgamento de novos DE diante dos dados disponíveis					
<b>Concordância com as CIRCUNSTÂNCIAS para Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/CDs e FRs</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Após a avaliação direta e geral					
Em situações de urgência resolvidas					
Em ambiente favorável ao exame					
Sempre que existirem novos DE					
Na avaliação inicial ou primeira consulta					
Após avaliações de outras especialidades com considerações críticas					

Em outra(s) circunstância(s)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Qual(ais):		
<b>Concordância com os MOTIVOS para Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/CDs e FRs</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
A coleta de dados exige um direcionamento e uma especificidade voltada para a situação do cliente					
Muitos clientes já possuem diagnósticos pré-existentes que precisam ser avaliados e resolvidos					
A avaliação diagnóstica precisa ser contínua					
Os sinais e sintomas/ CDs e os FRs podem se manter, piorar ou resolver					
Muitos clientes apresentam novos sinais e sintomas/CDs e FRs que indicam a presença de novos diagnósticos					
Algumas intervenções podem necessitar de novas estratégias terapêuticas					
A avaliação precisa ser baseada em evidências (PBE) e não apenas pela experiência individual					
<b>Concordância com as EXPLICAÇÕES para Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/CDs e FRs</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Utilizar indícios derivados dos sinais e sintomas/CDs ou dos FRs para reavaliação dos diagnósticos prévios					

Examinar criteriosamente e monitorar os sinais e sintomas/CDs ou fatores de riscos associados					
Reavaliar as intervenções instituídas na manutenção do DE em piorado ou não, considerando os FRs					
Continuar monitorando os sinais e sintomas/CDs após implementar a conduta mais adequada para avaliar a melhora do DE					

ITENS			CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO		
ASSERTIVAS SOBRE A DESCRIÇÃO DO DIAGRAMA	Existe ADEQUAÇÃO (1 a 6)	OBSERVAÇÕES	Existe CLAREZA (1 a 6)	Existe CONCISÃO (1 a 6)	Existe PRECISÃO (1 a 6)
<b>ETAPA 4 – TRATAMENTO DOS DADOS APÓS O ENCONTRO COM O CLIENTE</b>					
A etapa 4 é pertinente ao processo diagnóstico		( ) SIM ( ) NÃO. Caso resposta negativa, não é necessário prosseguir (FIM)			
O nome atribuído à etapa 4 é adequado					
A posição da etapa 4 na ordem do processo é adequada		Caso não concorde, indique as sequências possíveis:			
<b>ESTRATÉGIA 1 – Clarificação dos dados</b>					
A estratégia 1 é pertinente ao processo diagnóstico		( ) SIM ( ) NÃO. Caso resposta negativa, pule para a Estratégia 2 e faça			

		suas sugestões no verso da folha.			
O nome atribuído à estratégia 1 é adequado					
A posição da estratégia 1 é pertinente ao processo diagnóstico na etapa 4					
A posição da estratégia 4 na ordem da etapa é adequada		Caso não concorde, indique as sequências possíveis:			
<b>Concordância com as FINALIDADES para Clarificação dos dados</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Eliminar dúvidas existentes em algum dado coletado					
Confirmar um achado importante para a situação clínica, com repercussões relevantes para o diagnóstico					
Confirmar ou melhor entender a informação clínica que está sendo coletada					
Favorecer o levantamento de hipóteses diagnósticas					
Prevenir más interpretações diagnósticas que prejudicam a efetividade do cuidado planejado					
<b>Concordância com as CIRCUNSTÂNCIAS para Clarificação dos dados</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Sempre que houver dúvidas quanto às informações coletadas					
Quando julgar necessário a confirmação das informações coletadas como evidências definidoras					



Em outra(s) circunstância(s)	( ) SIM ( ) NÃO		Qual(ais):		
<b>Concordância com os MOTIVOS para Clarificação dos dados</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Nem sempre os dados coletados estão claros					
Dados coletados podem ser semelhantes, gerando dúvidas e hipóteses erradas					
A efetividade do cuidado depende da clareza com que os dados são coletados					
<b>Concordância com as EXPLICAÇÕES para Clarificação dos dados</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Questionar termos usados pelo cliente que foram confusos ao entendimento no exame subjetivo					
Aplicar a dupla checagem ou repetir o exame objetivo anterior, atentando para os passos corretos e prioritários da técnica ou utilizar outra técnica semiológica para o mesmo exame					
Solicitar ajuda através da leitura específica, sessões clínicas com o corpo de enfermagem, de conversas com familiares ou pessoas significativas ao cliente, caso não consiga com esforços individuais					
Nunca ignorar uma informação que tenha gerado dúvida, pois ela pode ser importante para o real diagnóstico da situação					
<b>ESTRATÉGIA 2 – Atribuição de significados aos indícios</b>					

A estratégia 2 é pertinente ao processo diagnóstico		( ) SIM ( ) NÃO. Caso resposta negativa, pule para a Estratégia 3 e faça suas sugestões no verso da folha.			
O nome atribuído à estratégia 2 é adequado					
A posição da estratégia 2 é pertinente ao processo diagnóstico na etapa 4					
A posição da estratégia 2 na ordem da etapa é adequada		Caso não concorde, indique as sequências possíveis:			
<b>Concordância com as FINALIDADES para Atribuição de significados aos indícios</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Reconhecer uma explicação da situação que está levando o cliente a apresentar determinado indício					
Auxiliar o examinador no conhecimento da sua causa principal e compreender se ela é uma resposta humana dentro ou fora dos padrões de normalidade e possível diagnóstico					
Aumentar a capacidade de realizar o procedimento com mais perícia					
<b>Concordância com as CIRCUNSTÂNCIAS para Atribuição de significados aos indícios</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Quando as evidências forem levantadas. Se não ocorrer, solicitar ajuda novamente					
De acordo com o tempo estabelecido para reavaliação dos indícios que não foram atribuídos significados					

Em outra(s) circunstância(s)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Qual(ais):		
<b>Concordância com os MOTIVOS para Atribuição de significados aos indícios</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Nem sempre a situação que o cliente está apresentando é plausível com a sua causa principal					
O reconhecimento da situação que está levando o cliente a apresentar determinado indício ajuda no conhecimento da sua causa principal					
<b>Concordância com as EXPLICAÇÕES para Atribuição de significados aos indícios</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Explorar as crenças, valores, sentimentos e significados que o cliente associa à queixa, nas informações subjetivas					
Contextualizar a informação frente ao conhecimento biológico para depois investigar os elementos físicos que podem levar ao indício encontrado					
Atribuir significados para as informações coletadas na avaliação clínica e inferir resultados, por meio de habilidades perceptivas e cognitivas além do conhecimento clínico, pelo uso consciente ou não da memória e do conhecimento					
<b>ESTRATÉGIA 3 – Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes</b>					
A estratégia 3 é pertinente ao processo diagnóstico		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO. Caso resposta negativa, pule para a Estratégia 4 e faça suas sugestões no verso da folha.			

O nome atribuído à estratégia 3 é adequado					
A posição da estratégia 3 é pertinente ao processo diagnóstico na etapa 4					
A posição da estratégia 3 na ordem da etapa é adequada		Caso não concorde, indique as sequências possíveis:			
<b>Concordância com as FINALIDADES</b> Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Organizar o trabalho cognitivo no processo diagnóstico, facilitando o levantamento de hipóteses diagnósticas e por fim os diagnósticos de enfermagem					
Levantar hipóteses diagnósticas de acordo com as semelhanças entre si, compatíveis com os focos de atenção da enfermagem ou domínio específico da enfermagem representado					
Proporcionar a análise dos significados em conjunto com outros significados também importantes, evitando erro diagnóstico					
<b>Concordância com as CIRCUNSTÂNCIAS</b> Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Após a significação das evidências levantadas na coleta					
Ocorre em outra(s) circunstância(s)		Qual(ais):			

<b>Concordância com os MOTIVOS</b> Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Os dados não agrupados dificultam o levantamento de hipóteses diagnósticas e o diagnóstico de enfermagem propriamente dito, podendo levar ao erro diagnóstico					
<b>Concordância com as EXPLICAÇÕES</b> Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Realizar agrupamento de significados atribuídos por áreas que representam focos de atenção de enfermagem ou domínio, utilizando um modelo compatível com o referencial teórico (Taxonomias, PFS, PRH, NHB) ou modelos de coleta de dados da instituição					
<b>ESTRATÉGIA 4 – Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo</b>					
A estratégia 4 é pertinente ao processo diagnóstico		( ) SIM ( ) NÃO. Caso resposta negativa, pule para a Estratégia 5 e faça suas sugestões no verso da folha.			
O nome atribuído à estratégia 4 é adequado					
A posição da estratégia 4 é pertinente ao processo diagnóstico na etapa 4					
A posição da estratégia 4 na ordem da etapa é adequado		Caso não concorde, indique as sequências possíveis:			
<b>Concordância com as FINALIDADES</b> para Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		

<b>grupo</b>					
Possibilitar uma aproximação com o diagnóstico atual, tendo em mente as possibilidades diagnósticas para um grupo específico de significações					
Considerar as possibilidades, evitando interpretações errôneas e julgamentos pouco concernentes ao quadro real apresentado pelo cliente					
<b>Concordância com as CIRCUNSTÂNCIAS para Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Logo após o agrupamento de significações, que já pode ter acontecido desde o pré-encontro com o cliente, mesmo que de forma rápida e imperceptível					
<b>Concordância com os MOTIVOS para Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
As hipóteses são respostas provisórias aos problemas do cliente					
As hipóteses guiam o processo de coleta de dados, permitindo que as próximas etapas sejam realizadas					
Reduzem o escopo de dados a serem trabalhados posteriormente					
À medida que a coleta de dados vai evoluindo, o número de dados aumenta significativamente					
A necessidade de ter uma ou mais hipóteses mantém o conjunto de dados dentro de um limite para o					

processamento					
<b>Concordância com as EXPLICAÇÕES para Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Tomar conhecimento dos indícios significativos do cliente dentro de um conjunto de possíveis fenômenos de uma mesma categoria de informações já aprendidas ou armazenadas ou experimentadas, armazenadas na memória e verificadas por meio de nova coleta de dados focalizada					
Usar as habilidades pessoais e solicitar ajuda nos momentos de dificuldade ou consultar a taxonomia de diagnósticos					
<b>ESTRATÉGIA 5 – Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais</b>					
A estratégia 5 é pertinente ao processo diagnóstico		( ) SIM ( ) NÃO. Caso resposta negativa, pule para a Estratégia 6 e faça suas sugestões no verso da folha.			
O nome atribuído à estratégia 5 é adequado					
A estratégia 5 é pertinente ao processo diagnóstico na etapa 4					
A posição da estratégia 5 na ordem da etapa é adequado		Caso não concorde, indique as sequências possíveis:			
<b>Concordância com as FINALIDADES para Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		

Evitar o fechamento de um diagnóstico prematuro que acontece quando se aceita o primeiro diagnóstico que vem a mente e depois tentar ajustar os dados do cliente para a confirmação de aceitação da hipótese					
<b>Concordância com as CIRCUNSTÂNCIAS para Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
A partir da geração de hipóteses diagnósticas					
Ocorre em outra(s) circunstância(s)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Qual(ais):		
<b>Concordância com os MOTIVOS para Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Os diagnósticos diferenciais são necessários para a formulação de hipóteses e diagnósticos mais precisos					
Os diagnósticos diferenciais geram competição entre si, forçando a refutação ou confirmação de hipóteses diagnósticas					
Alguns diagnósticos são parecidos, sendo necessário um conhecimento mais profundo das diferenças diagnósticas para saber diferenciá-los um do outro					
<b>Concordância com as EXPLICAÇÕES para Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Recuperar todas as possibilidades diagnósticas diferenciais para um determinado grupo ou categoria de significados, excluindo as que não se relacionam com o contexto da situação de saúde ou condição de vida do cliente					



Refutar ou confirmar hipótese com base no entendimento do fenômeno e não no entendimento superficial de uma causa sem relação direta com o contexto do cliente					
<b>ESTRATÉGIA 6 – Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes</b>					
A estratégia 6 é pertinente ao processo diagnóstico		( ) SIM ( ) NÃO. Caso resposta negativa, não é necessário prosseguir (FIM)			
O nome atribuído à estratégia 6 é adequado					
A estratégia 6 é pertinente ao processo diagnóstico na etapa 4					
A posição da estratégia 6 na ordem da etapa é adequada		Caso não concorde, indique as sequências possíveis:			
<b>Concordância com as FINALIDADES para Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Confirmar ou excluir diagnósticos que estão sendo considerados por meio da coleta de indícios adicionais, perguntas e exames direcionados a uma ou mais hipóteses diagnósticas					
Confirmar se a hipótese está correta ou não dentro de um determinado contexto situacional, pela existência de evidências essenciais a sua presença					
Garantir o caminho correto no processo diagnóstico,					

fazendo-o ter mais certeza de acertos ao invés de erros					
Formular o diagnóstico, quando a hipótese for confirmada pela focalização da coleta de dados					
<b>Concordância com as CIRCUNSTÂNCIAS para Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Quando as hipóteses diagnósticas forem selecionadas, independente de haver ou não diagnósticos diferenciais					
Ao retomar a coleta de dados direcionada à(s) hipótese(s) levantada(s)					
Ocorre em outra(s) circunstância(s)	( ) SIM ( ) NÃO		Qual(ais):		
<b>Concordância com os MOTIVOS para Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
A focalização da coleta após o levantamento de hipóteses e diagnósticos diferenciais determina a confirmação ou exclusão de uma hipótese diagnóstica					
<b>Concordância com as EXPLICAÇÕES para Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes</b>			<b>CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA REDAÇÃO</b>		
Através de processos interpessoais colaborativos com os clientes, familiares e outros profissionais, confirmando os diagnósticos e as hipóteses subjetivas					
Monitorar constantemente os diagnósticos formulados					

para a delimitação de seu estado evolutivo e não se esquecer das hipóteses refutadas					
Os diagnósticos já resolvidos podem retomar ou permanecer totalmente resolvidos					

**APÊNDICE E – Diagrama final<sup>10</sup>**

<b>DIAGRAMA PARA REALIZAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>				
<b>ETAPA 1 - COLETA DE DADOS QUE ANTECEDEM O ENCONTRO COM O INDIVÍDUO/FAMÍLIA/COMUNIDADE<sup>11</sup> (PRÉ-ENCONTRO)</b>				
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>FINALIDADES (PARA QUÊ?)</b>	<b>CIRCUNSTÂNCIAS (QUANDO?)</b>	<b>MOTIVOS (POR QUÊ?)</b>	<b>EXPLICAÇÕES (COMO?)</b>
<b>1. Avaliação indireta<sup>12</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer uma ideia geral do estado de saúde atual do cliente ou grupo de clientes (<i>assessment inicial</i>)<sup>13</sup></li> <li>• Favorecer o direcionamento da atenção clínica e áreas de coleta de dados na avaliação direta e geral</li> <li>• Coletar dados secundários (exames laboratoriais e de imagem, informações passadas por outros enfermeiros, profissionais de saúde e possíveis revisões de literatura)<sup>14</sup></li> <li>• Favorecer a continuidade da assistência prestada por</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na passagem de plantão entre as equipes de enfermagem<sup>18</sup></li> <li>• Na leitura de prontuário</li> <li>• Nos <i>rounds</i><sup>19</sup></li> <li>• Quando não houver situações de urgência/emergência em que a avaliação deverá iniciar pela avaliação direta e geral<sup>20</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O cliente pode apresentar alterações no quadro clínico que podem ser informadas por fonte indireta</li> <li>• As informações de dados entre os profissionais precisam ser coletadas e transmitidas, evitando duplicidade na coleta de dados já coletados anteriormente por outros profissionais<sup>21</sup></li> <li>• É preciso observar e processar as informações coletadas</li> <li>• Existem ocasiões em que a avaliação direta não fornece dados suficientes<sup>22</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar modelos assistenciais e de passagem de plantão que favoreçam o fluxo das informações, viabilizando uma comunicação eficaz</li> <li>• Utilizar fontes externas como documentos assistenciais, reuniões de discussão clínicas, conversa com familiares e outros do convívio (família ou pessoas significativas)</li> <li>• Consultar os registros clínicos, exames laboratoriais e de imagem, dados sobre estilo de vida, grupo étnico, ocupação,</li> </ul>

<sup>10</sup> Diagrama Final, conforme conteúdo validado e revisado

<sup>11</sup> Versão anterior: Coleta de dados que antecedem o encontro com o cliente

<sup>12</sup> Versão anterior: Avaliação indireta do cliente

<sup>13</sup> Versão anterior: Fornecer uma ideia geral da condição do cliente ou grupo de clientes (*assessment inicial*)

<sup>14</sup> Versão anterior: Coletar dados secundários (exames laboratoriais e de imagem, informações passadas por outros enfermeiros e possíveis revisões de literatura)

	meio da transmissão de informações entre os profissionais <sup>15</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferecer a possibilidade de perceber alterações no quadro clínico<sup>16</sup></li> <li>• Identificar pontos importantes para melhor investigação no encontro com o cliente ou grupo de clientes<sup>17</sup></li> </ul>			condição socioeconômicas e outras <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar estratégias de comunicação eficazes na passagem de plantão entre as equipes de enfermagem<sup>23</sup></li> </ul>
--	---	--	--	---

<b>ETAPA 2 - COLETA DE DADOS NO ENCONTRO COM O INDIVÍDUO/FAMÍLIA/COMUNIDADE<sup>24</sup> (ENCONTRO)</b>				
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>FINALIDADES (PARA QUÊ?)</b>	<b>CIRCUNSTÂNCIAS (QUANDO?)</b>	<b>MOTIVOS (POR QUÊ?)</b>	<b>EXPLICAÇÕES (COMO?)</b>
<b>1. Avaliação direta e geral<sup>25</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer relação terapêutica de ajuda com o cliente, identificando os padrões funcionais de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante o encontro<sup>28</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existem mudanças no estado evolutivo do cliente, durante o período de acompanhamento, ou desde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar dados objetivos e subjetivos focalizados no problema durante a observação, quando houver</li> </ul>

<sup>18</sup> Versão anterior: Na passagem de plantão

<sup>19</sup> Item acrescentado

<sup>20</sup> Item acrescentado

<sup>21</sup> Versão anterior: As informações de dados entre os profissionais precisam ser coletadas e transmitidas

<sup>22</sup> Versão anterior: Nem sempre há dados suficientes na coleta pela avaliação direta

<sup>15</sup> Versão anterior: Assegurar a continuidade da assistência prestada através da transmissão de informações entre os profissionais

<sup>16</sup> Versão anterior: Oferecer a possibilidade de perceber mudanças no quadro clínico

<sup>17</sup> Versão anterior: Focalizar pontos importantes para maior investigação no encontro com o cliente

<sup>23</sup> Versão anterior: Utilizar estratégias de comunicação eficazes entre as equipes

<sup>24</sup> Versão anterior: Coleta de dados no encontro com o cliente

<sup>25</sup> Versão anterior: Avaliação direta e geral do cliente

	<p>alterados ou focos de atenção coerentes com o referencial teórico adotado<sup>26</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servir de guia para a elaboração de inferências pré-diagnósticas que limitam as possibilidades diagnósticas</li> <li>• Introduzir a coleta focalizada para dados subsequentes relacionados ao problema ou prioridades<sup>27</sup></li> </ul>		<p>a admissão até a alta<sup>29</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existem manifestações que necessitam de intervenção(ões) imediata(s)<sup>30</sup></li> </ul>	<p>instabilidade fisiológica ou psicológica aparente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obter dados por meio de <i>menu</i> ou roteiro de entrevista estruturado em padrões funcionais de saúde ou focos de atenção de enfermagem, focalizado nas queixas do cliente e nas prioridades</li> <li>• Adquirir dados objetivos pelo exame físico, em ambiente favorável, antes, durante ou depois da entrevista clínica</li> <li>• Utilizar técnicas específicas para exame físico (inspeção, palpação, percussão e ausculta) que permitem confirmar evidências prévias, através do <i>menu</i> referencial</li> <li>• Reconhecer evidências e gerar significações clínicas de acordo com a visão de mundo, conhecimento do</li> </ul>
--	--	--	---	--

<sup>28</sup> Versão anterior: Sempre que houver coleta de dados no encontro

<sup>26</sup> Versão anterior: Estabelecer relação terapêutica de ajuda com o cliente, identificando os padrões funcionais de saúde alterados

<sup>27</sup> Versão anterior: Introduzir a coleta de dados focalizada para dados subsequentes

<sup>29</sup> Versão anterior: Existem mudanças no estado evolutivo do cliente, da admissão até a alta

<sup>30</sup> Versão anterior: Existem manifestações que necessitam de abordagem imediata

				<p>enfermeiro, experiência, habilidades e visão do cliente frente à coleta<sup>31</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecer manifestações de natureza não verbal pela observação</li> <li>• Estabelecer conversa empática durante a entrevista, evitando a coleta de dados motivada por interesses puramente diagnósticos</li> <li>• Decidir quais os focos a serem investigados e a melhor estratégia</li> </ul>
<b>2. Avaliação do ambiente de coleta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar condições de privacidade em relação ao ambiente da coleta<sup>32</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante o encontro<sup>33</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A falta de privacidade, os ruídos do ambiente e a interrupção interferem na coleta de dados</li> <li>• O ambiente interfere diretamente no registro e compreensão das informações clínicas, no julgamento diagnóstico e no planejamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeitar a privacidade do cliente, se necessário usar divisórias ou biombos</li> <li>• Realizar a coleta de dados, se possível, em sala bem equipada para atender aos procedimentos envolvidos</li> <li>• Manter clareza adequada ao exame físico</li> <li>• Eliminar fontes de ruídos e evitar interrupções por</li> </ul>

<sup>31</sup> Versão anterior: Reconhecer evidências e gerar significações clínicas de acordo com a visão de mundo, conhecimento do enfermeiro, habilidades e visão do cliente frente à coleta

<sup>32</sup> Versão anterior: Avaliar condições mínimas de privacidade em relação ao ambiente da coleta

<sup>33</sup> Versão anterior: Sempre que houver coleta de dados no encontro

				parte da equipe durante o exame
--	--	--	--	---------------------------------

<b>ETAPA 3 – AVALIAÇÃO DIRETA E FOCAL DO INDIVÍDUO/FAMÍLIA/COMUNIDADE<sup>34</sup></b>				
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>FINALIDADES (PARA QUÊ?)</b>	<b>CIRCUNSTÂNCIAS (QUANDO?)</b>	<b>MOTIVOS (POR QUÊ?)</b>	<b>EXPLICAÇÕES (COMO?)</b>
<b>1. Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coletar informações sobre as condições críticas já levantadas anteriormente, direcionando ou focalizando a avaliação clínica<sup>35</sup></li> <li>• Determinar o estado do(s) diagnóstico(s) de enfermagem em mantido, piorado, melhorado ou resolvido, de acordo com os sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco<sup>36</sup></li> <li>• Prosseguir a avaliação considerando a condição de saúde do cliente gerada por</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em ambiente favorável ao exame</li> <li>• Após a avaliação direta e geral do cliente</li> <li>• Em situações de urgência resolvidas</li> <li>• Na avaliação inicial ou primeira consulta</li> <li>• Quando não existir consenso sobre o diagnóstico estabelecido ou quando a complexidade da situação não permita o estabelecimento de um diagnóstico definitivo<sup>39</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A coleta de dados exige um direcionamento e uma especificidade voltada para a situação do cliente</li> <li>• A avaliação diagnóstica precisa ser contínua</li> <li>• Os sinais e sintomas/características definidoras e os fatores de risco podem se manter, piorar, melhorar ou resolver<sup>40</sup></li> <li>• Muitos clientes apresentam novos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco que indicam a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar indícios derivados dos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco para reavaliação dos diagnósticos prévios</li> <li>• Examinar criteriosamente ou monitorar os sinais e sintomas/características definidoras ou fatores associados</li> <li>• Continuar monitorando os sinais e sintomas/características definidoras após implementar a conduta mais adequada para avaliar a</li> </ul>

<sup>34</sup> Versão anterior: Avaliação direta e focal do cliente

<sup>35</sup> Versão anterior: Coletar informações sobre as condições críticas já levantadas por outros enfermeiros, direcionando ou focalizando a avaliação clínica

<sup>36</sup> Versão anterior: Determinar o estado do(s) diagnóstico(s) de enfermagem em mantido, piorado ou resolvido, de acordo com os sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco

<sup>39</sup> Item acrescentado

<sup>40</sup> Versão anterior: Os sinais e sintomas/características definidoras e os fatores de risco podem se manter, piorar ou resolver



	<p>diagnósticos anteriores</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisar novos diagnósticos e traçar um novo plano de cuidados, se necessário</li> <li>• Favorecer o estabelecimento de novas estratégias terapêuticas para diagnósticos de enfermagem de difícil resolução e o julgamento de novos diagnósticos de enfermagem diante dos dados disponíveis<sup>37</sup></li> <li>• Favorecer a continuidade do cuidado prestado e o tratamento permanente do(s) diagnósticos(s) de enfermagem<sup>38</sup></li> </ul>		<p>presença de novos diagnósticos ou novas prioridades<sup>41</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algumas intervenções podem necessitar de novas estratégias terapêuticas</li> <li>• A avaliação precisa ser baseada em evidências (Prática Baseada em Evidências) e não apenas pela experiência individual</li> <li>• Muitos clientes já possuem diagnósticos pré-existentes que precisam ser reavaliados para o estabelecimento de novas intervenções<sup>42</sup></li> </ul>	<p>melhora do diagnóstico de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reavaliar as intervenções instituídas na manutenção do(s) diagnóstico(s) de enfermagem em piorado ou não, considerando os fatores de risco ou fatores relacionados<sup>43</sup></li> </ul>
--	---	--	--	---

<sup>37</sup> Versão anterior: Favorecer o estabelecimento de novas estratégias terapêuticas para diagnósticos de enfermagem refratários e o julgamento de novos diagnósticos de enfermagem diante dos dados disponíveis

<sup>38</sup> Versão anterior: Garantir a continuidade do cuidado prestado e o tratamento permanente do(s) diagnósticos(s) de enfermagem de difícil resolução

<sup>41</sup> Versão anterior: Muitos clientes apresentam novos sinais e sintomas/características definidoras e fatores de risco que indicam a presença de novos diagnósticos

<sup>42</sup> Versão anterior: Muitos clientes já possuem diagnósticos pré-existentes que precisam ser avaliados e resolvidos

<sup>43</sup> Versão anterior: Reavaliar as intervenções instituídas na manutenção do(s) diagnóstico(s) de enfermagem em piorado ou não, considerando o(s) fatores de risco

ETAPA 4 – TRATAMENTO DOS DADOS COLETADOS APÓS O ENCONTRO COM O INDIVÍDUO/FAMÍLIA/COMUNIDADE <sup>44</sup>				
ESTRATÉGIAS	FINALIDADES (PARA QUÊ?)	CIRCUNSTÂNCIAS (QUANDO?)	MOTIVOS (POR QUÊ?)	EXPLICAÇÕES (COMO?)
<b>1. Clarificação dos dados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmar um achado importante para a situação clínica, com repercussões relevantes para o diagnóstico</li> <li>• Favorecer o levantamento de hipóteses diagnósticas</li> <li>• Eliminar dúvidas sobre algum dado coletado<sup>45</sup></li> <li>• Confirmar ou, melhor entender a informação clínica que está sendo coletada</li> <li>• Prevenir interpretações diagnósticas incorretas que prejudicam a efetividade do cuidado planejado<sup>46</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sempre que houver dúvidas quanto às informações coletadas</li> <li>• Sempre que julgar necessário confirmar as informações coletadas como evidências definidoras<sup>47</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A efetividade do cuidado depende da clareza com que os dados são coletados</li> <li>• Nem sempre os dados coletados estão claros</li> <li>• Dados coletados podem ser semelhantes, gerando dúvidas e hipóteses erradas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar a dupla checagem ou repetir o exame objetivo anterior, atentando para os passos corretos e prioritários da técnica ou utilizar outra técnica semiológica para o mesmo exame</li> <li>• Nunca ignorar uma informação que tenha gerado dúvida, pois ela pode ser importante para o real diagnóstico da situação</li> <li>• Esclarecer termos usados pelo cliente durante o exame subjetivo, que foram confusos ao entendimento<sup>48</sup></li> <li>• Solicitar ajuda em sessões clínicas com o corpo de enfermagem, nas revisões de literatura, conversas com</li> </ul>

<sup>44</sup> Versão anterior: Tratamento dos dados após o encontro com o cliente

<sup>45</sup> Versão anterior: Eliminar dúvidas existentes em algum dado coletado

<sup>46</sup> Versão anterior: Prevenir más interpretações diagnósticas que prejudicam a efetividade do cuidado planejado

<sup>47</sup> Versão anterior: Sempre que julgar necessário a confirmação das informações coletadas como evidências definidoras

<sup>48</sup> Versão anterior: Questionar termos usados pelo cliente que foram confusos ao entendimento no exame subjetivo

				familiares ou pessoas significativas ao cliente, caso não consiga com esforços individuais
<b>2. Atribuição de significados aos indícios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecer ou identificar uma possível explicação da situação que está levando o cliente a apresentar determinado indício<sup>49</sup></li> <li>• Auxiliar o examinador no conhecimento da sua causa principal e compreender se ela é uma resposta humana dentro ou fora dos padrões de normalidade e possível diagnóstico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A atribuição de significados aos indícios é desenvolvida de acordo com o tempo estabelecido para reavaliação dos indícios para os quais não foram atribuídos significados<sup>50</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nem sempre a situação que o cliente está apresentando é plausível com a sua causa principal</li> <li>• O reconhecimento da situação que está levando o cliente a apresentar determinado indício ajuda no conhecimento do fator relacionado<sup>51</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar as crenças, valores, sentimentos e significados que o cliente associa à queixa<sup>52</sup></li> <li>• Atribuir significados para as informações coletadas na avaliação clínica e inferir resultados, por meio de habilidades</li> <li>• Contextualizar a informação frente ao conhecimento biológico para depois investigar os elementos físicos que podem levar ao indício encontrado</li> </ul>
<b>3. Agrupamento dos significados<sup>53</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar o trabalho cognitivo no processo diagnóstico, facilitando o levantamento de hipóteses diagnósticas e por fim os</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Após a significação dos indícios levantados na coleta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os dados não agrupados dificultam o levantamento de hipóteses diagnósticas e o diagnóstico de enfermagem propriamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar agrupamento de significados atribuídos por áreas que representam focos de atenção de enfermagem ou domínio, utilizando um</li> </ul>

<sup>49</sup> Versão anterior: Reconhecer uma possível explicação da situação que está levando o cliente a apresentar determinado indício

<sup>50</sup> Versão anterior: A atribuição de significados aos indícios é desenvolvida de acordo com o tempo estabelecido para reavaliação dos indícios que não foram atribuídos significados

<sup>51</sup> Versão anterior: O reconhecimento da situação que está levando o cliente a apresentar determinado indício ajuda no conhecimento da sua causa principal

<sup>52</sup> Versão anterior: Explorar as crenças, valores, sentimentos e significados que o cliente associa à queixa, nas informações subjetivas

<sup>53</sup> Versão anterior: Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes

	<p>diagnósticos de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Levantar hipóteses diagnósticas de acordo com as semelhanças entre si, compatíveis com os focos de atenção da enfermagem ou domínio específico da enfermagem<sup>54</sup></li> <li>• Proporcionar a análise dos significados em conjunto com outros significados também importantes, evitando um diagnóstico não acurado<sup>55</sup></li> </ul>		<p>dito, podendo levar a um diagnóstico não acurado<sup>56</sup></p>	<p>modelo compatível como referencial teórico (Taxonomias, Padrões Funcionais de Saúde, Padrões de Resposta Humana) ou modelos de coleta de dados da instituição</p>
<p><b>4. Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas<sup>57</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar as possibilidades, evitando interpretações não acuradas e julgamentos pouco concernentes ao quadro real apresentado pelo cliente<sup>58</sup></li> <li>• Possibilitar uma aproximação com o diagnóstico atual, tendo em mente as possibilidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logo após o agrupamento de significados, que já pode ter acontecido desde o pré-encontro com o cliente, mesmo que de forma rápida e imperceptível</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzem o escopo de dados a serem trabalhados posteriormente</li> <li>• As hipóteses guiam o processo de coleta de dados, permitindo que as próximas etapas sejam realizadas</li> <li>• As hipóteses são afirmações provisórias aos problemas do cliente<sup>60</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar conhecimento dos indícios significativos do cliente, dentro de um conjunto de possíveis fenômenos de uma mesma categoria de informações já aprendidas ou experimentadas, armazenadas na memória e verificadas por meio de nova coleta de dados</li> </ul>

<sup>54</sup> Versão anterior: Levantar hipóteses diagnósticas de acordo com as semelhanças entre si, compatíveis com os focos de atenção da enfermagem ou domínio específico da enfermagem representado

<sup>55</sup> Versão anterior: Proporcionar a análise dos significados em conjunto com outros significados também importantes, evitando erro diagnóstico

<sup>56</sup> Versão anterior: Os dados não agrupados dificultam o levantamento de hipóteses diagnósticas e o diagnóstico de enfermagem propriamente dito, podendo levar ao erro diagnóstico

<sup>57</sup> Versão anterior: Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo

<sup>58</sup> Versão anterior: Considerar as possibilidades, evitando interpretações errôneas e julgamentos pouco concernentes ao quadro real apresentado pelo cliente

	diagnósticas para um grupo específico de sinais e sintomas/características definidoras e fatores associados <sup>59</sup>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• À medida que a coleta de dados vai evoluindo, o número de dados aumenta significativamente</li> <li>• A necessidade de ter uma ou mais hipóteses mantém o conjunto de dados dentro de um limite para o processamento</li> </ul>	focalizada <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar as habilidades pessoais e solicitar ajuda nos momentos de dificuldade ou consultar a taxonomia de diagnósticos</li> </ul>
<b>5. Estabelecimento de diagnósticos diferenciais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar o estabelecimento de um diagnóstico prematuro, que acontece quando se aceita o primeiro diagnóstico que vem à mente e depois tentar ajustar os dados do cliente para a confirmação da aceitação da hipótese<sup>61</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir da geração de hipóteses diagnósticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os diagnósticos diferenciais são necessários para a formulação de hipóteses e diagnósticos acurados<sup>62</sup></li> <li>• Alguns diagnósticos são parecidos, sendo necessário um conhecimento mais profundo das diferenças diagnósticas, sinais e sintomas/características definidoras para saber diferenciá-los um do outro<sup>63</sup></li> <li>• Os diagnósticos diferenciais se relacionam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refutar ou confirmar hipótese com base no entendimento do fenômeno e não no entendimento superficial de uma causa sem relação direta com o contexto do cliente</li> <li>• Recuperar todas as possibilidades diagnósticas diferenciais para um determinado grupo ou categoria de dados significativos, excluindo as que não se relacionam com o contexto da situação de saúde ou condição de vida do cliente<sup>65</sup></li> </ul>

<sup>60</sup> Versão anterior: As hipóteses são respostas provisórias aos problemas do cliente

<sup>59</sup> Versão anterior: Possibilitar uma aproximação com o diagnóstico atual, tendo em mente as possibilidades diagnósticas para um grupo específico de significações

<sup>61</sup> Versão anterior: Evitar o fechamento de um diagnóstico prematuro que acontece quando se aceita o primeiro diagnóstico que vem à mente e depois tentar ajustar os dados do cliente para a confirmação de aceitação da hipótese

<sup>62</sup> Versão anterior: Os diagnósticos diferenciais são necessários para a formulação de hipóteses e diagnósticos mais precisos

<sup>63</sup> Versão anterior: Alguns diagnósticos são parecidos, sendo necessário um conhecimento mais profundo das diferenças diagnósticas para saber diferenciá-los um do outro

			entre si, forçando a refutação ou confirmação de hipóteses diagnósticas <sup>64</sup>	
<b>6. Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados<sup>66</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmar ou excluir diagnósticos que estão sendo considerados por meio da coleta de indícios adicionais, perguntas e exames direcionados a uma ou mais hipóteses diagnósticas</li> <li>• Confirmar se a hipótese está correta ou não dentro de um determinado contexto situacional, pela existência de evidências essenciais a sua presença</li> <li>• Formular o diagnóstico, quando a hipótese for confirmada pela focalização da coleta de dados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando as hipóteses diagnósticas forem levantadas, independente de haver ou não diagnósticos diferenciais<sup>67</sup></li> <li>• Ao retomar a coleta de dados direcionada à(s) hipótese(s) levantada(s)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A focalização da coleta após o levantamento de hipóteses e diagnósticos diferenciais favorece a confirmação ou exclusão de uma hipótese diagnóstica<sup>68</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar constantemente os diagnósticos formulados para a delimitação de seu estado evolutivo e não se esquecer das hipóteses refutadas</li> <li>• Os diagnósticos já resolvidos podem retornar ou permanecer resolvidos<sup>69</sup></li> <li>• Através de processos interpessoais colaborativos com os clientes, familiares e outros profissionais, confirmando os diagnósticos e as hipóteses subjetivas</li> </ul>

<sup>65</sup> Versão anterior: Recuperar todas as possibilidades diagnósticas diferenciais para um determinado grupo ou categoria de significados, excluindo as que não se relacionam com o contexto da situação de saúde ou condição de vida do cliente

<sup>64</sup> Versão anterior: Os diagnósticos diferenciais geram competições entre si, forçando a refutação ou confirmação de hipóteses diagnósticas

<sup>66</sup> Versão anterior: Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes

<sup>67</sup> Versão anterior: Quando as hipóteses diagnósticas forem selecionadas, independente de haver ou não diagnósticos diferenciais

<sup>68</sup> Versão anterior: A focalização da coleta após o levantamento de hipóteses e diagnósticos diferenciais determina a confirmação ou exclusão de uma hipótese diagnóstica

<sup>69</sup> Versão anterior: Os diagnósticos já resolvidos podem retornar ou permanecer totalmente resolvidos

**APÊNDICE F – Itens não validos<sup>70</sup>**

<b>DIAGRAMA PARA REALIZAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>				
<b>ETAPA 1 - COLETA DE DADOS QUE ANTECEDEM O ENCONTRO COM O INDIVÍDUO/FAMÍLIA/COMUNIDADE<sup>71</sup> (PRÉ-ENCONTRO)</b>				
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>FINALIDADES (PARA QUÊ?)</b>	<b>CIRCUNSTÂNCIAS (QUANDO?)</b>	<b>MOTIVOS (POR QUÊ?)</b>	<b>EXPLICAÇÕES (COMO?)</b>
<b>1. Avaliação indireta<sup>72</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A avaliação indireta do cliente aumenta a efetividade da informação e processamento da informação coletada</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• É uma fonte segura de julgamento clínico que já fornece informações antes da avaliação direta</li> <li>• A avaliação indireta do cliente mantém o diagnosticador dentro da capacidade de memória de trabalho, reduzindo o esforço cognitivo</li> <li>• Existem dados já observados e processados na avaliação indireta do cliente</li> </ul>	

<sup>70</sup> Descrição dos itens que não alcançaram validade de conteúdo, para estudo posterior

<sup>71</sup> Versão anterior: Coleta de dados que antecedem o encontro com o cliente

<sup>72</sup> Este item foi reajustado, porém alcançou validade de conteúdo. Versão anterior: Avaliação indireta do cliente

<b>ETAPA 2 - COLETA DE DADOS NO ENCONTRO COM O INDIVÍDUO/FAMÍLIA/COMUNIDADE<sup>73</sup> (ENCONTRO)</b>				
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>FINALIDADES (PARA QUÊ?)</b>	<b>CIRCUNSTÂNCIAS (QUANDO?)</b>	<b>MOTIVOS (POR QUÊ?)</b>	<b>EXPLICAÇÕES (COMO?)</b>
<b>1. Avaliação direta e geral<sup>74</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar situações que necessitem abordagem imediata</li> <li>• Avaliar o estado de saúde do cliente para aquisição e interpretação de informações clínicas gerais e do ambiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante o encontro<sup>75</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existem manifestações que se apresenta de forma ampla em relação com o meio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar a necessidade ou não de abordagem imediata pela observação</li> </ul>
<b>2. Avaliação do ambiente de coleta<sup>76</sup></b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante o encontro<sup>77</sup></li> </ul>		

<b>ETAPA 3 – AVALIAÇÃO DIRETA E FOCAL DO INDIVÍDUO/FAMÍLIA/COMUNIDADE<sup>78</sup></b>				
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>FINALIDADES (PARA QUÊ?)</b>	<b>CIRCUNSTÂNCIAS (QUANDO?)</b>	<b>MOTIVOS (POR QUÊ?)</b>	<b>EXPLICAÇÕES (COMO?)</b>
<b>1. Avaliação direta e focal relacionada aos indícios representados pelos sinais e sintomas/características</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sempre que existirem novos diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Após avaliações de outras especialidades, com</li> </ul>		

<sup>73</sup> Este item foi reajustado, porém alcançou validade de conteúdo. Versão anterior: Coleta de dados no encontro com o cliente

<sup>74</sup> Este item foi reajustado, porém não alcançou validade de conteúdo. Versão anterior: Avaliação direta e geral do cliente

<sup>75</sup> Este item foi reajustado, porém não alcançou validade de conteúdo Versão anterior: Sempre que houver coleta de dados no encontro

<sup>76</sup> Este item alcançou validade de conteúdo.

<sup>77</sup> Este item foi reajustado, porém não alcançou validade de conteúdo. Versão anterior: Sempre que houver coleta de dados no encontro

<sup>78</sup> Versão anterior: Avaliação direta e focal do cliente



definidoras e fatores de risco <sup>79</sup>		considerações críticas		
--	--	------------------------	--	--

<b>ETAPA 4 – TRATAMENTO DOS DADOS COLETADOS APÓS O ENCONTRO COM O INDIVÍDUO/FAMÍLIA/COMUNIDADE<sup>80</sup></b>				
<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>FINALIDADES (PARA QUÊ?)</b>	<b>CIRCUNSTÂNCIAS (QUANDO?)</b>	<b>MOTIVOS (POR QUÊ?)</b>	<b>EXPLICAÇÕES (COMO?)</b>
<b>1. Clarificação dos dados<sup>81</sup></b>				
<b>2. Atribuição de significados aos indícios<sup>82</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta a capacidade de realizar o procedimento com mais perícia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sempre que os indícios forem levantados. Se não ocorrer, solicitar ajuda novamente</li> </ul>		
<b>3. Agrupamento dos significados<sup>83</sup></b>				
<b>4. Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas<sup>84</sup></b>				
<b>5. Estabelecimento de diagnósticos diferenciais<sup>85</sup></b>				
<b>6. Focalização da coleta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir o caminho</li> </ul>			

<sup>79</sup> Este item alcançou validade de conteúdo

<sup>80</sup> Este item foi reajustado, porém alcançou validade de conteúdo. Versão anterior: Tratamento dos dados após o encontro com o cliente

<sup>81</sup> Este item alcançou validade de conteúdo

<sup>82</sup> Este item alcançou validade de conteúdo

<sup>83</sup> Este item foi reajustado, porém não alcançou validade de conteúdo. Versão anterior: Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes

<sup>84</sup> Este item foi reajustado, porém alcançou validade de conteúdo. Versão anterior: Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo

<sup>85</sup> Este item alcançou validade de conteúdo

<b>de dados em cada categoria de significados<sup>86</sup></b>	correto no processo diagnóstico, fazendo-o ter mais certeza de acertos ao invés de erros			
--	--	--	--	--

---

<sup>86</sup> Este item foi reajustado, porém alcançou validade de conteúdo. Versão anterior: Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes



## ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



ESCOLA DE ENFERMAGEM  
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -  
HOSPITAL ESCOLA SÃO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Validação de conteúdo das estratégias do diagrama para realização de diagnósticos de enfermagem.

**Pesquisador:** ALESSANDRA BORGES BRUM CLEIRES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 14511113.1.0000.5238

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 260.304

**Data da Relatoria:** 30/04/2013

#### Apresentação do Projeto:

O Projeto apresenta uma proposta voltada à validação da operacionalização do diagnóstico em enfermagem, considerando o parecer de especialistas em relação à pertinência, clareza, concisão e precisão. Estudo de desenvolvimento metodológico, com abordagem quantitativa, organizado em duas fases distintas, cujos procedimentos teóricos já construídos em estudo anterior serão nesta fase processados analiticamente para validação de conteúdo pelo método Delphi e testes de confiabilidade com análise estatística. Os participantes serão selecionados intencionalmente mediante critérios de seleção adaptados de Fhering, por meio de busca na Plataforma Lattes do site do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), nos diretórios dos grupos de pesquisa, nas secretarias das escolas de enfermagem e cursos de pós-graduação em enfermagem de todo o país. Os dados serão tabulados e tratados percentualmente, medindo-se a porcentagem de concordância dos especialistas para o mapeamento realizado, organizados em planilhas do programa Microsoft® Excel®, SPSS 20®, ou outro compatível, contendo os qualificadores da escala construída para cada finalidade e realizado os testes de confiabilidade.

#### Objetivo da Pesquisa:

Validar o conteúdo das estratégias de um diagrama para realização de diagnósticos de enfermagem por iniciantes.

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275

**Bairro:** Cidade Nova

**CEP:** 20.211-110

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2239-8148

**E-mail:** cepeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM  
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -  
HOSPITAL ESCOLA SÃO



**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador informa que não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação, contudo já havia descrito os riscos na versão anterior apresentada ao CEP. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área do ensino, pesquisa e assistência de enfermagem.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo pertinente, para a prática de Enfermagem, pois tem a intenção de validar um instrumento importante para identificar as necessidades dos cliente/usuários em saúde. Trata de um avanço para a profissão utilizar seus próprios instrumentos e conhecimento específico na prática de Enfermagem.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE foi anexado, com ajustes propostos pelo CEP (assinaturas e informações sobre o pesquisador e voluntário descritos na mesma página). É mencionada garantia dos direitos fundamentais do sujeito de pesquisa (informação, privacidade, recusa inócua, desistência, acesso ao pesquisador e CEP).

**Recomendações:**

Sugerimos a adequação do TCLE com vistas a atender a Resolução nº 196/96 - 2ª versão, no que se refere aos riscos. Incluir que: "não obstante aos riscos potenciais, esta pesquisa oferece a possibilidade de gerar conhecimentos sem afetar o bem-estar dos participantes e a de seus grupos".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto importante para a Enfermagem e a de gerar novos conhecimentos sem afetar o bem estar dos participantes da pesquisa. Apresenta objetivo claro e o método de pesquisa que será utilizado é apropriado para responder o objetivo proposto. Necessita ajustar a estrutura do TCLE de acordo com os riscos, como já apresentada na versão anterior.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 30 de abril de 2013. Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que a pesquisadora deverá

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2239-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM  
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -  
HOSPITAL ESCOLA SÃO



encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

RIO DE JANEIRO, 30 de Abril de 2013

---

**Assinador por:**  
**Maria Aparecida Vasconcelos Moura**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275  
**Bairro:** Cidade Nova **CEP:** 20.211-110  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2239-8148 **E-mail:** cepeanhesfa@gmail.com

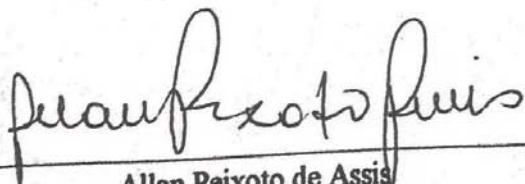
**ANEXO B – Declaração de direitos**

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery,  
da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)

**DECLARAÇÃO**

Eu, Allan Peixoto de Assis, **declaro**, para fins de direito, estar ciente e concordar com a utilização dos resultados da minha dissertação de mestrado intitulada “Proposição de um diagrama para realização de diagnósticos de enfermagem por iniciantes”, defendida em 2010 por este Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, para fins de pesquisa e publicação dos resultados originários destas, pela mestranda Alessandra Borges Brum Cleires, desde que os procedimentos éticos sejam observados e com a citação obrigatória da fonte.

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2013.

  
Allan Peixoto de Assis