

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**  
**COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**SIGNIFICANDO E RESSIGNIFICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: A BUSCA DO  
EQUILÍBRIO ENTRE O DITO E O NÃO DITO NA PRÁXIS COTIDIANA**

**ANGELI SOARES DE SOUZA**

**RIO DE JANEIRO**  
**DEZEMBRO / 2010**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**SIGNIFICANDO E RESSIGNIFICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: A BUSCA DO  
EQUILÍBRIO ENTRE O DITO E O NÃO DITO NA PRÁXIS COTIDIANA**

**ANGELI SOARES DE SOUZA**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Glauca Valente Valadares

**RIO DE JANEIRO**

**DEZEMBRO / 2010**

**SIGNIFICANDO E RESSIGNIFICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: A BUSCA  
DO EQUILÍBRIO ENTRE O DITO E O NÃO DITO NA PRÁXIS  
COTIDIANA**

**ANGELI SOARES DE SOUZA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2010.

APROVADO POR:

Presidente: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Glaucia Valente Valadares – Orientadora

1<sup>a</sup> Examinadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fátima Helena do Espírito Santo

2<sup>a</sup> Examinadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosimere Ferreira Santana

1<sup>o</sup> Suplente: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Joséte Luzia Leite Brandão

2<sup>o</sup> Suplente: Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Marcos Antônio Gomes

**RIO DE JANEIRO  
DEZEMBRO / 2010**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho às pessoas mais importantes de minha vida.*

*São elas:*

*Minha mãe Rita, a quem devo à vida e minha carreira profissional,*

*Meu pai José,*

*Meu padrasto Wilson,*

*Minha irmã Angelita,*

*Meus sobrinhos Allan e Olavo.*

## *AGRADECIMENTOS ESPECIAIS*

*Primeiramente a Deus, pelo dom da vida, pelas oportunidades, pela força para o alcançar os objetivos e por tudo na minha vida.*

*Aos clientes oncológicos que cuidei, pela oportunidade de aprender e, principalmente de me emocionar.*

*A minha amiga Valdete Santos, pelo incentivo à realização do mestrado e por estar presente em todos os momentos desta caminhada. Que Deus possa iluminá-la sempre.*

*A minha amiga Ailse Bittencourt, Chefe da Divisão de Enfermagem do HCI/INCA pelo apoio e compreensão ao meu desejo em realizar o mestrado.*

*A minha amiga Elida Cabral, por me confortar nos momentos difíceis ao longo do mestrado.*

*A minha amiga Alcione Linhares, pela sua amizade e preocupação em me ver bem ao longo da minha jornada.*

*As minhas amigas e colegas Simone Amorim, Zenaide Medeiros, Kátia Moreira, Venceslaine, Fátima Peres, Vânia Teixeira, Neuracy Fernandes, Iracema Breves, Solange Leal, Cláudia Palhota, Michelline, Gisela, Maria Cecília, Tércia, Rosane Guimarães, Cíntia, por terem continuamente ouvido meus muitos desabafos.*

*Aos Amigos Vlamir Pinto, Sérgio Rodrigues, Peter Molina, Ilson Ribeiro, Marcos Aleixo, Dennis Lemos, Juarez, pela escuta ativa as minhas inquietações pessoais.*

*Ao Amigo Dr. Walter Horiz de Carvalho, que mesmo à distância, nunca deixou de se preocupar e incentivar meu crescimento profissional na Arte de ser Enfermeira, através do seu carinho, amizade e confiança.*

*A minha querida Equipe de Enfermagem das seções de Neurocirurgia e Cirurgia Torácica, por reforçar a cada dia a minha crença de que na vida tudo se torna mais fácil quando possuímos amigos.*

*A equipe multidisciplinar das seções de Neurocirurgia e Cirurgia Torácica: as Psicólogas Eliane e Rosária; as Fisioterapeutas Mônica, Cláudia, Andréa e Telma; os Neurocirurgiões Jânio Nogueira, José Antônio, João Carlos, Antônio Aversa, Hélio Lopes e Anselmo Teixeira; as médicas clínicas Sandra e Meg; aos Cirurgiões Torácicos Paulo de Biasi, Edson Toscano, Samuel de Biasi, Aureliano; ao Pneumologista Mauro Zamboni e ao Especializando Rodrigo Baretta; a Assistente Social Laise; as Nutricionistas e a faturista Sheila, obrigada pela oportunidade de trabalharmos juntos em prol de uma assistência de qualidade.*

*Ao Enfermeiro Vlamir e a Enfermeira Eliane Lourenço, chefes do Centro Cirúrgico e Centro de Terapia Intensiva/ Unidade de Pós-Operatório, por terem me recebido com muito carinho e acolhimento em seus ambientes no período que realizei a coleta de dados para esta pesquisa.*

*Aos enfermeiros, cujos pseudônimos são: Águia, Azul, Beija-Flor, Cabeça, Estrela, Flor do Campo, Florzinha, Girassol, Lua, Luz, Persa, Rosa, Sol, Tulipa, Vermelho e Violeta que participaram do estudo, compartilhando suas experiências em neurocirurgia oncológica e acerca dos diagnósticos de enfermagem nesta área de atuação, para a construção de uma matriz teórica desta dissertação.*

*À querida Profª Drª Glaucia Valadares*

*Agradeço pela sua acolhida na Escola de Enfermagem Anna Nery. Agradeço-te por ter me ensinado com dedicação e paciência não somente sobre Teoria Fundamentada nos Dados, mas quanto à importância do investimento pessoal para o crescimento profissional. Tens qualidades importantes e raras, dentre elas, sua inteligência e capacidade profissional que sempre esteve presente nos momentos difíceis nesta empreitada.*

*Você partilhou conhecimentos, projetou e irradiou possibilidades e somou equilíbrio. E ao transmitir serenidade e estar-junto, clarificou os caminhos da pesquisa fortalecendo minhas potencialidades. Você me fez entender que a busca pelo conhecimento não é somente um único momento, mas sim a todos, pois quando se dá algo a alguém, este o consome até acabar, entretanto quando alguém lhe ensina a conseguir, este por sua vez consumirá em todos os momentos.*

*Obrigada por compartilhar seu precioso tempo de descanso e em meio à família, para sanar minhas dúvidas, ouvir meus problemas e vibrar com minhas conquistas. Obrigada pelo carinho, pela confiança, pelo cuidado, por suas excelentes contribuições e por sua orientação compreensiva. Sinto-me honrada por ser sua orientanda.*

*Agradeço a você a minha eterna e sempre Professora Glaucia Valadares.*

## AGRADECIMENTOS

*À Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ) que, primando pela tradicional excelência em seu padrão de qualidade. Abriu-me as portas, transformando-me em um de seus personagens, estendendo-me o horizonte.*

*Às Professoras Doutoras Vera Lucia Regina Maria, exemplo de sabedoria e elegância; Joséte Luzia Leite, exemplo de determinação, segurança e fidelidade; Rosimere Ferreira Santana, exemplo de persistência e motivação; Fátima Helena do Espírito Santo, fonte de inspiração profissional desde a minha graduação e ao Professor Marcos Antônio Gomes Brandão, exemplo de conhecimento e determinação. Obrigada por fazerem parte das bancas de projeto, qualificação e defesa, por todo carinho e contribuições na construção e realização desta pesquisa, com suas experiências e visão críticas.*

*Aos Professores da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, pelos conhecimentos compartilhados, pelas contribuições a minha pesquisa no transcurso das aulas, por oportunizarem momentos de reflexão e aprendizagem.*

*A todos os membros do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE), pelo incentivo no sentido da realização do estudo.*

*A turma de Doutorado e Mestrado ano de entrada 2009.1, pela amizade e contribuições produtivas no decorrer da pesquisa.*

*Ao Instituto Nacional de Câncer que aprovou o projeto e permitiu a realização desta pesquisa em suas dependências, com suas equipes competentes de enfermeiros.*

*Aos funcionários da secretaria da EEAN/UFRJ, em especial a Sônia e Jorge Anselmo pelas orientações e simpatia de sempre.*

*A todas as pessoas que apostaram nesta pesquisa, contribuindo direta ou indiretamente para a realização da mesma.*



*Aos muitos colegas e amigos que fiz nessa vida e, que ora sinceramente agradeço.*

*“A história tem demonstrado que os mais notáveis vencedores normalmente encontram obstáculos dolorosos antes de triunfarem. Venceram porque se negaram a serem desencorajados por suas derrotas”.*

**B.C. Forbes**

Souza, Angeli Soares.

Significando e ressignificando os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica: a busca do equilíbrio entre o dito e o não dito na práxis cotidiana/  
Angeli Soares de Souza. Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2010.

xxi, 289 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Glaucia Valente Valadares.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ EEAN/ Programa de Pós – graduação em Enfermagem, 2010.

Referências Bibliográficas: f. 204-213.

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Diagnóstico de Enfermagem. 3. Neoplasias Encefálicas. 4. Processos de Enfermagem. I. Valadares, Glaucia Valente. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

## RESUMO

SOUZA, A.S. **Significando e ressignificando os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica:** a busca do equilíbrio entre o dito e o não dito na práxis cotidiana. Rio de Janeiro, 2010. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem Anna Nery. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010. Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Gláucia Valente Valadares.

A presente Dissertação de Mestrado encontra-se inserida no Núcleo de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem – NUCLEARTE da EEAN, tem como objeto o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica à luz da práxis cotidiana dos enfermeiros especialistas. Tem por objetivos: analisar o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica considerando as dimensões: teórica e prática; Caracterizar a interação dos enfermeiros com os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica considerando comportamentos, manifestações, atitudes e práticas; Discutir situações contextuais e fatores intervenientes que se relacionam com o fenômeno estudado; Destacar os diagnósticos de enfermagem da NANDA aplicáveis aos clientes de neurocirurgia oncológica; e por fim, propor Teoria Substantiva Explicativa que elucide o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica na práxis cotidiana. Como referencial teórico, optou-se pelo Interacionismo Simbólico. A abordagem metodológica escolhida foi à pesquisa qualitativa sob orientação dos conceitos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). O cenário de estudo foi o Instituto Nacional de Câncer – Hospital do Câncer I nos setores: enfermagem, centro cirúrgico, centro de terapia intensiva (CTI) e unidade de pós-operatório (UPO). Os participantes da pesquisa foram enfermeiros com igual ou mais de cinco anos de experiência prática em neurocirurgia e portadores de cursos de especialização ou título de especialistas em enfermagem por entidades reconhecida. Foram utilizados como técnica de coleta de dados: entrevista semi-estruturada em profundidade e observação participante assistemática. As informações foram analisadas, considerando os procedimentos pertinentes a TFD: codificação aberta, codificação axial, codificação seletiva e elaboração da categoria central. A partir da conjunção dos fenômenos relacionados ao objeto de estudo: causa, contexto, estratégias de ação/ interação, fatores intervenientes e consequências, foi possível identificar a categoria central. Assim sendo: Significando e ressignificando os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica: a busca do equilíbrio entre o dito e o não dito na práxis cotidiana.

**Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Neoplasias Encefálicas. Processos de Enfermagem.**

## ABSTRACT

SOUZA, A.S. **Redefines the meanings and nursing diagnosis in neurosurgical oncology:** the search for balance between the said and unsaid in daily practice. Rio de Janeiro, 2010. Master Thesis - College of Nursing Anna Nery. Center for Health Sciences, Federal University of Rio de Janeiro, 2010. Advisor: Prof.. Dr. Glauca Valente Valadares.

This Thesis is inserted into the core of Fundamentals of Nursing Care - NucleArt EEAN, has as object the meaning of the diagnoses in the light of neurosurgical oncology nurses daily practice specialists. Its goals: to analyze the meaning of nursing diagnosis in oncologic neurosurgery considering the dimensions: theoretical and practical; characterize the interaction of nurses with nursing diagnosis in neurosurgery considering oncological behaviors, events, attitudes and practices; discuss contextual situations and factors involved that relate to the phenomenon studied; underscore the NANDA nursing diagnoses applicable to customers of oncologic neurosurgery, and ultimately proposing Theory Major Explanatory that elucidates the meaning of nursing diagnosis in oncological neurosurgery in daily practice. The theoretical discussion we opted for Symbolic Interaction. The methodological approach chosen was a qualitative research under the guidance of the concepts of Grounded Theory (GT). The study setting was the National Cancer Institute - Cancer Hospital I in the sectors: nursing, operating room, intensive care unit (ICU) and postoperative unit. Survey participants were nurses with equal or more than five years of practical experience in neurosurgery and patients with specialized courses or title of nursing specialists by recognized authorities. Were used as a technique of data collection: semi-structured in-depth participant observation and unsystematic. The data were analyzed, considering the relevant procedures GT: open coding, axial coding and selective elaboration of the core category. From the combination of the phenomena related to the object of study: causes, context, strategies of action / interaction, intervening factors and consequences, it was possible to identify the core category. Therefore: Meaning and redefines the diagnosis of neurosurgical oncology nursing: the search for balance between the said and unsaid in daily practice.

**Keywords: Nursing Care. Nursing Diagnosis. Brain Neoplasms. Nursing Process.**

## RESUMEN

SOUZA, A. S. **Redefine el significado y el diagnóstico de enfermería en oncología, neurocirugía:** la búsqueda del equilibrio entre el dicho y lo no dicho en la práctica diaria. Río de Janeiro, 2010. Tesis de Maestría - Facultad de Enfermería Anna Nery. Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Río de Janeiro, 2010. Asesor: Prof.. El Dr. Glaucia Valente Valadares.

Esta tesis se inserta en el núcleo de Fundamentos de la Atención de Enfermería - EEAN Nucleart, tiene como objeto el significado de los diagnósticos en función de las enfermeras especialistas en oncología neuroquirúrgica la práctica diaria. Sus objetivos: analizar el significado de los diagnósticos de enfermería en neurocirugía oncológica teniendo en cuenta las dimensiones: teórica y práctica; caracterizar la interacción de las enfermeras con el diagnóstico de enfermería en neurocirugía oncológica teniendo en cuenta los comportamientos, hechos, actitudes y prácticas, discutir situaciones contextuales y los factores implicados que se relacionan con el fenómeno estudiado; destacar los diagnósticos de enfermería de la NANDA neurocirugía oncológica aplicables a los clientes y, finalmente, proponer la Teoría de Gran explicativo que aclara el significado de los diagnósticos de enfermería en neurocirugía oncológica en la práctica diaria. La discusión teórica se optó por la interacción simbólica. El enfoque metodológico elegido fue una investigación cualitativa, bajo la dirección de los conceptos de la teoría fundamentada (GT). El ámbito del estudio fue el Instituto Nacional del Cáncer - Hospital del Cáncer I en los sectores: enfermería, quirófano, unidad de cuidados intensivos y la unidad de postoperatorio. participantes en la encuesta fueron las enfermeras con igual o más de cinco años de experiencia práctica en neurocirugía y pacientes con cursos de especialización o el título de especialistas de enfermería por autoridades reconocidas. Se han utilizado como una técnica de recogida de datos: observación participante semi-estructuradas en profundidad y no sistemática. Los datos fueron analizados, teniendo en cuenta los procedimientos pertinentes: codificación abierta, codificación axial, codificación selectiva y el diseño de la categoría central. De la combinación de los fenómenos relacionados con el objeto de estudio: las causas, el contexto, las estrategias de acción / interacción, factores que intervienen y las consecuencias, fue posible identificar la categoría central. Por lo tanto: Significado y redefine el diagnóstico de enfermería oncológica neurocirugía: la búsqueda del equilibrio entre el dicho y lo no dicho en la práctica diaria.

**Palabras clave:** Cuidados de Enfermería. Diagnóstico de Enfermería. Neoplasias del Cerebro. Proceso de Enfermería.

## SUMÁRIO

### APRESENTAÇÃO

- Revelando a minha história na enfermagem..... 02

### CAPÍTULO I – CONSTRUINDO AS BASES DO ESTUDO..... 10

- Problema de Pesquisa..... 20
- Objeto de Estudo..... 23
- Questões Norteadoras..... 23
- Objetivos do Estudo..... 23
- Justificativa do Estudo..... 24

### CAPÍTULO II – APRESENTANDO ESPECIFICIDADES DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE), DO PROCESSO DE ENFERMAGEM E DA NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA..... 33

- A Sistematização da Assistência de Enfermagem..... 33
- O Processo de Enfermagem..... 34
- Diagnóstico de Enfermagem – Uma das Fases do Processo de Enfermagem..... 39
- Sobre a Neurocirurgia – Uma área marcada pela atividade perita na saúde ..... 43
- As Possibilidades de Compreensão do Cérebro..... 45
- O Cliente com Tumor do Sistema Nervoso Central..... 48

### CAPÍTULO III – APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO..... 53

- O Interacionismo Simbólico..... 53

### CAPÍTULO IV – APRESENTANDO O REFERENCIAL METODOLÓGICO..... 62

- A Teoria Fundamentada nos Dados..... 62

### CAPÍTULO V – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS..... 84

- Interagindo com os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia

oncológica: os nexos expressivos do eu e do mim .....	88
• Conhecendo o ambiente do cuidado de enfermagem mediante o cliente de neurocirurgia oncológica na relação com os diagnósticos de enfermagem .....	104
• Desvelando o saber/ fazer acerca dos diagnósticos de enfermagem a partir da ação e reação do vivido no dia-a-dia em neurocirurgia oncológica .....	128
• Percebendo os aspectos marcantes para aplicação dos diagnósticos na prática assistencial .....	145
• Aplicando os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica: o dito e o não dito .....	160
<b>CAPÍTULO VI – CATEGORIA CENTRAL.....</b>	<b>177</b>
<b>CAPÍTULO VII – DIALOGANDO COM OS AUTORES.....</b>	<b>183</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>195</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>203</b>
<b>APÊNDICE I – Formulário de Identificação.....</b>	<b>214</b>
<b>APÊNDICE II – Roteiro de Entrevista.....</b>	<b>215</b>
<b>APÊNDICE III – Diagnósticos de Enfermagem da NANDA 2009-2011.....</b>	<b>216</b>
<b>APÊNDICE IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>222</b>
<b>APÊNDICE V – Códigos utilizados distribuídos por fenômeno, categoria e subcategoria .....</b>	<b>227</b>
<b>APÊNDICE VI – Distribuição vertical do discurso.....</b>	<b>254</b>
<b>ANEXO I – Carta de aprovação do CEP do INCA.....</b>	<b>262</b>
<b>ANEXO II – Parecer de defesa de Dissertação de Mestrado.....</b>	<b>263</b>



**LISTA DE DIAGRAMAS**

- DIAGRAMA 1.** FENÔMENO: INTERAGINDO COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: OS NEXOS EXPRESSIVOS DO EU E DO MIM **90**
- DIAGRAMA 2.** FENÔMENO: CONHECENDO O AMBIENTE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM MEDIANTE O CLIENTE DE NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA NA RELAÇÃO COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM **106**
- DIAGRAMA 3.** FENÔMENO: DESVELANDO O SABER/FAZER ACERCA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM A PARTIR DA AÇÃO E REAÇÃO DO VIVIDO NO DIA-A-DIA EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA **130**
- DIAGRAMA 4.** FENÔMENO: PERCEBENDO OS ASPECTOS MARCANTES PARA APLICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL **147**
- DIAGRAMA 5.** FENÔMENO: APLICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: O DITO E O NÃO DITO **161**
- DIAGRAMA 6.** ARTICULAÇÃO DO MODELO PARADIGMÁTICO (CONDIÇÕES CAUSAIS, CONTEXTO, ESTRATÉGIAS DE AÇÃO / INTERAÇÃO, FATORES INTERVENIENTES E CONSEQUÊNCIAS) COM OS FENÔMENOS DO ESTUDO **174**
- DIAGRAMA 7.** ARTICULANDO O MODELO PARADIGMÁTICO COM OS SIGNIFICADOS DOS FENÔMENOS DO ESTUDO **175**
- DIAGRAMA 8.** SIGNIFICANDO E RESSIGNIFICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: A BUSCA DO EQUILÍBRIO ENTRE O DITO E O NÃO DITO NA PRÁTICA COTIDIANA **181**

**LISTA DE QUADROS****QUADRO 1.**

PERFIL DAS PESSOAS QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO **74**

**QUADRO 2.**

CATEGORIA: ENTRANDO EM CONTATO COM OS DIAGNÓSTICOS  
DE ENFERMAGEM **91**

**QUADRO 3.**

CATEGORIA: SENDO ENFERMEIRO: O CUIDANDO MEDIANTE O CLIENTE  
DE NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA **107**

**QUADRO 4.**

CATEGORIA: REVELANDO O CLIENTE DE NEUROCIRURGIA  
ONCOLÓGICA **112**

**QUADRO 5.**

CATEGORIA: APRESENTANDO O FAMILIAR DO CLIENTE **116**

**QUADRO 6.**

CATEGORIA: EXISTINDO AMBIENTES QUE PRECISAM SER  
COMPREENDIDOS **119**

**QUADRO 7.**

CATEGORIA: REVELANDO ESTRATÉGIAS PARA FAZER O DIAGNÓSTICO DE  
ENFERMAGEM **131**

**QUADRO 8.**

CATEGORIA: PERCEBENDO OS ASPECTOS MARCANTES PARA APLICAÇÃO  
DOS DIAGNÓSTICOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL **148**

**QUADRO 9.**

CATEGORIA: APLICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM  
NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: O DITO E O NÃO DITO **162**

**QUADRO 10.**

CATEGORIA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA **171**

**LISTA DE FIGURAS**

<b>FIGURA 1.</b> RELAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM PARA TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA DA ENFERMEIRA	<b>256</b>
<b>FIGURA 2.</b> ESQUEMA ILUSTRATIVO SOBRE COLETA DE DADOS E CODIFICAÇÃO ABERTA EMPREGADA NA TFD	<b>67</b>
<b>FIGURA 3.</b> ESQUEMA ILUSTRATIVO SOBRE A ANÁLISE DOS DADOS BRUTOS EMPREGADA NA TFD	<b>69</b>
<b>FIGURA 4.</b> ENTREVISTA TRANSCRITA	<b>257</b>
<b>FIGURA 5.</b> ANÁLISE DOS DADOS BRUTOS	<b>257</b>
<b>FIGURA 6.</b> ANÁLISE DOS DADOS BRUTOS	<b>258</b>
<b>FIGURA 7.</b> PROCESSO DE CODIFICAÇÃO AXIAL	<b>259</b>
<b>FIGURA 8.</b> O PARADIGMA	<b>260</b>



*APRESENTANDO A  
MINHA HISTÓRIA*

## APRESENTAÇÃO

Trata-se de estudo de Dissertação de Mestrado inserido no Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE), do Departamento de Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com enfoque no significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica. A temática emergiu da atuação profissional, a partir de reflexões durante a prática assistencial.

Para melhor compreensão das razões que me impulsionaram a realização deste estudo, faz-se necessário uma síntese das atividades que venho desenvolvendo na enfermagem desde a colação de grau em março de 1995, depois de ter concluído o Curso de Enfermagem e Obstetrícia na Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense.

Cursei a habilitação em Médico-Cirúrgica na mesma Universidade em 1995 e iniciei minhas atividades profissionais, neste mesmo ano, em um hospital público. Nesse local, tive a primeira aproximação com clientes<sup>1</sup> neurocirúrgicos com traumatismo craniano e da coluna vertebral, internados em uma enfermaria que oferecia suporte à emergência do hospital, tornando-a de alta complexidade assistencial, pois, na maioria das vezes, os clientes eram politraumatizados, vítimas de acidentes automobilísticos, atropelamentos ou perfuração por arma de fogo. Assim, devido às experiências vividas, despertou-me o interesse em ampliar o conhecimento acerca do cuidado ao cliente de neurocirurgia.

Minha experiência, como enfermeira na área assistencial, iniciou-se ainda durante a formação acadêmica, quando tive o primeiro contato com os clientes. Diversas questões me inquietaram, tais como a sobrecarga de atividades administrativas concomitantemente com a assistência prestada e, muitas vezes, a distância entre o administrar e o cuidar.

---

<sup>1</sup> Apesar de a instituição ter a sua linguagem marcada pelo termo paciente, faço a opção pelo termo cliente sob o ponto de vista simbólico da construção da pessoa cidadã.

Após a admissão no INCA em 1999, busquei ampliar conhecimentos e experiências nesta área, uma vez que fui lotada para desenvolver as atividades laborais nas seções de Neurocirurgia e Cirurgia Torácica (ficam no mesmo setor), o que reforçou a necessidade de maior conhecimento na área.

Ao longo desse período, participei de mesas-redondas do serviço, eventos científicos na própria instituição, congressos, conferências, cursos no Rio de Janeiro e em São Paulo, como por exemplo, no Hospital Albert Einstein. Assim como cursos de especializações *Lato Sensu* em Enfermagem, a saber: Cuidados Intensivos em 2000, pela Universidade Federal Fluminense/ UFF; e em Enfermagem em Oncologia em 2006, pelo Instituto Nacional de Câncer/ INCA. Da mesma forma, Enfermagem Neonatal em 2004/ 2005, pela Universidade Gama Filho, pois é uma área que de minha atuação em outra instituição. Em 2005, obtive o Título de Especialista em Enfermagem Oncológica, pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica/ SBEO.

Aceitei o convite para assumir a função de enfermeira líder<sup>2</sup>, em 2002, das seções de Neurocirurgia e Cirurgia Torácica do Instituto Nacional de Câncer/ HCI, função que exerço até o presente momento. Ao longo desse período, venho buscando constantemente alternativas e soluções para prestar uma assistência qualificada, como também conduzir a equipe de enfermagem para o alcance dessa assistência, apesar das dificuldades relacionadas ao quantitativo de recursos humanos.

Paralelamente às atividades gerenciais, após ser convidada, em 2003, a fazer parte do programa de Residência e do curso de Especialização em Enfermagem em Oncologia, nível médio e superior do Instituto Nacional de Câncer/ INCA, iniciei atividades como docente e preceptora, o que reforçou, ainda mais, a necessidade de realizar o curso de

---

<sup>2</sup> Chefe da equipe de enfermagem das seções de neurocirurgia e cirurgia torácica.

mestrado em enfermagem, visando estudar a temática em profundidade, a qual surge dos momentos vivenciados nessa trajetória de vida pessoal e profissional.

O conhecimento técnico-científico apresenta-se de extrema importância na prestação de uma assistência de enfermagem qualificada. Observa-se na prática diária que a internação e os procedimentos cirúrgicos provocam ansiedade e estresse nos clientes. O ambiente é desconhecido, ocorre o afastamento de seus familiares e das atividades diárias, assim como o medo da dor, da anestesia e da cirurgia, que poderão repercutir significativamente no seu estilo de vida e na sua auto-imagem. De tal modo, essas são indubitavelmente, algumas fontes de tensão a que os clientes ficam expostos.

Portanto, é essencial o favorecimento contínuo da capacitação profissional sem perder de vista, segundo Valadares (2006 p.14), a importância da filosofia da instituição com relação à sua influência na formação de seus funcionários, na medida em que valoriza a educação como processo, entendendo sua natureza contínua e, preocupando-se em oferecer condições de trabalho adequadas; gerenciar considerando o perfil de funcionários e definir o modelo assistencial que se pretende desenvolver.

As relações pessoais, para Assad (2003, p.17), representam papel fundamental na formação contínua do ser humano, pois a educação é um processo amplo e ininterrupto, no qual as trocas de experiências dentro de um grupo social constituem também aspectos de modificação pessoal. O enfermeiro, no seu ambiente de trabalho, em contato com uma equipe multidisciplinar e com seus clientes, relaciona-se e troca informações que serão essenciais na sua formação.

Para a mesma autora (op. cit.), as ações desenvolvidas pelos enfermeiros são norteadas por suas experiências prévias, pelos resultados das mesmas e pelo que eles puderam aprender daquele contexto vivenciado. Nesse caso, é importante ressaltar que o ser humano tem a possibilidade de compreender seu próprio modo de agir, quando reflete sobre suas ações



e retorna às mesmas com um olhar diferente, tornando, assim, o seu entendimento e sua ação elementos cada vez mais complexos e relacionados, consolidando a prática profissional.

Com base nesse contexto e na busca dos padrões internacionais de qualidade assistencial, todas as cinco unidades assistenciais do Instituto Nacional de Câncer/ INCA estão acreditadas. Em 2010, o Hospital do Câncer I recebeu o certificado de acreditação hospitalar concedido pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação – órgão ligado à *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* por prestar serviços de qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde e seus acompanhantes de acordo com padrões internacionais de qualidade técnica, gestão e atendimento humanizado.

Neste sentido, o processo de acreditação favoreceu as discussões realizadas com as coordenadoras de divisões de enfermagem e aceitabilidade por parte dos diretores da implantação da sistematização da assistência de enfermagem, da mesma forma, no tocante à sua contribuição efetiva para a organização da assistência de enfermagem em oncologia.

No Hospital do Câncer I, a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem tem seguido uma trajetória de construção gradativa e desafios a serem superados. Os desafios são diversos e têm exigido muitos esforços para a enfermagem no sentido de vencer os próprios paradigmas: ser flexível a mudanças; estabelecer as competências e práticas da enfermagem; fortalecer o trabalho interdisciplinar e multidisciplinar, dentre muitos outros aspectos.

Da mesma forma, é extremamente importante estabelecer o propósito exato dos diagnósticos de enfermagem e o impacto destes na assistência prestada a partir das intervenções estabelecidas com base nos resultados a serem alcançados. A North American Nursing Diagnosis Association<sup>3</sup> (NANDA) foi a Taxonomia escolhida para ser utilizada no HCI, considerando-se o perfil dos clientes oncológicos e suas especificidades.

---

<sup>3</sup> Nome dado à taxonomia de diagnósticos de enfermagem.

Devido à escassez de instrumentos de avaliação do cliente oncológico, foi possível, a partir da construção do grupo de suporte executivo da SAE, a elaboração dos seguintes instrumentos de avaliação: avaliação inicial de enfermagem (histórico de enfermagem), avaliação de enfermagem (evolução) e evolução para alta hospitalar.

O setor de escolha para ser o piloto de implantação da SAE no HCI é a unidade de internação dos clientes de neurocirurgia oncológica, além dos demais setores que estejam vinculados à prestação da assistência de enfermagem a este cliente específico, a saber: o centro cirúrgico, a unidade de pós-operatório e o centro de terapia intensiva. Foram realizados, para os enfermeiros desses setores, em específico, cursos de atualização/capacitação em sistematização da assistência em enfermagem, exame físico, Nursing Interventions Classification (NIC)<sup>4</sup> e Nursing Outcomes Classification (NOC)<sup>5</sup>.

Em paralelo a esse processo, foram realizadas reuniões com diretores médicos e de enfermagem, funcionários do setor de tecnologia da informação do instituto e integrantes do grupo de suporte educativo e executivo<sup>6</sup> da SAE, com o objetivo de planejar e construir os módulos informatizados de enfermagem, com a perspectiva de inserção dos instrumentos de avaliação, de diagnósticos, de intervenções e dos resultados de enfermagem nesse sistema.

No intuito de contribuir para o alcance de uma assistência qualificada e sistematizada, enquanto enfermeira da seção de neurocirurgia, foi possível desenvolver o trabalho de conclusão de curso de especialização em enfermagem em oncologia, um estudo preliminar na implantação da assistência de enfermagem sistematizada, considerando como objeto de estudo, a identificação dos principais diagnósticos de enfermagem em clientes de neurocirurgia oncológica com base na Taxonomia da NANDA e de acordo com suas características definidoras, fatores relacionados e fatores de riscos correspondentes.

---

<sup>4</sup> Nome dado à Classificação das Intervenções de Enfermagem.

<sup>5</sup> Nome dado à Classificação dos Resultados de Enfermagem.

<sup>6</sup> Grupo de operacionalização do Projeto Sisplan nº 8463/07 para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no Hospital do Câncer I.

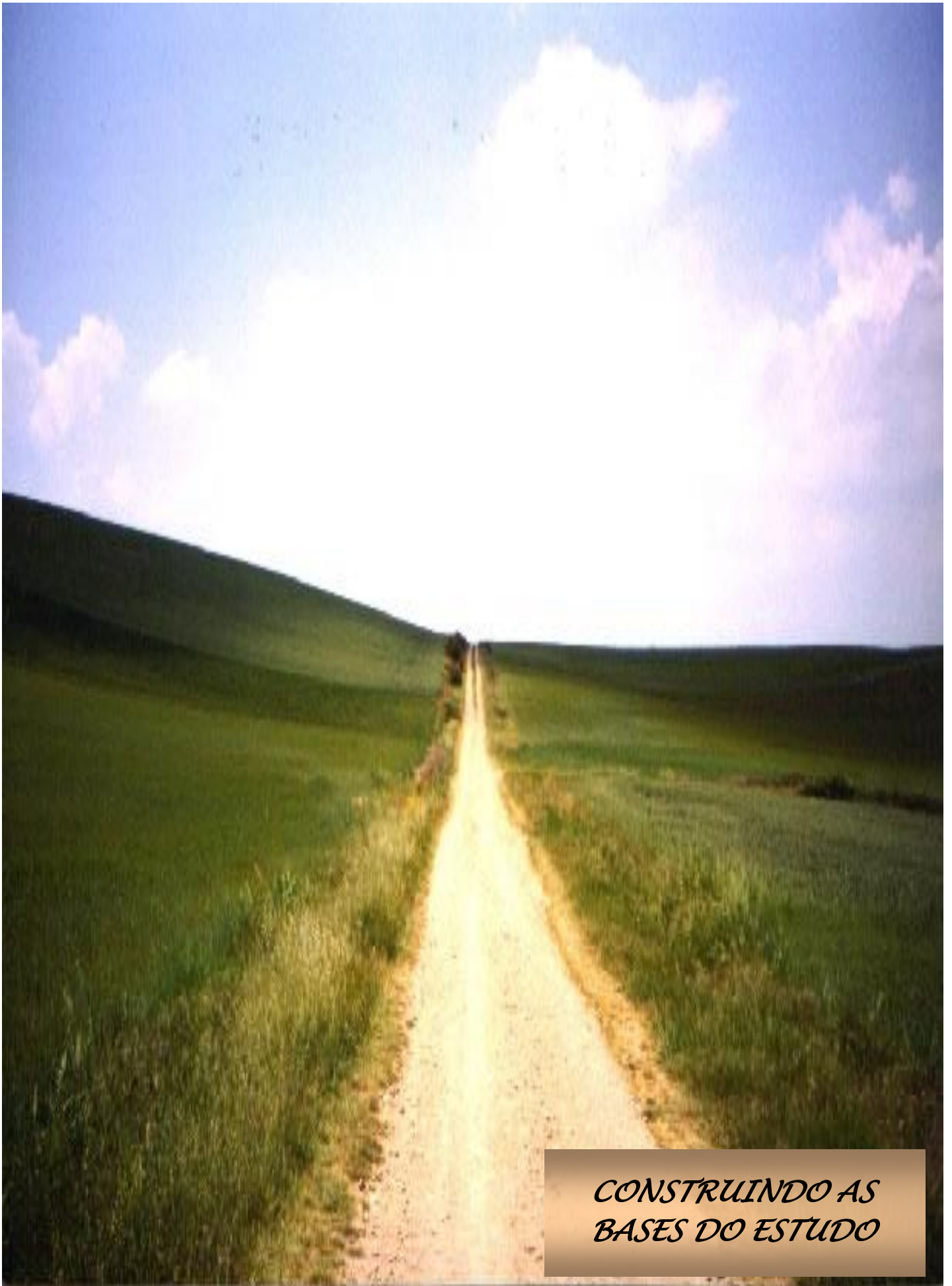
Consciente de que o diagnóstico de enfermagem, enquanto fase do processo de enfermagem constitui um elo entre a coleta de dados e o planejamento das intervenções de enfermagem e os resultados esperados, no trabalho de conclusão que desenvolvi no curso de especialização em enfermagem oncológica foram identificados 377 diagnósticos de enfermagem aplicáveis a partir dos problemas reais e potenciais que os clientes de neurocirurgia oncológica pudessem apresentar, com base na experiência da própria autora na área específica. Os mesmos foram agrupados de acordo com os domínios de atenção e prioridades assistenciais, a saber: Segurança/ Proteção; Atividade/ Repouso; Nutrição; Eliminação e Troca; Percepção/ Cognição; Conforto; Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse; Relacionamento de Papel; Autopercepção e Princípios da Vida (SOUZA, 2006, p.130).

Com base nesses resultados, foi possível entender que o diagnóstico de enfermagem pode ser considerado como um ponto-chave no planejamento da sistematização da assistência de enfermagem e que sua importância na prática clínica é uma possibilidade de melhoria na qualidade da assistência de enfermagem. Da mesma forma, com a perspectiva de que a identificação dos diagnósticos de enfermagem por enfermeiros experientes em neurocirurgia oncológica, considerando o significado que os enfermeiros lhes atribuem, contribua para melhor entendimento dos sinais e sintomas subjetivos e delimitação da coleta dos dados inerentes a esses clientes específicos.

Do ponto de vista da organização e de acordo com a NANDA (2010, p.61), o diagnóstico de enfermagem ajuda a melhorar o controle clínico e o controle de riscos, demonstrando, com clareza, um compromisso de unir teoria, formação e prática clínica da enfermagem, ou seja, enfermagem baseada em evidências. Também possibilita às lideranças e os administradores de enfermagem a avaliação da prática de enfermagem em toda organização, de forma consistente e consciente do ponto de vista crítico e reflexivo.

Assim, o estabelecimento do significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica, à luz da práxis cotidiana dos enfermeiros especialistas, poderá contribuir para analisar minuciosamente as diferentes acepções em que pesem as dimensões teóricas e prática, com base no referencial teórico escolhido, o Interacionismo Simbólico.

Dessa maneira, ressalto a necessidade de refletir sobre a temática, à luz da práxis cotidiana dos enfermeiros especialistas, como um progresso contínuo, com base em um referencial simbólico e norteado por uma estimulante abordagem metodológica, partilhando a inquietação acerca dos desafios que nos são apresentados no exercício profissional de enfermagem.



*CONSTRUINDO AS  
BASES DO ESTUDO*

# CAPÍTULO I

## CONSTRUINDO AS BASES DO ESTUDO

“Conhecimento quer dizer uma relação entre sujeito e objeto. O verdadeiro problema do conhecimento, portanto, coincide com a questão sobre a relação entre sujeito e objeto. Para a consciência natural, o conhecimento aparece como uma determinação do sujeito pelo objeto”. (HESSEN, 2003, p.69).

O trabalho do curso de especialização em enfermagem em oncologia, que foi concluído em dezembro de 2006, teve como objetivo discutir os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica enquanto uma possibilidade de subsidiar a sistematização da assistência de enfermagem nessa área específica. Ele apresentou resultados que, dentre muitos aspectos, instigou-me no sentido de reflexões aprofundadas sobre os significados dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica, por ser uma área da saúde de alta complexidade, constituída de conhecimentos teóricos e práticos específicos.

Visando ao entendimento da complexidade assistencial que demanda o cliente portador de neoplasias encefálicas, deve-se inicialmente compreender o conceito de câncer. Desta forma, segundo o Ministério da Saúde (2010), o termo é o nome dado ao conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo disseminar-se para outras regiões do corpo.

Atualmente o câncer é um problema de saúde pública e, segundo o INCA (2008, p.19), responsável por mais de 13% de todas as causas de óbito no mundo: mais de 7,6 milhões de pessoas morrem anualmente da doença. Estima-se que, em 2020, o número de casos novos anuais seja da ordem de 15 milhões, sendo que cerca de 60% desses novos casos ocorrerão em países em desenvolvimento. E também reconhecido que pelo menos um terço dos casos novos de câncer ocorre anualmente no mundo poderia ser prevenido.

A incidência do câncer cresce no Brasil, como em todo o mundo, num ritmo que acompanha o envelhecimento populacional, decorrente do aumento da expectativa de vida. Trata-se de um resultado direto das transformações globais das últimas décadas, que alteram a situação de saúde dos povos pela urbanização crescente, novos modos de vida e padrões de consumo (BRASIL, 2006).

Em 2004, o Brasil registrou 141 mil óbitos por câncer. As principais causas de morte por câncer no sexo masculino foram de pulmão, próstata e estômago, enquanto no sexo feminino foram de mama, pulmão e intestino. A explicação desse percentual tão alto de óbitos por câncer está diretamente relacionada à maior exposição de indivíduos a fatores de risco cancerígenos. Os atuais padrões de vida adotados em relação ao trabalho, nutrição e consumo em geral expõem os indivíduos a fatores ambientais, relacionados a agentes químicos, físicos e biológicos resultantes de um processo de industrialização progressivo (BRASIL, 2008, p.23).

A redução das taxas de mortalidade e de natalidade indica o prolongamento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, gerando um aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares e o câncer. Os comportamentos adotados por indivíduos deste século estão diretamente relacionados a vários fatores que muito têm contribuído para o aumento da incidência de câncer, o que requer uma avaliação criteriosa com relação à redefinição dos padrões de vida, a partir da uniformização das condições de trabalho, nutrição e consumo, que atualmente não estão em conformidade devido ao processo global de industrialização.

Portanto, cabe ressaltar os fatores de natureza intrínseca e extrínseca que, até o momento, podem contribuir para o desenvolvimento de um câncer. Como exemplos de fatores de riscos intrínsecos estão a idade, o gênero, a etnia ou raça e a herança genética. Entre os fatores extrínsecos estão o uso do tabaco e álcool, hábitos alimentares inadequados,

inatividade física, agentes infecciosos, radiação ultravioleta, exposições ocupacionais, poluição ambiental, radiação ionizante, alimentos contaminados, obesidade, drogas hormonais, fatores reprodutivos, a imunossupressão e a situação sócio-econômica. Mas é a interação entre os fatores intrínsecos e extrínsecos que vai determinar o risco individual de câncer.

O SNC é constituído pelo encéfalo<sup>7</sup> e pela medula espinhal, são considerados tumores primários do SNC as neoplasias que acometem estruturas intracranianas do neurocrânio, basicamente o encéfalo, seus envoltórios e os nervos cranianos<sup>8</sup>, sendo os mais freqüentes os gliomas, meningiomas e os neurinomas. A incidência anual dos tumores primários do sistema nervoso central é de 16,5 para 100.000 habitantes nos EUA. Portanto, os tumores primários do sistema nervoso central são responsáveis por 22% das mortes em indivíduos de ambos os sexos abaixo dos 15 anos de idade. Na faixa de 15 a 35 anos de idade, a taxa é de 11,5% entre homens e 8,5% nas mulheres. Na faixa de 35 a 55 anos de idade, a taxa é de 4,5% (KOWALSKI et al. 2006, p.461).

Segundo Govidan e Arquette (2004, p.167), os tumores do SNC incluem um amplo leque de doenças com apresentações e histórias naturais altamente variáveis. Esses tumores raros, quando comparados com os tumores de: pulmão, mama, melanomas, gastrintestinais e renais, ocorrem tanto em populações pediátricas quanto adultas. São divididos com base na localização, no tipo celular de origem, na aparência histológica ou na faixa etária que acometem.

Os autores (op. cit.) ainda destacam que os clientes acometidos por um tumor do SNC apresentam sinais e sintomas relacionados a três categorias gerais: déficit neurológico progressivo, cefaléias ou convulsões. A evidência de disfunção cerebral localizada estará relacionada à presença de um tumor em uma localização específica, podendo resultar de

---

<sup>7</sup> Encéfalo é constituído de hemisférios cerebrais, cerebelo e tronco encefálico. Kowalshi et al (2006)

<sup>8</sup> Nervos cranianos pertencem ao Sistema Nervoso Periférico. Kowalshi et al (2006)



compressão física ou invasão do parênquima cerebral adjacente pelo tumor. As cefaléias podem resultar do próprio efeito expansivo ou de hidrocefalia obstrutiva.

Da mesma maneira para os autores (op. cit.), os tumores da fossa posterior podem provocar hidrocefalia e cefaléia grave acompanhada por náusea e vômitos, letargia e problemas visuais. As convulsões são manifestações comuns dos tumores cerebrais. O lobo temporal ou o hemisfério cerebral são localizações que comportam a maior probabilidade de desencadear convulsões quando em presença de tumores nestas regiões, ao contrário dos tumores hipofisários e da fossa posterior.

Segundo Kowalshi (2006 p.469), desde a transição das décadas de 80 e 90, dados estatísticos americanos mostraram que a incidência das metástases cerebrais já era a maior entre as neoplasias que acometem o SNC. As metástases cerebrais constituem a complicação mais comum do câncer sistêmico, representando importante causa de morbidade e mortalidade. Dados obtidos a partir de necropsias revelam que 50% dos clientes com câncer desenvolvem metástases cerebrais.

As metástases cerebrais dos tumores primários que se originam externamente ao SNC são os tumores intracranianos mais comuns nos adultos. Estudos de necropsia revelam metástases intracranianas em 24% dos clientes com câncer. Nos clientes com mais de 65 anos de idade, a taxa de metástases para o SNC aumenta para 42,7 por 100.000. Mais de 75% eram originários de um tumor primário na mama, vias respiratórias ou melanomas em adultos. Em cerca de 10 a 15% dos casos, pode não haver um tumor primário conhecido por ocasião do diagnóstico. Nas crianças, o sarcoma e os tumores de células germinativas são as fontes mais comuns (GOVIDAN e ARQUETE, 2004, p.172).

Na medida em que se torna mais técnica e científica a profissão de enfermagem, observamos mudanças no perfil do enfermeiro, no que se refere a atender às necessidades e expectativas do paciente, responsabilizando-se por uma variedade de funções e competências.

As organizações de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e de inovação cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual.

Face ao exposto, Austregisilo Filho (1952, p.235) já observava o interesse pontual de enfermeiros atuantes com clientes de Neurocirurgia<sup>9</sup> / Neurologia<sup>10</sup>, em aprimorar seus conhecimentos e habilidades no intuito de proporcionar uma assistência qualificada, sem esquecer-se do amadurecimento emocional e um real interesse pela pessoa humana. Portanto, naquela época, já havia uma preocupação por parte dos enfermeiros no cuidado a ser prestado, considerando não só o conhecimento científico necessário a uma assistência individualizada, mas também o conhecimento que emerge da prática profissional no intuito de abarcar a complexidade desse cliente específico.

Naquela época, já havia a preocupação em realizar uma anamnese da história do cliente, relacionada com a família, pois era muito importante para a realização do diagnóstico clínico. Não bastava saber como se deu início à enfermidade, como evoluiu e como ela se encontrava no momento presente. Era preciso saber de suas relações com as enfermidades anteriores que poderia ter tido o cliente ou seus familiares.

A prática da enfermagem, segundo Benner (2001, p.31), foi estudada inicialmente sob o ponto de vista sociológico. Sabemos muita coisa sobre o papel das relações, a socialização e a aculturação na prática de enfermagem. Entretanto, pouco se sabe acerca dos conhecimentos implícitos na verdadeira prática da enfermagem, ou seja, o conhecimento acumulado ao longo do tempo da prática em uma área específica. Ainda existem dificuldades para o entendimento e diferenciação entre o conhecimento prático e teórico.

Castro (1963, p.274) enfatiza a evolução e a complexidade das técnicas e atividades altamente especializada da Neurocirurgia. Era importante para assistir a este

---

<sup>9</sup> Especialidade da medicina que realiza as cirurgias do sistema nervoso.

<sup>10</sup> Especialidade da medicina que trata das doenças do sistema nervoso em todos seus aspectos.

cliente, por parte do médico e do enfermeiro, conhecimento de clínica geral ou cirurgia geral, para então se especializar em neurologia clínica ou cirúrgica. A importância do conhecimento de neurologia era tão grande, que era entendida como parte especializada da clínica geral e da cirurgia geral.

Para Govidan e Arquette (2004, p.167), observam-se em clientes com tumores do sistema nervoso central co-morbidades como: diabetes mellitus, cardiopatias, doenças do trato respiratório, doenças vasculares e histórias naturais altamente variáveis. Tais características contribuem para o aumento do grau de dependência, complexidade assistencial e alterações subclínicas dos clientes acometidos por esta neoplasia e por parte da equipe de enfermagem, justificando a complexidade do planejamento dos cuidados.

De acordo com Benner (2001, p.32), filósofos da ciência observam que *saber* e *saber fazer (habilidade)*<sup>11</sup> constituem dois tipos diferentes de conhecimentos, isto é, podemos ter numerosas competências (habilidades) adquiridas sem *saber* e, muitas vezes, é impossível fundamentar teoricamente nossas habilidades. Entretanto, torna-se possível desenvolver um “*saber fazer*”, que possa, sobretudo, contrabalançar, desafiar e alargar a teoria em vigor.

Portanto, para a autora (op. cit), pode-se desenvolver, para além de tais formulações científicas, um *saber fazer* que pode equilibrar, estimular e ampliar a teoria em vigor. Assim, o desenvolvimento do conhecimento em uma área específica consiste em desenvolver o conhecimento prático (*saber fazer*), graças a estudos científicos e investigações fundadas pela teoria e pelo registro do *saber fazer* existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, quando da prática dessa área específica.

Dando seguimento as reflexões, uma cirurgia de grande porte nessa especialidade e/ou o trauma que ela implica resultam em distúrbios fisiopatológicos que se relacionam de muitos modos com o estresse. Desde 1988, observava-se que o estresse, com seus variados

---

<sup>11</sup> *Saber fazer* é a palavra usada pela autora para traduzir a expressão original *Know how*. Benner (2001, p.32).

componentes físicos e psíquicos, expressava-se por inúmeras alterações neuroendócrinas, que são deflagradas por uma ampla faixa de estímulos, incluindo ansiedade, dor, lesão tecidual, perda de sangue, hipóxia e uma gama de efeitos relacionados com a anestesia geral, carência nutricional, imobilização, medicação e infecção (TAVARES e RODRIGUES, 1988, p.339).

Para Souza (2006, p.24), cabe enfatizar que o cliente com câncer deve contar com uma ampla estrutura de apoio para enfrentar as diferentes etapas do processo, desde a prevenção, o diagnóstico, que nem sempre é precoce, como também os tratamentos, em sua maioria, demorados. O pós-operatório de neurocirurgia requer intensos cuidados, nos quais se exigem da equipe de enfermagem, conhecimento científico e habilidades para o reconhecimento de sinais e/ ou sintomas subjetivos inerentes a este cliente.

Pensando nisso, cabe reiterar que, segundo Benner (2001, p.32 e 33), a perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real. Logo, para resolver um problema, a enfermeira perita será diferente de uma enfermeira principiante ou competente. Essa diferença pode estar atribuída ao *saber fazer* adquirido através da experiência.

Segundo Vicentino *et al* (1998, p.26), o pós-operatório de uma neurocirurgia requer da equipe de enfermagem uma assistência integral que visa à manutenção da integridade da cirurgia, dos parâmetros ventilatório e do equilíbrio hidroeletrólítico. A avaliação do padrão do nível de consciência através da resposta pupilar pode indicar o primeiro sinal de aumento da pressão intracraniana, podendo haver redução com a manutenção da cabeceira elevada a 30°, o que também contribuirá no retorno venoso cerebral.

Para o autor (op. cit.), a monitorização da função cardiovascular, renal, medidas de conforto e higiene do cliente são de extrema importância, salientando também a capacidade de observação e interpretação dos sinais e sintomas apresentados pelo cliente, o conhecimento dos aspectos psico-somáticos da doença e compreensão dos problemas

emocionais ou sócio-econômicos que influenciam a atitude do cliente e da família face à doença.

De acordo com Benner (2001, p.33), o conhecimento prático adquire-se com o tempo, por conseguinte as enfermeiras nem sempre se dão conta dos seus progressos. É necessário construir estratégias para que ocorra uma significação, de fato, deste saber *fazer*. As enfermeiras peritas aprendem, por exemplo, a reconhecer mudanças fisiológicas sutis, que estejam relacionadas à sua prática.

Ainda para a mesma autora (op. cit., p.34), as capacidades minuciosas que os peritos possuem resultam de muitas horas de cuidado e observação direta ao doente. Muitas vezes, a percepção de uma situação depende do contexto, ou seja, as mudanças sutis só têm sentido à luz da história do cliente e da sua situação presente. Portanto, esta capacidade de percepção e de conhecimento, da enfermeira perita, de verdadeiro *saber*.

É importante destacar que, para Alfaro-Lefevre (2005, p. 37), os enfermeiros especialistas possuem conhecimento em nível avançado na ciência da enfermagem, que os prepara para abordarem o cliente de uma forma holística. Dispensam atenção à totalidade das experiências das pessoas, oferecendo cuidados que vão além do controle das doenças, cuidando da pessoa como um todo, conversando com os clientes, permanecendo tempo com eles e descobrindo o que tem importância para eles, obtendo compreensão do significado da doença em suas vidas.

Considerando a realidade dos cuidados de saúde hoje e a expansão dos papéis da enfermagem e de acordo com a autora (op. cit.), há uma demanda cada vez maior de enfermeiras especialistas, preparadas em cursos *Lato-Sensu/ Stricto-Sensu* e possuidoras de habilidades especializadas para desempenharem papéis clínicos, educacionais, de pesquisa e de gerenciamento. Estudos na área de enfermagem demonstram que os enfermeiros especialistas proporcionam resultados eficazes dentro de suas áreas de atuação.

Por causa da complexidade das demandas assistenciais do cliente oncológico, outra demanda envolvida no processo de cuidar do cliente neurocirúrgico, os enfermeiros, segundo Benner (2001, p.31), não colocaram ainda eficazmente, por escrito, os resultados das aprendizagens que foram realizando ao longo da sua própria prática. Apesar de estudos sobre os tumores encefálicos terem sido publicados, eles não contemplam as observações clínicas que o enfermeiro necessita para assistir este cliente.

O exercício da enfermagem em oncologia, segundo Rodrigues (2008, p.25), requer atividades de controle e exercício mental maiores que em outras áreas, uma vez que implicam cuidar de clientes graves necessitando de cuidados intensivos, muitas vezes prolongados, clientes fora de possibilidades terapêuticas e terminais, com vivência de situações emocionais desgastantes para o profissional.

Observa-se no dia-a-dia a importância da relação cliente e equipe de enfermagem no processo do tratamento oncológico. Ainda existe muita dificuldade em separar as angústias do cliente e da equipe de enfermagem durante o tratamento, pois, para ambos, todos os esforços são realizados para o sucesso do tratamento. Da mesma forma, observa-se a necessidade destes profissionais em sua integralidade na prestação do cuidado, como também nos aspectos sociais, físicos e emocionais que emanam dos clientes, e que estão presentes ao longo do período assistencial.

Segundo Souza (2006, p.25), o enfermeiro está constantemente à frente desse processo, na tentativa de aliviar o sofrimento tanto do cliente como da família. A família é afetada pela doença, e a dinâmica familiar muitas vezes afeta o cliente, causando-lhe tristeza. Torna-se ainda mais difícil o desenvolvimento dessa interação, quando, apesar da realização de todos os esforços, a cura do câncer não foi possível, muitas vezes em decorrência do estágio da doença quando no seu diagnóstico e/ou das condições clínicas que estes pacientes se encontram.

Segundo Espírito Santo (2003, p.253), deve-se considerar o contexto que envolve a prática dos enfermeiros nos hospitais, juntamente com outros profissionais de saúde, todos empenhados em proporcionar uma assistência de qualidade à clientela crescente e com inúmeros problemas de natureza física, social e econômica. Portanto, neste cenário, torna-se fundamental a preservação do sentido da vida e profundas reflexões sobre os conhecimentos, as posturas, os valores e os conceitos que norteiam os saberes e as práticas dos profissionais que atuam na área de saúde.

Carvalho (2004, p.809) refere:

“... a prática de cuidar, na assistência à saúde, em qualquer instituição ou no domicílio, é demarcada pelos cuidados de enfermagem”. “O enfermeiro não pode por lei e nem por dever moral abrir mão de sua responsabilidade de cuidar e de ensinar a cuidar. As necessidades dos clientes é que determinam os cuidados de enfermagem de que carecem”. As especialidades multiplicam-se a todo instante, fragmentando a área da saúde e os esquemas de trabalho que abarcam a prestação de cuidados de enfermagem.

Para a mesma autora (op.cit.), a presença do enfermeiro, no âmbito de atos e operações de cuidar, inclui o mais importante aspecto para aprender-se o significado da enfermagem como prática viva. Tão importante quanto o instrumental filosófico que abrange a profissão como prática total. Contudo as ações de cuidar e de ajudar as pessoas (bem como os grupos humanos em situações de riscos) asseguram significado e propósito à enfermagem, e assim ao campo de ação dos enfermeiros.

No cenário oncológico, o cuidado de enfermagem é pautado nos aspectos do ser complexo, transcendendo os aspectos de uma visão fragmentada do cliente. Esse cuidado exige do enfermeiro conhecimento, sensibilidade e criatividade em suas ações, visando a garantir a individualidade e subjetividade no movimento das relações entre o enfermeiro e o cliente.

No que se refere ao cuidado de enfermagem ao cliente de neurocirurgia oncológica, o enfermeiro depara-se com a necessidade do desenvolvimento do raciocínio clínico para tomada de decisões, quando estas estão associadas à execução de atividades altamente complexas inerentes a este cliente específico.

Segundo Valadares (2006, p.), a despeito da complexidade das decisões, é importante pensar que decisões mais simples ocorrem quase em um processo de condicionamento, a partir das experiências do cotidiano. Mas as de maior complexidade precisam ser cuidadosamente pensadas em função de resultados esperados.

É importante salientar que, ao longo da trajetória profissional, o enfermeiro se depara com experiências oriundas de sua prática que lhe conferem conhecimentos acumulados, que, em algum momento de sua atividade profissional, o ajudarão e o nortearão para tomada de decisão em ações mais complexas.

Com relação à prática de enfermagem oncológica, o profissional necessita, entretanto, ampliar e aprofundar, continuamente, os saberes específicos de sua área de atuação, sem esquecer o enfoque interdisciplinar e/ou multidimensional. É importante estabelecer uma base para a construção de instrumentos de avaliação, visando o controle da qualidade, proporcionando indicadores para pesquisa e fundamentando a prática de enfermagem nessa área específica.

A enfermagem, segundo Nascimento *et al.* (2008, p.648), como uma profissão crucial para a construção de uma assistência qualificada em saúde, vem acompanhando profundas e importantes mudanças nas relações sociais e políticas, nos campos tecnológicos, nas relações interpessoais, principalmente na maneira de organizar os serviços, responder às novas demandas gerenciais e científicas.

Nesta perspectiva, segundo Fuly (2008, p.884), desde o advento dos processos de acreditação hospitalar, tem-se defendido a sistematização da assistência de enfermagem e



metodologias para implementação do processo de enfermagem nas unidades hospitalares. A sistematização da assistência de enfermagem contempla a organização, padronização de documentação e registros no cenário institucional que os avaliadores exigem e que estão de acordo com os padrões internacionais de qualidade assistencial.

A sistematização da assistência de enfermagem, para Gargiulo *et al* (2007, p.698), vem permitindo aos enfermeiros um cuidar científico e humanizado destinado a uma assistência qualitativamente adequada. Com relação ao cliente oncológico, adota-se uma dimensão especial na qual se deve atender a individualidade, singularidade, estilo de vida, crenças e valores culturais.

Outro aspecto a ser considerado, cabe ao processo de enfermagem ser uma possibilidade, um caminhar, um método que pode ser empregado na prática clínica para sistematizar a assistência de enfermagem. Trata-se, portanto, de um método que propicia as tomadas decisórias de forma deliberada, fundamentalmente, tendo as raízes no próprio método científico. Através do processo de enfermagem, o enfermeiro se aprofunda o seu próprio campo de saber, transformando-se em um especialista de atenção de enfermagem em sua área de atuação, inclusive, em que pese a neurocirurgia oncológica.

O processo de enfermagem, para Alfaro-Lefevre (2005, p.29), consiste em uma forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem e essencial a todas as abordagens de enfermagem. Através do processo de enfermagem, o cuidado é humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo. Consiste em cinco etapas inter-relacionadas: Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação. A exatidão de todas essas etapas depende de informações reais, relevantes e completas sobre o cliente.

A fase do diagnóstico de enfermagem não deve se considerada apenas como uma simples listagem de problemas, mas uma fase que envolve análise, interpretação dos dados coletados, avaliação crítica e tomada de decisão. Através do diagnóstico de enfermagem é

possível descrever os efeitos dos sintomas e condições patológicas nas atividades e, no sentido da vida do cliente, a afirmação das respostas do mesmo a uma condição ou situação.

Fontes e Cruz (2007, p.396) destacam que a fase do diagnóstico de enfermagem no processo de enfermagem, em quaisquer dos seus serviços exige esforços, para uma mudança planejada, que envolvem preparo da equipe, realização de cursos, seminários, informatização do serviço, mudança da linguagem comum que será utilizada pelos enfermeiros, criação de grupos facilitadores e avaliação sistemática para manutenção e refinamento da sua utilização.

No momento em que o enfermeiro utiliza uma linguagem comum, padronizada, que represente fenômenos específicos que descrevem as respostas humanas aos problemas de saúde, ele estará contribuindo para o reconhecimento de sua prática profissional. Mas, não podemos perder de vista a complexidade da clínica, adotando, assim, o modelo bifocal da prática, segundo Carpenito-Moyer (2006, p.22), como uma possibilidade para resolução de problemas interdependentes (ou colaborativos) resultantes da complexidade do cliente de neurocirurgia em oncologia.

O uso dos diagnósticos de enfermagem pode trazer benefícios não só para o profissional e cliente, como também para a instituição, pois facilita não só a escolha de intervenções mais adequadas, como também possibilita que os registros de enfermagem tornem-se objetivos, permitindo uma avaliação dos cuidados prestados. Além disso, contribui para padronização de uma linguagem que reflita a complexidade e a diversidade da prática de enfermagem.

A consolidação dos diagnósticos de enfermagem na prática requer dos enfermeiros esforços conjuntos para o desenvolvimento da consciência crítica e da integração do conhecimento nos serviços, atuando como agente transformador. A utilização da taxonomia da NANDA, por exemplo, para sua terminologia favorece, dentre outros

benefícios, maior expressividade e concretude dos dados da prática de enfermagem. Assim, tem-se que essas inquietações serviram de motivação a estudar mais profundamente e buscar respostas para meus questionamentos. De tal modo, o **objeto de estudo** é *o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica à luz da práxis cotidiana dos enfermeiros especialistas*. Neste sentido, são **questões norteadoras do estudo**:

- 1- Como os enfermeiros especialistas interagem com os diagnósticos de enfermagem, considerando os âmbitos: teórico e prático; em que pesem comportamentos, manifestações, atitudes e práticas?
- 2- Nesta interação, quais diagnósticos de enfermagem são destacados pelos enfermeiros especialistas como adequadamente aplicáveis à clientela em questão?
- 3- De que maneira o contexto relaciona-se com a aplicação dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica haja vista a presença de fatores intervenientes?

De tal modo, o estudo apresenta como **objetivo geral**:

- Analisar o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica considerando as dimensões: teórica e prática.

Da mesma forma, seguem os **objetivos específicos**:

- Caracterizar a interação dos enfermeiros com os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica considerando comportamentos, manifestações, atitudes e práticas;
- Discutir situações contextuais e fatores intervenientes que se relacionam com o fenômeno estudado;
- Destacar os diagnósticos de enfermagem da NANDA aplicáveis aos clientes de neurocirurgia oncológica;

- Propor *Teoria Substantiva Explicativa*<sup>12</sup> que elucide o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica na práxis cotidiana.

É importante pontuar que foram observadas algumas facetas do estudo:

- A assistência de enfermagem visa a promover recuperação através de cuidados profissionais adequados, com avaliações sistemáticas, bem como a proporcionar ambiente seguro e apoio emocional em todo o período desta assistência.

- Vale ressaltar, nesse sentido, que a avaliação do cliente, segundo Maria; Martins e Peixoto (2005, p.22), é uma atividade legal dos enfermeiros e pressupõe competência, que envolve inteligência, conhecimento, experiência e intuição no relacionamento com o cliente /família.

- Ao focalizar o estudo, foi preciso pensar sobre o que acreditamos e corroboramos, em termos do entendimento sobre os diagnósticos de enfermagem enquanto fase do processo de enfermagem, assim como seu significado e pertinência para o cuidado de enfermagem, pois salientamos a pesquisa como uma atividade social carregada de valores, compreensões, preferências e visões de mundo, que orientam o pesquisador.

Portanto, a aspiração, a motivação e a vontade que delineiam este estudo tiveram origem em questões que emergiram da prática profissional. Tal situação, em consonância com estudos desenvolvidos na área, foi motivo para despertar no sentido de melhor compreender a relação do conhecimento teórico-prático e, ainda um contexto que envolve o profissional enfermeiro em uma assistência sistematizada junto ao cliente portador de neoplasias do sistema nervoso central.

A pesquisa subsidia também um desenvolvimento na discussão sobre a temática, diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica, possibilitando a ampliação do

---

<sup>12</sup> É uma teoria fundamentada em uma análise sistemática dos dados, especialmente importante, quando a ocorrência de um fenômeno social, **em uma área específica**, é insuficientemente explicada pelas teorias gerais.

conhecimento na área do cuidado de enfermagem, considerando a ausência de estudos no Brasil. Isso pôde ser constatado, a partir de uma pesquisa bibliográfica realizada em 2009. Do ponto de vista metodológico, privilegiou-se, naquele momento, a pesquisa quantitativa.

Neste cenário, buscou-se levantar um perfil de produção científica sobre “*O significado dos Diagnósticos de Enfermagem em clientes portadores de neoplasias encefálicas*” no período de 1999 a 2009. Foram utilizadas para busca as seguintes palavras chaves: *Cuidados de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Neoplasias Encefálicas; Processos de Enfermagem.*

Realizou-se então a busca nas bases: LILACS, com 1721 ocorrências; SCIELO, com 279 ocorrências; ADOLEC, com 477 ocorrências; BBO, com 44 ocorrências; BDENF, com 669 ocorrências; MEDCARI, com 03 ocorrências; PAHO, com 18 ocorrências; WHOLIS, com 05 ocorrências; MEDLINE, com 26892 ocorrências e o diretório da rede BVS, na qual não houve ocorrências.

O universo do estudo constou de 30.108 resumos da última década, sendo a amostra populacional constituída de 30 resumos. Os procedimentos adotados incluíram a leitura analítica dos mesmos e construção de gráficos, a partir de variáveis pré-definidas. Os dados dessa pesquisa bibliográfica sugeriram que o assunto vem sendo estudado na enfermagem, de forma discreta, e que apenas 30 se aproximavam do tema. Os demais estudos, apesar de estarem ligados aos mesmos descritores, não abordavam o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica.

As publicações relacionadas às neoplasias encefálicas foram produzidas por neurocirurgiões e as publicações relacionadas aos diagnósticos de enfermagem referem-se a: relatos de experiência de construção de instrumentos para registro da sistematização da assistência de enfermagem; identificação de diagnóstico de enfermagem em uma população/área específica, exceto em neurocirurgia oncológica. O significado dos diagnósticos de

enfermagem versava sobre a qualidade de vida das pessoas com doenças crônicas como caminho para melhoria do cuidado de enfermagem em pediatria, exceto em neurocirurgia oncológica.

Portanto, as informações foram analisadas, e os resultados sugerem que não há estudos relacionados ao significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica e que a produção de enfermagem sobre o tema é insipiente, evidenciando a necessidade de maior investigação neste campo de atuação.

Por conseguinte, o estudo proposto para o mestrado mostra-se de significativa importância e originalidade, já que os enfermeiros, com experiência em neurocirurgia oncológica, podem experimentar o conhecimento novo, proporcionando ao cliente uma assistência sistematizada a partir do significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica. Por outro lado, a busca de evidências que contribuam na reconsideração da prática do enfermeiro que trabalha em neurocirurgia oncológica estimulará novas discussões relativas ao processo de cuidado destes clientes específicos.

A este ponto, não poderia deixar de mencionar que, o cuidar em saúde, segundo Siqueira, Barbosa e Boemer (2007, p.606), necessita resgatar a essência do que significa cuidado, devendo ser desenvolvido de forma multidimensional, envolvendo a habilidade de reconhecer a pessoa que necessita desses cuidados como um ser integral. Ou seja, o cuidado precisa caracterizar-se como atitude, um *modo-de-ser* e não apenas tarefa que ocorre em determinado momento.

Pensar na enfermagem como práxis, segundo Martins, Prado e Reibnitz (2006, p.16), é um exercício bastante instigante, que nos faz refletir sobre o seu sentido e como se pode ascender a níveis em que predominem a criatividade e a reflexão, contribuindo para a compreensão, numa outra perspectiva, da relação entre teoria e prática. De acordo com o

inter-relacionamento das diversas formas de práxis (social e histórica), a enfermagem sendo vista enquanto práxis social específica.

Ainda segundo os autores (op.cit. p.16 e 17), a enfermagem deve ser considerada uma das formas de práxis no âmbito dos exercícios de saúde, as quais compõem um conjunto de ações no processo saúde doença voltadas a satisfazer determinadas necessidades humanas. Na práxis de enfermagem, enquanto atividade prática social específica, o ser humano é *sujeito e objeto de ação*. Portanto apontamos para uma práxis de enfermagem concretizada numa relação entre sujeitos, que se liga a um projeto transformador, considerando que, na posição de objeto da prática, o ser humano ainda é um *sujeito ativo*.

A rigor, segundo os autores (op.cit, p.18-19), o sujeito da práxis dirige seus atos a determinados objetos para transformá-los de acordo com finalidades, atos que se iniciam com a antecipação, consciente e ideal do resultado final. Entretanto, com o advento da sociedade moderna (capitalista), através da qual se consolida a ciência, a prática de cuidados transforma-se sem, contudo, deixar de coexistir em profissão institucionalizada.

Logo, a prática de enfermagem para os autores, passa a caracterizar-se pela construção de um corpo de conhecimento próprio, traduzido das ciências naturais e sociais, o qual seus agentes têm necessariamente que apropriar-se para poder atuar dentro de um padrão determinado por normas legais e morais. Diante desta realidade, o *conhecimento científico* é um elemento essencial e um dos principais instrumentos que o sujeito da práxis usa para adequar suas finalidades e, portanto, o elemento fundamental que possibilita transpor o mais elevado nível da práxis.

Portanto, segundo Carvalho (2003 p.668), a prestação de cuidados básicos de enfermagem se faz a qualquer clientela e em qualquer cenário institucionalizado ou não, além da aplicação de conhecimentos gerais e simples de enfermagem a situações particulares de clientes, e que lhes emprestam, por adição e nunca por substituição, características

específicas. De acordo com isso, em cada uma das categorizações assumidas pela enfermagem em sua totalidade, a prestação de cuidados básicos constitui, de fato e de direito, a pedra de toque do conceito de enfermagem fundamental.

A mesma autora (op. cit, p.669), estabelece três premissas que valem como princípios para as ações de enfermagem entendidas como atos e operações de cuidar:

- Todos necessitam de cuidado, e dependem de cuidado em todas as etapas da vida;
- As necessidades de cada pessoa, de cada grupo de clientes, determinam o cuidado de que carecem ou de que precisam;
- A dependência, independência, e interdependência do cuidado (entre enfermagem e cliente) constituem-se em variáveis, em cada situação dada e em cada cultura.

Segundo a autora (op. cit.), tais premissas servem, ainda, para que o conceito de cuidado tenha definitivamente justificado sua relevância própria. Na enfermagem, o cuidado consiste a essência mesma da profissão e tem relação íntima com a natureza da enfermagem.

Para autores Gargiulo *et al.* (2007, p.698), o cuidar pertence à base do processo de atuação dos enfermeiros e, para esta ser bem sucedida, tornam-se necessárias a identificação das necessidades de seu cliente e família e as formas de resolução, numa perspectiva de atuação holística e humanizada. Os profissionais devem estar preparados para prestar atendimento tanto nos comprometimentos emocionais, psicológicos e sociais quanto no auxílio para a adaptação às limitações decorrentes da evolução e/ou tratamento da doença, sendo, então, imprescindível o adequado preparo da equipe de enfermagem para as demandas do cuidar dessa clientela.

O ato de cuidar para Ferreira (2006, p.327-28), implica no estabelecimento de interação entre sujeitos (quem cuida e quem é cuidado) que participam da realização de ações, as quais são denominadas *cuidados*, considerado a verdadeira essência da enfermagem. Portanto, ao cuidarmos do outro estamos realizando não somente uma ação técnica, como



também sensível, que envolve o contato entre humanos através do toque, do olhar, do ouvir, do olfato, da fala. Ação que envolve sensibilidade própria dos sentidos, assim como, a liberdade, a subjetividade, a intuição e a comunicação.

Ainda comenta (op. cit.) que *cuidar* implica intervir no corpo do outro, no seu espaço íntimo, seja na realização do cuidado direto como no indireto. Assim, seja ele técnico ou expressivo, da esfera psicológica ou espiritual, se expressará no corpo do cliente através de seus gestos, movimentos, ações e reações. As respostas objetivas ao cuidado prestado devem ser buscadas na expressão do cliente, nas suas opiniões e gestos, através da comunicação não-verbal.

Para Alves, Lopes e Jorge (2008, p.650), no desenvolvimento das teorias de enfermagem, o foco do cuidado de enfermagem representa a pessoa, um ser complexo, muito além do modelo biomédico que centraliza sua ação na doença. Entretanto, na prática clínica, observamos que as ações continuam fragmentadas, baseadas em sinais e sintomas da doença cuja resolução dos problemas permeia as respostas às demandas do serviço.

No entanto, o diagnóstico de enfermagem, segundo Braga e Cruz (2005, p. 351), representa um instrumento de planejamento direcionado para as necessidades de cuidados em situações clínicas específicas. Um diagnóstico de enfermagem, quando bem identificado, permite ao enfermeiro articular várias manifestações dos clientes considerando o contexto em que ele ocorreu, e, assim, direcionando as ações de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem torna-se uma estrutura útil para guiar a prática de enfermagem e organizar o conhecimento sobre o qual essa prática é fundamentada, obviamente, desde que aplicado com base no pensamento crítico.

Logo, a partir do significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica, à luz da práxis cotidiana dos enfermeiros especialistas, poder-se-á gerar um corpo de conhecimento próprio nessa área específica. Segundo Martins, Prado e Reibnitz (2006,

p.22), é preciso ter consciência da práxis de enfermagem para que o conhecimento científico, quando específico desta práxis, seja adequado à sua finalidade imediata, ou seja, de satisfazer necessidades humanas de cuidado.

Corroborando com o exposto, de acordo com o Decreto nº 94.406, que regulamenta a Lei 7.498/86, o Artigo 8º estabelece como atividades privativas do enfermeiro: a consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, cuidados diretos a pacientes graves com risco de vida e cuidados a pacientes com maior complexidade técnica.

Desejamos que o resultado da Dissertação de Mestrado seja uma proposta teórica pertinente e reveladora. Além disso, conhecendo o significado dos diagnósticos de enfermagem, será possível definir uma linha de pensamento, à luz das interpretações, para a construção de uma teoria que possa contribuir para o rol de conhecimento na enfermagem.

Da mesma forma, ao término deste estudo, deseja-se contribuir para o fortalecimento da Linha de Pesquisa Concepções Teóricas, Cuidados Fundamentais e Tecnologias na Enfermagem do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE) da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a partir da apresentação da Dissertação e dos constructos que possam emergir. Por isso pretendemos:

- Oferecer subsídios para estudos e pesquisas nos cursos de graduação, *lato-sensu* e *stricto sensu* em enfermagem;
- Nomear e documentar com exatidão os resultados do pensamento clínico do enfermeiro;
- Conhecer as necessidades do cliente de neurocirurgia oncológica.

Não obstante a tudo isto, é preciso enfatizar a velocidade das mudanças, que exige um compromisso com o aprendizado permanente e com o desenvolvimento profissional.

Portanto, é necessário que os enfermeiros sejam profissionais com conhecimento, capazes de lidar com as informações e as tecnologias, assim como fazer julgamentos clínicos complexos.

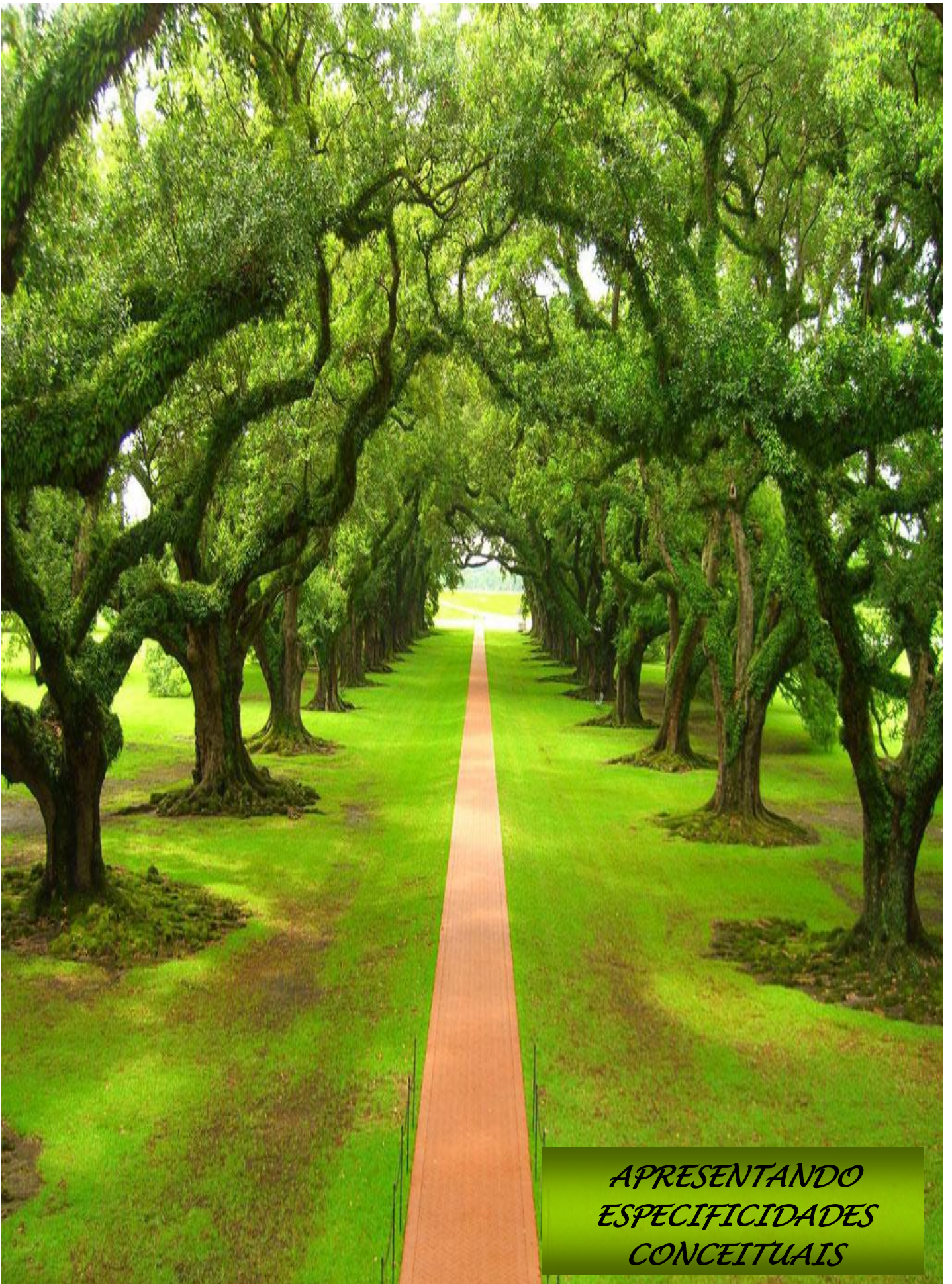
Da mesma forma, estudos nessa área específica proporcionarão dados cabíveis aos profissionais de toda rede de atenção oncológica, inclusive nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e nos Complexos de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Além disso, poderão contribuir para a sistematização da assistência de enfermagem, tendo como ponto de partida o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica por especialistas.

Igualmente, contribuir para a utilização de uma linguagem padronizada de enfermagem que vise a documentar o pensamento do enfermeiro de forma eficiente, bem como favorecer a compreensão interdisciplinar no sentido da qualificação mesma da assistência de enfermagem aos clientes de neurocirurgia oncológica.

Pensando sobre isso, Carvalho (2004, p. 807) refere:

As novidades ou inovações científicas e tecnológicas a que chegamos, em nossa época, estão aí a exigir novas atitudes, novas condutas, novas formas de pensar e ser. Disso, as enfermeiras não escapam. Além das exigências cabíveis à prática assistencial e os requisitos que pesam sobre o ensino de enfermagem, agora temos os desafios da construção de conhecimentos válidos. Aos enfermeiros impõe-se posição compatível não só com a prática de cuidar e ensinar a cuidar, mas com a prática da pesquisa e da produção científica.

A explicação do significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica à luz da práxis cotidiana dos enfermeiros especialistas poderá levar a descobertas importantes tanto para o cenário em estudo, quanto para outras instituições, no sentido de uma apreciação sobre a interação dos enfermeiros com os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica. O entendimento sobre os diagnósticos de enfermagem destaca a capacidade de saber pensar não só com a prática de cuidar e ensinar a cuidar, mas como a prática da pesquisa gera um conhecimento próprio da enfermagem.



*APRESENTANDO  
ESPECIFICIDADES  
CONCEITUAIS*

## **CAPÍTULO II**

### **APRESENTANDO ESPECIFICIDADES DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE), DO PROCESSO DE ENFERMAGEM E DA NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA**

Retomando a discussão a título de melhor embasamento da temática do estudo em tela, a Sistematização ou Sistema da Assistência de Enfermagem, segundo Maria; Martins e Peixoto (2005, p.22) é a estruturação ou ordenação da assistência de enfermagem associada à organização da assistência direta ao paciente/ cliente clínico ou cirúrgico, hospitalizado ou não. Esta pode utilizar como ferramenta o Processo de Enfermagem.

Para Fuly, Leite e Lima (2008, p.883-887), a sistematização da assistência de enfermagem situa-se numa esfera institucional, na qual a visão de organização das atividades de enfermagem interfere diretamente na implantação e implementação do processo de enfermagem e, por assim dizer, no método subsidiado em uma teoria de enfermagem a ser utilizado na prática. Logo, o processo de enfermagem é único e pode modificar-se à luz do referencial teórico da unidade.

Dessa forma, a sistematização da assistência de enfermagem abrange a implantação do processo de enfermagem e outras questões não direcionadas ao cuidado direto ao cliente, como organização de protocolos e organização da assistência indireta ao cliente. Neste sentido, a sistematização da assistência de enfermagem está ligada não somente à organização da assistência direta ao cliente, através da aplicação do processo de enfermagem, mas, também, às organizações indiretas.

É importante salientar as diferentes posições que as pessoas têm acerca do conceito do processo de enfermagem e da SAE, que chega até à concepção de ambas são a mesma coisa, diferentemente da proposta compreendida aqui, como já assinalado

anteriormente. Cabe a ênfase que, o processo de enfermagem, neste sentido, não é maior ou menor, ele é tão importante quanto a SAE, o que os diferencia é a questão do cuidado direto e indireto ao cliente e a forma como o mesmo é organizado.

Destaca-se ainda que a sistematização da assistência de enfermagem é uma prerrogativa legal do exercício profissional do enfermeiro, conforme resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem. Assim, através da SAE, é possível organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem. Porém, a Sistematização da Assistência de Enfermagem não se dá apenas através do processo de enfermagem, ela pode acontecer em todos ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem ao cliente internado (ou não) no ambiente hospitalar.

Portanto a Sistematização da Assistência de Enfermagem tem como proposta majorar a qualidade da assistência de enfermagem beneficiando o cliente, através de um atendimento individualizado, assim como a enfermeira torna evidente a importância do processo de enfermagem através do cuidado científico e humanizado.

### **O Processo de Enfermagem**

Assistir em enfermagem, para Horta (1979, p.30), é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais. Para que a enfermagem atue eficientemente, é necessário desenvolver sua metodologia de trabalho, que está fundamentada no método científico. Este método de atuação é denominado processo de enfermagem.

No Brasil, o marco do processo de enfermagem é o proposto por Horta em 1979, o qual contém as seguintes fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano

assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

Igualmente, para Alves, Lopes e Jorge (2008, p.650), o processo de enfermagem é uma metodologia da assistência de enfermagem ou processo de cuidar e constitui-se de cinco etapas inter-relacionadas (investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação) de forma sistemática e dinâmica para promover o cuidado humanizado, dirigido e orientado a resultados.

Em consonância com as autoras, o processo de enfermagem, segundo Barros (2008 p.21), consiste na elaboração de um planejamento das ações terapêuticas, que tem suas bases no método de resolução de problemas e nas etapas do método científico. Consiste, portanto, de cinco fases sequenciais e inter-relacionadas que integram as funções intelectuais de solução de problemas. A coleta de dados é fundamental para o desenvolvimento do processo de enfermagem, constituindo o alicerce no qual se baseiam as etapas seguintes.

Para Alfaro-Lefevre (2005, p.29), o processo de enfermagem é sistemático, pois consiste de cinco etapas que condicionam o enfermeiro a tomar iniciativas deliberadas visando a maximizar a eficiência e a obter resultados benéficos em longo prazo. Portanto, os enfermeiros experientes, ao investigarem um cliente, não necessitam de um período longo para chegarem a um diagnóstico, pois quase imediatamente, têm uma suspeita do diagnóstico, para depois realizarem uma investigação mais detalhada, conferindo a eficácia do diagnóstico.

Corroborando a autora, Gaidzinski et al. (2008, p.28) afirmam que o processo de enfermagem é constituído de cinco fases inter-relacionadas; coleta de dados ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem, sendo uma forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem. Trata-se de um instrumento metodológico essencial às abordagens de

enfermagem, pois através dele é possível promover um cuidado humanizado dirigido a resultados satisfatórios.

Para a autora (op.cit.), o processo de enfermagem é humanizado, pois se baseia na crença de que, à medida que planejamos e oferecemos cuidados, precisamos levar em conta os interesses, valores e desejos exclusivos do cliente, família e comunidade. Da mesma forma, é dirigido a resultados. As etapas do processo de enfermagem são planejadas para manter o foco na determinação da obtenção ou não dos melhores resultados, da forma mais eficiente, pelas pessoas que buscam atendimento de saúde.

Os benefícios do uso do processo de enfermagem, para a autora (op. cit, p.35), são evidenciados por focar a resposta da pessoa, sua forma de reagir aos problemas médicos, aos planos de tratamento e às mudanças nas atividades da vida diária e não apenas os problemas médicos. O enfermeiro concentra sua atenção na pessoa como um todo. Este enfoque holístico ajuda a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não somente para a doença. Os dados do médico enfocam a doença, enquanto os dados do enfermeiro procuram ser holísticos, considerando tanto o enfoque dos problemas quanto seus efeitos sobre a capacidade de funcionamento independente da pessoa.

É importante ressaltar que compreender o processo de enfermagem exige do enfermeiro pensar a respeito de sua utilização no contexto do mundo atual. Hoje os enfermeiros são cada vez mais responsáveis por mostrar como seus cuidados trazem resultados benéficos, com metas a serem alcançadas e com baixo custo. Tornando-se evidente a mudança de um modelo linear de processo de enfermagem, onde era seguida cada etapa em específico “*a partir do zero*”, para um modelo dinâmico de processo de enfermagem. (ALFARO-LEFEVRE 2005, p.36).

O processo de enfermagem, para Fontes e Cruz (2007, p.496), consolida-se na prática clínica da enfermagem e orienta o trabalho do enfermeiro para coleta de dados,



identificando as necessidades de cuidados, propondo intervenções e avaliando os resultados dos cuidados que realiza. A documentação do processo de enfermagem pode ser instrumento útil para a avaliação do cuidado pelo gerenciamento das informações de enfermagem.

Em consonância com a autora, o processo de enfermagem, segundo Barros (2008 p.21), consiste na elaboração de um planejamento das ações terapêuticas, que tem suas bases no método de resolução de problemas e nas etapas do método científico. Consiste, portanto, de cinco fases sequenciais e inter-relacionadas que integram as funções intelectuais de solução de problemas. A coleta de dados é fundamental para o desenvolvimento do processo de enfermagem, constituindo o alicerce no qual se baseiam as etapas seguintes.

Cabe enfatizar que a idéia de processo de enfermagem surgiu entre os educadores dos Estados Unidos, na década de 1950, como um instrumento para guiar os estudantes na aprendizagem de habilidades de pensamento crítico necessárias para a prática de enfermagem. Os líderes de enfermagem reconheceram que o processo de enfermagem poderia ser um instrumento útil para a busca de maior autonomia da profissão e para a aplicação de cuidados ao indivíduo nos aspectos bio-psico-sócio-espirituais. (GAIDZINSKI *et al.* 2008, p.25).

Da mesma forma, para os autores (op. cit. p.26), o processo de enfermagem passou por transformações importantes, originando três gerações definidas de 1950 a 1970, de 1970 a 1990 e de 1990 em diante. A primeira geração do processo de enfermagem descrito em quatro fases (avaliação inicial, planejamento, intervenção e avaliação) foi marcada pela ênfase na identificação dos problemas dos clientes. A proposta do processo de enfermagem, então inédita, previa uma estrutura para organizar o pensamento, no sentido de que os problemas dos clientes fossem identificados e solucionados pelos enfermeiros.

Seguindo o pensamento dos autores (op.cit.), nessa época, o processo de enfermagem foi disseminado no ensino, e os estudantes passaram a ser orientados a identificar problemas com base na avaliação do cliente. Apesar de a enfermagem ter se mantido ancorada

nos procedimentos médicos e, frequentemente, ter criado rotinas que limitavam a individualização do cuidado, foi importante a introdução do processo de enfermagem para a organização e qualificação da prática e do conhecimento de enfermagem.

Logo, para os autores (op. cit.), a idéia do diagnóstico de enfermagem enfatizou a necessidade do raciocínio clínico, pois o estabelecimento de um diagnóstico requeria que os problemas identificados fossem interpretados em conjunto. Os educadores, que até então enfatizavam a identificação de problemas nas avaliações dos clientes, começaram a se preocupar com a capacitação dos estudantes para fazerem interpretações mais complexas dos dados obtidos nas avaliações.

Na segunda geração para os autores (op. cit.), o processo de enfermagem passou a ser descrito em cinco etapas, com o acréscimo da etapa do diagnóstico, e forte ênfase começou a ser dada aos processos de pensamento para lidar com as informações dos clientes e para tomar decisões clínicas como padrão para o cuidado.

Do mesmo modo (op. cit.), a terceira geração do processo de enfermagem, para alguns autores um novo modelo de processo de enfermagem, é uma forma de representação que acomoda melhor do que as representações clássicas o caráter dinâmico, a participação do cliente, e os processos de pensamento do processo de enfermagem, tendo como foco os resultados. Nessa geração, o processo de enfermagem, as classificações de diagnósticos, de intervenção e de resultados de enfermagem são valorizadas como os vocábulos para o raciocínio clínico na enfermagem.

Logo, a utilização do processo de enfermagem proporciona ao enfermeiro o reconhecimento de suas atribuições com o cliente de modo de agir, com profissionalismo e ética. É responsabilidade do enfermeiro assegurar que as decisões e as ações implementadas, em nome do cliente, sejam eticamente determinadas, pois, ao fazer o processo de

enfermagem, o enfermeiro deve possuir em mente a importância dos princípios éticos a serem respeitados.

### **Diagnóstico de Enfermagem – Uma das Fases do Processo de Enfermagem**

Visando à criação de um corpo de conhecimento próprio, com bases sólidas, desde 1950, segundo Barros, Fakin e Michel (2002), observa-se o empenho de estudiosos em enfermagem acerca de evidenciar a ciência de enfermagem através dos modelos teóricos que a sustentassem. A partir deste período, diversos modelos foram propostos por teóricos em enfermagem de diferentes partes do mundo.

Na década de 1970, nos EUA, iniciava-se o movimento dos diagnósticos de enfermagem, cujo principal objetivo era a necessidade que as enfermeiras tinham de explicar para as seguradoras de saúde as atividades por elas desenvolvidas na sua prática profissional. A partir deste movimento, originou-se a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), a qual concebeu a primeira taxonomia de diagnósticos de enfermagem, a mais conhecida e utilizada mundialmente até o momento.

Inicialmente, os diagnósticos foram listados pelas enfermeiras especialistas clínicas, sem a preocupação de colocá-los numa estrutura conceitual com bases sólidas. Esses diagnósticos, contendo suas evidências (sinais e sintomas), denominadas de características definidoras e as suas causas, denominadas fatores relacionados, eram utilizados para apoiar o raciocínio clínico das enfermeiras (BARROS *et al.*, 2002).

O movimento dos diagnósticos de enfermagem ganhou ênfase em 1973 quando foi realizado na América do Norte a 1ª Conferência sobre Diagnósticos de Enfermagem. O objetivo naquela época era identificar e denominar as situações, entidades ou fenômenos nos quais os enfermeiros intervinham. Foi o momento em que os participantes puderam apresentar e denominar as situações vivenciadas na prática com os pacientes. Passaram a ser aceitos

cerca de 30 diagnósticos de enfermagem suficientemente claros para serem testados clinicamente.

As conferências eram bienais e em 1982 foi criada a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), que assumiu os trabalhos realizados nessas conferências e com a reunião de esforços, denominaram-se, classificaram-se e desenvolveram-se questões referentes ao diagnóstico de enfermagem.

Segundo Pimenta e Cruz (1994), até a 9ª conferência, em 1990, foram aceitos 99 diagnósticos de enfermagem com a seguinte definição: “julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde reais ou potenciais. Os diagnósticos de enfermagem fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelo qual o enfermeiro é responsável”.

Os diagnósticos de enfermagem, que vêm sendo desenvolvido pela *North American Nursing Association* (NANDA), são uma forma de discriminar os fenômenos de interesse para a enfermagem, uma vez que designam e descrevem as respostas dos pacientes a problemas de saúde ou os processos vitais. Os estudos de identificação de diagnósticos em grupos específicos de clientes oferecem um perfil sobre suas principais respostas, o que por sua vez caracteriza a sua necessidade de cuidados de enfermagem, podendo, posteriormente, contribuir para a análise da utilidade clínica dos diagnósticos de enfermagem.

Cada diagnóstico possui definição, listagem de suas características definidoras e de fatores relacionados. As características definidoras são as evidências que o enfermeiro identifica junto ao paciente a partir do levantamento de dados e pelo seu julgamento e que interpreta e agrupa. Elas são os fundamentos para a afirmação diagnóstica. Alguns diagnósticos têm características definidoras, ou seja, sem a presença delas não se pode afirmar o diagnóstico em questão. Os fatores relacionados são elementos que contribuem para a

ocorrência do diagnóstico. Devem ser investigados, pois auxiliam na determinação das intervenções.

Segundo a Taxonomia da NANDA (2002), fazer um diagnóstico de enfermagem requer análise, síntese e acurácia ao interpretar e fazer com que dados clínicos complexos tenham sentido. Esse processo de pensamento crítico permite ao enfermeiro tomar decisões quanto aos resultados esperados do paciente e às intervenções necessárias para ajudar a obter esses resultados.

A utilização dos diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA (2010, p.61) é fundamental para o futuro do atendimento de enfermagem baseado em evidências e realizado com profissionalismo. Deve ser refletida e entendida como uma prioridade para as lideranças de enfermagem, viabilizando a prática da enfermagem, vital ao futuro da profissão e a capacitação para o atendimento mais eficiente das necessidades dos clientes.

Através do diagnóstico de enfermagem, segundo Alfaró-Lefevre (2005, p.30), o enfermeiro analisa os dados para, com clareza, identificar problemas de saúde reais e potenciais que são à base do plano de cuidados, desvelando os pontos fortes, essenciais para o desenvolvimento de um plano eficiente.

Atualmente observa-se que nos diagnósticos de enfermagem, os dados são agrupados de acordo com um modelo holístico, ao invés do modelo médico. Alguns enfermeiros optam pelo uso dos padrões funcionais da saúde de Gordon, o padrão da resposta humana da NANDA, as teorias de Maslow ou uma combinação desses para o agrupamento dos dados, na busca da manutenção de uma abordagem holística. Ou seja, além de possuírem um enfoque holístico, os dados são relacionados sobre padrões de respostas e de funcionamento humano e não apenas de padrões de funcionamento de órgãos e sistemas.

Face ao exposto, o diagnóstico de enfermagem, segundo Alfaró-Lefevre (2005, p.100), é a fase fundamental do processo de enfermagem por três razões:

- A precisão e a relevância de todo plano dependem de sua capacidade para identificar, de forma clara e específica, tanto os problemas quanto suas causas;
- A criação de um plano pró-ativo que promova a saúde e previna problemas, *antes que comecem*, depende de sua capacidade para reconhecer fatores de risco;
- Os recursos e os pontos fortes identificados constituem a chave para a redução de custos e a maximização da eficiência.

O raciocínio diagnóstico, ou a aplicação do pensamento crítico para a identificação de problemas de saúde reais ou potenciais, exige conhecimento, habilidade e experiência. Ou seja, não só a capacidade de fazer um diagnóstico de bem-estar no conhecimento de situações em que clientes saudáveis indicam um desejo de atingir um nível superior de funcionamento em determinada área, como também a realização das intervenções envolvem preparo, execução das intervenções, determinação da resposta, implementação das mudanças necessárias e capacidade de registrá-las.

Paralelamente ao desenvolvimento das classificações de enfermagem, na década de 1980, surgiu a necessidade de evidenciar intervenções e resultados oriundos da prática profissional de enfermagem. Então McCloskey e Bulechek, em 2000, propõem a classificação de intervenção de enfermagem – NIC (*Nursing Intervention Classification*) e Johnson, Maas e Moorhed, também em 2000, propõem a classificação dos resultados de enfermagem – NOC (*Nursing Outcomes Classification*) (BARROS et al., 2002).

As classificações de diagnósticos de enfermagem da NANDA, de intervenções (NIC) e de resultados (NOC) são interligadas e estruturadas de forma a oferecer a possibilidade de atuação das enfermeiras em diferentes campos do cuidado e em diferentes especialidades, possibilitando a construção de instrumentos de coleta de dados, planejamento da assistência e o estabelecimento de resultados obtidos. Assim, garante-se a eficácia da

assistência prestada, pelo julgamento clínico realizado pelas enfermeiras, como também, o relato das atividades por elas desenvolvidas, conforme descrito na figura 1, p. 257 (lista de ilustrações).

Acredita-se que o conhecimento clínico de enfermagem possa levar os diagnósticos comuns a partir da identificação de um fenômeno, ou seja, das respostas humanas a um problema real ou potencial que delineiem o perfil do cliente e direcionem a elaboração do plano assistencial ou de intervenções de enfermagem, com conseqüente avaliação que resulte no cuidado especializado e de forma holística.

Nomear e documentar com exatidão os resultados do pensamento crítico do enfermeiro auxilia outros cuidadores a conhecer as necessidades do cliente e como o plano de cuidados ajudará a atender a essas necessidades. Logo, a utilização de uma linguagem padronizada de enfermagem para documentar o pensamento do enfermeiro de forma eficiente.

### **Sobre a Neurocirurgia – Uma área marcada pela atividade perita na saúde**

Dessa forma, sublinha-se a idéia que conhecer em síntese a História da Neurocirurgia nos faz entender melhor a evolução científica e tecnológica da especialidade (atividade dotada de significativo atributo específico) para o diagnóstico e tratamento das neoplasias encefálicas. Cabe ressaltar que as conquistas essenciais para o desenvolvimento da neurocirurgia moderna foram o avanço da cirurgia geral, especialmente a anestesia, a anti-sepsia e a teoria das localizações cerebrais.

Em 1846, foi introduzida por Morton a anestesia com éter e, em 1847, foi introduzido por Simpson o clorofórmio. Entretanto, a anestesia não resultou em um aumento significativo do número de cirurgias devido à ocorrência de infecção pós-operatória. Com os avanços ocorridos a partir de 1860 com o uso da teoria dos germes de Pasteur e Lister

introduziu-se a anti-sepsia, gerando transformações na prática cirúrgica pela redução da infecção pós-operatória. Isso possibilitou o alargamento das indicações cirúrgicas abrindo caminho para o desenvolvimento das especialidades cirúrgicas como a neurocirurgia (GUSMÃO, SILVEIRA e FILHO, 2000, p.1114).

Para os referidos autores (op. cit. p.1115), a versão moderna da teoria das localizações cerebrais iniciou-se com Pierre Paul Broca em 1861 com a correlação do fenômeno clínico da afasia de expressão com o achado patológico de lesão da porção posterior do giro frontal inferior. Sua idéia de uma “*frenologia*”<sup>13</sup> das circunvoluções<sup>14</sup> é o conceito original das localizações cerebrais. Com a observação de Broca sobre a afasia popularizou-se o conceito de que funções corticais específicas poderiam ser localizadas na superfície do cérebro.

De acordo com os autores (op. cit.), esta idéia trouxe nova importância aos giros cerebrais, e Broca foi um dos pioneiros a fazer descrições precisas da anatomia cortical e o primeiro a interpretar as perfurações nos crânios incas pré-colombianos como sendo praticadas cirurgicamente. São de sua autoria os trabalhos pioneiros de correlação dos sulcos e giros cerebrais com a convexidade craniana (topografia cranioencefálica) para orientar a via de acesso a determinado alvo cirúrgico.

Segundo os autores (op. cit.), no início da neurocirurgia, esse conhecimento era de extrema importância em virtude da ausência de exames de imagem para localizar as lesões intracranianas. O diagnóstico anatômico, baseado em sinais e sintomas, orientava o acesso cirúrgico graças ao conhecimento da topografia das áreas funcionais do encéfalo em relação à abóboda<sup>15</sup> craniana. Até essa época, as intervenções sobre o crânio se resumiam ao tratamento de fraturas cranianas com abaulamento ou de abscessos associados a tais fraturas. O local da intervenção sobre o crânio era indicado apenas pela lesão do osso ou dos tecidos moles que o

---

<sup>13</sup> Teoria que estuda o caráter e as funções intelectuais humanas, baseando-se na conformação do crânio.

<sup>14</sup> Saliência sinuosa na superfície cerebral.

<sup>15</sup> Tudo que apresente forma aproximada de uma cobertura côncava.



recobrem. A indicação cirúrgica baseava-se apenas no exame neurológico e no exame radiológico simples do crânio.

Para o mesmo autor (op. cit. p.1116), em 1871, Broca aplicou a teoria das localizações cerebrais e os dados da topografia<sup>16</sup> cranioencefálica no diagnóstico de lesão intracraniana seguida de intervenção cirúrgica. Pela primeira vez, a localização de lesão intracraniana invisível foi seguida de intervenção neurocirúrgica. Na década de 1880, a teoria das localizações cerebrais foi associada à anti-sepsia e à anestesia, marcando o nascimento da moderna neurocirurgia. O trabalho de Broca (1861) sobre a determinação das localizações cerebrais foi seguido pelas observações neurológicas de Charcot (1825-1893), Gowers (1845-1915) e Jackson (1835-1911), especialmente quanto à representação da área motora, possibilitando o **início da cirurgia de remoção dos tumores encefálicos** previamente localizados pelo exame neurológico.

### **As Possibilidades de Compreensão do Cérebro**

Há muitas maneiras de compreender o cérebro, como há muitas maneiras de compreender o mundo. Essa compreensão varia de acordo com a visão e o ângulo de cada profissional para compreendê-lo. Um modo de compreender não é menos verdadeiro que o outro. Cada um privilegia a sua abordagem.

Também o sistema nervoso, e o cérebro em particular, podem ser estudados de várias maneiras, todas verdadeiras e igualmente importantes. Podemos olhar de frente como um objeto desconhecido, mas capaz de produzir comportamento e consciência, e assim estudar apenas essas propriedades do sistema nervoso. Segundo Lent (2004, p.3), são muitos os modos (chamados níveis) de existência do sistema nervoso, abordados especificamente pelos diferentes especialistas.

---

<sup>16</sup> Descrição anatômica e particularizada de qualquer parte do organismo humano.

O Sistema Nervoso Central e o Sistema Nervoso Periférico são duas principais divisões do sistema nervoso. O primeiro reúne as estruturas situadas dentro do crânio e da coluna vertebral, enquanto que o segundo reúne as estruturas distribuídas pelo organismo. Ambos são constituídos de dois tipos celulares principais: neurônios e gliócitos. O sistema nervoso central (SNC) é um termo muito geral, que reúne todas as estruturas neurais situadas dentro do crânio e da coluna vertebral.

Segundo critérios exclusivamente anatômicos e em concordância com Lent (2004, p.8), o SNC pode-se ser dividido em grandes partes como o encéfalo, parte contida no interior da caixa craniana; e a medula espinhal, parte que continua a partir do encéfalo no interior do canal da coluna vertebral. A medula apresenta uma forma aproximadamente cilíndrica ou tubular, no centro da qual existe um canal estreito cheio de líquido. O encéfalo apresenta-se irregularmente, com dobraduras e saliências, o que permite reconhecer nele diversas subdivisões.

Para o mesmo autor (op. cit.), a cavidade interna acompanha as irregularidades da forma do encéfalo, formando diferentes câmaras cheias de líquido, os ventrículos. O encéfalo é dividido em três partes: o cérebro, constituído por dois hemisférios justapostos e separados por um sulco profundo; o cerebelo, constituído por dois hemisférios, mas sem um nítido sulco de separação; e o troco encefálico, estrutura em forma de haste que se estende a partir da medula espinhal, escondendo-se por baixo do cerebelo e por dentro do cérebro. No cérebro, a superfície enrugada cheia de giros e os sulcos é o córtex cerebral, região em que estão representadas as funções neurais e psíquicas mais complexas.

Ainda em consonância com o autor (op. cit.), no interior dos hemisférios estão os núcleos da base e o diencéfalo. O troco encefálico é subdividido em: mesencéfalo, que continua com o diencéfalo bem como no centro do cérebro; a ponte é uma estrutura

intermediária; e o bulbo ou medula oblonga é a parte mais caudal, que continua com a medula espinhal. É do tronco encefálico que emerge a maioria dos nervos cranianos.

Segundo Lent (2004, p.5), no Sistema Nervoso Periférico (SNP) estão relativamente poucas células nervosas, mas um grande número de prolongamentos chamados fibras nervosas, agrupadas em filetes alongadas denominados nervos. Os nervos são os principais componentes do sistema nervoso periférico, podem ser encontrados em quase todas as partes do corpo. Seguindo o trajeto de um nervo qualquer, observa-se que uma extremidade termina em um determinado órgão, enquanto a extremidade oposta se insere no sistema nervoso central através de orifícios do crânio e na coluna vertebral.

Ainda para o mesmo autor (op. cit.), geralmente perto do SNC os nervos são mais calibrosos, pois contém maior número de fibras. Próximo aos locais de terminação nos órgãos, como muitos filetes vão se separando no caminho, eles ficam mais finos. Nesse ponto é que as fibras nervosas individuais se ramificam profusamente, até que cada ramo termina em estruturas microscópicas especializadas. O SNP também é formado por células nervosas que são agrupadas em gânglios, situados nas proximidades do sistema nervoso central, ou próximo e até mesmo dentro das paredes das vísceras. Os nervos se dividem em espinhais, quando se unem ao SNC através de orifícios na coluna vertebral e, cranianos, quando o fazem através de orifícios existentes no crânio.

No sistema nervoso, os neurônios são agrupados em grandes conjuntos com identidade funcional. Isso faz com que as diferentes funções sejam localizadas em regiões restritas. Cada região, no entanto, faz a sua parte, contribuindo para a integração funcional do conjunto. Quando conversamos com alguém, ao mesmo tempo vemos (visão), falamos (linguagem), conservamos a postura (motricidade), temos emoções e memórias e outros. Cada uma dessas funções é executada por uma parte do sistema nervoso, mas todas as partes operam coordenadamente.

Através de muitos estudos científicos tornaram irretorquível, nos dias de hoje, segundo Lent (2004, p.24), a concepção de que as funções mentais são o resultado da atividade coordenada de populações neuronais agrupadas em regiões restritas do cérebro. Cada neurônio tem um papel analítico determinado, considerando uma função sensorial, ou um papel executor muito específico, em se tratando de uma função motora. **Da mesma forma que os neurônios se conectam profusamente, a atividade de um deles influencia a atividade de milhares de outras células.**

### **O Cliente com Tumor do Sistema Nervoso Central**

No tocante aos tumores, segundo Rotta e Pinto (2006, p.963), os primários intracranianos originam-se de células do parênquima cerebral ou de seus envoltórios intracranianos. Podem ser intra-axiais, extra-axiais ou ambos, e os tumores intra-axiais localizam-se primariamente no parênquima cerebral ou no sistema ventricular, enquanto os tumores extra-axiais localizam-se no espaço subaracnóideo ou nas meninges. Esses tumores, independentemente do grau de malignidade, raramente metastatizam para outros órgãos. Os tumores que se originam de outros locais e sofrem disseminação para o sistema nervoso central (SNC) são denominados tumores metastáticos.

Para Greenberg (2003, p.455), a via de disseminação metastática para o cérebro geralmente é hematogênica, embora também possa ocorrer extensão local. Os tumores podem se disseminar através das vias do líquido cefalorraquidiano (LCR), incluindo-se os tumores que se disseminam para a medula espinhal, chamada as “metástases em gota”. As fontes de metástases cerebrais em adultos são o câncer de pulmão 44%, mama 10%, rim (célula renal) 7%, trato gastrintestinal 6%, melanoma 3% e indeterminado 10%. As fontes de metástases cerebrais em crianças são os neuroblastomas, rabdomiossarcomas e os tumores de Wilms.

Para Rotta e Pinto (2006, p.963), a incidência dos tumores do SNC é pequena em relação a outros tumores, como os de mama, pulmão e próstata. Dados estatísticos apontam para aproximadamente 30 mil novos casos por ano, sendo 5 mil benignos e 25 mil malignos, dos quais 6 mil são de baixo grau de malignidade e 19 mil de alto grau de malignidade. É considerada a segunda causa de morte por câncer pediátrico e a quarta causa de morte por câncer em adultos jovens.

Os gliomas, para Sanematsu Junior et al (2006, p.461), são os tumores primários mais frequentes do sistema nervoso. Têm origem nas células neurogliais, astrócitos, oligodendroglíocitos, células endimárias e microglias, que são responsáveis, basicamente, pela manutenção e proteção dos neurônios. O glioblastoma multiforme (GBM) corresponde a 55% dos gliomas intracranianos e representa a forma mais anaplásica das neoplasias primárias do SNC. O pico de incidência está entre os 45 a 55 anos de idade e a relação de incidência entre homens e mulheres é de 3:2.

De acordo com Rotta e Pinto (2006, p.963), o GBM pode ser proveniente de progressão maligna, na qual inicialmente o astrócito apresenta alteração na proteína P53 originando o astrocitoma (baixo grau de malignidade), que, ao apresentar perda da heterozigose e/ou alteração da P16, se transforma em astrocitoma anaplásico (alto grau de malignidade). Havendo, então, alteração do cromossomo 10, originando o glioblastoma multiforme.

De acordo com Souza et al (2007, p. 181), os tumores cerebrais têm sido alvo de vários estudos clínicos, pois não se identifica neles uma causa isolada e sim uma combinação de fatores que predis põem a sua origem, como alterações genéticas, hereditariedade, exposição a substâncias químicas, hormônios, condições ambientais e ocupacionais, entre outros. São classificados em primários e metastáticos, sendo que os tumores primários se

dividem em benignos e malignos, diferenciando-se pelas células de origem, localização anatômica, entre outras características que delimitarão a forma de tratamento.

Para Govidan e Arquette (2004, p.167), os tumores do SNC incluem um amplo leque de doenças com apresentações e histórias naturais altamente variáveis. Esses tumores ocorrem tanto em populações pediátricas quanto adultas. Existem muitos tipos histológicos, porém os gliomas são os mais freqüentes. A evidência de disfunção cerebral localizada é devida à presença de um tumor cujo resultado é um padrão de déficits que se relaciona com a localização específica. Isso pode resultar de compressão física ou invasão do parênquima cerebral adjacente pelo tumor.

Os sintomas dos clientes portadores de tumores primários do SNC, segundo Sanematsu Junior et. al. (2006, p.462), podem ser agrupados em focais e generalizados; focais são aqueles que permitem estimar o local do SNC que está sendo acometido, por exemplo: a hemiparesia ou hemiplegia podem estar relacionadas a uma lesão na área motora ou na cápsula interna contralaterais ao déficit motor. Os sintomas generalizados, quando ocorrem isoladamente, não permitem a identificação do local do SNC acometido. Como exemplo, a cefaléia pode ocorrer de forma insidiosa e demonstra aumento progressivo da pressão intracraniana.

A apresentação mais comum dos tumores cerebrais, segundo Greenberg (2003, p.386), é o déficit neurológico progressivo (68%), frequentemente fraqueza motora (45%), cefaléia (54%) e convulsões em (26%). A cefaléia (pode ocorrer com ou sem pressão intracraniana elevada) é presente igualmente com tumores primários ou metastáticos. Geralmente exacerbada pela tosse, esforço ou inclinando-se para frente e associada com náuseas e vômitos, em 40%, a cefaléia pode ser aliviada temporariamente pelos vômitos. Estas características, junto com a presença de déficit neurológico focal ou convulsão, parecem diferenciar a cefaléia tumoral das outras.

De acordo com Rotta e Pinto (2006, p.979), o tratamento para tumores do sistema nervoso central está apoiado na cirurgia (grau da extensão da ressecção relaciona-se com o prognóstico: melhor prognóstico relacionado à ressecção radical, ou seja, mais de 95% do tumor), radiação por ionização e quimioterapia. É consenso o ideal da ressecção radical do tecido tumoral, sem adição de déficits neurológicos.

Segundo Souza (2007, p.181), há uma relação direta dos déficits neurológicos com as estruturas anatômicas específicas no cérebro e a localização do tumor, tais como: alterações cognitivas, alterações motoras, alterações sensitivas, alterações visuais entre outras. É muito comum o tumor cerebral originado do próprio tecido evolui com distorção e compressão de estruturas neuronais e não primariamente, com a destruição das mesmas.

Estas alterações representam apenas uma amostra do universo de seqüelas neurológicas que interferem diretamente na atividade de vida diária do cliente neurocirúrgico oncológico. São observadas, durante o tratamento desse cliente, mudanças na auto-estima, sociabilidade, incapacidade total ou parcial para realização de tarefas, anteriormente consideradas simples, como higiene e alimentação, assim, com a presença do tumor cerebral, são necessários cuidados de enfermagem integralmente.

Para Ayoub *et al.* (2000, p.11), **a assistência de enfermagem ao cliente oncológico pode ser aprimorada com a utilização de um trabalho sistemático.** Devemos atender esses clientes no seu contexto e circunstância de vida e acessível a toda população, oferecendo uma assistência qualificada, sem riscos, baseada nos conhecimentos técnicos e científicos próprios do enfermeiro, construída e reproduzida por práticas sociais, éticas e políticas que se processam pelo ensino, pesquisa e assistência.



*SUPERANDO NOVOS  
DESAFIOS*



## CAPÍTULO III

### APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO

### O INTERACIONISMO SIMBÓLICO

“Posso perfeitamente dizer o que faço torna-se o objeto no qual eu penso, um conteúdo de minha consciência. Mas isso não significa que o objeto seja idêntico ao conteúdo de minha consciência. Significa apenas que o conteúdo da consciência seja ele uma representação ou um conceito faz que o objeto se torne presente para mim permanecendo ele próprio independente da consciência”. (HESSEN, 2003, p.85).

Neste capítulo apresento os principais conceitos do interacionismo simbólico, em busca do entendimento do significado do fenômeno a partir da compreensão dos aspectos intersubjetivos do significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica, à luz da práxis cotidiana dos enfermeiros.

Para Coulon<sup>17</sup> (1995, p.14), o interacionismo simbólico originou-se na escola de Chicago e teve como seus principais representantes Robert Park, Ernest Burgess e William Thomas. Essa corrente de pensamento contribuiu para popularizar o uso dos métodos qualitativos na pesquisa de campo, métodos ideais para estudar a realidade social, em decorrência as alterações sociais, fruto do crescimento urbano de Chicago.

Segundo o mesmo autor (op. cit.<sup>18</sup> p.8), a sociologia de Chicago caracteriza-se pela pesquisa empírica e é marcada pelo impacto que a investigação sociológica terá sobre a sociedade. Antes dos trabalhos empíricos, as investigações sociais eram orientadas para as “*pesquisas sociais*”, muito impregnadas pelo moralismo e mais próximas do jornalismo investigativo que da investigação científica. Ao contrário, a tendência empírica será marcada pela insistência de investigadores em produzir conhecimentos úteis para a solução de problemas sociais concretos.

---

<sup>17</sup> Alain Coulon, Etnometodologia: Tradução de Ephraim Ferreira Alves. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1995. 134p.

<sup>18</sup> Alain Coulon, A Escola de Chicago: tradução de Tomás R. Bueno. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1995. 135p.

Uma das contribuições, segundo (op. cit.), mais importantes dos sociólogos da Escola de Chicago, foi o desenvolvimento de métodos originais de investigação: utilização científica de métodos originais de investigação; utilização científica de documentos pessoais de trabalho de campo sistemático associada à exploração de diversas fontes documentais. O que hoje é chamado de sociologia qualitativa, tais métodos foram contemporâneos, na própria escola de Chicago, de uma sociologia quantitativa, que viria a suplantá-la a partir da segunda guerra mundial.

Para o mesmo autor (op. cit.), o interacionismo simbólico tem sido frequentemente utilizado nas ciências sociais e na saúde por se fundamentar numa concepção teórica em que o significado é o conceito central e os objetos sociais são construídos e reconstruídos pelos atores envolvidos de forma interminável. O interacionismo simbólico mostra respeito pela natureza da vida e pela conduta do grupo humano. Condição essencial para a consciência, mundo de objetos e construção de atitudes. (BLUMER, 1969)

Cabe ressaltar o interesse do interacionismo simbólico, não apenas porque o mesmo insiste no papel criativo desempenhado pelos atores na construção de sua vida cotidiana, mas também pela sua atenção aos pormenores dessa construção. Constitui-se numa perspectiva da Psicologia Social que retrata a ação do ser humano na relação com o mundo, focaliza a natureza da interação, a dinâmica social entre as pessoas. Assim, teve origem no fim do século XIX com destaque para George Herbert Mead, que, como homem da ciência, foi influenciado pelo pragmatismo filosófico e behaviorismo, por isso Mead foi considerado também empirista, naturalista, pragmatista e condutivista (CHARON, 1989 e CASSIANI, 1994).

De acordo com Haguette, (1990, p.36), George Herbert Mead foi professor da Escola de Chicago no período de 1893 a 1931. Fundamenta a sua teoria na descrição do comportamento humano, cujo dado principal é o ato social, concebido como comportamento

externo observável e atitude encoberta no ato. Mead escreveu muitos artigos, mas a sua influência foi muito mais pelas publicações de leituras e notas por seus estudantes, bem como pela interpretação de seus trabalhos por vários sociólogos, especialmente por Herbet Blumer.

As suas obras foram compiladas e editadas após a sua morte em 1931. No entanto, coube a Blumer, sociólogo, ex-aluno e discípulo de Mead, sistematizar e apresentar com clareza e fidelidade as idéias de Mead, sendo a sua principal obra publicada em 1969, *Symbolic Interactionism, Perspective and Method*.

Para Coulon (1995), Mead é considerado como um inspirador do interacionismo simbólico, embora a expressão só tenha sido usada pela primeira vez em 1937, por Blumer. Buscando realizar a síntese entre a abordagem individual e a macrossociológica, achou que a noção de *si* podia cumprir esse papel, contanto que o *si* fosse visto como a interiorização do processo social pelo qual os grupos de indivíduos interagem com os outros.

O agente aprende a construir seu *si*, e o dos demais, graças à sua interação com estes. Portanto, pode-se considerar que a ação individual como a criação mútua de vários *si* em interação. Logo, os “*si*” adquirem um significado social, tornam-se fenômenos sociológicos, que constituem a vida social.

É importante ter em mente que o Interacionismo Simbólico dá lugar teórico ao agente social, colocando-o como intérprete do mundo que o rodeia e, pondo em prática métodos de pesquisa que priorizam os pontos de vista dos agentes. O objetivo do emprego desse referencial destina-se a levantar as significações que os agentes definem na prática para a construção de seu mundo social. Trata-se da preservação da integridade do mundo social para realização de estudos, considerando-se o ponto de vista dos agentes sociais, pois é através do sentido que atribuem a objetos, indivíduos e símbolos que os rodeiam e constroem seu mundo social.

Segundo Haguette (1990, p.31 e 32), Blumer manteve-se fiel ao pensamento de George Herbert Mead, a partir dos escritos e até publicações de aulas, palestras, notas e manuscritos fragmentados sobre a teoria, que explorou a complexa relação entre a sociedade e indivíduo, a gênese do *self*, desenvolvimento de símbolos significantes e processo de comportamento da mente. Portanto, o interacionismo simbólico conta com a última análise de três premissas simples criadas por Blumer (1969, p.2):

- A primeira premissa é que o ser humano age em relação às coisas com base nos significados que tais coisas têm para ele e incluem seres humanos, objetos, instituições e outras situações encontradas na vida cotidiana;
- A segunda premissa é que o significado destas coisas surge no e do processo da interação social que ele estabelece com outros seres humanos;
- A terceira premissa é que, na vivência de uma dada situação, os significados são atribuídos e serão manipulados e, também, modificados, tendo em vista um processo interpretativo utilizado pela pessoa ao lidar com as coisas que encontra, configurando-se como um guia orientador às suas ações.

Os estudos sobre o interacionismo simbólico nos fazem perceber que ele pode estar em uma posição intermediária entre a fenomenologia e a teoria de papéis. A compreensão destas premissas pode ser facilitada pelo esclarecimento de alguns conceitos centrais do interacionismo simbólico, tendo como base às obras de Mead (1953), Blumer (1969) e Charon (1989).

O *símbolo* é o ponto central do interacionismo simbólico, pois sem ele os seres humanos não podem interagir com os outros. Símbolos são objetos sociais usados pelo ator para representação e comunicação. Ou seja, a comunicação se faz através de símbolos que têm seu significado entre as pessoas e, através da interpretação desses símbolos, ocorre à interação social. Os símbolos são uma classe de objetos sociais usados para representar

alguma coisa e são usados para: pensar, comunicar, representar. Ele passa ser simbólico quando expressa um significado (uma representação), uma intencionalidade.

Símbolos podem ser objetos físicos, ações humanas ou palavras. Mas, os símbolos só têm significado para nós porque podem ser descritos através do uso de palavras. Ligado ao uso de palavras está à linguagem, um tipo especial de símbolo, a chave da base simbólica do ser humano. Por meio dela o ser humano se integra à sociedade, não de forma passiva, mas de forma interativa. Essa interação torna o homem e a sociedade interdependente, pois ambos se interferem mutuamente.

Para o interacionismo simbólico, a ação humana constitui-se com base nos significados que as pessoas lhes atribuem, ao invés de ser constituída por fatores sociais ou por fatores psicológicos. O significado de um objeto para um indivíduo pode ser diferente do significado que outro indivíduo atribui ao mesmo objeto.

Na interpretação que Blumer faz do pensamento de Mead, *self* significa que a pessoa pode ser objeto da sua própria ação, ou seja, objeto de si próprio. Ao afirmar que o indivíduo possui um *self*, Mead enfatiza que, da mesma forma que o indivíduo age socialmente com relação a outras pessoas, ele interage socialmente consigo mesmo e age em relação a si próprio. A pessoa pode tornar-se objeto de suas próprias ações dentro da sociedade que, de acordo com Mead, precede a existência do *self*.

Assim, o *self* representa um processo social no interior do indivíduo que envolve duas fases analíticas distintas: o *EU* e *MIM*, sendo o *EU* a resposta para as atitudes do outro, do lado impulsivo, espontâneo e, que, não age porque interage simbolicamente com si próprio. O *Mim* é a organização das atitudes, é o outro generalizado, composto de padrões organizados, consistentes, compartilhados com outros. Nessa perspectiva, pode-se afirmar que segundo Charon (1989), “*como eu me vejo, como eu me defina, o julgamento que tenho de*

*mim mesmo são todos altamente dependentes das definições sociais que eu encontro na vida”.*

Logo, cabe ressaltar a importância de conhecer a partir da prática cotidiana dos enfermeiros especialistas em neurocirurgia oncológica o significado dos diagnósticos de enfermagem através da interação que os enfermeiros estabelecem com os diagnósticos de enfermagem e em relação a si próprio, visto que a ação de enfermeiros é constituída com base nos significados que os próprios enfermeiros a ela atribuem.

A mente é uma atividade que se dirige ao self. Ou seja, através da atividade da mente, o indivíduo define as coisas para si mesmo na situação: isola, rotula e desenvolve linhas de ação em relação às coisas. Devido à atividade da mente, a ação é uma resposta, não aos objetos, mas à interpretação desses objetos pelo indivíduo. A mente é concebida como um processo que se manifesta quando o indivíduo interage consigo próprio usando símbolos.

O uso da palavra nos diálogos, e outros símbolos, como gestos, comportamentos, ações, tem significados sociais, que são construídos nas interações e que apenas passam a ser símbolo quando adquirem sentido para quem os utiliza. Desse modo, segundo Carvalho et al. (2007), os símbolos podem desvelar as carências afetivas, psicológicas, biológicas e sociais do ser cuidado, como também suas interações no cotidiano com o cliente de neurocirurgia oncológica.

Na interação social, as pessoas são vistas como atores que se relacionam, comunicam-se e interpretam um ao outro. Quando interagimos, nós nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o self, nos engajamos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectiva, definimos a realidade, definimos a situação e assumimos o papel do outro. (CHARON, 1989)

A interação social, segundo Santos e Nóbrega (2004, p.462), é construída a partir da ação social. A ação é formada à luz da situação na qual ela acontece. As pessoas agem de

acordo com a forma de sua interpretação e definição, e ocorre entre as pessoas envolvidas. A interação se dá em nível simbólico, quando se procura entender e interpretar o significado da ação do outro.

A interação para Blumer (1969) é simbólica quando os atos de cada indivíduo têm significado para o criador e o receptor da ação. A sociedade é definida para os interacionistas como sendo constituída de indivíduos que interagem uns com os outros. O significado surge da interação de duas pessoas, no que se refere ao significado que uma coisa tem para uma pessoa e cresce pela forma que as outras pessoas agem em relação a ele com relação a essa coisa.

Corroborando com o apresentado, a partir das idéias expressas por Valadares (2006, p.43), a interação não considerada apenas o que acontece com as pessoas, considerando que também é representada por aquilo que acontece dentro das pessoas. Embora as situações possam ser definidas e influenciadas por aqueles com quem interagimos, ela também resulta de nossa própria interação, ou seja, considerando uma consciência auto-reflexiva, o ser humano, para o interacionismo, é livre naquilo que faz e em suas escolhas, assim pode participar da definição do mundo social, envolvendo o escolher consciente, a direção tomada frente às situações vividas, identificação e redirecionamento de ações.

De acordo com Dupas *et al.* (1997, p.225), o interacionismo simbólico como referencial da prática de enfermagem poderá ser de grande valia, considerando-se que a enfermagem, na sua prática profissional, nas diversas áreas, lida com o ser humano vivenciando situações muito particulares, nos diversos momentos de suas vidas. O interacionismo simbólico contribui com abordagens metodológicas qualitativas que possibilitam a produção de conhecimentos baseados na realidade da prática de enfermagem e que explicam as variações observadas nesta realidade, permitindo que a riqueza e diversidade de experiências do homem sejam estudadas e compreendidas.

Segundo Lopes e Jorge (2005, p.106), o Interacionismo Simbólico sob a perspectiva Interpretativa, indo além da compreensão dos significados e construção de atitudes das pessoas provenientes das relações interpessoais, configura-se como referencial teórico-metodológico que possibilita a avaliação de resultados em saúde. A enfermagem tem buscado na Sociologia, Psicologia, educação, entre outras ciências, vertentes para o disciplinamento do saber. Assim, o Interacionismo Simbólico, cuja teoria nasceu em clássicos da sociologia e psicologia social, aproxima-se da Enfermagem, dada a sua perspectiva de compreensão dos aspectos subjetivos das pessoas.

O interacionismo simbólico para Santos e Nóbrega (2004, p.462) é uma ferramenta teórica que possibilita a compreensão do fenômeno de uma maneira mais ampla, assim como revela e aponta o significado que a relação teoria e prática em enfermagem tem para o enfermeiro, além de fomentar a compreensão desse significado como decorrente ou resultante da interação que o enfermeiro faz com os elementos envolvidos no processo assistencial.

O ser humano, segundo Barbosa e Valadares (2009, p.18), não é somente a esfera física, nem somente consciência ou apenas emoção, avaliar alguns destes aspectos isoladamente é perder de vista a sua totalidade e a sua integridade, devendo este ser o foco permanente dos profissionais de saúde, pois fatores que não estão diretamente ligados a doença podem interferir em seu equilíbrio.

Tendo em vista o ideal de busca pela compreensão do significado que enfermeiras assistenciais atribuem ao cuidado com o cliente de neurocirurgia oncológica, decidimos pelo Interacionismo Simbólico, que apresenta como base teórico-filosófica a compreensão do significado da ação humana, um ponto reflexivo e a possibilidade de um cuidado interativo. Com objetivo de fornecer sustentação teórica para a Teoria Fundamentada nos Dados<sup>19</sup>, o

---

<sup>19</sup> Será abordada no capítulo seguinte.



Interacionismo Simbólico, a partir de seus fundamentos, vem contribuindo para o entendimento da simbologia expressa pelos agentes sociais, no que tange à teoria que será proposta ao final do estudo.

Analisando o contexto deste estudo, optamos pelo paradigma interpretativo, de modo a tornar possível não só o compreender o contexto dentro do qual os enfermeiros interpretam as suas percepções, mas também, apreender as várias dimensões de sua prática no que se refere aos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica. Logo, para Santos e Nóbrega (2004, p.461), o interacionismo simbólico constitui uma das formas de se interpretarem as percepções das pessoas, o significado e o sentido que elas dão às coisas e como esses relatos se relacionam com as experiências. O interacionismo tem a sua utilidade, que é originar novas teorias, cuja experiência é a manutenção das conjecturas abordadas, proporcionando uma visão do homem com sua interação no processo de definir, responder, interagir e raciocinar.

Os autores (op.cit.), ainda destacam que o interacionismo representa uma ferramenta teórica que possibilita a compreensão do fenômeno de uma maneira mais ampla, além de revelar e apontar o significado que a relação teoria e prática em enfermagem têm para o enfermeiro e o que representa para o fenômeno estudado. Possibilita, ainda, compreender se esse significado forma-se decorrente ou resultante da interação que o enfermeiro faz com os elementos envolvidos no processo assistencial.

Face ao exposto, o propósito do estudo vem sendo perseguido, no que diz respeito à busca da compreensão da relação entre o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica, com base na vivência dos enfermeiros nessa área específica, a fim de dispor de informações que ajudem a subsidiar a formação de uma Teoria Substantiva Explicativa que elucide o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica na práxis cotidiana.

## CAPÍTULO IV

### APRESENTANDO O REFERENCIAL METODOLÓGICO

#### A TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

A escolha por um referencial metodológico foi uma tarefa muito importante, pois o objetivo destinava-se a utilizar uma proposta inovadora possibilitando a valorização do enfermeiro que atua com o cliente de neurocirurgia oncológica. Portanto, após refletir sobre os vários métodos de pesquisa e possibilidades metodológicas, entendemos que a abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados seria apropriada para o estudo em tela.

A metodologia em questão foi desenvolvida originalmente por dois sociólogos, Barney Glaser e Anselm Strauss (Glaser, 1978, 1992; Glaser e Strauss, 1967; Strauss, 1987). Denominaram-na “*Grounded Theory*”, traduzida para o português como Teoria Fundamentada nos Dados. Embora cada um deles viesse de uma tradição filosófica e de tipos de pesquisas diferentes, suas respectivas contribuições foram igualmente importantes.

Strauss formou-se na University of Chicago, que possui um longo histórico e uma forte tradição em pesquisa qualitativa. Durante seus estudos, ele foi fortemente influenciado por textos interacionistas e pragmáticos. As contribuições dessa formação para sua parte no desenvolvimento deste método foram a necessidade de sair de campo para descobrir o que está realmente acontecendo; a relevância da teoria, baseada em dados, para o desenvolvimento de uma disciplina e como base de ação social; a complexidade e a variabilidade dos fenômenos e das ações humanas. (STRAUSS e CORBIN, 2008)

Ainda comentam (op.cit.) a crença de que as pessoas são atores que assumem um papel ativo para responder às situações problemáticas; a percepção de que as pessoas agem com base em significados; o entendimento de que o significado é definido e redefinido através da interação; sensibilidade para a natureza evolutiva e reveladora dos fatos (processo) e por

último, a consciência das inter-relações entre condições (estruturas), ação (processo) e consequências.

Da mesma maneira (op. cit.), afirmam que constitui-se uma pesquisa qualitativa constitui-se a qualquer tipo de pesquisa que produza resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação, podendo ser uma pesquisa sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos. Dentre as razões para fazer uma pesquisa qualitativa, provavelmente, relaciona-se à natureza do problema de pesquisa e à possibilidade de o pesquisador sair a campo e descobrir o que as pessoas estão fazendo e pensando.

Os autores (op. cit.) ainda destacam que podem ser usados para explorar áreas substanciais sobre as quais pouco se sabe ou sobre as quais se sabe muito, para se obterem novos conhecimentos. Além disso, métodos qualitativos podem ser usados para obter detalhes intrincados sobre fenômenos como sentimentos, processos de pensamento e emoções que são difíceis de extrair ou de descobrir por meio de métodos de pesquisa mais convencionais.

Seguindo-se aos princípios da metodologia qualitativa, segundo Cassiani *et al.* (1996), como proposta deste estudo, a teoria fundamentada nos dados constitui-se de uma metodologia de campo que objetiva gerar construtos teóricos que explicam a ação no contexto social sob estudo. O investigador procura processos que estão acontecendo na cena social, partindo de uma série de hipóteses, que, unidas umas às outras, podem explicar o fenômeno, combinando abordagens indutivas e dedutivas. Essa teoria está assentada ou fundamentada nos dados, não se pretendendo rechaçar ou provar, mas, sim, acrescentar novas perspectivas ao entendimento do fenômeno.

Da mesma forma, Polit, Beck e Hungler (2004, p.208 e 209) afirmam que a teoria fundamentada tornou-se uma forte tradição de pesquisa, que iniciou mais como um método sistemático de pesquisa qualitativa do que como uma filosofia. Foi desenvolvida, em torno de

1960, a partir das raízes teóricas do interacionismo simbólico, que enfoca a maneira pela qual as pessoas dão sentido às interações sociais e às interpretações que atribuem aos símbolos sociais tais como a linguagem. A principal finalidade da abordagem da teoria fundamentada é gerar explicações abrangentes dos fenômenos, fundamentadas na realidade.

De acordo com Cassiani; Caliri e Pelá (1996, p.76), a teoria fundamentada nos dados localiza-se como uma variante do interacionismo simbólico, que também pode incluir a etnografia. Ou seja, as raízes da TFD, volta-se, segundo a perspectiva interacionista, para o conhecimento da percepção ou do “significado” que estão determinados na situação estudada.

Ainda sobre as origens da TFD, Santos e Nóbrega (2002, p.576) afirma que:

“... Strauss foi influenciado pelo Interacionismo Simbólico e pelos trabalhos de W.I. Thomas, G.H. Mead e Herbert Blumer. Glaser, a partir de uma perspectiva mais teórico-quantitativa, desenvolveu uma apreciação para o pensamento reflexivo, métodos sistemáticos de categorizações teóricas. Nesse aspecto, recebeu a influência do interacionismo simbólico na compreensão da realidade social”.

Para Strauss e Corbin (2008, p.25), a principal característica da Teoria Fundamentada constitui em fundamentar conceitos em dados, como também a criatividade do pesquisador como um ingrediente essencial. A análise resulta da interação entre os pesquisadores e os dados. Representa ciência e arte. Considerada ciência porque mantém certo grau de rigor e baseia-se na análise em dados. Torna-se criativo porque se manifesta na capacidade dos pesquisadores de competentemente nomear categorias, fazer perguntas estimulantes, fazer comparações e extrair um esquema inovador, integrado e realista de massas de dados brutos desorganizados.

No entanto, ainda em consonância com os autores (op. cit.), deve existir o equilíbrio entre ciência e criatividade. Existem procedimentos que ajudam garantir o rigor para o processo. Esses procedimentos não foram criados para serem seguidos de forma

dogmática, mas, sim, para serem usados de maneira criativa e flexível pelos pesquisadores, conforme julgarem serem apropriados.

Os objetivos dos procedimentos de codificação segundo os autores (op. cit.) são construir em vez de testar a teoria; fornecer aos pesquisadores ferramentas analíticas para lidar com as massas de dados brutos; ajudar os analistas a considerar significados alternativos para os fenômenos; ser sistemático e criativo simultaneamente e identificar, desenvolver e relacionar os conceitos que são os blocos de construção da teoria. O processo de codificação pode ser dividido em três fases: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

Os dados passaram por um processo de microanálise, ou seja, é realizada uma análise detalhada linha por linha, necessária no começo de um estudo para gerar categorias iniciais (com suas propriedades e suas dimensões) e para sugerir relações entre categorias; uma combinação de codificação aberta e axial. Portanto, a microanálise apresenta características tanto da codificação aberta como da axial, a análise representa um processo de fluxo livre e criativo, no qual os analistas se movem rapidamente para frente e para trás entre os tipos de codificação, usando técnicas e procedimentos analíticos livremente e em resposta à tarefa analítica que têm em mãos.

A microanálise, por conseguinte, inclui codificação aberta e axial e faz uso de muitas técnicas analíticas. Envolve muito, segundo Strauss e Corbin (2008, p.66), exame e interpretação de dados, cuidadosos e geralmente precisos. Os dados deste estudo são originados das entrevistas, notas de observações de campo, memorandos<sup>20</sup> e materiais escritos. Os dados estão sendo isolados e trabalhados com palavras, frases, sentenças, parágrafos e outros seguimentos de materiais.

O processo de codificação é construído didaticamente para explicar a lógica e os passos de procedimentos envolvidos, assim sendo:

---

<sup>20</sup> É o registro do pesquisador de análises, pensamentos, interpretações, questões e direções para coleta adicional de dados.

A *codificação aberta* é o processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados, assim como, suas propriedades e dimensões são descobertas nos dados. Durante a codificação aberta, os dados são separados em partes distintas, rigorosamente examinados e comparados em busca de similaridades e de diferenças. Envolve a quebra, a análise, a comparação, a conceituação e a categorização dos dados. Nela, são descobertas propriedades e dimensões das categorias, e os incidentes ou eventos são agrupados em códigos (ou construtos ou conceitos) através da comparação incidente. A intenção é realizar amostragens teóricas suficientes e ter evidências necessárias para formar uma categoria conceitual fundamentada nos dados. Como demonstrado na figura 2 a seguir e na figura 4 e 5, p. 257 (lista de ilustrações).

**ESQUEMA ILUSTRATIVO SOBRE COLETA DE DADOS E CODIFICAÇÃO**  
**ABERTA EMPREGADA NA TFD<sup>21</sup>**

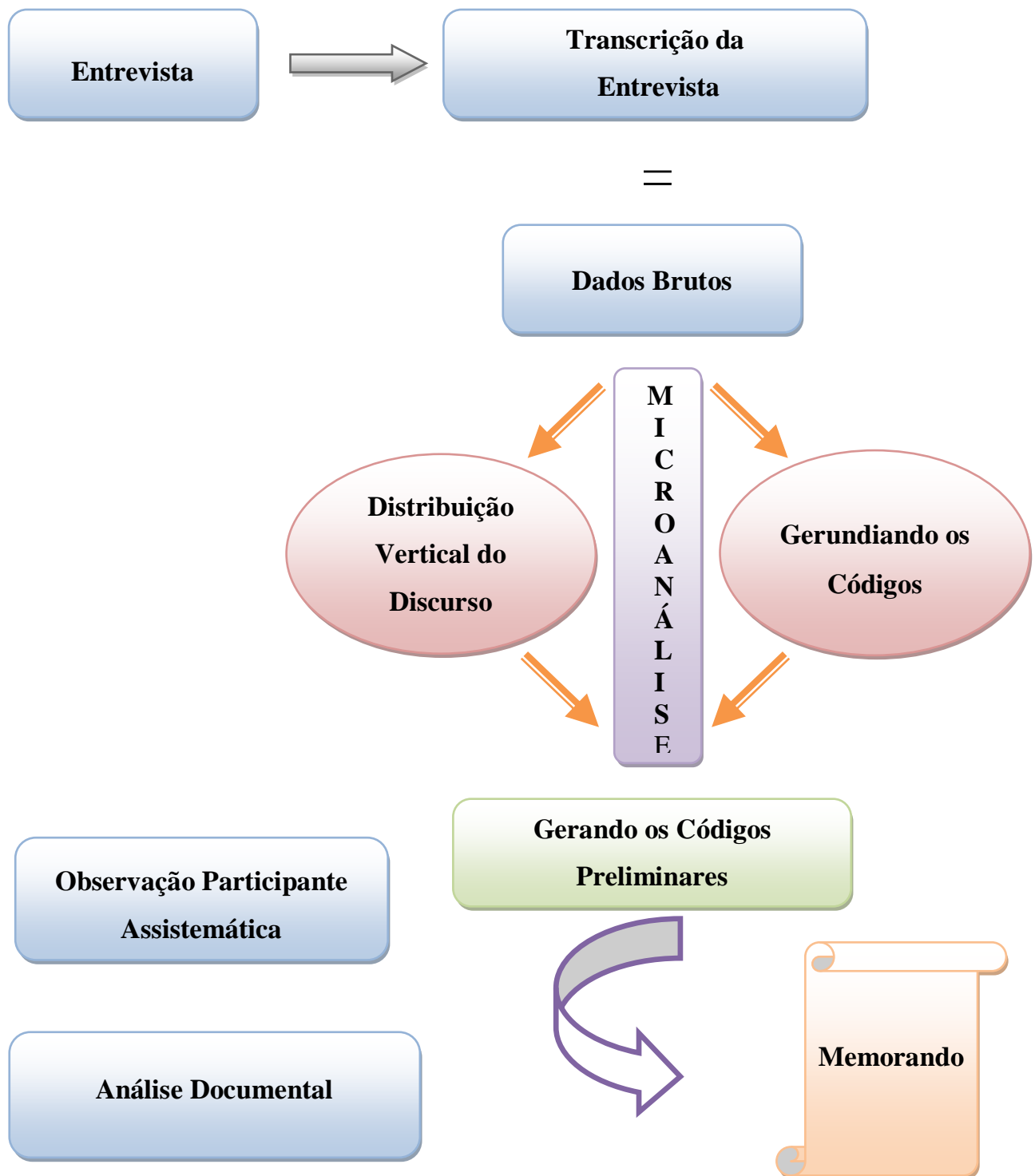


FIGURA 2

Fonte: Elaboração própria

<sup>21</sup> Esquema baseado nos processos de codificação descritos por Strauss e Corbin (2008, p. 103-161)

A *análise linha por linha* envolve exame detalhado de dados, frase por frase, e algumas vezes palavra por palavra, como demonstrado na figura 4, p. 257 (lista de ilustrações). Essa talvez seja a forma de codificação que mais consome tempo, mas sempre é a que concede melhor resultado.

No curso da análise do texto, o analista pode derivar dezenas de conceitos e no final, observa-se que certos conceitos podem ser agrupados sob um conceito mais abstrato, de ordem mais alta, baseado em sua capacidade de explicar o que está acontecendo, como demonstrado na figura 3 a seguir e na figura 6, p. 258 (lista de ilustrações).



**ESQUEMA ILUSTRATIVO SOBRE A ANÁLISE DOS DADOS BRUTOS**

**EMPREGADA NA TFD<sup>22</sup>**

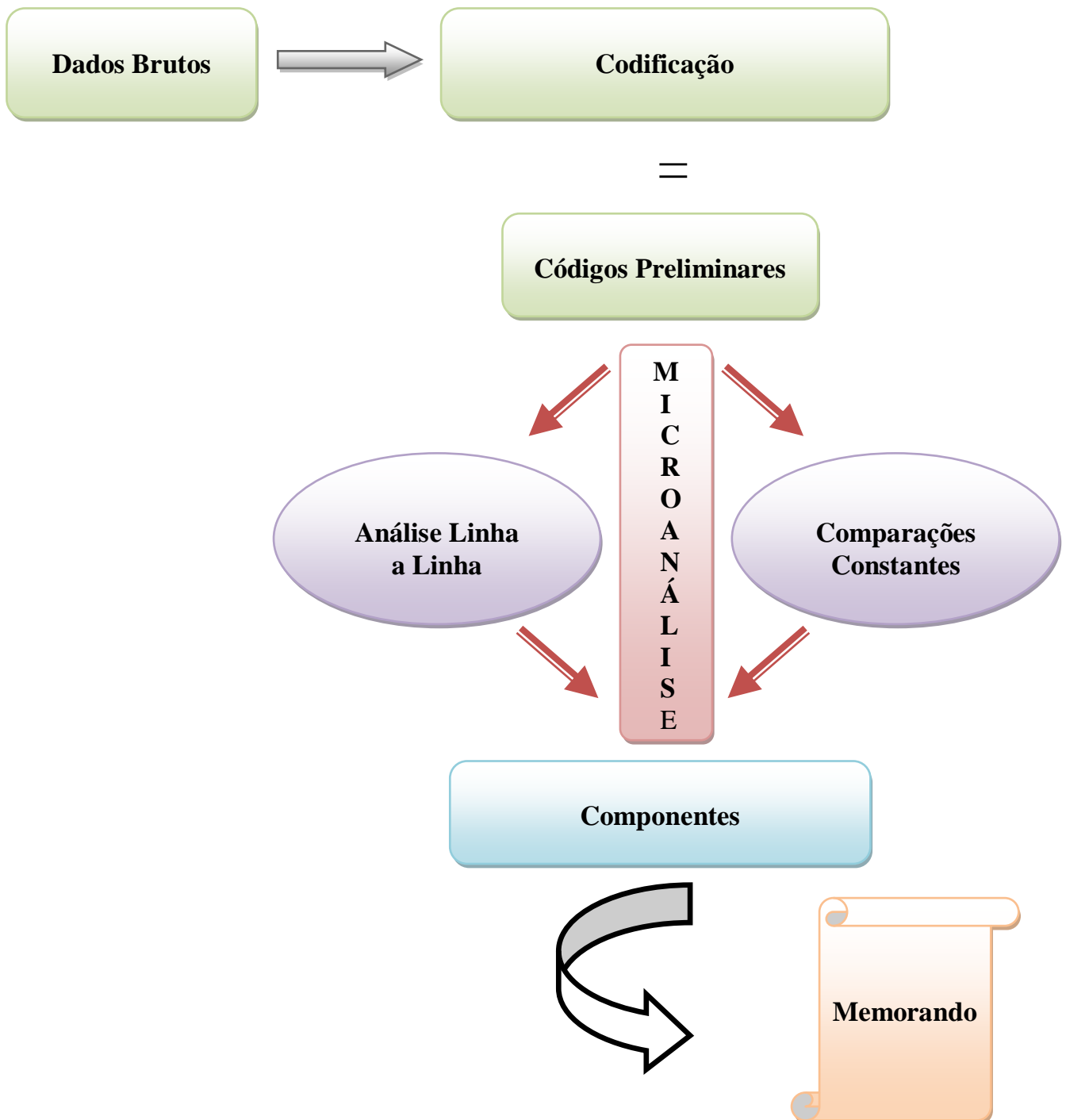


FIGURA 3

Fonte: Elaboração própria

<sup>22</sup> Esquema baseado nos processos de codificação descritos por Strauss e Corbin (2008, p. 103-161)

Agrupar conceitos em categorias é importante porque permite ao analista reduzir o número de unidades com as quais trabalha. Além disso, as categorias têm poder analítico porque possuem o potencial de explicar e de prever. Como as categorias representam fenômenos, elas devem receber nomes diferentes, dependendo da perspectiva da análise, do foco da pesquisa e do contexto de pesquisa.

A *codificação axial* é o processo de relacionar categorias às suas subcategorias. Ocorre em torno do eixo de uma categoria, associando categorias ao nível de propriedades e dimensões. Ela examina como as categorias se cruzam e se associam. Uma categoria representa um fenômeno, ou seja, um problema, uma questão, um fato ou um acontecimento que é definido como importante para os informantes como demonstrado na figura 7, p. 259 (lista de ilustrações).

Para Strauss e Corbin (2008, p. 143), a codificação seletiva é o processo de integrar e de refinar a teoria. Somente depois que as principais categorias são finalmente integradas para formar um esquema teórico maior é que os resultados de pesquisa assumem a forma de *teoria*. A integração é um processo contínuo que ocorre com o tempo. O primeiro passo da integração é decidir a categoria central (algumas vezes chamada de categoria básica), que representa o tema principal da pesquisa. Na codificação seletiva, categorias inadequadamente formuladas são revistas e falhas na lógica da teoria são resolvidas.

Para os autores (op. cit. p.144), como ocorre em todas as fases da análise, a integração é uma interação entre o analista e os dados. Dentro dessa interação, está o formato analítico, que inclui não apenas quem o analisa, mas também a evolução do pensamento que ocorre com o tempo por meio da imersão nos dados e o conjunto cumulativo de resultados que foram registrados em memorandos e diagramas.

Ao longo da codificação e do processo analítico, foram utilizados os memorandos, que podem ser observacionais, teóricos e/ ou metodológicos e diagramas que são

representações gráficas do fenômeno. Da mesma forma, foi usado o paradigma proposto por Strauss e Corbin (1990, p.97), que estabelece uma relação entre as categorias que são denominadas de conexões teóricas. Logo, na TFD, os procedimentos de coleta e análise dos dados são desenvolvidos considerando “o modelo paradigma”, como demonstrados na figura 8, p. 260 (lista de ilustrações).

Segundo Cassiani; Caliri e Pelá (1996), a metodologia da teoria fundamentada nos dados é, sem dúvida, um processo complexo de análise de dados. É um referencial de análise que fornece caminhos, orienta o investigador que pretende utilizá-la e como um referencial metodológico para estudos interacionistas. É um método sistemático de coletar, organizar e analisar dados, que são extraídos do mundo empírico, ou seja, aquele onde o enfermeiro desenvolve a sua prática. É uma promessa para o entendimento global e profundo do conhecimento da enfermagem e um meio de gerar teorias a partir da prática de enfermagem.

Para Santos e Nóbrega (2002, p.576) a Grounded Theory<sup>23</sup> fornece explicações de como os eventos ocorrem e, dessa maneira, ajudam os enfermeiros a explorarem os dados com maior riqueza e em contextos relativamente desconhecidos, permitindo o entendimento interpretativo do que estão fazendo.

No que tange à epistemologia do saber da enfermagem, de acordo com as autoras (op. cit.), que o saber requer o entendimento da prática, já que a enfermagem baseia-se nela, de tal forma, que o conhecimento deve alcançar desde a vivência do enfermeiro até uma construção sistemática do conhecimento. Desta forma, podemos refletir que a teoria fundamentada nos dados estaria voltada para o conhecimento da percepção e do significado que um objeto tem para o outro, tratando-se de uma pesquisa interpretativa.

Portanto, na TFD, faz-se necessário que o pesquisador esteja sensível aos dados presentes na realidade, evitando o considerado óbvio, aberto a novas possibilidades,

---

<sup>23</sup> Teoria Fundamentada nos Dados

considerando a compreensão da realidade, dando margem a movimentos de perspicácia, imaginação e criatividade, não perdendo o cuidado com a manutenção do rigor metodológico, a despeito disso, a cientificidade, que é então exigida (VALADARES, 2006, p.51).

Quanto à amostragem teórica, de acordo com Strauss e Corbin (2008, p.195-196), ela baseia-se nos conceitos que estão surgindo da análise e que parecem ter relevância para a teoria evolutiva. A intenção desse tipo de amostragem visa a maximizar oportunidades de comparar fatos, incidentes ou acontecimentos para determinar como uma categoria varia em termos de suas propriedades e de suas dimensões.

Os autores (op. cit.) explicam que comparar conceitos ao longo de suas propriedades em busca de similaridades e de diferenças permite aos pesquisadores consolidar categorias, fazer diferenciação entre elas e especificar seu leque de variabilidade. Ou seja, a amostragem teórica torna-se importante ao explorar áreas novas ou desconhecidas porque permite ao pesquisador escolher caminhos de amostragem que geram maior retorno teórico. A amostragem teórica é cumulativa e cada evento amostrado edifica e acrescenta algo à coleta e à análise de dados anteriores.

Assim, mediante os delineamentos acima, este estudo possui como eixo teórico o Interacionismo Simbólico, buscando a compreensão do significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica à luz da práxis cotidiana dos enfermeiros especialistas.

O cenário do estudo foi o Instituto Nacional de Câncer – INCA, órgão do Ministério da Saúde, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde, auxiliar no desenvolvimento e coordenação de ações integradas para prevenção e controle do câncer no Brasil. Tais ações são de caráter multidisciplinar e compreende assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer, no âmbito do SUS, e a atuação em áreas estratégicas

como a prevenção e a detecção precoce, a informação epidemiológica. Todas as atividades do INCA têm como objetivo reduzir a incidência e mortalidade causada pelo câncer no Brasil.

Hospital do Câncer I – HCI é a maior unidade hospitalar do INCA e um dos mais bem equipados hospitais do Ministério da Saúde e funciona no seu atual endereço na Praça da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro, desde 1957. Da mesma forma, o hospital oferece recursos avançados como a Ressonância Magnética, o Mamógrafo de Alta Resolução e o Tomógrafo Helicoidal, que permitiu aumentar a capacidade de produção através da redução do tempo de exame.

Assim, o HCI também exerce um papel importante no desenvolvimento da pesquisa oncológica do Instituto e dos programas de residência médica e de enfermagem, dos cursos de especialização e atualização, entre outros. Portanto, é no HCI que a seção de Neurocirurgia Oncológica está inserida, onde os clientes desta especialidade são assistidos, assim sendo, enfermaria, centro cirúrgico, centro de terapia intensiva (CTI) e unidade de pós-operatório (UPO).

Os sujeitos pretendidos para este estudo foram 20 enfermeiros que prestam assistência direta aos clientes de neurocirurgia oncológica nos seguintes setores: enfermaria de neurocirurgia, centro cirúrgico, CTI e UPO. Ressaltamos que, após avaliação dos dados coletados nas entrevistas e ao percebermos a riqueza dos códigos gerados, assim como a repetição dos mesmos, o processo de coleta de dados foram encerrados na décima sexta entrevista, ou seja, com 16 enfermeiros.

Buscando a definição da amostra teórica e pensando no fenômeno a ser estudado, O significado dos diagnósticos de enfermagem à luz da práxis cotidiana dos enfermeiros especialistas, optamos por enfermeiros com igual ou mais de 5 anos de experiência prática em neurocirurgia oncológica e portadores de cursos de especialização ou título de especialistas em enfermagem por entidades reconhecidas. Como demonstrado no Quadro 1.

**QUADRO 1. PERFIL DAS PESSOAS QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO**

<b>Entrevista</b>	<b>Pseudônimo</b>	<b>Formação Profissional (Década)</b>	<b>Atuação com o cliente de neurocirurgia (anos)</b>	<b>Data da Entrevista</b>
01	Tulipa	80	De 5 a 10 anos	17/05/2010
02	Águia	90	Mais de 10 Anos	21/05/2010
03	Sol	80	Mais de 10 Anos	08/06/2010
04	Florzinha	80	Mais de 14 Anos	14/06/2010
05	Azul	90	De 5 a 10 Anos	18/06/2010
06	Girassol	90	De 5 a 10 Anos	23/06/2010
07	Lua	70	Mais de 10 Anos	30/06/2010
08	Persa	90	Mais de 10 Anos	05/07/2010
09	Estrela	90	De 5 a 10 Anos	12/07/2010
10	Flor do Campo	90	De 5 a 10 Anos	15/07/2010
11	Cabeça	2000	De 5 a 10 Anos	16/07/2010
12	Luz	80	Mais de 10 Anos	19/07/2010
13	Rosa	90	Mais de 10 Anos	20/07/2010
14	Violeta	80	Mais de 10 Anos	22/07/2010
15	Vermelho	90	Mais de 10 Anos	26/07/2010
16	Beija Flor	2004	De 5 a 10 Anos	04/08/2010

Neste sentido, considerando o enfermeiro especialista e sujeito do estudo, para Benner (2001, p.58 e 60), o enfermeiro perito não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado. O perito possui uma enorme experiência, compreende agora, de maneira intuitiva, cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder nas variadas soluções e diagnósticos improdutivos, ou seja, de seu real foco de atuação. Os enfermeiros peritos não são difíceis de reconhecer porque, muitas vezes, dão opiniões clínicas ou geram situações complexas de uma maneira notável.

Com relação aos aspectos Éticos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer, com o registro CEP nº 15/10. Em atendimento à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, em seu item IV, foram formalizados alguns compromissos por parte da pesquisadora junto aos sujeitos. Os mesmos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após terem sido devidamente esclarecidos por mim quanto aos aspectos éticos relacionados aos objetivos e rumos da pesquisa, bem como às formas de produção de dados e inserção no estudo, que também constam no termo em escrito (APÊNDICE IV).

Assim, os sujeitos foram informados sobre a voluntariedade de sua participação, anonimato garantido, desistência em qualquer momento da pesquisa, riscos e benefícios. Portanto, o anonimato foi garantido, ou seja, em nenhum momento serão divulgados os nomes dos participantes da pesquisa, conforme acordado no TCLE.

No que se refere à coleta de dados empíricos<sup>24</sup> na TFD, optamos como técnica para apreensão dos fenômenos: a entrevista semi-estruturada e a observação assistemática. Esta foi considerada vital, corroborando com as premissas levantadas pelo interacionismo simbólico.

---

<sup>24</sup> Derivados de observação da realidade.

A entrevista semiestruturada ocorreu em um encontro com o sujeito e dividida em três momentos: no primeiro momento ocorreu o preenchimento do formulário de identificação (APÊNDICE I); no segundo momento ocorreu a entrevista propriamente dita com a utilização de um roteiro (APÊNDICE II). Esta foi gravada digitalmente, a partir de uma proposta de interação em profundidade e no terceiro momento foi oferecido um formulário contendo os diagnósticos de enfermagem da NANDA (2009-2011), agrupados por domínios, para serem selecionados haja vista a condição de aplicáveis em neurocirurgia oncológica. (APÊNDICE III).

De acordo com os autores Polit, Beck e Hungler (2004, p.252), a entrevista semiestruturada é usada quando o pesquisador tem uma lista de tópicos que devem ser cobertos. O entrevistador utiliza-se de um guia de tópicos escritos para garantir que todas as áreas das questões sejam cobertas. Do mesmo modo, busca encorajar os participantes a falar livremente sobre todos os tópicos constantes no guia.

Ainda corroborando com os autores, Turato (2008, p.311) refere que a entrevista semiestruturada constitui um ato de centrado no cliente para compreender o problema tal como este o sente e, por conseguinte, com atitude de interesse aberto, sem preconceitos de qualquer natureza; sem julgamento, sem crítica, culpabilização ou conselho; não diretividade, sem pressupostos; intenção autêntica de compreender com apreensão das significações para o cliente; e esforço contínuo para manter-se objetivo no transcorrer da entrevista.

A entrevista semiestruturada, segundo o mesmo autor (op. cit, p.313), dá-se então pelo motivo de ambos os integrantes na relação ter momentos para dar alguma direção, representando ganho para reunir os dados segundo os objetivos propostos. Portanto o entrevistador deverá colocar-se tranquilamente, fazendo-se mais presente e demonstrando interesse para o sujeito aprofundar, falar mais particularmente, assim como explicar mais claramente o que está querendo dizer.



Para Lüdke e André (2005, p.34-35), a entrevista em profundidade também pode ser definida como uma entrevista mais longa e pessoal, mais cuidada, feita com base em um roteiro, mas com grande flexibilidade, no qual se investiga, de forma exaustiva, numa única pessoa, sentimentos ou opiniões detalhadas sobre um determinado assunto, permitindo também avaliar os comportamentos e/ ou as reações pessoais do inquirido.

Após a elucidação de todos os aspectos do projeto, bem como respondidos todos os questionamentos inerentes ao objeto de estudo, a gravação da entrevista e a garantia do anonimato por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE IV). Foi solicitada aos sujeitos a participação na condição de sujeito investigado, enfatizando a importância de suas respostas para o sucesso da pesquisa. Mediante o aceite em participar da pesquisa, foi agendado de acordo com as possibilidades de ambos (sujeito e pesquisadora) uma data, hora e um local apropriado para realização da entrevista.

Ao término de cada entrevista foi realizada de imediato sua transcrição, com objetivo de assegurar os mínimos detalhes das informações fornecidas, assim como os registros das observações realizadas durante a entrevista (memorandos). Cabe ressaltar que este processo de coleta de depoimentos ocorreu concomitante ao processo de análise dos dados, caracterizando o movimento circular e a comparação constante.

A respeito da observação, optamos pela participante não-estruturada ou assistemática, já que, segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p.266), permite que o pesquisador veja o mundo como os participantes do estudo veem, desenvolvam um bom entendimento e uma apreciação dos fenômenos de interesse. No entanto, o observador participante toma parte do grupo ou da instituição em estudo procurando observar e registrar informações dentro dos contextos, experiências e símbolos relevantes aos participantes.

Da mesma forma, destacamos que foi utilizado como instrumento básico de observação participante, o diário de campo, subsidiando os registros de campo. A observação de campo se deu no próprio ambiente do cuidado ao cliente neurocirúrgico. Foi realizada na enfermaria, no centro cirúrgico, no centro de terapia intensiva e na unidade de pós-operatório, sendo observada nesses ambientes a dinâmica de trabalho em pese, especialmente, o cuidado de enfermagem e a relação com os diagnósticos de enfermagem.

Portanto, todas as vezes em que foi realizada a observação participante assistemática, no mesmo dia foram registrados os achados em diário de campo, com a finalidade de contemplar a realidade de forma mais abrangente possível.

No que se refere aos registros de dados de observação não estruturada segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p.268):

As anotações de campo podem ser categorizadas de acordo com sua finalidade. As anotações são descrições objetivas de eventos e conversas; as informações como o tempo, o lugar, a atividade e o diálogo são registradas de maneira tão completa quanto possível.

De acordo com os autores (op. cit., p.366), a Teoria Fundamentada usa o método de comparação constante de análise de dados. Com este método, o pesquisador coleta, codifica e analisa os dados simultaneamente. A codificação constitui o processo usado para conceituar os dados em padrões ou conceitos. O material empírico do tópico foi conceituado por códigos concretos, enquanto os códigos teóricos conceituaram a maneira pela qual os códigos concretos relacionam-se uns com os outros.

Durante a coleta de dados, iniciou-se o processo de codificação. De acordo com Strauss e Corbin (2008), consiste em comparações constantes, haja vista incidentes com incidentes. Haverá codificação de cada dado ou evento, buscando as diferenças e similaridades que possam ser representativas do fenômeno. Nesta fase, são codificados muitos

dados, que recebem especificações considerando os seus significados. Algumas perguntas são então realizadas: O que é isso? O que representa?

Alguns cuidados são apontados segundo os autores (op. cit.), para a garantia na confiabilidade dos dados como estimular processos dedutivos e indutivos; permitir o esclarecimento dos significados a partir das pessoas que geram e aparecem nos dados; indagar os dados, percebendo as respostas provisórias, assim, permitindo compreensões significativas, mesmo que sejam substituídas posteriormente; permitir elucidação de possíveis conceitos a partir das experiências dos pesquisados; dentre outros aspectos.

Ao longo da codificação e do processo analítico, segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p.367), os pesquisadores documentam suas idéias sobre os dados, os temas e o esquema conceitual emergente, na forma de memorandos. Assim sendo:

Os memorandos preservam as idéias que podem inicialmente não parecer produtivas, mas que se mostram valiosas, uma vez desenvolvidas. Também encorajam o pesquisador a refletir e descrever os padrões nos dados, a relação entre as categorias e as conceitualizações emergentes.

Da mesma forma, foram utilizados os Diagramas que, segundo Strauss e Corbin (2008, p.209), são memorandos visuais e não escritos. São mecanismos que representam as relações entre conceitos. São formas de manter registros da análise e podem ser feitos manualmente ou por programas de computador. Uma das funções de memorandos e diagramas é agir como reflexo do pensamento analítico. A falta de lógica e de coerência se manifesta rapidamente quando o analista deve pôr suas idéias no papel.

O produto da análise da Teoria Fundamentada típica, segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p.367), consiste em um modelo conceitual ou teórico que tenta explicar um padrão de comportamento que emerge e o pesquisador prossegue na descoberta do processo pelo qual passam os participantes para enfrentar ou resolver um problema.

Cabe ressaltar que teorizar, segundo Strauss e Corbin (2008, p. 34), deve-se a um trabalho que implica não apenas conceber ou intuir idéias, conceitos, mas também formular essas idéias em um esquema lógico, sistemático e explanatório. Além disso, quaisquer hipóteses e proposições derivadas dos dados devem ser continuamente confirmadas em comparação a novos dados e modificadas, estendidas ou desconsideradas, conforme necessário.

No que se refere à construção de uma teoria, Cassiani, Caliri e Pelá (1996, p. 78) embora conhecida como uma abordagem, ou ainda, como um método, a TFD de um modo característico e peculiar que constrói uma teoria a partir dos dados através da análise qualitativa, que pode trazer conhecimentos novos para a área do fenômeno.

Logo, a TFD é uma metodologia qualitativa eminentemente de campo, que tem como finalidade gerar *constructos* teóricos que explicam uma dada ação contextualizada socialmente. O investigador procura processos que estão acontecendo na cena social, considerando a importância dos agentes sociais, partindo de uma gama de possibilidades em termos de hipóteses que, unidas e articuladas, podem explicar o fenômeno.

Para Cassiani, Caliri e Pelá (1996, p. 79), a TFD está assentada nos dados, conforme referido anteriormente, não em um corpo dado de teoria, embora possa abarcar outras teorias, não se propondo a questionar, mas sim acrescentar novas possibilidades teóricas, que possam ajudar na compreensão da realidade estudada.

De acordo com Santos e Nóbrega (2002, p. 576):

O propósito da Grounded Theory é a construção de uma teoria com base nos dados investigados em um determinado objeto da realidade que são obtidos de maneira indutiva e dedutiva. Em seguida, esses dados são firmados em categorias conceituais que, ao serem estabelecidas, podem explicar o fenômeno. Os comportamentos são estudados ao nível e interacional e devem ser observados no ambiente, tendo em vista que os significados são derivados da interação social.

As teorias geradas, de acordo com Bettinelli (2002, p. 34), podem ser consideradas formais ou substantivas, sendo que estas são desenvolvidas em áreas de pesquisa empírica. As formais existem no nível conceitual de interrogação, explicando um dado processo que transcende e deriva de várias teorias substantivas.

As teorias, segundo Strauss e Corbin (2008, p.35), possuem várias propriedades e, quando analisadas, também podem ser localizadas ao longo de certas dimensões e ordenadas conceitualmente. Algumas teorias são mais *abstratas* do que outras, significando que os conceitos são altamente conceituais. De acordo com a sua classificação, algumas teorias podem ser consideradas substantivas, enquanto que outras podem ser consideradas formais.

Ainda para os mesmos autores, as teorias substantivas podem ser usadas para explicar e administrar problemas de revelação ou não de um determinado fenômeno. Enquanto as teorias formais geralmente são derivadas do estudo de fenômenos sob uma variedade de condições, como pesquisar a revelação/não revelação sob condições de pessoas atuando em uma determinada área ou assunto. Cabe salientar ainda que as teorias substantivas são marcadas por determinada especificidade, enquanto que as formais são abrangentes e transversais.

Portanto, a teoria denota um conjunto de categorias bem desenvolvidas a partir do tema, dos conceitos que são sistematicamente inter-relacionadas através de declaração para formar uma estrutura teórica que explique alguns fenômenos relevantes, como, por exemplo, da enfermagem, no que se propõe o presente estudo, “*o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica à luz da práxis cotidiana dos enfermeiros especialistas*”.

Face ao exposto, o presente estudo apresenta como um dos objetivos ao final da análise dos dados seja proposto uma teoria substantiva que elucide o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica na práxis cotidiana dos enfermeiros

que atuam diretamente na assistência ao cliente portador de neoplasias do sistema nervoso central.



*COMPREENDENDO OS  
DADOS*

## **CAPÍTULO V**

### **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

#### **COMPREENDENDO O SIGNIFICADO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: CONSTRUINDO A PARTIR DA ANÁLISE DOS DADOS**

O referencial teórico e a metodologia possibilitaram a compreensão do significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica a partir da análise dos dados. A análise realizada possibilita o entendimento da interação do enfermeiro com o diagnóstico de enfermagem, considerando a formação profissional, frente aos desafios da prática, revelando os significados presentes nessa vivência.

Compreendendo-se que o símbolo consiste no ponto central do Interacionismo Simbólico. Pode-se afirmar que os mesmos são considerados objetos sociais usados pelos agentes sociais para representação e comunicação. Nessa acepção, o simbólico expressa um significado, uma intencionalidade, em que pese à apreensão do mundo, ou seja, a interação humana, composta pela base interpretativa e sua relação com o que a pessoa percebe.

A representação simbólica é fruto da imaginação, originária a partir de significados imputados por uma pessoa humana rodeada de valores, sentimentos, trajetória de vida e suas próprias percepções. Por esse motivo, o símbolo torna-se imensamente particular a um dado sujeito em seu universo. Igualmente, só foi possível pensar no mundo de um indivíduo que faz os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica a partir das interações simbólicas por ele vivenciadas.

Face ao exposto, submeto à apreciação os fenômenos do estudo, favorecendo uma visão ampliada das categorias, os nexos e as interpretações da realidade, sendo fruto de uma



análise sistemática e contínua, eminentemente densa, com base, sobretudo, na leitura dos dados concernentes às fases de codificação da Teoria Fundamentada nos Dados.

Também, com base nas premissas do Interacionismo Simbólico, foi possível perceber os significados associados ao diagnóstico de enfermagem em neurocirurgia oncológica, a partir de um processo interpretativo, considerando o vivido. Esse significado revelou resultados surpreendentes no tocante à experiência, aos comportamentos e às relações com os agentes sociais considerando o saber/ fazer cotidiano.

Logo, a fim de possibilitar uma melhor compreensão do significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica foi empregado o modelo de paradigma de Strauss e Corbin (2008, p.127), o qual se baseia nos seguintes tópicos: condições causais, contexto, estratégias de ação/ interação, condições intervenientes e consequências.

Para Strauss e Corbin (2008, p.127), o paradigma constitui-se de uma perspectiva assumida em relação aos dados em questão, de um ponto de vista analítico, com objetivo de reunir e ordenar os dados sistematicamente, de forma que estrutura e processo sejam integrados. As *condições* são uma forma conceitual de agrupar respostas às questões por quê, onde, de que forma e quando. Ao reuni-las, tem-se a estrutura, o conjunto de circunstâncias ou situações nos quais os fenômenos estão incluídos. Nesse grupo, estão as *condições causais*, *condições intervenientes* e *o contexto*.

Condições causais, de acordo com Strauss e Corbin (1990, p.99-107), referem-se aos eventos ou incidentes que levam à ocorrência ou ao desenvolvimento de dado fenômeno ou idéia central, para os quais as interações são dirigidas; contexto, que apresenta as especificidades pertencentes ao fenômeno, que identificam a sua dimensão; condições intervenientes, as quais influenciam a ação-interação e que pertencem ao fenômeno; estratégias de ação-interação, indicação de como as pessoas reagem às condições causais, em

um determinado contexto; consequências, identificadas como resultados da ação-interação tendo em vista um determinado fenômeno

Cada elemento do paradigma constitui-se um *fenômeno*. Para o mesmo autor (op. cit., p.129), o fenômeno é um termo e corresponde à pergunta referente a cada componente do paradigma. Assim sendo: “*O que está acontecendo aqui?*” Quando destacamos fenômenos, estamos buscando padrões repetidos de acontecimentos, fatos ou ações/ interações os quais representem o que as pessoas fazem ou dizem, sozinhas ou juntas, em resposta aos problemas e situações nas quais elas se encontram.

Ainda para os autores (op. cit.), a categoria central tem poder analítico. Esse poder está relacionado à sua capacidade de reunir outras categorias para formar um todo explicatório. Da mesma forma, uma categoria central também deve ser capaz de responder por variação considerável dentro das categorias e pode surgir a partir da lista de categorias existentes.

A redução das categorias é o meio de delimitar a teoria emergente, momento em que o investigador pode descobrir uniformemente o grupo original de categorias ou suas propriedades e pode então formular a teoria com um grupo de conceitos de alta abstração, delimitando a terminologia e o texto. Da mesma forma, a lista de categorias é também delimitada, quando elas se tornam teoricamente saturadas.

Dessa maneira, para a compreensão do significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica à luz da prática cotidiana dos enfermeiros especialistas, foi possível a apreensão de cinco fenômenos em consonância com as concepções teóricas do Interacionismo Simbólico e a dinâmica da Teoria Fundamentada nos Dados, que assim foram organizados e apresentados.

- **INTERAGINDO COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: OS NEXOS EXPRESSIVOS DO EU E DO MIM;**
- **CONTEXTUALIZANDO O AMBIENTE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM, MEDIANTE O CLIENTE DE NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA NA RELAÇÃO COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM;**
- **DESVELANDO O SABER/ FAZER ACERCA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, A PARTIR DA AÇÃO E REAÇÃO DO VIVIDO NO DIA-A-DIA EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA;**
- **PERCEBENDO OS ASPECTOS MARCANTES PARA APLICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL;**
- **APLICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: O DITO E O NÃO DITO.**

## **INTERAGINDO COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: OS NEXOS EXPRESSIVOS DO EU E DO MIM**

Este fenômeno reproduz a primeira vivência do enfermeiro com os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica, no que se refere às muitas variáveis a partir de sua experiência prática e do conhecimento científico. Essa situação nos faz refletir sobre a importância da identificação dos diagnósticos de enfermagem para a elaboração e implementação do plano de cuidados aos clientes. Outro aspecto a ser pensado é a necessidade de conhecimento técnico e científico para a percepção dos fatores relacionados e características definidoras que conduzirão à identificação de um diagnóstico de enfermagem correto.

Considerando o desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem como uma forma de destacar os fenômenos que estão ocorrendo com os clientes, no que se refere à indicação e à descrição das respostas dos clientes aos problemas de saúde, a aplicação dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica oferece um perfil sobre respostas específicas a esses clientes em que pese a necessidade de cuidados específicos.

Ao fazermos referência ao diagnóstico na atuação do enfermeiro, é fundamental a consciência de que estamos nos reportando a um processo que envolve um diferente julgamento. Esse julgamento presume que cada enfermeiro possui determinadas competências e conhecimentos teórico-práticos referentes à sua atuação clínica, no caso do estudo, no tocante a neurocirurgia oncológica.

O fenômeno **INTERAGINDO COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: OS NEXOS EXPRESSIVOS DO EU E DO MIM** poderá ser compreendido a partir da imersão através da categoria: **ENTRANDO EM CONTATO COM OS DIAGNÓSTICOS DE**

**ENFERMAGEM** e subcategorias que a compõem: **PERCEBENDO O DÉFICIT DESTE APRENDIZADO NA GRADUAÇÃO; TENDO RECEIO DE APROXIMAR-SE DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM; BUSCANDO A DEFINIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM; ESTUDANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM; DIFERENCIANDO O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DO DIAGNÓSTICO MÉDICO; NOTANDO A DESVALORIZAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E BUSCANDO COMPREENDER OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.**

**DIAGRAMA 1 – FENÔMENO: INTERAGINDO COM OS DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: OS NEXOS  
EXPRESSIVOS DO EU E DO MIM.**



Logo, a categoria **ENTRANDO EM CONTATO COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM** se expressa a partir da associação das subcategorias.

**QUADRO 2. ENTRANDO EM CONTATO COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.**

Categoria	Subcategorias
<i>Entrando em contato com os diagnósticos de enfermagem</i>	2.1. Percebendo o déficit deste aprendizado na graduação 2.2. Tendo receio de aproximar-se dos diagnósticos de enfermagem 2.3. Buscando a definição dos diagnósticos de enfermagem 2.4. Estudando os diagnósticos de enfermagem 2.5. Diferenciando o diagnóstico de enfermagem do diagnóstico médico 2.6. Notando a desvalorização dos diagnósticos de enfermagem 2.7. Buscando compreender os diagnósticos de enfermagem

Muitos são os pensamentos do enfermeiro, que, ao fazer uma retrospectiva da sua vida profissional, se depara com o fato de que estava **PERCEBENDO O DÉFICIT DESTE APRENDIZADO NA GRADUAÇÃO**, no que tange ao diagnóstico de enfermagem. Entendendo aqui, após análise dos dados e reflexão, o déficit do aprendizado acerca dos diagnósticos de enfermagem como necessidade de qualificação, aperfeiçoamento e aprimoramento profissional (educação permanente).

De tal modo, acepções não apenas voltadas para o exercício e para determinadas ações, mas também, com o objetivo de permitir uma compreensão global dos diagnósticos de enfermagem, uma vez que o enfermeiro precisa estar preparado (continuamente), com conhecimento apropriado para identificá-los e aplicá-los em sua prática condizente com as necessidades dos clientes.

O processo de aprendizagem permite que se adquiram conhecimento e habilidades específicas dos diagnósticos de enfermagem, possibilitando que os enfermeiros estimulem-se a exercitar suas competências no que tange ao raciocínio diagnóstico, com ênfase na valorização da auto-estima, além da aquisição de autonomia para autogerir, tomar decisões, bem como fazer uso de linguagem própria da profissão, amadurecendo o seu próprio saber/fazer no trabalho.

Neste sentido, a aquisição de conhecimento realiza-se em cada situação social a partir das quais se constituem conhecimentos, competências e habilidades, diretamente vinculadas à vida cotidiana por meio do ensino, da prática e da pesquisa científica com base em pressupostos lógicos. Além disso, cabe a ressalva que, compreendendo a prática de enfermagem como a expressão do conhecimento pessoal, conhecer a si mesmo é de fundamental importância na relação com o outro, tornando possível a aproximação entre o discurso e a prática, entre o que se é e o que se apresenta ser.

Considerando que o processo de formação do enfermeiro requer atenção às demandas básicas da prática profissional, incluindo o ensino do método a ser utilizado pela categoria, o processo de enfermagem foi introduzido nos cursos de graduação e, de maneira contínua e perseverante, busca construir junto aos discentes, a competência e o conhecimento para executar suas fases e desenvolver atitudes, que dentre outras possibilidades, oportunizam o aprendizado no âmbito teórico e prático.

“Eu vim de uma escola em que a gente estudava o plano de cuidados e o diagnóstico, a gente ouvia falar com relação à NANDA”. Tulipa.



“A nossa criação, a nossa formação não foi dessa era do diagnóstico... Eu não sabia o que era o diagnóstico”. Florzinha.

“A visão dos professores em enfermagem naquela época era diferente”. Cabeça.

“Olha, eu sou enfermeira já há muito tempo, há 26 anos e não aprendi na minha formação o diagnóstico de enfermagem”. Violeta.

“Como acadêmica, na minha época, eu não aprendi os diagnósticos de enfermagem”. Beija-Flor.

Nesse sentido, o ensino de graduação em enfermagem vem se transformando para acompanhar os avanços no âmbito da produção de conhecimentos e a rapidez com que se disseminam as informações, além das transformações sociais, políticas e éticas vivenciadas pelos enfermeiros. Além disso, atualmente, os professores, impulsionados pelo interesse no desenvolvimento de uma consciência crítica, reflexiva e questionadora, consideram fundamental seu papel no processo de formação para o alcance desse desenvolvimento.

Do mesmo modo, os processos educativos buscam a passagem do estado de desconhecimento relativo para um estado de conhecimento capaz de transformar a realidade. O ensino de enfermagem está inserido no atual momento educacional em que as oportunidades para a construção do conhecimento devem somar-se à consciência crítica do aluno, considerando todos os aspectos de ensino formal, como também, o aprendizado adquirido e construído no contexto do indivíduo, da pesquisa e da extensão.

Embora possa ser observado um movimento crescente de aplicação do processo de enfermagem no contexto brasileiro, a etapa de diagnóstico de enfermagem ainda é pouco aplicada no cotidiano do trabalho dos enfermeiros. Acredita-se que a graduação em enfermagem, responsável pela titulação desses profissionais, tem papel fundamental na abordagem científica organizada e sistematizada. Do mesmo modo, na sensibilização e desenvolvimento de competências para a aplicação dos diagnósticos de enfermagem.

É possível observar que, apesar das circunstâncias da formação profissional dos enfermeiros, com relação ao aprendizado do diagnóstico de enfermagem, estes estão **TENDO RECEIO DE APROXIMAR-SE DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**. A assistência de enfermagem ao cliente neurocirúrgico deve ter como objetivo sua recuperação, prevenindo, detectando e atendendo as complicações que possam ocorrer.

O diagnóstico de enfermagem oferece uma fundamentação para determinar as intervenções de enfermagem facilitando a implementação da assistência. A manifestação das necessidades do cliente vai se dando na relação e na interação haja vista enfermeiro e cliente, no tocante à convivência durante o tratamento.

Os enfermeiros reconhecem o cliente sob tratamento neurocirúrgico como requerente de uma relação essencialmente afetiva, onde a convivência é de extrema relevância, as trocas são intensas, devido ao tempo de recuperação, que de fato é bastante considerável, demandando um período significativo de internação hospitalar. Logo, a assistência prestada a esses clientes é desafiadora, ainda mais, quando da discussão acerca dos diagnósticos de enfermagem.

É importante pontuar, tendo em vista os dados, que os enfermeiros possuem diferentes pontos de partida, ou seja, no que concerne à bagagem, são muitas as possibilidades cognitivas. Uns desenvolvem o raciocínio relacionado aos diagnósticos de enfermagem com grande desenvoltura, enquanto outros ainda precisam de capacitação para uma compreensão efetiva.

Também, foi possível apreender que o tempo de colação de grau na graduação tem relação com essa desenvoltura, já que nos currículos atuais do *Curso de Enfermagem*, em consonância com as Diretrizes Curriculares, no tocante também ao desenvolvimento de competências e habilidades, o processo de enfermagem é trabalhado consubstancialmente, até

mesmo de forma transversal. Logo, enfermeiros iniciantes já possuem aproximação com a temática em tela, não constituindo conhecimento novo a ser apreendido.

“Eu vou ser sincera com você, eu não tenho embasamento para estar fazendo um diagnóstico e dizer que realmente é certo o que eu estou fazendo”. Beija-Flor.

“... É como falei... Não estou preparada ainda para fazer aquelas ligações... Para fazer a construção daquele raciocínio”. Tulipa.

“O enfermeiro não saía da faculdade com autonomia, não conseguia compreender e não ficava seguro para fazer um diagnóstico. Mas, graças a Deus, as coisas estão mudando, a enfermagem está ficando cada vez mais com autonomia... E a gente vê que o enfermeiro estudando..., ele consegue ir além do que o nosso próprio diagnóstico”. Violeta.

Contudo, há uma crescente preocupação no resgate que o enfermeiro deve fazer relacionado à teoria com a prática. Assim, os enfermeiros vêm apropriando-se de espaços distintos e firmando-se nas diversas áreas de atuação, aumentando, sobre tudo, seus conhecimentos e buscando a especialização para melhor assistir os clientes. Entretanto, a especialização que aqui é apresentada não é alienante, já que no cuidado a essa clientela, o todo não pode e não deve ser desprezado.

Portanto, os enfermeiros motivados em proporcionar uma assistência individualizada e sistematizada ao cliente de neurocirurgia oncológica vêm **BUSCANDO A DEFINIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**, aproximando-se de um cabedal de conhecimentos. Dessa forma, os enfermeiros entendem os diagnósticos de enfermagem como um caminho para dinamizar o processo de cuidado do cliente.

Dentre as atividades por que o enfermeiro é responsável e deve cumpri-las diariamente, indubitavelmente, está o diagnóstico de enfermagem que possibilita o enfermeiro evidenciar as reais necessidades do cliente de neurocirurgia oncológica, conduzindo seu planejamento assistencial da melhor forma, com vistas a resultados satisfatórios e eficazes.

“Quando a gente faz um diagnóstico de enfermagem de um cliente de neurocirurgia oncológica, você catalisa um processo... Você foca melhor o seu doente. Eu acho que é necessário”. Azul.

“Como nosso planejamento. Ele realmente orienta e direciona a uma real assistência de qualidade, pela sua eficácia”. Persa.

“Então eu vejo o diagnóstico como uma necessidade para estar resolvendo as necessidades do cliente de neurocirurgia... E de estar ajudando melhor esse cliente”. Flor do Campo.

O enfermeiro, através do diagnóstico de enfermagem, possui critérios para a avaliação da assistência prestada, uma vez que o diagnóstico de enfermagem dá suporte e direção ao cuidado, facilitando a pesquisa, delimitando as funções independentes de enfermagem e contribuindo para o desenvolvimento de conhecimentos próprios da área.

“Bem, o diagnóstico é um julgamento clínico voltado para o alcance de resultados favoráveis para aquele paciente para nós atuarmos”. Luz.

“Como que eu posso falar... O diagnóstico é responsável pela eficácia da assistência de enfermagem”. Persa.

“Eu acho que o diagnóstico de enfermagem é como um guia para direcionar uma boa assistência... Para direcionar a escolha da intervenção para um determinado paciente”. Cabeça.

Da mesma forma, o enfermeiro através dos diagnósticos de enfermagem possui um facilitador das ações de enfermagem, pois os mesmos indicam quais as intervenções que vêm ao encontro das necessidades dos clientes a partir de uma avaliação criteriosa e da tomada de decisão, contribuindo para o avanço das atividades assistenciais de enfermagem.

“Eu acho que facilita a maneira... Como se criasse uma rotina, uma maneira de visualizar e identificar o problema. Isso eu acho muito importante na enfermagem”. Vermelho.

“Eu acho que vai ser uma construção muito boa para a gente e que precisa realmente. E vai me facilitar no meu serviço”. Luz.

Cabe ainda relatar que, considerando a importância da educação permanente e as demandas cotidianas, o enfermeiro vem mesmo em face de algumas dificuldades **ESTUDANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**. Fato observado através dos avanços nas pesquisas em relação à aplicação do processo de enfermagem como instrumento metodológico que, sobretudo, orienta o cuidado de enfermagem, assim como os registros, a implementação e a aplicabilidade mesma dos diagnósticos de enfermagem.

A enfermagem, especialmente a partir do século XX, tem buscado desenvolver um corpo de conhecimentos próprios no sentido de consolidar, de sistematizar e de organizar a sua prática e os seus cuidados, com objetivo de proporcionar ao cliente uma assistência baseada não somente nas alterações fisiológicas do ser humano, como também, na compreensão do mesmo como um ser social e ator principal no processo saúde-doença.

“Os diagnósticos de enfermagem é um fato, isso já está mais do que estudado”. Tulipa.

“Eu preciso buscar muito ainda. Tenho a percepção que o diagnóstico está crescendo e eu preciso estudar”. Beija-Flor.

“Eu acho importantíssimo o diagnóstico de enfermagem... melhora muito a qualidade da assistência do paciente”. Flor do Campo.

Face ao exposto, os enfermeiros estão tendo a oportunidade de aprender acerca do diagnóstico de enfermagem e entender que, enquanto segunda fase do processo de enfermagem, ele não é aprendido apenas como auxílio para as intervenções de enfermagem, mas, principalmente, para tornar claras as funções do enfermeiro e as suas competências.

O diagnóstico é um elemento fundamental para o enfermeiro porque a precisão e a relevância de todo plano dependem de sua capacidade para identificar, de forma clara e específica, tanto os problemas quanto as suas causas. O diagnóstico incorreto de problemas pode levar o enfermeiro na direção errada, resultando em cuidados ineficientes e, até, perigosos.

Da mesma forma, o diagnóstico contribui para a criação de um plano pró-ativo que promove saúde e previne problemas, antes mesmo que esses comecem, dependendo da competência do enfermeiro para reconhecer os fatores de risco. Mesmo quando não há problemas, o enfermeiro deve buscar os fatores de risco relacionados ao cliente sob sua avaliação. Os recursos e os pontos fortes identificados pelo enfermeiro constituem a chave para a redução de custos e a maximização da eficiência.

“Quando eu fiz faculdade, foi a época que estavam fazendo diagnóstico de enfermagem e eu aprendi muito nessa época”. Flor do Campo.

“Olha, o diagnóstico de enfermagem, eu gosto muito de estudar”. Florzinha.

Os enfermeiros que não tiveram oportunidade de aprender o diagnóstico de enfermagem em sua formação profissional estão buscando aprender através de cursos nos ambientes de trabalho, palestras, congressos e em instituições de ensino. Uma realidade a ser considerada é que os enfermeiros estão buscando aprender, aperfeiçoar e aplicar os diagnósticos de enfermagem, ainda que diante de muitas dificuldades.

“E... aqui nós estamos aprendendo qual a melhor forma de diagnosticar e de prescrever”. Águia.

“Estudando melhor e trabalhando essa linguagem vai ser muito mais fácil a aplicabilidade do diagnóstico de enfermagem”. Tulipa.

“Estamos sempre lendo, estudando os diagnósticos de enfermagem. Eu e outra enfermeira estamos sempre participando dos eventos e congressos”. Florzinha.

Os diagnósticos de enfermagem proporcionam à enfermagem uma estrutura para a organização de sua ciência, embora seja uma responsabilidade individual de cada enfermeiro o aprofundamento desta temática. O processo de formulação de um diagnóstico de enfermagem exige objetividade e pensamento crítico.

Outro fato muito importante a ser considerado é a confusão que o enfermeiro apresenta em relação ao diagnóstico de enfermagem. Portanto, é necessário que o enfermeiro esteja **DIFERENCIANDO O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DO DIAGNÓSTICO MÉDICO.**

O diagnóstico de enfermagem constitui a segunda etapa do processo de enfermagem. Durante essa etapa, os dados coletados na investigação são analisados e interpretados criteriosamente. Os diagnósticos baseiam-se tanto nos problemas reais quanto nos problemas potenciais, que podem ser sintomas de disfunções fisiológicas, comportamentais, psicossociais ou espirituais. Cabe ressaltar que os diagnósticos devem ser identificados e listados de acordo com a prioridade assistencial do cliente, com base no grau de ameaças ao nível de bem-estar do cliente.

Na saúde, ainda é bastante hegemônico o modelo biomédico, que tem como foco principal a doença. Essa lógica baseia-se no mecanicismo, no biologicismo, na fragmentação, no determinismo, dentre outros. Na contramão disto, segue o holismo, que consiste em uma corrente de pensamento que percebe o ser humano como um todo e não em partes. Logo, uma mesma enfermidade pode evoluir de forma diferente em pessoas distintas, já que o corpo possui maneiras próprias e individuais de reagir.

A enfermagem, embora fortemente influenciada pelo modelo biomédico, busca historicamente, através de seus modelos teóricos, a totalidade do ser, preocupando-se em integrar corpo, mente e espírito.

“Eu acho que a gente foi criado, vamos dizer assim, no modelo biomédico... Aí quando se fala em diagnóstico da enfermagem ainda tem alguns colegas referem... O diagnóstico é coisa do médico”. Cabeça.

Da mesma forma, o diagnóstico de enfermagem não é um diagnóstico médico, pois esse último denomina uma condição da patologia do cliente; já o diagnóstico de

enfermagem descreve os efeitos das respostas humanas, ou ainda, processos vitais que incidem sobre as atividades de vida do cliente.

“O nosso diagnóstico é para o cuidado... É a interpretação que o enfermeiro faz do cuidado com o doente. Se ele está com pneumonia, a pneumonia, por exemplo, é um termo médico, você não vai dizer que ele está com pneumonia, você vai dizer quais são as características talvez dessa patologia”. Florzinha.

“E as pessoas esquecem muito que elas, como enfermeiro tem que ver na realidade, não tem que ver o diagnóstico médico e, sim, o diagnóstico de enfermagem... Acabam esquecendo o mais importante daquilo ali, o diagnóstico para o cuidado. Então... Um diagnóstico de enfermagem que você identifica ao avaliar a mucosa ocular... Está ressecada porque ele não tem movimento palpebral adequado, tem alguma sequela, alguma paralisia... Você está observando uma anormalidade do paciente”. Águia.

Portanto, a prática de cuidar na assistência à saúde é demarcada pelos cuidados de enfermagem. Assim, a presença do enfermeiro, no âmbito de atos e operações de cuidar, é o mais importante aspecto para aprender-se o significado da enfermagem como prática para o cuidado. A responsabilidade legal e social pelas ações de enfermagem recai sobre o papel do enfermeiro, sendo imprescindível sua presença no cuidado aos clientes.

“Vocês têm que ter muito cuidado... o nosso diagnóstico é o cuidar”. Florzinha.

“E as pessoas esquecem... o enfermeiro não tem que ver o diagnóstico médico”. Águia.

É preciso que o enfermeiro reflita sobre essas questões e volte-se para o cuidado e elaboração de bases científicas, ou seja, busque conhecimentos dos referenciais que norteiam as ações e o saber de enfermagem. Para tanto, o enfermeiro deve estar motivado para acompanhar a evolução dos conhecimentos para aplicá-los, como também, instigado à realização de pesquisas.

O diagnóstico de enfermagem, de forma alguma, está relacionado ao fator doença apenas, mas, sim, à identificação das necessidades e desejos do ser humano, que precisa de



atendimento e intervenções de enfermagem. Obviamente, de forma individualizada e singularizada, tendo como bases a visão holística.

“Algumas apresentações que eu fiz, eu falei: gente, diagnóstico de enfermagem não é a mesma coisa do diagnóstico médico”. Florzinha.

O enfermeiro deve reconhecer a diferença e a importância do diagnóstico de enfermagem com relação ao diagnóstico médico. Devendo, no entanto, desenvolver competências e habilidades para promover um cuidado essencial e de qualidade, seja ele: primário, secundário ou terciário. Apesar de todas as dificuldades arroladas e afeitas aos diagnósticos de enfermagem, é importante identificar as lacunas e corrigi-las através do conhecimento científico e da experiência prática.

É importante salientar que existe uma relação entre a receptividade do enfermeiro e os diagnósticos de enfermagem. De tal modo, alguns reagem **NOTANDO A DESVALORIZAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**, de forma velada em alguns momentos. De tal modo, deixar de valorizar os diagnósticos de enfermagem é bastante complexo, pois pode dar a conotação de também não valorizar a própria profissão, contribuindo, nessa lógica, para certa e, não desejada, estagnação.

“Eu acho que as pessoas não dão muito valor para o diagnóstico de enfermagem, acham que é balela”. Cabeça.

“A receptividade do grupo não é muito boa quando se fala nos diagnósticos de enfermagem”. Florzinha.

Os enfermeiros que desvalorizam e não aceitam os diagnósticos de enfermagem, de alguma forma, exercem sua prática de maneira isolada. Também não participam do tratamento do cliente de forma individualizada e holística, pois suas intervenções baseiam-se apenas em cumprimento de tarefas, e não no atendimento das necessidades reais do cliente. Nessa acepção, a idéia proeminente é de raciocínio, pensar sobre o fazer, valorizar, sobretudo,

a realização das atividades cotidianas, numa lógica comportamental bastante reducionista, incompatível com a complexidade que envolve o ser.

O enfermeiro, quando prioriza funções de outros profissionais em detrimento das suas, antes de qualquer coisa, está desvalorizando a sua profissão. O exercício de suas funções baseia-se na assistência de enfermagem ao cliente e deve ser embasado no conhecimento científico, bem como nos valores que norteiam o saber/ fazer em enfermagem. Isto, de forma digna e honrosa para a profissão.

“Acho... assim, tem pessoas... que não acham necessário.” Estrela.

“Eu acho que... alguns enfermeiros costumam a perceber a importância dos diagnósticos”. Violeta.

Há décadas que vem se percebendo a necessidade no estabelecimento de uma sistematização da assistência de enfermagem com o objetivo de individualizar os cuidados prestados aos clientes. A enfermagem é caracterizada como uma profissão dinâmica e, por conseguinte, necessita de uma metodologia que seja capaz de refletir tal dinamismo.

O enfermeiro que assiste o cliente de neurocirurgia oncológica vivencia experiências assistenciais importantes, que o conduzem a reavaliação de sua prática. Da mesma forma, sente necessidade de associar um conhecimento próprio, motivo pelo qual os mesmos estão **BUSCANDO COMPREENDER OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM** nessa área de atuação.

O cliente de neurocirurgia oncológica, embora com possibilidades de limitações decorrentes de sua lesão tumoral, é um ser autônomo, que interage com suas particularidades e essas devem ser avaliadas no contexto das individualidades. O diagnóstico não pode ser retirado do contexto do processo de enfermagem, pois isto resultaria ao não entendimento de seu valor e função, resultando em uma assistência de enfermagem inapropriada e fragmentada.

“É um caminho que a gente vai ter ainda que buscar. Vai demorar um pouquinho, mas o diagnóstico... de neurocirurgia são muito presentes”. Águia.

“É aplicar aquilo que nós aprendemos e nos aprimorar em relação... aos cuidados da enfermagem”. Estrela.

“Eu acho que não deixamos de fazer o diagnóstico de enfermagem. Estamos sempre fazendo, mesmo nas nossas deficiências a gente está sempre fazendo”. Flor do Campo.

O enfermeiro, ao buscar compreender os diagnósticos de enfermagem, sobretudo, está desenvolvendo, sobretudo, a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em dada situação e contexto assistencial junto ao cliente de neurocirurgia oncológica.

Assim, o diagnóstico de enfermagem apresenta-se de fundamental importância, pois representa a interpretação científica dos dados coletados na avaliação do cliente, dando origem ao planejamento, a implementação e a avaliação dos cuidados prestados. Considerando-se a importância na prática clínica, é imprescindível que existam diagnósticos de enfermagem aplicáveis nas especialidades, inclusive, em neurocirurgia oncológica, orientando a escolha de intervenções pertinentes para cada caso, de forma a obter os melhores resultados.

**CONHECENDO O AMBIENTE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM MEDIANTE O  
CLIENTE DE NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA NA RELAÇÃO COM OS  
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

Após refletir sobre o fenômeno **INTERAGINDO COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: OS NEXOS EXPRESSIVOS DO EU E DO MIM**, é preciso destacar o mundo que o cerca. Sob o ponto de vista interacionista, a relação do enfermeiro com o mundo ao seu redor interfere na forma como o mesmo lida com as situações, incluindo, indubitavelmente, o diagnóstico de enfermagem. Cabe destacar que o contexto do cuidado de enfermagem em neurocirurgia oncológica, na relação com os diagnósticos de enfermagem, não se limita a um único setor do hospital.

Seu universo abrange a enfermaria, o centro cirúrgico, o centro de terapia intensiva/ unidade de pós-operatório, bem como a equipe de saúde, com enfoque no enfermeiro, no cliente, na família, ou seja, todas as questões presentes neste cotidiano. Em conformidade com os desígnios do *Interacionismo simbólico*, o próprio enfermeiro é elemento de interação consigo mesmo e, nessa lógica, entram em cena suas crenças, sua cultura e seus valores.

É importante salientar que o diagnóstico de enfermagem surge para o enfermeiro como uma perspectiva de proporcionar uma assistência individualizada ao cliente de neurocirurgia oncológica. O seu universo, nesta acepção, o ambiente, se conforma interferindo na aplicação mesma dos diagnósticos de enfermagem. Portanto, o ambiente é o cenário da interação social, abarcando as dimensões existenciais do indivíduo em suas necessidades humanas de cuidado.

Dessa forma, o fenômeno: **CONHECENDO O AMBIENTE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM MEDIANTE O CLIENTE DE NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA NA RELAÇÃO COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM** será mais bem compreendido a partir das conexões entre as seguintes categorias: **SENDO ENFERMEIRO: O CUIDADO MEDIANTE AO CLIENTE DE NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA; REVELANDO O CLIENTE DE NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA; APRESENTANDO O FAMILIAR DO CLIENTE; EXISTINDO AMBIENTES QUE PRECISAM SER COMPREENDIDOS.**

**DIAGRAMA 2 – FENÔMENO: CONHECENDO O AMBIENTE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM MEDIANTE O CLIENTE DE NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA NA RELAÇÃO COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**

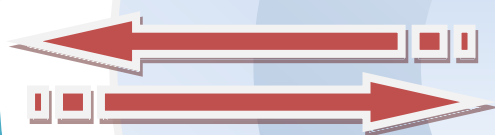
*Conhecendo o ambiente do cuidado de enfermagem mediante o cliente de neurocirurgia oncológica na relação com os diagnósticos de enfermagem.*

*Sendo enfermeiro: o cuidado mediante ao cliente de neurocirurgia*

*Revelando o cliente de neurocirurgia oncológica*

*Apresentando o familiar do cliente*

*Existindo ambientes que precisam ser compreendidos*



A categoria **SENDO ENFERMEIRO: O CUIDADO MEDIANTE AO CLIENTE DE NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA** revela as manifestações do enfermeiro acerca da realidade em que o mesmo se encontra e realiza suas ações para e com o cliente de neurocirurgia oncológica. Nesse sentido, visando à melhor compreensão, é preciso estabelecer nexos com as subcategorias: **ASSISTINDO O CLIENTE DE NEUROCIRURGIA E VIVENCIANDO EXPERIÊNCIAS INESQUECÍVEIS.**

**QUADRO 3. SENDO ENFERMEIRO: O CUIDADO MEDIANTE AO CLIENTE DE NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA**

Categoria	Subcategorias
Sendo enfermeiro: o cuidado mediante ao cliente de neurocirurgia oncológica	3.1. Assistindo o cliente de neurocirurgia 3.2. Vivenciando experiências inesquecíveis

O cuidado deve favorecer o desenvolvimento humano do enfermeiro, potencializando suas ações através da aquisição do conhecimento científico e da experiência prática advindas do trabalho desenvolvido com o cliente de neurocirurgia oncológica. Assim, o enfermeiro adquire através dos conhecimentos teórico-práticos segurança e autonomia para estar **ASSISTINDO O CLIENTE DE NEUROCIRURGIA.**

Os tumores do sistema nervoso central incluem um amplo leque de doenças com apresentações e histórias naturais altamente variáveis. A maioria dos clientes apresenta sinais e sintomas relacionados a déficits neurológicos e motores. A disfunção cerebral está

relacionada com a localização específica do tumor, resultando a compressão física ou invasão do parênquima cerebral adjacente.

Muitas são as intervenções de enfermagem para e com os clientes portadores de tumor do sistema nervoso, tornando-se extremamente importante uma assistência baseada em evidências científicas, observações clínicas acuradas por profissionais especializados e constantemente atualizados.

O enfermeiro que cuida do cliente com tumor de sistema nervoso precisa conhecer a sua patologia e as modalidades de seu tratamento, devendo estar apto a identificar as necessidades do cliente, planejar os cuidados e elaborar os encaminhamentos apropriados para outros membros da equipe interdisciplinar. Não importa em qual estágio da doença ou tratamento o cliente se encontra, o fundamental é compartilhar suas exigências.

Portanto, a avaliação de enfermagem deve ser cuidadosa, objetiva e ordenada. O exame neurológico deve ser periódico e direcionado para a avaliação do nível de consciência, estado mental, padrão respiratório, da fala, do sistema motor, do sistema sensorial e das pupilas, dentre outros aspectos.

“O enfermeiro deve ter uma visão mais ampla e mais minuciosa do paciente de neurocirurgia, porque podem escapar detalhes fundamentais para o nosso cuidar. Precisamos ter um olhar muito mais profundo para esse paciente”. Lua.

“Na verdade, quando se avalia o doente e ele abre as pálpebras e as pupilas, você começa a enxergar os sinais clínicos de um nível de consciência comprometido e, a partir daí, começa a tomar suas condutas e salvar, literalmente, o doente”. Azul.

A enfermagem em neurocirurgia surpreende em sua prática por ser um campo de atuação altamente especializado, entretanto não perde a noção da importância do cuidado integral. Exige conhecimentos específicos dos distúrbios do sistema nervoso, ocasionados pela presença do tumor no que se refere ao tipo histológico, à velocidade de crescimento e



localização no sistema nervoso por ele acometido, o que demanda alta especialização. Entretanto não valoriza o olhar alienado, que menospreza o todo e supervaloriza a parte.

De tal modo, é importante que o enfermeiro tenha uma visão pautada no holismo, na medida em que as disfunções do sistema nervoso afetam o ser humano como um todo, uma vez que ele coordena todas as funções do corpo humano. Contudo as intervenções realizadas pelos enfermeiros buscam convergir para um cuidado integral do cliente.

A existência de um processo neoplásico altera virtualmente todos os aspectos da vida do cliente. A estabilidade emocional e a manutenção de um estilo de vida podem tornar-se bastante restritas, com muitas limitações, cabendo ao enfermeiro atuar nesse processo, em todas as suas fases, auxiliando o cliente na recuperação de suas necessidades básicas, ou seja, auxiliando-o a adaptar-se às limitações provocadas pela doença.

“... O paciente com tumor no sistema nervoso central fica inseguro e deve-se tentar dar essa segurança a ele porque é um paciente que tem seu nível de consciência comprometido”. Azul.

Logo, a assistência de enfermagem em neurocirurgia oncológica tem como objetivo promover a recuperação através de cuidados adequados, com avaliações sistemáticas, proporcionando um ambiente seguro e apoio psicológico, contribuindo para que o cliente sofra o mínimo possível. Por esse motivo, trata-se de uma assistência complexa, exigindo do enfermeiro uma competência que vai além das questões técnico-científicas, envolvendo, sobretudo, o cuidado humanístico.

“Deixar o paciente confortável e aberto para conversar, procurar estar com o paciente sozinho, por que... Cada ser é um universo... Algumas coisas, ele não vai demonstrar, diante de outras pessoas”. Estrela.

“Tenho experiência com o paciente no CTI, no pós-operatório, muitas vezes com complicações. É um doente que já chega aqui muito grave e necessita de uma assistência total, não tem como você fazer parte dela ou delegar a outra pessoa. Você deve ficar à beira do leito mesmo. Acho que deve ter muita atenção porque muitas vezes ele não chama e quando você vê já está fazendo a convulsão”. Luz.

Cuidar de um cliente de neurocirurgia oncológica é, também, estar **VIVENCIANDO EXPERIÊNCIAS INESQUECÍVEIS**, face à marcante especificidade da clientela.

Ao longo dos tempos, a humanidade vem passando por várias transformações e o cuidar esteve associado à vida das pessoas. O cuidar sempre esteve presente na história humana, como forma de viver, de se relacionar, desde o nascer até o morrer. Neste sentido, a finalidade desta ação implica, dentre outros aspectos, o cuidado do ser em seus desafios, e isto inclui até o processo de morrer.

Assim, o cuidado existe a partir do momento em que a existência de algo ou alguém possui importância para o outro. Da mesma forma, na área de saúde, especificamente na enfermagem, o cuidado existe desde a origem da profissão e, notadamente, exige doação, estar próximo, preocupar-se e responsabilizar-se com o outro. Para tal, é necessário conhecimento, paciência, honestidade, confiança, humildade, esperança, amor e coragem.

“Nós, enfermeiros, nos desgastamos muito para que as coisas funcionem da melhor forma, porque, de fato, nos sentimos responsáveis pelo doente... Nós nos envolvemos com o paciente”. Azul.

“Os pacientes da neurocirurgia não são muito responsivos e não interagem com o enfermeiro. Se o puser de lado, ele fica, se você botar ele o deixar sentado, ele permanece, mas não são todos... E você fica tocada...”. Florzinha.

A enfermagem é uma profissão que lida com o ser humano, interage com ele, necessitando de conhecimento de sua natureza física, social e psicológica. Por este motivo, o enfermeiro constitui-se em um importante componente da equipe de saúde, que presta assistência nas vinte e quatro horas ao cliente internado, estabelecendo com este uma relação intensa, podendo o enfermeiro, a partir dessa relação, vivenciar experiências inesquecíveis.

“... A sensação que temos é que a percepção do paciente é a nossa percepção. O nosso envolvimento com esse paciente é de uma forma diferente...”. Luz.

“Claro, que o enfermeiro não pode ter muita emoção porque senão não consegue cuidar, mas algumas horas... Há pacientes que mexem mesmo, deixa-nos tristes, principalmente os adolescentes”. Flor do Campo.

Portanto, é de grande valor identificar os sentimentos vivenciados pelo enfermeiro na prática com o cliente de neurocirurgia, afinal é sabido que o autoconhecimento constitui um processo importante a ser explorado a fim de melhor lidar com situações que impliquem manifestações de emoções profundas experimentadas durante o cuidado prestado. Os enfermeiros são seres humanos e não podem isolar suas emoções, pois nem sempre é possível desvincular os próprios sentimentos do ambiente de trabalho.

“Certa vez, a mãe dele falou... Ele conseguiu apertar a bolinha dentro da mão . Essa foi uma experiência com paciente de neurocirurgia, que nunca vou esquecer. Eu queria que ele voltasse àquele movimento. Apaixonei-me pela criança, fiquei em cima dela o tempo todo. Nunca vou esquecer...”. Sol.

“Você vê uma criança na cama; tem 19 anos, mas ela é uma criança para nós. Tenho apego aos pacientes da neurocirurgia. Tem o limite do apego, mas nós nos apegamos”. Luz.

É importante enfatizar que o enfermeiro depara-se com um trabalho que o leva a uma conduta especializada segundo rotinas pré-estabelecidas dotadas de especificidades, sendo esperado que o mesmo cumpra protocolos a fim de proporcionar uma assistência de qualidade ao cliente de neurocirurgia. Neste sentido, cabe a relação direta com os diagnósticos de enfermagem, já que os aplicando, amplia-se a possibilidade de identificar as fragilidades e necessidades assistenciais do cliente, bem como é possível um plano de cuidados eficiente. Cabe ressaltar a importância do diagnóstico de enfermagem no fortalecimento do enfermeiro para tomar decisões e estabelecer intervenções específicas, que, no caso do contexto oncológico, trata-se de uma demanda constante.

O contexto do cuidado de enfermagem em neurocirurgia oncológica na relação com os diagnósticos de enfermagem é constituído, dentre outros elementos, com o cliente. Por isto, **REVELANDO O CLIENTE DE NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA** expressa as

diferenciadas facetas desta especificidade no tocante às subcategorias: **DESCOBRINDO O TUMOR NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E SENDO DEPENDENTES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.**

**QUADRO 4. REVELANDO O CLIENTE DE NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA**

Categoria	Subcategorias
Revelando o cliente de neurocirurgia oncológica	4.1. Descobrir o tumor no sistema nervoso central 4.2. Sendo dependentes de cuidados de enfermagem

Foi possível ressaltar o interesse do enfermeiro durante o primeiro contato com o cliente a partir da assistência de enfermagem prestada e os desafios que o mesmo precisa superar para assisti-lo de forma individualizada. O enfermeiro sente a necessidade de conhecer o cliente quando o mesmo está **DESCOBRINDO O TUMOR NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.**

O cliente, ao descobrir o tumor, pode sofrer reações devastadoras tanto no âmbito orgânico como emocional, provocando sentimentos, desequilíbrios e conflitos internos, além de causar um sofrimento tão intenso capaz de resultar em desorganização psíquica, em consequência de sua localização, do estágio da doença e do tratamento. Esses aspectos podem provocar uma série de expectativas e reações no cliente neurocirúrgico, tornando-se fundamental uma atenção especial do enfermeiro para essas reações, a fim de que as necessidades do cliente não sejam ignoradas e negligenciadas.

“Percebo que é um paciente que tem uma patologia pela qual ele não espera... Um processo que se esconde dentro da sua cabeça e pode trazer vários eventos... E ele fica inseguro”. Azul

Para muitos clientes, o tumor surge como uma patologia inesperada, pois muitas vezes as manifestações clínicas são afetadas pela rapidez do crescimento do tumor. Os tumores que crescem lentamente podem ser assintomáticos, porque o cérebro pode acomodar-se à massa tumoral. O edema circundante ao tumor sugere crescimento rápido e pode causar sintomas, mesmo no caso de tumores pequenos.

“O paciente estava jogando futebol quando levou uma bolada e precisou fazer uma ressonância; descobriu o tumor, depois veio pra cá e operou”. Sol.

O cliente, muitas vezes, se dá conta da doença quando é percebida uma anormalidade neurológica. Os sinais e sintomas como alteração do nível de consciência, alterações motoras e sensitivas devem-se a efeitos diretos do tumor, afetando áreas do sistema nervoso correspondentes; à compressão de estruturas neurológicas ou aos efeitos secundários do edema, hidrocefalia ou aumento da pressão intracraniana. As anormalidades variam desde a perda da função (déficits sensitivos e fraquezas) às convulsões e/ou cefaléias. Tais sintomas são considerados específicos, pois estão mais relacionados com a localização do tumor e com a sua histologia.

“Outro ponto a ser considerado é que o paciente neurocirúrgico, dependendo da sua condição neurológica, é um paciente que não é mais dono de si”. Tulipa.

“A capacidade intracraniana reduzida fala de vários aspectos que podem desencadear um problema: fala que o cérebro não está cabendo no crânio; o teu líquido cefalorraquidiano não está circulando normalmente... o que isso pode trazer? Uma série de sintomas fisiológicos que vão pôr sua vida em risco”. Azul.

“O paciente pode vir a apresentar uma crise convulsiva, ele pode fazer algum status neurológico que não seja propriamente uma crise convulsiva, uma descerebração, uma decorticação, é... Ou a ocorrência do delírio”. Persa.

É possível perceber, a partir da relação estabelecida com esse cliente, a angústia com o procedimento cirúrgico e com os resultados advindos da ressecção total ou parcial do tumor, bem como o medo das sequelas. Portanto o planejamento cirúrgico deve incluir todos os cuidados referentes aos princípios gerais da cirurgia, ao preparo do cliente e de seus familiares sobre as alterações fisiológicas e alterações que poderão advir do tratamento.

“O paciente fica ansioso, nervoso, principalmente, quando se fala em mexer na cabeça. Eles associam logo a sequelas, sentem medo, ansiedade e nervosismo”. Girassol.

Diante da fragilidade que emana de cada cliente e da disposição do enfermeiro para atender às suas necessidades, vai se construindo uma relação de compromisso, permeada pela solidariedade, ternura e conhecimento. A relação é, sobretudo, intersubjetiva, já que os significados deixam de ser individuais e ganham configuração no plano social. Seguindo as reflexões ora em curso, o cliente de neurocirurgia oncológica é considerado pelos enfermeiros como **SENDO DEPENDENTES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM**.

Os clientes podem apresentar alterações cognitivas e sensitivas; alterações visuais; alterações motoras, dentre outras. Essas alterações representam uma amostra no universo das sequelas neurológicas, que interferem diretamente na atividade de vida diária, na auto-estima e na sociabilidade. Há outros problemas associados, como a incapacidade total ou parcial para realização de tarefas.

“São pacientes que ficam acamados por um período maior em comparação com os de outra especialidade e é demorada a sua estabilidade; são dependentes de muita fisioterapia”. Girassol.

“O enfermeiro precisa ter um olhar mais atento às mudanças que esses pacientes podem apresentar e que podem vir a ter, essas oscilações... alteração do nível de consciência porque o paciente está bem em um determinado momento e de repente entra naquele torpor”. Estrela.

Igualmente, no contexto hospitalar, esses clientes frequentemente são dependentes de cuidados, tornando o enfermeiro um profissional fundamental no tratamento, pois o

enfermeiro está a partir de sua experiência e conhecimento em condições de assistir o cliente de neurocirurgia integralmente em suas fases do tratamento e nos diferentes ambientes do cuidado.

“É um paciente diferenciado... Que exige força braçal... São pacientes que ficam acamados por um período maior em comparação com pacientes de outra especialidade”. Girassol.

“Os pacientes para nós são pacientes trabalhosos porque alguns deles ficam desorientados... Há certa dificuldade de comunicação, de interação com eles”. Florzinha.

“Acho que é um paciente de 24 horas. É um paciente que não dá para arriscar, não dá para deixá-lo”. Luz.

Portanto, o cuidar é de grande importância neste contexto. Percebe-se que as enfermeiras que assistem esses clientes têm o desafio de encontrar significados e respostas aos questionamentos relacionados à sua patologia, tratamento, sequelas e perspectivas diante de sua recuperação e de suas possibilidades. Cuidar de um paciente neurocirúrgico envolve relacionamento interpessoal originado do sentimento de ajuda e confiança estabelecidos entre enfermeiro e cliente.

“Acho que o paciente da neurocirurgia necessita de uma avaliação muito grande do estado de consciência, do nível mental, se está respondendo ou não e se as respostas cognitivas estão presentes”. Florzinha.

“É um paciente que requer bastante cuidado da enfermagem em relação a vários aspectos intensivos. Requer bastante perícia do enfermeiro”. Cabeça.

Logo, é importante que o enfermeiro, ao assistir o cliente neurocirúrgico, disponha de conhecimento técnico-científico complexo, específico e essencial à prática nessa especialidade. Esse conhecimento demanda tempo e dedicação para ser adquirido e revela-se nas ações dos enfermeiros associadas a uma visão humanista no âmbito do cotidiano assistencial.

Após refletir sobre o cliente de neurocirurgia oncológica, observa-se a família do cliente e as interações advindas. De tal modo, **APRESENTANDO O FAMILIAR DO CLIENTE** revela, de fato, a importância da família no tratamento e na recuperação do cliente e, neste estudo expressa-se de forma cuidadosa através da subcategoria **PREPARANDO O FAMILIAR**.

**QUADRO 5. APRESENTANDO O FAMILIAR DO CLIENTE**

Categoria	Subcategorias
Apresentando o familiar do cliente	5.1. Preparando o familiar

Os familiares, ao terem um membro da família portador de câncer, assumem papéis diferenciados, visando a atender às necessidades do cliente. Para tanto, é importante estar **PREPARANDO O FAMILIAR**, pois ele, de forma especial, pode assumir responsabilidades em decorrência das alterações neurológicas causadas pelo tumor do sistema nervoso central.

A família, ao vivenciar o câncer, enfrenta uma situação dolorosa que desperta para a possibilidade da morte de seu ente querido. As alterações enfrentadas pelos familiares da pessoa com tumor cerebral são em resposta a vários fatores, destacando as características de personalidade de cada indivíduo, sua capacidade de enfrentar situações de crise, a relação de proximidade com a pessoa doente, assim como o papel que a pessoa acometida pela doença ocupa dentro do contexto familiar.



A família do cliente neurocirúrgico vive uma situação de insegurança, medo e ansiedade, atribuída ao fato de que a neoplasia é uma doença de prognóstico delicado e que ainda causa grande impacto. Nesse contexto, deve-se considerar uma estrutura que propicie a comunicação e a expressão das pessoas, cabendo ao enfermeiro também ajudar a família a ter maior conforto.

“... Muitas vezes, o familiar não está preparado para lidar com o quadro neurológico do paciente... Todas as famílias querem que o seu familiar saia do hospital bem e nem sempre é possível”. Águia.

“É uma clientela de níveis sociais variáveis e exibe conhecimentos diferenciados: ora é um paciente que tem um grande conhecimento, que é culto, ora é um paciente que veio da roça, que não tem... Como também a família, que tem certa dificuldade para enfrentar esse doente, com medo do desconhecido, com medo do novo”. Estrela.

“Acho que o familiar sente medo de cuidar desse paciente de neurocirurgia em casa, porque muitos ficam vegetativos e pra cuidar em casa fica muito difícil. Requer toda uma estrutura de acomodação e de mudança”. Girassol.

A família do cliente com tumor cerebral pode apresentar sentimentos de culpa, depressão e raiva, devendo o enfermeiro também direcionar sua atenção a ela. Os enfermeiros devem estar atentos, agindo em função de suas necessidades que podem ser, dentre outras, de esperança, de informação e de apoio. Vale ressaltar que a família desse cliente merece apoio e cuidados especiais por parte dos enfermeiros, pois é ela que dá suporte para enfrentar as diferentes crises da vida, as rupturas emocionais, conflitos e exigências, bem como afirmar, proteger e definir padrões de comportamento, valores e crenças.

Educar a família do cliente com tumor do sistema nervoso é parte integrante e fundamental do tratamento do câncer. Assim, cabe ao enfermeiro assegurar a compreensão e o entendimento do processo da doença, sua prevenção e seu tratamento, como também desenvolver estratégias para enfrentamento da doença.

É importante ressaltar a importância da presença da família ao longo do tratamento oncológico do cliente neurocirúrgico, proporcionando-lhe segurança, carinho,

amor, companhia e apoio emocional. Da mesma forma, é possível observar que, em alguns casos, o familiar se afasta do cliente por não aceitar algumas restrições que este apresenta em decorrência do tumor, restrições essas que podem ser transitórias ou definitivas, variando com a gravidade em que o tumor se manifeste.

Face ao exposto, o familiar sofre muitas vezes com o diagnóstico da doença e diminuição da possibilidade de cura do cliente. O cliente experimenta os mesmos sentimentos dos familiares, quando seu nível de consciência não foi comprometido, caso contrário, o cliente não entende, de fato, o que está ocorrendo devido às lesões ocasionadas pelo tumor. Para o familiar, é uma situação de muito sofrimento, angústia, revolta e medo, pois o cliente neurocirúrgico pode ser pai, filho, esposo, esposa, mãe, avô, avó ou uma pessoa significativa na vida de alguém.

É importante focar que os enfermeiros, considerando os dados, que os clientes e os familiares interagem socialmente, com algumas marcas de especificidade, nos ambientes como enfermaria, centro cirúrgico, centro de terapia intensiva e unidade de pós-operatório; locais onde são prestados cuidados interdisciplinares. Dessa forma, a categoria: **EXISTINDO AMBIENTES QUE PRECISAM SER COMPREENDIDOS** toma a configuração para ser entendida a partir das conexões entre as subcategorias: **CONHECENDO A ENFERMARIA; CONHECENDO O CENTRO CIRÚRGICO E CONHECENDO O CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA E A UNIDADE DE PÓS-OPERATÓRIO.**

**QUADRO 6. EXISTINDO AMBIENTES QUE PRECISAM SER COMPREENDIDOS**

Categoria	Subcategorias
Existindo ambientes que precisam ser compreendidos	6.1. Conhecendo a enfermaria 6.2. Conhecendo o centro cirúrgico 6.3. Conhecendo o centro de terapia intensiva e a unidade de pós-operatório

Surge uma grande e significativa curiosidade pela dimensão física, pela natureza dos equipamentos utilizados, pelas rotinas planejadas e executadas, ou seja, a necessidade de uma caracterização detalhada dos ambientes por onde passa o cliente de neurocirurgia, ao longo de seu tratamento oncológico, com a finalidade de tornar a assistência de enfermagem, a mais qualificada e individualizada possível.

Os dados apontam que é importante estar **CONHECENDO A ENFERMARIA**. Trata-se de um ambiente destinado à internação dos clientes de neurocirurgia oncológica, constituída de vinte e cinco leitos no total, sendo doze leitos destinados exclusivamente aos clientes da especialidade de neurocirurgia. A internação desses clientes pode ocorrer de forma eletiva, vislumbrando o planejamento cirúrgico, como também, pode ocorrer em caráter de emergência, quando o cliente encontra-se em estado grave em decorrência à evolução da neoplasia cerebral.

O cliente é internado para iniciar ou dar continuidade ao planejamento do tratamento cirúrgico e a internação marcada de muitas esperanças e expectativas não só por parte do próprio cliente como também de seu familiar e da equipe multidisciplinar, especificamente, dos enfermeiros. O enfermeiro para assistir o cliente estabelece um

planejamento com base nas rotinas pré-estabelecidas, visando atender o cumprimento de todas as atividades pertinentes ao seu tratamento e à sua recuperação.

Geralmente, o cliente neurocirúrgico, ao internar, traz consigo uma esperança de cura e desejo muito grande de retornar o mais breve possível às suas atividades diárias. Para alguns, esse objetivo é alcançado, pois a detecção do tumor foi precoce, sua doença encontra-se em fase inicial e o cliente não apresenta nenhuma sequela ou limitações importantes, que possam comprometer sua efetiva recuperação.

O enfermeiro, diante desse cenário, busca através de seu conhecimento técnico-científico assistir o cliente de forma individualizada. É fundamental entender que o cliente possui sua história, individualidade e suas necessidades próprias, como também necessita de uma assistência de enfermagem com respeito às suas singularidades.

“Nós não conseguimos aprofundar questões mais íntimas... Porque o paciente não se sente à vontade; olha pro lado e já tem alguém esperando na expectativa para ser atendido”. Tulipa.

“Deve-se fazer um planejamento para assistir o paciente, priorizando o que deve ser feito... Fazer a parte toda de burocracia logo de início, para quando vierem as intercorrências, estar disponível para atuar... Porque recebemos doentes graves para acoplar ao respirador”. Girassol.

“Estando a paciente desorientada... É um quadro que não se pode conversar, não tem como abordar. E dentro de uma enfermaria mista, às vezes, vê-se o paciente do lado revoltado, porque o paciente de neurocirurgia nem sempre deixa o vizinho dormir, ele está confuso”. Vermelho.

Os dados referem, entretanto, que, o enfermeiro apresenta dificuldades na prestação da assistência de enfermagem na enfermaria, pois os clientes perdem um pouco a privacidade ao compartilhar o mesmo espaço com mais dois ou três em um quarto ou enfermaria, tornando-se dificultoso para o enfermeiro estabelecer um contato mais aprofundado com o cliente que está sendo abordado e examinado, sem que o outro ao lado, não preste atenção e ouça o que está sendo falado.

Cabe salientar que se trata de um setor cuja demanda burocrática é muito grande, sendo o enfermeiro o responsável em atender todas as exigências advindas dessa burocracia. O enfermeiro é bastante solicitado por outros profissionais, já que detém muitas informações sobre os clientes internados.

“Aqui não há isso, porque todos os profissionais estão treinados em neurocirurgia e tem uma visão boa”. Girassol.

Após realização dos exames pré-operatórios e da avaliação clínica, é determinado o dia da cirurgia. Toda a equipe, inclusive o enfermeiro, reforça as orientações, estimulando e proporcionando cuidados necessários à realização do procedimento cirúrgico. O objetivo nessa fase é manter o cliente confiante para iniciar outra etapa de seu tratamento, a cirurgia, tão esperada e, ao mesmo tempo, tão temida por ele.

“E aí você começa a traçar os cuidados psicológicos, emocionais para esse paciente”. Estrela.

“O paciente neurocirúrgico mais jovem, com uma família muito bem estruturada, com uma condição social e/ ou com tumores iniciais, com localização em regiões temporais, mais posteriores, são pacientes com melhor prognóstico”. Tulipa.

Os dados apontam que, o enfermeiro tem responsabilidades pela implementação do cuidado de enfermagem a cada cliente de neurocirurgia, de maneira singular, em caráter individual. Além disso, o enfermeiro busca ampliar e aprimorar sua capacidade de interação, já que a equipe multidisciplinar representa o contexto macrossocial no qual o mesmo encontra-se inserido. A relação precisa ser favorável tanto do enfermeiro com o cliente, quanto do enfermeiro com a equipe. E, não menos importante, do enfermeiro com a família.

Logo, o enfermeiro procura uma aproximação satisfatória, estabelecendo interações positivas com a equipe multiprofissional, dando importância a cada participante no rol de conhecimentos da especialidade, valorizando as trocas e atividades desenvolvidas por cada um, direcionadas à recuperação do cliente neurocirúrgico.

O trabalho em equipe constitui-se de extrema importância, haja vista que a troca de informações e opiniões entre seus diferentes componentes torna o cuidado muito mais eficaz. Embora, em alguns casos, a ação terapêutica possa se efetivar através de um único tipo de intervenção, ainda assim, o atendimento transdisciplinar realizado por uma equipe contribui para a consolidação do tratamento neurocirúrgico como um todo.

É importante ressaltar que, quando as atitudes das pessoas somam-se aos esforços efetivos de suas competências profissionais, um excelente ambiente de trabalho pode ser formado, seja ele na enfermaria, no centro cirúrgico, no centro de terapia intensiva ou na unidade de pós-operatório, possibilitando parcerias de sucesso e, indubitavelmente, favorecendo o tratamento e a recuperação do cliente.

Da mesma forma, um contexto propício para o bem-estar dos profissionais acaba por incentivar ainda mais o surgimento de regras de convivência, motivando as pessoas envolvidas no trabalho. Em contrapartida, um contexto gerador de tensão e estresse pode influenciar negativamente no cuidado ao cliente neurocirúrgico, originando manifestações emocionais compatíveis a um estado de desarmonia, quando relacionadas às interações com os socialmente próximos.

Nesta acepção, fazendo os nexos dos ambientes relacionados com o cuidado, é importante estar **CONHECENDO O CENTRO CIRÚRGICO**, onde, de fato, o cliente almeja a cura ao retirar o tumor (alto valor simbólico). O centro cirúrgico é constituído de dez salas cirúrgicas, uma unidade de recuperação pós-anestésica (RPA) e uma sala para recreação infantil. Trata-se de um ambiente destinado à realização de cirurgias de todas as especialidades da oncologia.

Os dados apontam que o enfermeiro, ao longo de sua trajetória profissional, executa suas atividades assistenciais em neurocirurgia oncológica em diferentes ambientes por onde esse cliente passa de acordo com as fases de seu tratamento. Além do conhecimento

científico que baliza sua assistência, o enfermeiro também vai se apropriando do saber/ fazer, considerando a utilização do arsenal tecnológico presente em todos os ambientes onde o cliente tem a assistência. Assim sendo, a tecnologia de ponta está presente na enfermaria, no centro cirúrgico, no centro de terapia intensiva e na unidade de pós-operatório; guardando as suas especificidades, variando dos mais simples aos de última geração.

Cabe pontuar que o centro cirúrgico possui equipamentos altamente sofisticados, com duas salas destinadas à realização de cirurgias neurológicas, uma delas por neuronavegação. A cirurgia por neuronavegação possibilita o neurocirurgião realizá-la em menor tempo, diminuindo a exposição do cliente aos efeitos anestésicos, possibilitando melhor visualização do tumor em três dimensões, contribuindo para sua ressecção com menor índice de sequelas para o cliente.

Os dados demonstram que, ao chegar ao centro cirúrgico, o enfermeiro realiza a avaliação do cliente, identificando alterações do nível de consciência ou motora, bem como estabelecendo ações específicas relacionadas aos cuidados de enfermagem adotadas na sala de operação com o objetivo de prevenir iatrogenias e manter a integridade física do cliente durante sua permanência no centro cirúrgico.

De acordo com o quadro clínico do cliente e das condições ao término da cirurgia, o cliente permanece em coma induzido a fim de manter o controle da pressão intracraniana, das funções neurológicas e hemodinâmicas. Logo, o cliente é encaminhado à unidade de pós-operatório ou ao centro de terapia intensiva.

“Geralmente, os pacientes que fazem as cirurgias de grande porte vão direto para o CTI ou para o UPO... Nós só ficamos com os pacientes que fizeram as cirurgias menores mesmo”. Florzinha.

“Quando o paciente fica na RPA é por um período muito pequeno e logo é transferido para o CTI ou UPO quando está grave. Quando ele está bem e foi uma cirurgia pequena, ele vai para a enfermaria”. Rosa.

Os clientes nem sempre apresentam indicações de cirurgias, devido à evolução do tumor no sistema nervoso central. Neste sentido, os clientes realizam procedimentos cirúrgicos de menor complexidade, com menor risco de vida e com a finalidade, na maioria das vezes, de estabelecer o tipo histológico do tumor. Para tanto, são realizadas as biópsias cerebrais e para alívio da hipertensão intracraniana, instala-se derivação ventrículo peritoneal ou derivação ventricular externa ou realiza-se uma ventriculostomia.

Cabe ressaltar que esses procedimentos são diferentes das cirurgias clássicas e, por esse motivo, de forma geral, os clientes não necessitam ir para o CTI ou UPO. Logo, os mesmos são encaminhados à RPA e, após a recuperação dos efeitos anestésicos, são transferidos à enfermaria, para seu leito de origem.

“Os cuidados básicos que se faz aqui na recuperação pós-anestésica. Oferecemos conforto, oxigenioterapia, aquecimento, monitorizamos esse paciente até ele ter condições de ir para a enfermaria”. Rosa .

“E durante a cirurgia, se tiver alguma situação que requeira a sua atuação como enfermeira, você estará ciente também do que se trata, então é um envolvimento geral. E... após a cirurgia, também a equipe da RPA está envolvida, o enfermeiro já se preparou, logicamente, para cada tipo de paciente”. Lua.

Os dados revelaram que o centro cirúrgico é um setor complexo e exige do enfermeiro conhecimento teórico-prático para atender a demanda assistencial dos clientes de forma integral. Por este motivo, os enfermeiros se dividem em suas atividades para atender as questões gerenciais, de coordenação do fluxo dos clientes para cirurgias e da unidade de recuperação pós-anestésica. Nesta, os enfermeiros ficam exclusivos para assistir o cliente em pós-operatório imediato e ainda sob efeito anestésico, pois são hemodinamicamente instáveis.

“Então nesse período de trans-operatório, o enfermeiro está preparando a sala, o ambiente para aquele paciente, não é para a cirurgia, é para aquele paciente”. Lua.

De acordo com os dados, umas das dificuldades assistenciais do enfermeiro na RPA é a diversidade de clientes para assistir, assim como a rotatividade dos mesmos. O



enfermeiro presta assistência de enfermagem aos clientes por um período pequeno, pois, tão logo estejam recuperados dos efeitos anestésicos, eles são encaminhados para suas unidades de internações específicas, o que dificulta o estabelecimento de um vínculo maior com os clientes, inclusive, os neurocirúrgicos, pois poucos ficam na RPA.

“A assistência de enfermagem na RPA ocorre de forma muito rápida, apresenta-se como um setor de transição para o paciente”. Florzinha.

“Esbarra-se num problema muito grande que é a comunicação. Na grande maioria das vezes recebemos esse cliente e ele não consegue se comunicar conosco porque tem uma dificuldade na fala ou, geralmente, não está lúcido e orientado no espaço”. Rosa.

Neste sentido, os dados revelam a dificuldade dos enfermeiros para a aplicação dos diagnósticos de enfermagem neste ambiente de cuidado, face o tempo que o cliente fica internado, somente para a recuperação anestésica. Da mesma forma, com base no conhecimento e experiência prática, os enfermeiros identificam e reconhecem os diagnósticos durante a avaliação e exame clínico do cliente ao chegar à RPA.

Logo, ao terminar a cirurgia, se o cliente não for encaminhado para a RPA, por não existir indicação, ele será encaminhado à unidade pós-operatória ou para o centro de terapia intensiva, onde o leito encontra-se reservado. Sendo assim, é importante estar **CONHECENDO O CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA E A UNIDADE DE PÓS-OPERATÓRIO**, locais onde será dada a continuidade ao tratamento.

O centro de terapia intensiva (CTI) é constituído de dez leitos e a unidade de pós-operatório (UPO), de cinco leitos. Cabe ressaltar que esses setores possuem a mesma gerência médica e de enfermagem. Porém, em ambos os setores, o objetivo é de prestar cuidados intensivos aos clientes em pós-operatório imediato, bem como aos clientes que apresentem qualquer complicação grave.

“Assistimos o paciente com hipertensão intracraniana, pacientes em pós-operatório imediato da neurocirurgia e sabemos que é muito complicado”. Águia.

“... Ele já vem com um déficit neurológico, motor, às vezes é um doente bem agitado pela própria patologia, então, precisa-se tomar alguns cuidados de ver a sedação e fazer uma observação rigorosa do paciente”. Sol.

Por conseguinte, o enfermeiro necessita prestar uma assistência de enfermagem intensiva, pois o cliente neurocirúrgico, de modo geral, encontra-se em coma induzido, dependente de ventilação pulmonar mecânica, com dispositivos intracranianos, cateteres de forma geral, monitorização cardíaca, monitorização da pressão intracraniana, monitorização por pressão arterial média, entre outros.

“Nós sabemos que o suporte ventilatório é prioridade, não só para manter as condições básicas de vida, mas também para minimizar lesões, principalmente cerebrais”. Persa.

“Recebemos muitos pacientes sedados, então não temos como avaliar muito a sua orientação neurológica de consciência... Quando recebemos um paciente, por exemplo, de pós-operatório, devemos sempre ter o cuidado de fazer aquela tomografia de crânio para saber se evoluiu para algum edema cerebral”. Cabeça.

Da mesma forma, é fundamental que o enfermeiro realize constantemente uma avaliação minuciosa desse cliente, com vista à detecção precoce de sinais e sintomas indicativos de complicações da cirurgia e identificação de suas necessidades reais e potenciais enquanto ser humano.

“Esse paciente pode fazer uma hipertensão intracraniana e prejudicar toda a sua clínica, se não estivermos atentos”. Sol.

“Deve-se ter todo um cuidado peculiar, específico em relação ao paciente... Não se pode tratar o paciente de qualquer forma. Precisa-se saber até onde pode-se cuidar e prevenir complicações... Entender as limitações que esse cliente vai ter porque, muitas vezes, não vai haver a retirada completa do tumor”. Águia.

Portanto, é um ambiente marcado por certa dose de estresse, inclusive para o enfermeiro, no que se refere à assistência de enfermagem, como também a todas as atividades que demandam da rotina do setor. Por fim, após recuperação, considerando essa fase crítica

no CTI ou UPO, o mesmo é transferido para a enfermaria de neurocirurgia, onde será dada continuidade à sua reabilitação.

**DESVELANDO O SABER/ FAZER ACERCA DOS DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMAGEM A PARTIR DA AÇÃO E INTERAÇÃO DO VIVIDO NO DIA-A-DIA  
EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA**

A enfermagem vem sendo considerada uma ciência e uma arte baseada em um corpo de conhecimentos e práticas, abrangendo o processo saúde-doença. Logo, cuidar é uma atitude humana caracterizada por uma forma de ser e de compreender o mundo, que envolve solidariedade, emoções, sensibilidade e conhecimento. O cuidado de enfermagem deve acontecer de forma atenciosa, continuada e holística.

Desse modo, pensando na atuação profissional do enfermeiro, nas suas atividades haja vista o saber/ fazer acerca dos diagnósticos de enfermagem e na criação de estratégias que conduzam a prestação de cuidados com qualidade, o enfermeiro deve reunir as suas múltiplas competências para interagir de maneira eficaz e eficiente para e com o cliente.

No cuidar em neurocirurgia oncológica, não pode ser ignorada a emoção, fruto do sentir humano e da mesma forma, o significado, que é fruto da atribuição de sentido pelo sujeito às ações, reações e experiências vividas. Portanto o encontro no cuidado revela-se de forma bastante interessante, com marcas significativas, a saber, a objetividade técnica do cuidado e a subjetividade dos sujeitos envolvidos na relação.

Cabe à reflexão que o processo de cuidado junto ao cliente neurocirúrgico caracteriza-se como unidade complexa que liga, transforma, mantém ou produz acontecimentos não somente para o cliente, mas, também para o enfermeiro. O sistema de cuidados remete ao plano dinâmico da interação, não podendo ser reduzida, mesmo com ocorrências do dia-a-dia que favorece o rompimento da interação enfermeiro e cliente.

Pensar no cuidado deste cliente representa apontar para a auto-organização do enfermeiro que presta o cuidado, considerando os aspectos como autonomia, individualidade,

relações e atitudes profissionais. Tais circunstâncias são importantes, pois retratam um processo social, institucional, profissional e pessoal, dinâmico e gradual, que demanda tempo, atitude, comportamento e um esforço em busca do novo a partir daquilo que existe, ou seja, do plano real.

Sendo assim, o enfermeiro busca através do diagnóstico de enfermagem possibilidades de transformação no modo de cuidar do cliente, considerando a complexidade das relações, das trocas, da necessidade de conhecimento e práticas fundamentais ao próprio processo de cuidar. Portanto, não pode ser apreendido como algo pronto e estático e/ ou como um fim em si mesmo. Realizar um cuidado de enfermagem em neurocirurgia a partir de um processo interativo e dinâmico significa produzir um conhecimento complexo e especializado a partir do diagnóstico de enfermagem.

O diagrama a seguir correlaciona a categoria às subcategorias de forma a propiciar a melhor relação para elucidar o fenômeno: **DESVELANDO O SABER/ FAZER ACERCA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM A PARTIR DA AÇÃO E DA INTERAÇÃO DO VIVIDO NO DIA-A-DIA EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA.**

**DIAGRAMA 3 – FENÔMENO: DESVELANDO O SABER/ FAZER ACERCA DOS  
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM A PARTIR DA AÇÃO E DA INTERAÇÃO DO  
VIVIDO NO DIA-A-DIA EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA**



Pensar em estratégias de ação e de interação significa pensar sobre recursos criados pelo enfermeiro para elucidar o saber/fazer a partir de sua ação e reação ao entrar em contato com os diagnósticos de enfermagem no dia a dia em neurocirurgia oncológica.

Sendo assim, a categoria **REVELANDO ESTRATÉGIAS PARA FAZER O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM** tem como subcategorias: **MUDANDO COMPORTAMENTOS; ESTIMULANDO CONTINUAMENTE OS ENFERMEIROS; BUSCANDO O CONHECIMENTO CIENTÍFICO E PRÁTICO; CAPACITANDO A EQUIPE DE ENFERMAGEM; AVALIANDO O CLIENTE; REALIZANDO O JULGAMENTO CLÍNICO E O RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO; IDENTIFICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E PLANEJANDO A ASSISTÊNCIA EM BUSCA DE RESULTADOS.**

**QUADRO 7. REVELANDO ESTRATÉGIAS PARA FAZER O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

Categoria	Subcategorias
Revelando estratégias para fazer o diagnóstico de enfermagem	7.1. Mudando comportamentos 7.2. Estimulando continuamente os enfermeiros 7.3. Buscando o conhecimento científico e prático 7.4. Capacitando a equipe de enfermagem 7.5. Avaliando o cliente 7.6. Realizando o julgamento clínico e o raciocínio diagnóstico 7.7. Identificando os diagnósticos de enfermagem 7.8. Planejando a assistência em busca de resultados

O cuidado consiste no núcleo da prática cotidiana do enfermeiro, o qual permite o surgimento de métodos e instrumentos de trabalho. Para tanto, é necessário que o enfermeiro esteja **MUDANDO COMPORTAMENTOS**, para melhor apropriar-se dos diagnósticos de enfermagem na sua prática diária enquanto instrumento para o cuidado.

O grande desafio para o enfermeiro, no que se refere à sua prática, é atuar a partir de novas formas de interpretação do que é cuidado, cuidar e ser cuidado, sendo importante para ele constituir novos conhecimentos, novas práticas e contínuas reflexões, resignificando as suas ações. Dessa forma, o enfermeiro busca fundamentar o seu saber/ fazer com preocupação no conhecimento científico, bem como novas perspectivas no que tange ao agir autônomo, de acordo com os preceitos ético-legais da profissão.

“Ao avaliar o paciente, achamos que já sabemos o que vamos encontrar à beira do leito e quando você encontra algo diferente no seu dia a dia, reavalia suas atitudes e comportamentos e isso o motiva a buscar, mais uma vez estudar ou aprimorar-se, reavaliar suas atitudes”. Azul.

“Nem me lembro mais do diagnóstico, mas eu penso que é necessário uma mudança de vários fatores comportamentais, técnicos não. Acredito que também políticos... Porque no futuro, a equipe de enfermagem deverá saber e aprender que não se usa a palavra síndrome, pois é um termo médico, mas déficit, excesso...”. Tulipa.

“Eu acho assim, que hoje em dia fica-se muito restrita a sinais vitais, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação, paciente no respirador, e não se observa, por exemplo, se ele tem algum problema no dorso. Aparentemente são coisas pequenas, mas com o tempo se tornam grandes e comprometem a recuperação do paciente”. Vermelho.

É importante ressaltar que uma das finalidades do diagnóstico de enfermagem, como sistema padronizado de linguagem, é a de propiciar ao enfermeiro melhor comunicação com os demais enfermeiros da equipe, assim como considerar os profissionais que constituem a equipe multiprofissional. É possível perceber, no contexto neurocirúrgico, o real interesse do enfermeiro em aplicar de forma sistemática os diagnósticos de enfermagem, com o intuito de direcionar a assistência de enfermagem, bem como qualificá-la.



“Nos cuidados... Se você não identificar os diagnósticos e não aplicar as intervenções, não resolve. Ficar só no papel, não resolve. Você deve aplicar, para que você tenha esse plano no futuro”. Estrela.

“Temos que colocar em prática os diagnósticos de enfermagem e retomar o estudo que está todo estruturado e a partir daí, com essa nova reinserção vemos a possibilidade de... ampliar todos os pacientes”. Lua.

É preciso pontuar, tendo em vista os dados, que o enfermeiro, ao assistir o cliente neurocirúrgico, depara-se com várias e diferentes atividades. Muitas não pertinentes à sua efetiva competência, contribuindo para afastá-lo de um contato próximo e contínuo com o cliente. Contato esse necessário para a identificação dos diagnósticos de enfermagem. Devido às circunstâncias assinaladas, os enfermeiros mostram-se por vezes reativos e se posicionam até mesmo questionando quanto à necessidade de mudar as suas condutas para melhor assistir o cliente.

“Eu acho que, no primeiro momento, é trabalhoso: o enfermeiro custa a perceber a importância dos diagnósticos, porque a gente tem muitas outras atribuições que a enfermagem precisa deixar de fazer. Deixar de ser mais administrativa, designando essas atividades para outras pessoas administrativas e parar de bajular médico...”. Violeta.

O enfermeiro também reconhece que, ao deixar de fazer atividades que não lhes são próprias, surge à possibilidade de maior envolvimento e de valorização dos diagnósticos de enfermagem, ou seja, o tempo passa a ser utilizado em favor do cuidado direto. Também, compreendem a possibilidade de prestar uma assistência planejada e contínua a partir dos diagnósticos de enfermagem.

“Então... Só se consegue descobrir se aquela intervenção funciona, se formos lá aferir e depois medir e avaliar o paciente novamente e descobrir...”. Tulipa.

“Porque, na verdade, o enfermeiro passou de ser tarefeiro como era antigamente, àquele que implementa condutas, não é? E implementa-se condutas a partir do diagnóstico de enfermagem”. Beija-Flor.

Cabe a ênfase, presente nos dados, que o enfermeiro precisa assumir não somente a aplicação dos diagnósticos de enfermagem, mas, fundamentalmente, uma postura autêntica,

voltado para a conquista de espaço em que pese o mérito da sua própria atuação, a partir da aplicação consubstanciada do conhecimento científico, valorizando o desenvolvimento de habilidades, com destaque ao trabalho consciente, eficiente e gratificante. Isso, do ponto de vista de resultados positivos da assistência prestada em neurocirurgia oncológica.

Portanto, tão importante quanto à utilização de estratégias para o alcance desses objetivos, é estar **ESTIMULANDO CONTINUAMENTE OS ENFERMEIROS** em prol da aplicação dos diagnósticos de enfermagem, enquanto fase do processo de enfermagem. Esse último, entendido, aqui, como um instrumento metodológico que orienta os cuidados e os registros de enfermagem na prática profissional.

Tem-se que o enfermeiro busca aplicar em sua prática o processo de enfermagem enquanto um método para a sistematização da assistência de enfermagem. Nesse sentido, são realizadas múltiplas ações motivacionais, já que o entusiasmo é condição essencial para que o enfermeiro caminhe do desejo para a ação efetiva, de tal modo que evolua para a aplicação propriamente dita dos diagnósticos de enfermagem no intuito de uma assistência qualificada e particularizada junto ao cliente.

“Quando você quase fala para enfermeiro assim: Vamos fazer os diagnósticos? Vamos seguir a sistematização da assistência? De uma forma ou de outra, você estimula e direciona esse enfermeiro”. Vermelho.

“Quando você observa que o enfermeiro não tem o conhecimento da patologia do paciente e do diagnóstico de enfermagem como um todo, você deve estimulá-lo a estudar um pouco mais e procurar informação e até lhe oferecer livros... É uma estratégia. Deve-se estimular essa pessoa a buscar, a ampliar seus conhecimentos, a fazer cursos e se atualizar, porque se não souber a base, não vai saber fazer...”. Águia.

“Vamos tentar todos cuidados, para que se torne uma rotina. A estratégia é formalizar a melhor conduta para o nosso paciente de neurocirurgia... Eu acho que isso é importante em o nosso dia a dia... Observar, checar, questionar cuidados especiais em relação ao paciente. E para isso utilizar o diagnóstico de enfermagem”. Estrela.

Cabe ressaltar a importância da capacitação profissional do enfermeiro durante o processo de apreensão das idéias relacionadas à sistematização da assistência de enfermagem,

mas também, deve ser considerado o tempo de formação profissional dos enfermeiros, bem como o conhecimento prévio acumulado.

A capacitação tem sido uma forte aliada na apreensão do conhecimento, pois, através de cursos, palestras e eventos científicos, os enfermeiros aproximam-se dos diagnósticos de enfermagem, tendo maior chance de aplicá-los na prática. Do mesmo modo, é notório também o envolvimento dos enfermeiros, com maior tempo de trabalho na área, na busca efetiva desse conhecimento, assim como na manifestação mesma de interesse em utilizar os diagnósticos no cotidiano, mesmo face às desafiantes dificuldades.

“Acho que a partir dos diagnósticos de enfermagem, consegue-se identificar todas as necessidades do paciente; a partir daí pode-se e deve-se tentar resolver... Você identifica no paciente uma necessidade de viver, de ter um acompanhante, uma necessidade não só social, mas espiritual”. Flor do Campo.

“O diagnóstico serve como guia para direcionar uma boa assistência e a intervenção. Deve ser feito naquele momento para aquele determinado paciente... Ele é importantíssimo; pena que só agora estejamos atentando para isso”. Cabeça.

Outro aspecto, que precisa ser destacado, diz respeito ao fato de que tendo o enfermeiro conhecimento teórico e prático reconhecidos em neurocirurgia oncológica em decorrência dos anos de atuação na área, esse possui maior facilidade para realizar de forma consistente os diagnósticos de enfermagem. Sendo mais complicado para o enfermeiro iniciante, já que o mesmo ainda não possui conhecimento teórico e prático em neurocirurgia oncológica acumulado (distinções qualitativas), o que dificulta a relação dos títulos diagnósticos com as características definidoras apropriadas.

“Como eu gosto muito de buscar, de estudar, de participar das reuniões, que realmente acrescentavam profissionalmente algum conteúdo para nossa prática profissional e... Outros pontos nós começamos a observar de forma mais rápida, principalmente, sabendo priorizar o que deve ser visto primeiro, segundo, terceiro... no paciente. A identificação dos sinais e sintomas desse paciente torna-se mais fácil, assim, como a identificação dos diagnósticos de enfermagem. Mas isso realmente vem com os anos e com a dedicação e o aperfeiçoamento próprio.” Persa.

“Quando o paciente vai para o centro cirúrgico, vão ser identificados os diagnósticos de transoperatório que é o posicionamento cirúrgico; cuidado na

localização da placa; a integridade física; integridade tissular... Na recuperação anestésica, vemos a parte de função de eliminação e a respiratória”. Florzinha.

“Do momento em que se faz o exame físico, toca-se no cliente, verifica-se os drenos, a frequência cardíaca (porque ele está monitorizado), fica fácil fazer os diagnósticos de enfermagem... Quando se observa o paciente, tendo o conhecimento e a experiência, consegue-se identificar os diagnósticos de enfermagem”. Rosa.

Portanto, os dados mostraram que visando a dinamizar a apreensão do conhecimento, os enfermeiros experientes trabalham com os enfermeiros iniciantes a fim de trocarem experiências teóricas e práticas, fortalecendo, mormente, a construção do conhecimento. Assim, a despeito de muitas dificuldades, ainda assim, é na interação entre pessoas que o conhecimento se estabelece, ganha forças e torna-se capaz de impactar a realidade. O iniciante (maior domínio do formato diagnóstico) trocando, literalmente, experiências com o não iniciante (maior domínio das situações relacionadas com o cuidado p.p.dito).

“Nós estamos trabalhando... Temos associado o enfermeiro recém-admitido, menos experiente com o enfermeiro antigo e mais experiente... Graças a Deus! Porque quando o enfermeiro antigo está cansado, desestimulado, o enfermeiro novo chega e dá um estímulo maior... Tanto que quando chega um residente de enfermagem, você já fica mais dinâmica e preparada para responder o que ele vai perguntar e saber o que vai acontecer”. Luz.

Visando ao maior aprofundamento acerca dos diagnósticos de enfermagem e maior autonomia para utilização na prática em neurocirurgia oncológica, o enfermeiro vem **BUSCANDO O CONHECIMENTO CIENTÍFICO E PRÁTICO** com a finalidade de aprender a utilizá-los em sua prática assistencial.

O enfermeiro vem vislumbrando desenvolver competências para o desempenho de um papel estratégico que envolva o alcance de uma prática assistencial reconhecida e de excelência. Por assim dizer, cabe refletir sobre a capacidade deste profissional em tomar decisões complexas, buscar o seu próprio desenvolvimento profissional, emitir julgamento clínico consistente e pensar de forma crítica. Isso, partindo do pressuposto que é condição

preliminar, adotar de forma consciente a visão holística, pautada no paradigma emergente, que entende a importância da objetividade, no entanto, sublinha o social como pólo catalisador dos acontecimentos.

“Quando eu falo do paciente ao dar aula, levo as pessoas a pensarem, conto casos que levam os alunos a refletirem sobre determinadas situações com os pacientes dentro da instituição... E eu posso falar com toda a certeza porque busquei e adquirei conhecimento científico e prático trabalhando com esse paciente”. Sol.

“Para enxergar longe e ter a segurança de dizer que aquilo será feito com o paciente, você vai validar realmente o seu conhecimento com alguns fatos do dia a dia... É a sua prática que traz a segurança para agir assim em paralelo a isso tudo... O estudo é condição lógica.” Azul.

“Melhorei meu conhecimento para avaliar esse paciente com o tempo... Aprendi a ver quando o paciente está piorando, antes de deixar se instalar o quadro, agora percebo que ele já está piorando, que ele já está modificando, dá para perceber isso sim, nitidamente. Com a experiência fica melhor”. Vermelho.

Os dados referem que o enfermeiro que cuida do cliente tendo uma sincera preocupação com a qualidade, sente a necessidade de aprender a identificar os diagnósticos de enfermagem e, por conseguinte, prescrever adequadas intervenções. Tem-se que a postura pró-ativa, de acordo com os dados, impulsiona o enfermeiro a avançar, a romper limites, a descobrir novas formas de cuidar, ou seja, a redescobrir o cliente e as suas especificidades. Isto, considerando as diferentes e complexas fases do seu tratamento.

“... É um fato ímpar para identificar as anormalidades desse paciente, a busca pelo conhecimento... Sem conhecimento, pode-se uma atitude descabida naquele momento, totalmente diferente do que tomaria com o conhecimento. Com ele, pode-se assistir o paciente de uma maneira direcionada, de uma maneira focada”. Azul.

“Mas se o paciente estiver numa enfermaria evoluindo para uma intercorrência... Pelo teu próprio conhecimento ao trabalhar com esse paciente de neurocirurgia, é possível identificar imediatamente as intercorrências dele...” Girassol.

Portanto, os enfermeiros em neurocirurgia oncológica sentem-se comprometidos em estudar continuamente, participando ativamente de atividades científicas multidisciplinares, a saber: discussões clínicas, rounds, mesas redondas, eventos científicos,

dentre outros. Ora, não se pode negar o investimento institucional nesse sentido, pois a filosofia da organização gera, indubitavelmente, um perfil de busca pelo crescimento profissional. Esse perfil suscita nas pessoas o desejo de superação, que, quando associada à questão da aplicação dos diagnósticos de enfermagem, pode gerar a ressignificação.

“Eu acho que não conseguiremos fazer os diagnósticos se não tivermos funcionários suficientes para tal. Devem estar treinados e gostar de fazer o diagnóstico... Porque eu estudo diagnóstico há bastante tempo”. Florzinha.

“Os cuidados de que o paciente necessita... É necessário aplicar aquilo que nós aprendemos e nos aprimoramos em relação a qualquer paciente que esteja sob nossos cuidados, os cuidados da enfermagem”. Estrela.

“Porque sem estudo, não conseguimos perceber nada... É uma busca diária até porque devemos sempre renovar o conhecimento... Se não buscar, não continuar lendo, ficamos desatualizados e as coisas modificam a todo o momento”. Beija Flor.

Cabe reiterar que o enfermeiro adquire através do conhecimento técnico-científico autonomia para assistir o cliente de neurocirurgia. Esta autonomia também é observada à medida que o diagnóstico de enfermagem é aplicado, com repercussões no tocante às decisões tomadas e às intervenções adotadas. Por assim dizer, é preciso destacar a importância dessa temática para a enfermagem enquanto profissão, já que o saber/ fazer do enfermeiro precisa ganhar socialmente o reconhecimento.

“Vamos adquirindo autonomia através do conhecimento... Saber identificar os sinais e sintomas, comunicar a algum médico para uma conduta a ser traçada e ter autonomia de discutir o caso.” Girassol.

“Eu gosto de estar sempre lendo, estudando... Gosto sempre de buscar alguma coisa quando tenho dificuldade”. Flor do Campo.

“O enfermeiro deve monitorar o paciente neurointensivo, monitorar a necessidade humana básica de excreção, principalmente a função renal, já que se sabe que a manipulação central pode causar, ou minimizar, ou mimetizar estados de diabetes *insipidus*... Muita gente não tem esse conhecimento, principalmente quem está há pouco tempo trabalhando nessa área”. Persa.

Nesse cenário, a formação de uma equipe constituída por enfermeiros que demonstrem pensamento crítico, capacidade de resolução de problemas, habilidades técnico-

científicas é vital para o sucesso do processo de cuidar e contribui para o fortalecimento da enfermagem na neurocirurgia oncológica. Logo, visando a proporcionar uma assistência de enfermagem norteada pela apreensão de novos conhecimentos, é essencial estar **CAPACITANDO A EQUIPE DE ENFERMAGEM**. Isto, para assistir o cliente de neurocirurgia e realizar os diagnósticos de enfermagem no cotidiano, sem prerrogativas marcadas pela dificuldade.

Com relação aos aspectos éticos da profissão de enfermagem, o enfermeiro tem a responsabilidade e o dever de manter-se atualizado, ampliando os seus conhecimentos, em benefício dos clientes e da profissão. Sendo previsto no próprio Código de Ética que a enfermagem é autônoma, comprometida com a saúde do ser humano, atuando na promoção, proteção, recuperação e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais. Portanto, torna-se estratégico capacitar o enfermeiro para atuação especializada na área de diagnósticos, em suas diversas modalidades, considerando seus diferentes níveis de complexidade.

“... A primeira coisa que você tem que falar como educador é que ele tem que buscar o conhecimento. Hoje nada é pelo achismo... Então a minha estratégia é abordar o funcionário cientificamente e orientá-lo a procurar, a informação através de leituras, de artigos...”. Águia.

“... A instituição nos oferece curso para aprimoramento, o que nem sempre acontece em outros hospitais. Então, isso melhora a capacidade do profissional, só faz crescer”. Beija Flor.

Os enfermeiros, ao longo do tempo, atuando com o cliente de neurocirurgia, trazem consigo conhecimentos e experiências que lhes possibilitam estar **AVALIANDO O CLIENTE** e identificar os diagnósticos de enfermagem com base nos sinais e sintomas observados. A avaliação clínica de enfermagem consiste em uma atividade do enfermeiro, que planeja a assistência de enfermagem, supervisiona e executa os cuidados mais complexos. Fazer uma avaliação do cliente consiste, portanto, uma atividade legal dos enfermeiros e

pressupõe competência que envolve inteligência, conhecimento, experiência e intuição no relacionamento do enfermeiro com o cliente e a família.

O enfermeiro, ao avaliar o cliente, usa a semiologia e a semiotécnica, que consiste no levantamento e estudo de dados significativos, expressos pelas respostas bio-psico-sócio-espirituais e informações provenientes de condutas (exames, medicamentos e cirurgias), que vão servir de subsídios para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica.

Cabe também o destaque para o exame físico, enquanto um importante instrumento utilizado pelo enfermeiro para coletar dados e analisar as informações do cliente. Logo, sendo considerado um instrumento de trabalho do enfermeiro, sistemático, dirigido pela lógica e intuição; que contribui para avaliar o estado de saúde do cliente, diagnosticar suas necessidades de cuidado, formular um plano de cuidados, implementar e avaliar a sua efetividade.

“É através do exame físico que se pode detectar algo para se fazer o diagnóstico mais preciso”. Beija Flor.

“Você avalia o paciente, vê como ele está, se está acordado, se está dormindo, se está movimentando os membros, se é um paciente não cooperativo, se está acompanhado do familiar e registra alguma intercorrência de dor, de agitação”. Florzinha .

“O exame físico é o ponto inicial, para ter um relatório daquilo que está acontecendo com o paciente e ter uma visão geral do que está acontecendo com ele... A partir daí, traça-se o diagnóstico de enfermagem naturalmente...”. Cabeça.

Consequentemente, o enfermeiro em neurocirurgia oncológica utiliza o exame físico para estabelecer com o cliente o início de um processo de interação, o qual valoriza o humano, por assim dizer, o cuidado sensível. Por conseguinte, em que pesem o exame e a anamnese, o enfermeiro confirma ou não os sinais e sintomas que o cliente possa apresentar, reconhecendo suas necessidades e priorizando os cuidados a serem prestados.



“... Através do exame físico, é possível ver as necessidades básicas do doente e o que se pode empregar para melhorar aquela intercorrência”. Girassol.

“Eu descobri a perna toda de um lado e olhei o braço... A senhora teve sempre esse braço um pouquinho inchado assim? Ela respondeu: ”não; dói um pouquinho também o braço, mas a perna é mais...” Então dói mais a perna? Perguntei... Tente movimentar... Aí ela confirma a dor”. Vermelho.

Considerar o diagnóstico de enfermagem como um julgamento sobre as respostas do cliente, família ou da comunidade aos problemas de saúde e aos processos vitais, proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem com vista a resultados satisfatórios da assistência prestada. Logo é fundamental o enfermeiro estar **REALIZANDO O JULGAMENTO CLÍNICO E O RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO** acerca das respostas manifestadas pelo cliente.

Os dados apontam que o enfermeiro tem como base para tomada de decisões de enfermagem o julgamento clínico, que consiste em um processo mental norteado pelos princípios da ciência e determinado pelo conhecimento, experiência, percepção e intuição do enfermeiro, que procura fazer a ponderação com base em evidências.

“Parece que a sua cabeça vai captando, rapidinho... tudo vai assim automaticamente: você pega o doente, põe a macro, pergunta, anota... e já está identificando várias coisas. Só de falar com o doente, já está fazendo todos os diagnósticos de enfermagem”. Florzinha.

“Muitas vezes, ele tem uma alteração motora, uma dificuldade de falar... E ao ver o paciente, já fazemos um julgamento, identificamos os diagnósticos de enfermagem, as necessidades dele e fazemos, então, as intervenções de enfermagem”. Rosa.

Tendo o diagnóstico de enfermagem como fundamental para o atendimento, o enfermeiro precisa ter competências para realizá-los e, para tal, deve possuir conhecimento acerca dos diagnósticos de enfermagem e processos mentais para uso desses conhecimentos. Ou seja, o enfermeiro necessita conhecer os títulos diagnósticos, definições e características definidoras, intervenções e processos diagnósticos empregados para a interpretação dos dados junto ao cliente.

“É um raciocínio muito rápido e muito ligado um ao outro. Quando você olha para o doente, lembra-se da intervenção, para justificar e elaborar o diagnóstico. Você precisa dar nome ao filho e você já sabe... O resultado que você espera que o paciente obtenha”. Azul.

“O enfermeiro tem que saber conduzir, senão ele acaba saindo do âmbito daqueles diversos diagnósticos que estão ali e pode até se perder e não ajudar muito o paciente... Deve ter um pouco de cuidado porque realmente é uma teia de possibilidades”. Tulipa.

“Perceber melhor o nível de consciência dele, que é uma coisa específica do paciente de neurocirurgia. Muitas vezes, ele tem uma alteração motora, uma dificuldade de falar. Por isso, com o tempo, aprende-se mais e ao ver o paciente, já se faz um julgamento e identificam-se os diagnósticos de enfermagem e as necessidades dele, fazendo, então, as intervenções de enfermagem.” Rosa.

Da mesma forma, os dados apontam que o enfermeiro deve possuir habilidades interpessoais apuradas. Tais habilidades são necessárias para que o cliente possa contar ao enfermeiro suas reações aos problemas de saúde e aos processos de vida. Essa relação que se estabelece, muitas vezes de extrema confiança, é intensificada por meio de uma capacidade de comunicação, especialmente por meio da escuta ativa. Portanto, enfermeiros que pressupõem conhecer os clientes sem escutá-los, não conseguem exatidão diagnóstica.

Outra habilidade fundamental é a técnica de realizar um consistente levantamento de dados. Para tal, o enfermeiro deve obter do cliente histórias completas e focalizadas nos aspectos associados à saúde, algo tão essencial quanto a realização do exame físico. Portanto, o enfermeiro busca o desenvolvimento do raciocínio crítico aliado ao julgamento clínico proveniente dos dados coletados durante a investigação do cliente para estar **IDENTIFICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**, pois a exatidão é um aspecto fundamental a ser considerado, estando diretamente relacionada à habilidade do enfermeiro para realizá-lo.

“Eu fiz o diagnóstico olhando como essa paciente estava. Qual era a dor a que ela se referia, o tempo de internação, quais eram as partes onde sentia dor e, logicamente, fazendo uma ligação com aquilo que se aprende na escola, na faculdade”. Vermelho.

“Ao avaliar os sinais vitais, isso me dá uma série de diagnósticos; o nível de consciência me dá uma série de diagnósticos. Então, a partir do momento em que eu vou fazendo a análise céfalo-caudal desse paciente, do déficit motor, se está com déficit motor, se está com queda plantar, se tem uma úlcera por pressão, já me vem uma série de diagnósticos naturalmente na cabeça e atrelado a isso já vêm naturalmente as intervenções, automaticamente”. Cabeça.

Cabe salientar que o enfermeiro, ao realizar o diagnóstico de enfermagem, articula tanto o conhecimento teórico quanto o conhecimento prático, esse último bem situado a partir da experiência haja vista a especificidade da clientela. A partir dos problemas levantados e já conhecidos, o enfermeiro intervém, pode prever complicações, agindo na prevenção ou no controle das mesmas.

“Identificamos o diagnóstico e estabelecemos as intervenções. Por exemplo, um paciente, que você observa, que tem certo grau de desnutrição, emagrecimento, temos que atentar para cuidados de mudança de decúbito para não fazer ulcerações... Observar o turgor da pele, a coloração e elasticidade”. Estrela.

“... O paciente está com DVE aberta, está saindo líquido, baixou o nível de consciência, você vai avaliando... Precisa abrir? Não precisa? Ele está sonolento? Então vamos abrir a DVE... Avalia-se o tempo todo... Você está fazendo um diagnóstico de enfermagem e só não escreve. Nós não escrevemos, não pontuamos isso”. Vermelho.

“Através do diagnóstico de enfermagem, é possível assistir melhor o paciente, prestar um cuidado melhor. Anda tudo junto... O conhecimento teórico e o prático para então ser feito um diagnóstico de enfermagem”. Rosa.

O enfermeiro no contexto da neurocirurgia oncológica preocupa-se em estar **PLANEJANDO A ASSISTÊNCIA EM BUSCA DE RESULTADOS**, com a finalidade de proporcionar ao cliente uma assistência distinta e particularizada. Quando da aplicação mesma dos diagnósticos, estes são colocados em ordem de prioridade e fixados alguns resultados esperados (mesmo que apenas na cognição). Os resultados esperados constituem um componente essencial na fase do planejamento da assistência, pois a partir deles o enfermeiro poderá avaliar se o diagnóstico de enfermagem foi minimizado ou solucionado.

“... Como foi admitido no hospital, o que o trouxe para o meu setor, então... O que vou fazer depois de ter avaliado ele para estar completando essa assistência

dele durante o resto dos dias que ele estiver aqui... Com um planejamento para que ele fique o menor tempo possível”. Sol.

“Estamos buscando proporcionar a devida assistência ao paciente. Estamos nos planejando para que a gente consiga direcionar melhor a assistência através dos diagnósticos de enfermagem”. Beija Flor.

Durante todo o processo, o estado clínico do cliente é avaliado, bem como a eficácia dos cuidados de enfermagem prestados, podendo o plano de assistência de enfermagem ser modificado conforme necessário, durante o processo assistencial. Portanto, o enfermeiro na prática em neurocirurgia oncológica busca melhorar a cada dia a assistência prestada.

“Durante o processo, deve-se avaliar, ver se deu certo, fazer de outra forma... É o que se faz o tempo inteiro, desde gerenciar e administrar nossa atividade, nosso plantão...”. Azul.

“Nós vamos conseguir ter mais tempo para poder olhar melhor para o diagnóstico, para fazer o exame físico melhor, tentar conseguir descobrir o diagnóstico e implantar uma assistência melhor”. Violeta.

Cabe ressaltar que esse profissional realiza ações para alcançar resultados satisfatórios junto ao cliente, conduzindo o processo de realizar os diagnósticos de enfermagem, estabelecendo intervenções correspondentes, avaliando sua eficácia e refazendo quando necessário.

## **PERCEBENDO OS ASPECTOS MARCANTES PARA APLICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL**

As premissas do Interacionismo Simbólico, ao afirmar que o ser humano age em relação a alguém ou a alguma coisa de acordo com o significado para ele, e que o significado, obtido por meio desta interação, é modificado constantemente nesse processo, podem ser aplicadas, quando o enfermeiro entra em contato com os diagnósticos de enfermagem e percebe os aspectos marcantes para a sua aplicação na prática.

A enfermagem, enquanto ciência e profissão que lida diretamente com seres humanos, precisa assistir o cliente neurocirúrgico em toda sua complexidade e para tanto necessita de embasamento científico para aplicar o diagnóstico de enfermagem e, a partir dele, estabelecer a melhor intervenção possível de enfermagem ao longo do tratamento oncológico, tendo em vista o cuidado holístico do cliente.

Ao longo da sua história, a enfermagem vem passando pela influência de diferentes correntes de pensamento que oportunizam um movimento de reflexão sobre seus conceitos, culminando em transformações no seu modo de ser e fazer a prática profissional. As dimensões do cuidado de enfermagem possuem características que ao mesmo tempo as tornam diferentes entre si e, também, exaltam à prática do enfermeiro.

Entre os muitos aspectos que envolvem o cuidado de enfermagem, a intuição e a subjetividade são consideradas componentes importantes no julgamento clínico e na tomada de decisões, resultando numa melhoria da qualidade das ações de enfermagem, que são próprias e fundamentais para o ser humano em sua integridade e singularidade. O diagnóstico de enfermagem é importante para identificar os fatores intervenientes na sua aplicação na prática assistencial em neurocirurgia oncológica.

Dessa forma, o fenômeno **PERCEBENDO OS ASPECTOS MARCANTES PARA APLICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL** toma a configuração, para ser compreendido, a partir da correlação das subcategorias que o compõem: **SENTINDO DIFICULDADES PARA FAZER O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM; FALTANDO MAIOR CONHECIMENTO E EXPERIÊNCIA PRÁTICA COM O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM; APRENDENDO A CUIDAR DO CLIENTE NEUROCIRÚRGICO; CONSIDERANDO UM CLIENTE COMPLEXO; TENDO RECURSOS HUMANOS INSUFICIENTES E SOBRECARGA DE ATIVIDADES; SENDO O CONHECIMENTO E EXPERIÊNCIA EM NEUROCIRURGIA FACILITADORES PARA IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E QUERENDO APLICAR O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.**

**DIAGRAMA 4 – FENÔMENO: PERCEBENDO OS ASPECTOS MARCANTES PARA  
APLICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL**



Dessa forma, o fenômeno **PERCEBENDO OS ASPECTOS MARCANTES PARA APLICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL** será compreendido a partir das subcategorias a ele associadas.

**QUADRO 8 . PERCEBENDO OS ASPECTOS MARCANTES PARA APLICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL.**

Categoria	Subcategorias
Percebendo os aspectos marcantes para aplicação dos diagnósticos na prática assistencial.	8.1. Sentindo dificuldades para fazer o diagnóstico de enfermagem 8.2. Faltando maior conhecimento e experiência prática com o diagnóstico de enfermagem 8.3. Aprendendo a cuidar do cliente neurocirúrgico 8.4. Considerando um cliente complexo 8.5. Tendo recursos humanos insuficientes e sobrecarga de atividades 8.6. Sendo o conhecimento científico e experiência em neurocirurgia facilitadores para identificação do diagnóstico de enfermagem. 8.7. Querendo aplicar o diagnóstico de enfermagem.

Os dados referem que os enfermeiros em neurocirurgia oncológica estão **SENTINDO DIFICULDADES PARA FAZER OS DIAGNÓSTICOS DE**



**ENFERMAGEM**, considerando vários aspectos. Nesta acepção, foi marcante que o enfermeiro ao assistir o cliente de neurocirurgia oncológica (na enfermaria, no centro cirúrgico, no centro de terapia intensiva ou na unidade de pós-operatório) convive e percebe a dificuldade de aplicar o diagnóstico de enfermagem, haja vista a necessária associação dos problemas do cliente com a linguagem diagnóstica, ou seja, apesar do enfermeiro possuir o *Know How* do cuidado junto a esta clientela, ainda, por vezes, não possui o *Know How* para construir de forma clara o diagnóstico, no tocante à formulação completa.

“Eu não estou preparada para fazer aquelas ligações... Para fazer a construção do raciocínio diagnóstico, então, fica aqui a minha dificuldade, nesse aspecto”. Tulipa.

“Eu acho que na nossa prática na recuperação pós-anestésica, só será possível com um *check list*, porque não tem como você fazer um diagnóstico, fazer a prescrição e depois você fazer toda aquela avaliação”. Florzinha.

“Eu acho que o diagnóstico de enfermagem é difícil aplicar... Depois que você entende o diagnóstico vem tão naturalmente...”. Cabeça.

Agora, pode ser apreendido a partir dos dados que, quando o enfermeiro desenvolve suas atividades sem uma seqüência sistemática de ações, podem comprometer a coleta de dados durante a avaliação do cliente, e o julgamento clínico correto para identificar e aplicar os diagnósticos de enfermagem.

“Aqui a gente ainda não tem o diagnóstico organizado em um impresso, mas se tivesse facilitaria muito a aplicação deles e conseguiríamos escrever os diagnósticos porque o tempo é muito curto”. Rosa

“A passagem do paciente pelo centro cirúrgico é muito rápida e muitas vezes não é possível realizar a coleta de dados a partir da história dele”. Florzinha.

“Porque a gente não tem essa idéia às vezes organizadinha da seqüência que você vai fazer, do que realmente precisa... De forma sistemática”. Vermelho.

Os dados ainda apontaram que o enfermeiro reconhece que, para aplicar os diagnósticos, está **FALTANDO MAIOR CONHECIMENTO E EXPERIÊNCIA**

**PRÁTICA COM O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.** É importante ressaltar que se trata de temática bastante discutida no rol de conhecimentos da enfermagem (atualmente). Entre os enfermeiros tem havido muita discussão sobre o que *é* e o que *não é* um diagnóstico de enfermagem.

Os enfermeiros, para fazer o diagnóstico de enfermagem, dentre outros aspectos, devem possuir habilidades técnicas no tocante ao levantamento e agrupamento adequado de dados relacionados ao cliente. Os dados são essenciais para a realização mesma dos diagnósticos de enfermagem. Portanto, cabe aos enfermeiros tornarem-se cada vez mais aptos em prol de uma *expertise* apropriada quanto à obtenção de histórias de saúde completas.

Assim, existem dois tipos de investigação ou levantamento de dados realizados para a geração de diagnósticos de enfermagem precisos de enfermagem: investigação completa e investigação focalizada. A investigação completa abarca todos os aspectos de uma estrutura investigativa de enfermagem, como, por exemplo, os onze padrões funcionais para a determinação da condição de saúde do indivíduo, da família ou da comunidade. As investigações completas dos clientes são realizadas, sobretudo, na admissão hospitalar. As investigações focalizadas concentram-se em determinado assunto ou preocupação, como dor, sono ou estado respiratório. São feitas quando sintomas específicos precisam ser melhor investigados.

As metas de uma investigação de enfermagem incluem focalizar os dados necessários à identificação das reações e experiências humanas; realizar essa investigação com o cliente ou com a família e ter os achados baseados em pesquisas e outras evidências. A estrutura padrão de saúde funcional é uma estrutura amplamente utilizada para gerar diagnósticos precisos de enfermagem.

Portanto o enfermeiro deve associar o raciocínio diagnóstico à investigação de enfermagem através da história do cliente, bem como da realização do exame físico. Assim,

as hipóteses diagnósticas serão analisadas ao longo do processo investigativo e utilizadas junto com um instrumento formal de investigação para gerar dados necessários aos diagnósticos.

Os dados mostraram que os enfermeiros necessitam de maior conhecimento científico e da experiência com os diagnósticos de enfermagem na prática assistencial em que pese o interesse mesmo em buscar continuamente este conhecimento (quando mais aplicar, mas apto tornar-se-á). Do mesmo modo, o enfermeiro necessita de conhecimento contínuo em neurocirurgia oncológica, a fim de que o mesmo possa ter seu julgamento clínico balizado para a realização do diagnóstico de enfermagem preciso.

“Um dos aspectos que acho importante para a aplicação dos diagnósticos na prática é a pessoa querer fazer e saber fazer. Deve-se entender o que é o diagnóstico e qual a importância do diagnóstico de enfermagem...”. Florzinha

“O enfermeiro em primeiro lugar deve ter o conhecimento para identificar o diagnóstico de enfermagem, senão ele vai fazer o diagnóstico sem saber por que e para que está fazendo e sem saber aonde quer chegar”. Azul

“Se a pessoa não tiver conhecimento não vai ter como encontrar diagnóstico de enfermagem ao avaliar o paciente...”. Girassol

“Primeira coisa que eu acho é conhecimento científico ligado a prática para aplicar o diagnóstico de enfermagem, as pessoas não conseguem fazer muito o link do que você aprende com o que você aplica”. Águia

Foi possível apreender junto aos dados que o enfermeiro consciente de sua responsabilidade assistencial e reconhecendo sua deficiência com relação ao diagnóstico de enfermagem em neurocirurgia oncológica percebe e compreende a importância de estudar e de buscar a capacitação periódica para aplicação dos mesmos e, por conseguinte, adquirir experiência prática na sua aplicação.

“É necessário você ter conhecimento, estudar melhor, para estar aplicando o diagnóstico de enfermagem; porque se você não estudar, você não vai ter condições e não vai saber como aplicar, como cuidar desse doente. Se você não tiver conhecimento científico, embasamento científico, você não vai cuidar melhor de seu doente”. Estrela.

“Se não tiver conhecimento e não tiver experiência não será possível fazer os diagnósticos de enfermagem”. Rosa.

“O diagnóstico de enfermagem mostra a cientificidade daquilo que o enfermeiro está fazendo e não o cuidado sem base nenhuma... Mas, exige do enfermeiro conhecimento”. Violeta.

Ao reconhecer que a linguagem diagnóstica é essencial à prática do enfermeiro, tem-se a reflexão que se trata de uma poderosa habilidade, que requer pensamento crítico, analítico, criativo e acurado para comunicar os fenômenos de enfermagem dentro de um sistema de padronização, que não pode ser alienante, nem muito menos estigmatizante. Nesse aspecto, a utilização de uma taxonomia única para os diagnósticos de enfermagem, aqui, considerando os dados, aquele concernente a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), consiste na possibilidade de facilitar a homogeneidade da linguagem de enfermagem.

Por assim dizer, a utilização de uma linguagem específica na enfermagem favorece que todos os enfermeiros possam aplicar, compreender e comunicar-se entre si, em um determinado contexto, haja vista as máximas e distinções qualitativas pertinentes as especialidades em saúde, neste estudo cabível a neurocirurgia oncológica. Também, favorecerá a construção de um conhecimento próprio decorrente da experiência dos enfermeiros com os diagnósticos de enfermagem no tocante a esta área de atuação.

“O enfermeiro tem que ter conhecimento e experiência para aplicar os diagnósticos... Percebo que está faltando experiência prática na aplicação dos diagnósticos de enfermagem”. Lua.

“Há necessidade de experiência para aplicar os diagnósticos e ter o mínimo de conhecimento para trabalhar com o paciente da neurocirurgia”. Estrela.

“Eu acho importante o conhecimento técnico para aplicar os diagnósticos de enfermagem e conhecer o paciente... Eu acho que o exame físico é uma coisa importantíssima. Graças a Deus que aqui a gente faz”. Luz.

Ao longo da trajetória profissional do enfermeiro foi possível observar através dos dados, que, ao iniciar seu trabalho em neurocirurgia oncológica, necessitou estar

**APRENDENDO A CUIDAR DO CLIENTE NEUROCIRÚRGICO.** Foi necessário adquirir conhecimento teórico e prático através de estudos e leituras relacionados à especialidade, como também no que tange a vivência prática do dia a dia (respeito à flecha do tempo), a qual possibilita o enfermeiro sedimentar o conhecimento a partir da associação contínua entre: *saber que e saber como*. Cabe ressaltar a satisfação que o enfermeiro tem em cuidar desse cliente e poder lhe proporcionar uma assistência com qualidade, baseada no conhecimento técnico-científico consubstanciado apreendido.

“Melhorei meu conhecimento para avaliar esse paciente com o tempo e... Aprendi a ver quando o paciente está piorando”. Vermelho.

“A ação do próprio tumor, mexe muito com o cálcio, com o metabolismo. Mas, isso são experiências que possibilitam adquirir conhecimento. A gente aprende muito”. Girassol.

“... A enfermagem tem que atuar enquanto pessoa olhando todos os aspectos que estão envolvidos com o paciente. Isto é muito trabalhoso”. Violeta.

Diante dessa realidade, quando o enfermeiro inicia seu trabalho em uma área especializada, como a neurocirurgia oncológica e, uma vez não sendo conhecedor das especificidades, ou seja, sendo iniciante na profissão ou na área de atuação, é importante a elaboração de estratégias (guias de ação) para que o enfermeiro possa se apropriar dos conhecimentos teóricos e práticos relacionados à especialidade e necessários à prestação de uma assistência de enfermagem qualificada, eficaz e livre de riscos.

Face ao exposto, o cliente de neurocirurgia demanda de muitos cuidados específicos e de uma assistência consideravelmente especializada. Por este motivo, os dados reafirmaram que os enfermeiros os entendem **CONSIDERANDO UM CLIENTE COMPLEXO**. Sabe-se que o cliente com tumor do sistema nervoso pode apresentar ao longo de sua internação alterações do nível de consciência em decorrência da ação do tumor. Tais

alterações variam de acordo com a localização, velocidade de crescimento e tipo histológico da neoplasia.

O cliente pode, em um determinado momento, ser responsivo, sem nenhum sinal aparente de anormalidades e, de repente, iniciar um quadro de alteração do nível de consciência progressivo, podendo chegar ao coma. O comprometimento do sistema nervoso pelo tumor pode levar também o cliente a ter uma labilidade emocional, alteração de comportamento, alteração do nível de consciência como tópor e sonolência. Da mesma forma, o cliente pode aparentemente estar bem e evoluir para um quadro bastante agressivo.

“Eu acho um paciente difícil porque às vezes ele aparenta estar tranqüilo e às vezes fica agitado”. Vermelho.

“O paciente está bem e de repente começa a ficar sonolento... Já é um sinal que para a gente ficar bem alerta, bem alerta. O paciente ficar confuso já faz parte do quadro dele. Depois vai evoluindo para melhor ou às vezes está lúcido, orientado e fica confuso”. Girassol.

“É um paciente lábil emocionalmente, psicologicamente e que precisa de monitorização”. Persa.

Logo, o acompanhamento neurológico, através de uma avaliação minuciosa do cliente pelo enfermeiro, é de extrema importância para prevenção de complicações futuras. Assim, como ter a oportunidade de reabilitar os clientes que se encontram com perdas decorrentes de fraquezas, imobilidades, comprometimentos de reflexos posturais, entre outros. Ou seja, o enfermeiro deve ter maior atenção ao comprometimento da capacidade física do cliente, pois, a partir de seu conhecimento, pode contribuir para melhorar a qualidade de vida desses clientes.

“Eu percebo um paciente bastante complexo e que exige uma percepção bem cuidadosa do enfermeiro”. Cabeça.

“Ele tem uma subjetividade por causa da lesão cerebral e se o enfermeiro não enxergar uma série de sintomas fisiológicos... Pode pôr sua vida em risco”. Azul.

A fase que se segue à realização de uma cirurgia do sistema nervoso central para ressecção de um tumor cerebral, implica, boa parte das vezes, muita cautela do enfermeiro na prestação de seus cuidados, pois o cliente permanece em coma induzido e dependente de ventilação pulmonar mecânica, por um período que varia de acordo com as condições neurológicas do cliente e do tumor ressecado.

É realizado todo um trabalho multidisciplinar para o desmame ventilatório do cliente e para a recuperação do cliente, ainda que haja um período longo de coma pós-operatório, condição que se caracteriza pela diminuição ou perda da consciência, ou seja, estado não responsivo, em que o cliente não está ciente de si nem do meio que o cerca.

O cliente, por não estar consciente, requer uma série de cuidados específicos para manter-se vivo, na grande maioria das vezes, estes necessitam de ventilação assistida, uso de sondas e cateteres, medicações específicas e outros cuidados de reabilitação que promovam a prevenção de complicações advindas do próprio tumor, da ventilação mecânica e do imobilismo. O trabalho é realizado por uma equipe composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e psicólogos, com o objetivo de oferecer suporte emocional ao cliente ao longo de sua recuperação, como também à sua família.

Percebe-se que há necessidade de grande envolvimento do enfermeiro no processo de cuidar do cliente com tumor do sistema nervoso central, considerando as várias manifestações e instabilidades do cliente. Face ao exposto, a avaliação clínica de enfermagem é uma atividade do enfermeiro, pelo qual o mesmo planeja a assistência de enfermagem, supervisiona e executa os cuidados de enfermagem. Avaliar o cliente é, portanto, uma atividade legal dos enfermeiros e pressupõe competência, que envolve inteligência, conhecimento, experiência e intuição no relacionamento do enfermeiro com o cliente. Deve ser uma atividade muito acurada e centrada nos focos de atenção de enfermagem para melhor precisão diagnóstica.

É importante registrar que os enfermeiros desenvolvem a cada dia maior número de atividades que não estão relacionadas à sua competência e, sim, a de outros profissionais. Como também, a despeito de uma constatação na área, atividades burocráticas e administrativas que vêm contribuindo para o enfermeiro não ter tempo para dedicar-se ao cuidado direto; ou seja, condição para interagir mais com o cliente e de forma mais aprofundada, a fim de obter informações precisas para realizar os diagnósticos de enfermagem.

“Olha déficit de pessoal infelizmente nos impossibilita de estar mais próximo do paciente. A realidade é o déficit de pessoal, seja na nossa instituição seja em outras instituições, a verdade é essa”. Violeta.

“Às vezes mal a gente tem tempo para realizar a avaliação do paciente, de sentar, conversar com ele e fazer os diagnósticos de enfermagem”. Vermelho.

“Você não consegue direcionar a assistência ao paciente como um todo, por conta da demanda de trabalho, que você tem, infelizmente, agente não consegue se planejar melhor para realizar o diagnóstico de enfermagem”. Beija Flor.

“Fazer um diagnóstico de enfermagem não é como se fosse evoluir normalmente... Tem que fazer um exame físico minucioso e requer tempo”. Girassol.

“Por conta da demanda de trabalho, infelizmente, agente não consegue se planejar melhor para o diagnóstico. Mas a gente está buscando isso, a gente está tentando se organizar para que a gente consiga direcionar melhor a assistência”. Beija Flor.

O cliente de neurocirurgia oncológica é complexo e, por este motivo, o enfermeiro necessita de condições adequadas de trabalho no que se refere ao quantitativo de recursos humanos para atender não só às questões burocráticas e administrativas, mas, sobretudo, a favorecer o cuidado junto ao cliente.

“... Uma série de sintomas fisiológicos que vão por a vida do paciente em risco. Mas, nada disso vai chegar até você, se você não chegar perto do doente e buscar, avaliar... Porque qualquer pessoa pode passar junto dele e não ver...”. Azul

“... Sendo necessário identificar precocemente, ter essa capacidade de influenciar, de identificar os sinais e sintomas, precocemente, desses pacientes, de qualquer anormalidade que ele venha a apresentar”. Persa



“Minha estratégia no plantão é... Recebendo o plantão à beira do leito com os 25 pacientes e já observo... Como são 25 pacientes e só sou uma, tenho que dar prioridade. Já vejo os mais graves, começo por eles, e vou tentando resolver os problemas e diluindo isso. Conforme vai surgindo os problemas, eu vou resolvendo”. Vermelho

Cabe ressaltar que a assistência de enfermagem deve ser especializada e sistematizada desde a internação do cliente à sua alta hospitalar. Para tanto em todos os ambientes do cuidado, é preciso verificar se o atendimento a este cliente está **TENDO RECURSOS HUMANOS INSUFICIENTES E SOBRECARGA DE ATIVIDADES**.

“Eu acho que você pode gostar muito de fazer diagnóstico, porém, se você não tem tempo hábil para isso e talvez você não tenha gente suficiente para isso fica muito difícil. E eu acho que o diagnóstico tem que ser uma continuidade”. Florzinha.

“O quantitativo de recursos humanos e a qualidade da assistência eles caminham juntos. Tem que ter um quantitativo de funcionários maior porque para poder ser dedicado requer avaliar um paciente com mais tempo”. Girassol.

“Tendo uma equipe formada com um quantitativo suficiente de enfermeiros, ele poderá se dedicar melhor na avaliação, no exame físico e assim detectando sinais e sintomas em uma determinada situação que o enfermeiro possa está aplicando os cuidados a esse paciente”. Estrela.

Face ao exposto, apesar de todas as dificuldades que os enfermeiros vivenciam a fim de proporcionar a melhor assistência possível ao cliente neurocirúrgico nos ambientes por onde ele passa, foi possível observar a partir da análise dos dados, que os enfermeiros, consideram como **SENDO O CONHECIMENTO CIENTÍFICO E EXPERIÊNCIA EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA FACILITADORES PARA IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**.

Neste sentido, os enfermeiros, sujeitos do estudo e com experiência mínima de cinco anos com o cliente de neurocirurgia oncológica, consideraram o conhecimento e a experiência como um facilitador para identificar os diagnósticos de enfermagem (mesmo que a referência seja o pensar e, não o registrar p. p. dito), especialmente, em que pese à definição das características definidoras. Pois, a partir do conhecimento teórico e prático nesta área de atuação, possuem condições para realizar o julgamento clínico apurado com base nos sinais e

sintomas apresentados pelo cliente em qualquer fase de seu tratamento, independente do ambiente no qual é realizada a assistência de enfermagem.

“O conhecimento científico é muito importante, pois se não estudar não adianta, é estudando e adquirindo experiência prática, que o diagnóstico de enfermagem vai ser identificado”. Sol.

“Realmente, o conhecimento científico, ele ajuda a raciocinar e quando a gente tem uma lógica no raciocínio, associando ao que pode vir a acontecer, e entender o que realmente está acontecendo... É aprender a raciocinar, é o caminho dos acontecimentos, é a direção dos eventos. Isso realmente ajuda”. Persa.

“O conhecimento é uma das estratégias que você também... A partir do momento que você vai buscar conhecimento você consegue fazer a identificação dos dados que é uma estratégia para aplicar os diagnósticos de enfermagem”. Cabeça.

Portanto o enfermeiro, a partir do conhecimento e experiências adquiridos ao longo dos anos assistindo o cliente neurocirúrgico, ao realizar sua avaliação constantemente durante o dia, identifica as necessidades assistenciais, como também os sinais e sintomas que predispoem intercorrências do mesmo. Logo, o enfermeiro, através das necessidades do cliente, estabelece as intervenções de enfermagem conforme a situação em que o mesmo se encontra.

“Eu acho que fazemos a avaliação do paciente, o exame físico, a gente já faz o diagnóstico de enfermagem e a gente só não coloca no papel... Ainda não está padronizada essa rotina”. Girassol.

Porém, foi possível perceber, através dos dados, que os enfermeiros, apesar de não utilizarem oficialmente os diagnósticos, estão **QUERENDO APLICAR O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM** na prática assistencial em neurocirurgia oncológica. Obviamente, muitas vezes, não se dão conta que fazem continuamente os diagnósticos (pensam) e, que apenas não formalizam a sua realização.

“O enfermeiro responsável com a qualidade da assistência, ele vai querer fazer os diagnósticos, através da sua vontade, da honestidade e de não ser negligente... É isso”. Azul.

“Porque se você já tem o embasamento no estudo, você quer e tem vontade

de aplicar os diagnósticos e fazer disso uma melhoria da assistência para o paciente”. Estrela.

“Infelizmente o número de pessoal e a demanda do trabalho que aqui é muita, mas eu acho que tinha que ser implementado... Mesmo que fosse um, para a gente já ir...Treinando, vestindo aquela camisa”. Luz.

“Embora aqui nós observamos o interesse, um olhar da chefia para que o enfermeiro tenha uma capacitação para aplicação dos diagnósticos de enfermagem”. Violeta.

Os enfermeiros, ao assistirem o cliente portador de uma neoplasia do sistema nervoso central, reconhecem a importância e o valor dos cuidados que prestam diariamente. Assim como vislumbram a possibilidade garantir uma assistência individualizada e especializada através do diagnóstico de enfermagem. Logo demonstraram interesse em colocar em prática, e de forma oficial, os diagnósticos de enfermagem.

## **APLICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: O DITO E O NÃO DITO**

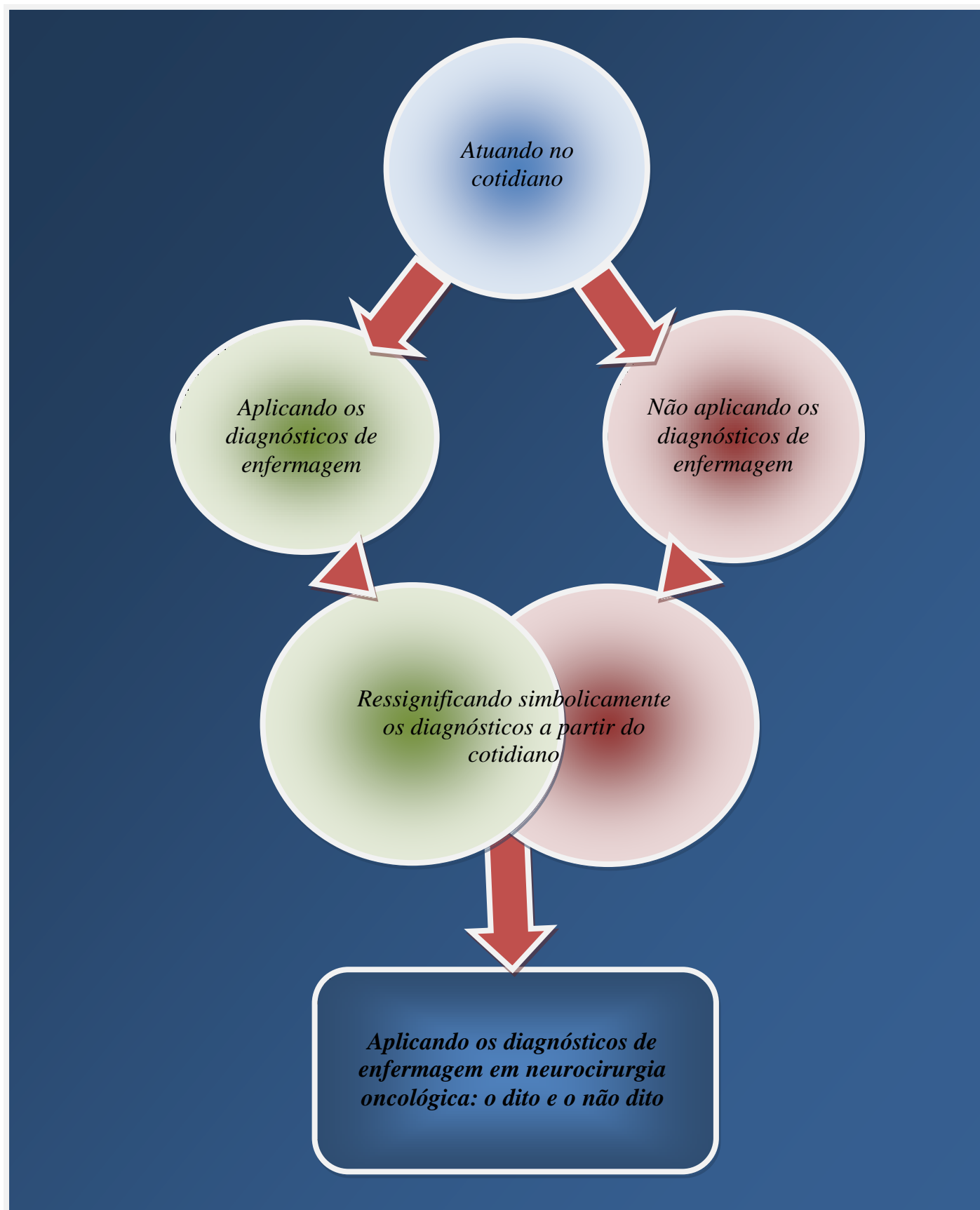
Destaca-se neste ponto o último elemento do paradigma explicativo para o fenômeno em foco. Ressalta-se o resultado das ações/ interações; portanto, este fenômeno apresenta a relação do enfermeiro com os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica e todo o contexto que o rodeia.

Entendendo o cuidado de enfermagem em neurocirurgia oncológica como uma necessidade de mudança de atitude profissional, no que se refere à construção de um corpo de conhecimentos próprios, essa mudança implica uma nova percepção do mundo, das relações sociais e da subjetividade humana.

Portanto, diante das características do cliente de neurocirurgia oncológica, entendemos que a aplicação dos diagnósticos de enfermagem possibilita a melhoria da qualidade da assistência prestada, pois torna-se um processo individualizado, planejado, avaliado e, principalmente, contínuo.

Dessa maneira, o fenômeno **APLICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: O DITO E O NÃO DITO** toma configuração para ser compreendido, a partir das conexões entre as subcategorias: **ATUANDO NO COTIDIANO, APLICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, NÃO APLICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E RESSIGNIFICANDO SIMBOLICAMENTE OS DIAGNÓSTICOS A PARTIR DO COTIDIANO.**

**DIAGRAMA 5 – APLICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM  
NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: O DITO E O NÃO DITO**



**QUADRO 9. APLICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: O DITO E O NÃO DITO**

Categoria	Subcategorias
Aplicando os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica: o dito e o não dito	9.1. Atuando no cotidiano 9.2. Aplicando os diagnósticos de enfermagem 9.3. Não aplicando os diagnósticos de enfermagem 9.4. Resignificando simbolicamente os diagnósticos a partir do cotidiano

Apresentando a primeira subcategoria, na qual temos o enfermeiro **ATUANDO NO COTIDIANO** assistindo o cliente de neurocirurgia na enfermaria, no centro cirúrgico, no centro de terapia intensiva e na unidade de pós-operatório.

Os enfermeiros foram desenvolvendo, ao longo da atuação com os clientes neurocirúrgicos, experiências cada vez mais específicas para assistir esses clientes na enfermaria, no centro cirúrgico, no centro de terapia intensiva e unidade de pós-operatório. Os mesmos permanecem continuamente aprimorando seus conhecimentos com o propósito de melhor assistir e acompanhar a evolução tecnológica e científica acerca da atuação da enfermagem nessa especialidade.

Dessa forma, sistematizar a assistência de enfermagem é um caminho pelo qual o enfermeiro tem a possibilidade de garantir uma assistência especializada, bem como dar visibilidade às ações do enfermeiro em neurocirurgia oncológica. Assim, os dados revelam que o resultado do trabalho do enfermeiro em seu cotidiano é evidenciado pelo

reconhecimento desses clientes, quando, após sua alta hospitalar, retornam ao hospital para agradecer os cuidados recebidos de todos integrantes da equipe multiprofissional.

“É possível observar na fisionomia do paciente o grau de responsabilidade que ele coloca em você, tanto que tempo depois ele te dá esse retorno, ele te telefona para dizer como ele está, esse relacionamento ele é muito rápido e muito profundo”. Tulipa.

“Mas de alguma forma quando o paciente vai de alta hospitalar e quando volta ao hospital para consulta de rotina no ambulatório e passa na enfermaria para visitar a equipe eu acho muito gratificante”. Girassol

“A experiência do profissional vai influenciar positivamente para a aplicação dos diagnósticos de enfermagem. A experiência, a idéia do serviço de neurocirurgia para a implantação dos diagnósticos, pois aqui no hospital se fala essa linguagem, então acho que tudo tem a favorecer a aplicação do diagnóstico”. Vermelho.

“O que mais me agradou foi ter assistido a paciente e feito o diagnóstico de enfermagem. Isso não é bom? A experiência com certeza foi um facilitador para a identificação do diagnóstico, sem sombra de dúvidas”. Sol

Os dados também revelam que os enfermeiros reconhecem os diagnósticos de enfermagem como sendo uma forma de crescimento profissional, pois, ao utilizá-los na prática assistencial, estará empregando uma linguagem própria da profissão. Da mesma forma, os enfermeiros sentem-se seguros para tomada de decisão, quando advindas da experiência prática nessa área de atuação.

“Todo sinal que o paciente de neurocirurgia possa dar, seja um alteração de pressão, uma alteração de PIC, a própria respiração às vezes é um fator importante para o enfermeiro atuar na prevenção de complicações que possam ocorrer. Então, eu aprendi muita coisa assistindo esse paciente”. Águia.

“É importante o enfermeiro vivenciar algumas experiências na sua vida profissional e assim validar realmente o teu conhecimento do dia a dia. É a prática que vai trazer a segurança para o enfermeiro fazer isso”. Azul.

“Não é que nós não fazemos o melhor, porque nós fazemos o nosso melhor, mas se a gente tivesse, se nos dessem condições melhores de fazer o nosso trabalho, com certeza esse seria um trabalho belíssimo. O diagnóstico de enfermagem traria muitas conquistas para os enfermeiros”. Flor do Campo.

“Sendo os DE o diferencial para a nossa profissão porque é em cima do diagnóstico que você consegue recuperar o paciente”. Beija Flor.

“Eu me tornei uma pessoa mais segura e procurando ter um olhar mais cuidadoso com o paciente e com as demais pessoas que eu lido e que trabalho. Eu cresci muito, pode ser que ao longo tempo que eu estou aqui na enfermaria de neurocirurgia, eu cresci mais ainda. Eu tive é um grande incentivo”. Estrela.

Cabe ressaltar que o enfermeiro reconhece o diagnóstico de enfermagem como uma formidável base para cuidar. Assim os enfermeiros, estando na enfermaria, no centro cirúrgico, no centro de terapia intensiva ou na unidade de pós-operatório, reconhecem a importância de suas ações específicas e dotadas de *expertise* para a recuperação do cliente em cada etapa de seu tratamento.

“Então, eu acho que nós já estudamos os diagnósticos, e quando ele for aplicado vai ser uma grande melhoria para nós, como profissional, e para o paciente, pois ele vai ser mais bem assistido e o tempo de estadia dele no hospital vai ser mais curto”. Estrela.

“Eu acho que os diagnósticos influenciarão para a melhora do paciente e o cuidado será específico para cada doente”. Girassol.

“Eu não fico muito feliz de ficar recebendo muito certificado que sou melhor disso ou daquilo não, eu fico feliz de saber que eu aprendi nesses anos todos, alguma coisa, ou seja, eu fiz um diagnóstico de enfermagem e pude ajudar a paciente”. Sol

O enfermeiro em seu contexto assistencial executa inúmeras atividades diariamente, e não pode deixar de fazê-las. Ainda assim, o enfermeiro não deixa de executar suas atividades pelas quais o mesmo é responsável como estar constantemente observando, examinando, questionando e proporcionando cuidados específicos que o cliente necessita. Utiliza-se de ações imprescindíveis para interagir com seu cliente e estar o mais próximo possível do mesmo.

Os cuidados prestados pelos enfermeiros diariamente tem como objetivo amenizar o sofrimento do cliente, estabelecer ações que propiciem sua recuperação de forma a evitar qualquer comprometimento que possa ocasionar um dano maior ou uma sequela irreversível. Por esse motivo, embora todas as dificuldades advindas do cotidiano do enfermeiro, ele reconhece sua essencial responsabilidade na condução do cuidado realizado para e com o cliente.



“O enfermeiro é o profissional que assiste os pacientes 24h ininterruptos e tem condições de identificar suas necessidades assistenciais. Não é o doutor, não é o fisioterapeuta, não é o psicólogo, é o enfermeiro”. Flor do Campo.

“O enfermeiro deve estar próximo ao paciente, conversar, começar dar um tempo para o paciente falar, se expor porque nesse momento há algumas nuances que você vai perceber no paciente”. Estrela.

“O enfermeiro deve assistir o paciente desde uma parada buscando reverter rapidamente a fim de evitar aquela lesão cerebral permanente, senão a complicação neurológica será permanente”. Cabeça

Os dados também revelam que os enfermeiros com conhecimento teórico-prático em neurocirurgia oncológica (*background*), a partir da competência mesma desenvolvida, possuem condições de realizar o julgamento clínico acerca das condições que o cliente encontra-se para estar **APLICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**.

“Se eu estabeleci os diagnósticos de enfermagem e as intervenções específicas, posso afirmar que são realmente facilitadores o nosso dia a dia na assistência de enfermagem porque ele não vai vir associado com o diagnóstico dos outros profissionais”. Tulipa.

“O diagnóstico, dependendo do tipo de clientela como os dos pacientes de neurocirurgia são muito presentes e possíveis de serem observados e identificados rapidamente”. Águia

Igualmente, os dados mostram a fundamental importância para apreensão do conhecimento, dos cursos de capacitação em sistematização da assistência de enfermagem, exame físico e em relação à linguagem diagnóstica da NANDA, das intervenções de enfermagem (NIC) e dos resultados (NOC). Portanto os enfermeiros (agentes sociais do estudo) iniciaram o processo de aprendizado acerca do diagnóstico de enfermagem e sua identificação na prática clínica.

Os dados revelam que os enfermeiros reconhecem a essencialidade da identificação dos diagnósticos de enfermagem, assim como a efetiva possibilidade de sua aplicação na prática clínica, ou seja, ***afirmam ser aplicáveis à prática (dito)***.

“Identificamos os diagnósticos e escrevemos não de acordo com a taxonomia... Eliminação vesical e não fazemos a prescrição de enfermagem, mas a evolução de enfermagem”. Florzinha.

“O enfermeiro examina, verifica as necessidades do paciente e identifica o diagnóstico e implementa a conduta de enfermagem”. Beija flor

“Aqui temos pouco enfermeiros para fazer diagnóstico de enfermagem, mas considero uma coisa muito boa quando você tem tempo hábil de fazer o diagnóstico e de poder usá-lo. Então o que eu compreendo o diagnóstico como aquilo que você vê no paciente”. Flor do Campo.

“Com a linguagem diagnóstica o enfermeiro consegue atuar mais com o paciente, pois eu acho que os diagnósticos são mais assim voltados para essa parte assistencial, nem tanto privilegiando a parte da gerência”. Violeta

Da mesma forma, os dados revelam que os enfermeiros, em seu cotidiano assistencial, identificam e aplicam os diagnósticos de enfermagem a partir da avaliação de enfermagem realizada diariamente. A identificação e aplicação dos diagnósticos ocorrem de forma automática (por vezes não se dão conta) na prática clínica a partir da avaliação da fala, deglutição, mudanças neurológicas e humor do cliente, dentre outros fatores que possam ocorrer.

“Fazemos o diagnóstico de enfermagem no automático, você já vai fazendo os cuidados com o cliente sabendo que aquilo é um diagnóstico que você identificou, porém não temos tempo hábil para colocar no papel. Temos facilidade para identificá-lo ao avaliar o paciente”. Florzinha.

“Consigo identificar o diagnóstico ao observar a fala do doente, a deglutição, às mudanças neurológicas, de humor, a marcha, as alterações nas condições físicas e nutricionais do doente. Podemos identificar vários diagnósticos relacionado às condições do paciente”. Estrela.

“Não tem como não pensar no diagnóstico, sem você já visualizar o teu resultado. Quando fazemos o diagnóstico a associação é tudo muito interligado é um raciocínio muito rápido e ligado um ao outro”. Azul.

Cabe ressaltar que, embora os enfermeiros tenham recebido instrumentalização acerca dos diagnósticos, ainda há impeditivos, que favorecem a constatação: **NÃO APLICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**, ou seja, de modo e a partir de rotina institucionalizada. Embora identifiquem os diagnósticos e estabeleçam às intervenções

de enfermagem correspondentes, os mesmos não são aplicados e registrados **oficialmente**, de acordo com os conceitos diagnósticos, características definidoras e fatores relacionados (**não dito**).

“A sensação que eu tenho é que a gente não dá continuidade ao processo porque quando você faz o diagnóstico, aí sim, você canaliza a tua energia, no sentido de que você vai reavaliar aquilo que já existe, o que já está sendo feito”. Azul.

“A aplicação dos diagnósticos de enfermagem o enfermeiro faz em todos os pacientes. Eu vejo em todos e acho que a gente faz isso sempre, só não denominamos e não registramos”. Vermelho.

Da mesma forma, os dados revelam que os enfermeiros referem à importância de retomar o trabalho inicialmente desenvolvido para a aplicação dos diagnósticos de enfermagem, assim como a possibilidade de registrar suas ações em um sistema informatizado, facilitando a execução das mesmas, otimizando o tempo, para dedicarem-se aos clientes e atender suas necessidades. Outro fato a ser considerado é a possibilidade não somente dos instrumentos de avaliação, como também, os diagnósticos de enfermagem, estarem ligados ao sistema informatizado, uma ferramenta para favorecer os registros das ações de enfermagem.

“Eu acho é necessário haver a retomada oficial dos diagnósticos de enfermagem porque foi interrompida por falta de enfermeiros”. Lua.

“Com uma equipe deficiente, o enfermeiro tem dificuldade de prestar os cuidados de enfermagem e aplicar os diagnósticos de enfermagem com base na taxonomia da NANDA. Você detecta o problema, mas às vezes tem certa dificuldade por não poder se dedicar mais”. Estrela.

“Eu acho que fazer o diagnóstico na recuperação anestésica só se for tipo *check list* porque não tem como você fazer um diagnóstico, fazer a prescrição e prestar os cuidados aos pacientes com o quantitativo de recursos humanos”. Florzinha.

Os registros de enfermagem é a documentação legal e permanente das informações para o gerenciamento do cuidado que o enfermeiro presta junto ao cliente. Entende-se que os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano

visto que possibilitam a comunicação permanente, podendo destinar-se a diversos fins, entre elas pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento e a própria ação de cuidado do enfermeiro.

No ambiente hospitalar, existe uma constante troca de informações e experiências entre as pessoas. Portanto, os registros são uma forma de comunicação e devem ocorrer como um instrumento facilitador da assistência. Assim, os registros de enfermagem completos consistem em um dos mais importantes indicadores de qualidade da assistência de enfermagem prestada.

Face ao exposto, os dados apontam que os enfermeiros realizam inúmeras atividades e, muitas vezes, seu trabalho não tem visibilidade porque eles nem sempre conseguem registrar tudo o que realizam com o cliente que assistem. O correto seria que todos os enfermeiros pudessem ter condições de, após a avaliação do cliente e atendimento às suas necessidades, documentarem as ações que são específicas e de competência única e exclusiva do enfermeiro.

“Nós não registramos o que é nosso por falta de tempo. Fazemos tanta coisa e não fazemos o mais importante que é o nosso registro”. Vermelho.

“Você vai avaliando o paciente e registrando suas intercorrências de dor, de agitação e dando seguimento ao atendimento de suas necessidades imediatas”. Florzinha.

“Pena que ainda não escrevemos tudo o que fazemos com os pacientes. Tudo acontece muito interligado, uma coisa junto a outra e fazemos tudo e só não escrevemos”. Rosa.

Nessa última subcategoria os dados evidenciam os enfermeiros, **RESSIGNIFICANDO SIMBOLICAMENTE OS DIAGNÓSTICOS A PARTIR DO COTIDIANO**, após refletirem sobre sua aplicação na prática em neurocirurgia oncológica.

Os dados revelam que os enfermeiros compreendem o diagnóstico de enfermagem como um facilitador de suas atividades assistenciais, pois possibilita a detecção de problemas reais ou potenciais que os clientes possam apresentar.

“O enfermeiro deve fazer dos diagnósticos uma melhoria para o paciente, pois vai facilitar o seu trabalho mais adiante porque ao ser detectado um problema em relação à parte nutricional e for atendida essa necessidade, mais adiante o paciente não vai fazer uma úlcera de decúbito, por conta de uma desnutrição e a perda de peso. Isso é muito importante para o paciente. Estrela.

“Através do diagnóstico de enfermagem o enfermeiro terá melhores condições de aplicar os cuidados adequados para aquele doente em um determinado momento”. Girassol.

“Acho que a partir dos diagnósticos de enfermagem o enfermeiro consegue identificar todas as necessidades do paciente a partir deles será estabelecido intervenções específicas para tentar resolvê-las. Você identifica no paciente uma necessidade de viver, uma necessidade de ter um acompanhante, uma necessidade não só a social, mas também a espiritual. Então tudo isso você consegue fazendo o diagnóstico de enfermagem”. Flor do Campo.

Considerando o diagnóstico de enfermagem como sendo fundamental para a precisão e a relevância de todo um plano assistencial ao cliente neurocirúrgico, requer-se do enfermeiro capacidade para identificar os problemas e suas causas para direcionar um cuidado eficiente e sem riscos para o cliente. Logo, os enfermeiros reconhecem o diagnóstico de enfermagem como a interpretação científica dos dados coletados durante a avaliação do cliente imprescindíveis ao julgamento clínico e ao raciocínio diagnóstico.

“Quando o enfermeiro utiliza o raciocínio diagnóstico como uma ferramenta para dar continuidade ao trabalho de enfermagem, para a avaliação do paciente e estabelecer o diagnóstico de enfermagem, o cuidado ocorre de forma mais prazerosa”. Azul

“Quando o paciente chega à RPA, você já vai raciocinando automaticamente ao avaliar o paciente. Você recebe o doente, instala a macronebulização, inicia um processo de interação com ele e registra os dados coletados dando início a identificação de muitas necessidades e a partir dessas, você já identifica todos os diagnósticos de enfermagem”. Florzinha.

“Eu acho positivo o enfermeiro trabalhar com a linguagem do diagnóstico de enfermagem, pois ele consegue sistematizar melhor a assistência e o diagnóstico a assistência uniformizando a linguagem de enfermagem como tem sido para todas as equipes multiprofissional de saúde”. Violeta.

Os dados apontam que os enfermeiros buscam adquirir maior autonomia para intervir de acordo com as necessidades do cliente a partir da aplicação dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica, possibilitando individualizar a assistência nessa especialidade e garantindo sua qualidade.

“Podemos fazer um diagnóstico do paciente quando ele apresenta hipotermia, uma alteração da consciência. Através do diagnóstico de enfermagem é possível assistir melhor o paciente, prestar um cuidado melhor”. Rosa.

“Eu acho que não deixamos de fazer o diagnóstico de enfermagem. Estamos sempre fazendo, mesmo nas nossas deficiências a gente está sempre fazendo”. Flor do Campo.

“Eu acho que primeiro tem que haver a retomada oficial dos diagnósticos na prática porque foi interrompida por falta de enfermeiros no centro cirúrgico”. Lua.

“Sendo possível observar a aplicabilidade do diagnóstico na assistência, podendo com o tempo ser uma rotina para você”. Luz.

Cabe ressaltar que os enfermeiros não medem esforços e dedicação em proporcionar ao cliente e à sua família orientações acerca de sua patologia e tratamento, assim como conforto, segurança, proteção, entusiasmo e perseverança em todos os ambientes do contexto social em que o mesmo é assistido.

Da mesma forma, os dados revelam que os enfermeiros a partir de conhecimento e experiência em neurocirurgia oncológica, identificam os diagnósticos de enfermagem da NANDA passíveis de serem aplicados na prática clínica nessa área de atuação. Os mais citados são elencados no quadro a seguir:

**QUADRO 10. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA**

<b>Promoção da Saúde</b>	<b>Nutrição</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle familiar ineficaz do regime terapêutico</li> <li>• Manutenção do lar prejudicada</li> <li>• Disposição para nutrição melhorada</li> <li>• Autocontrole ineficaz da saúde</li> <li>• Manutenção ineficaz da saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deglutição prejudicada</li> <li>• Nutrição desequilibradas: menos do que as necessidades corporais</li> <li>• Risco de glicemia instável</li> <li>• Risco de desequilíbrio eletrolítico</li> <li>• Disposição para equilíbrio de líquidos aumentado</li> <li>• Volume de líquidos deficiente</li> <li>• Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</li> <li>• Risco de volume de líquidos deficiente</li> </ul>
<b>Eliminação e Troca</b>	<b>Atividade / Repouso</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminação urinária prejudicada</li> <li>• Incontinência urinária funcional</li> <li>• Incontinência urinária por transbordamento</li> <li>• Retenção urinária</li> <li>• Constipação</li> <li>• Risco de constipação</li> <li>• Diarréia</li> <li>• Incontinência intestinal</li> <li>• Troca de gases prejudicada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insônia</li> <li>• Padrão de sono prejudicado</li> <li>• Deambulação prejudicada</li> <li>• Risco de síndrome do desuso</li> <li>• Mobilidade física prejudicada</li> <li>• Mobilidade no leito prejudicada</li> <li>• Recuperação cirúrgica retardada</li> <li>• Capacidade de transferência prejudicada</li> <li>• Fadiga</li> <li>• Perfusão tissular periférica ineficaz</li> <li>• Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz</li> <li>• Padrão respiratório ineficaz</li> <li>• Risco de sangramento</li> <li>• Ventilação espontânea prejudicada</li> <li>• Resposta disfuncional ao desmame ventilatório</li> <li>• Déficit no autocuidado para alimentação</li> <li>• Déficit no autocuidado para banho</li> <li>• Déficit no autocuidado para higiene íntima</li> <li>• Déficit no autocuidado para vestir-se</li> </ul>
<b>Percepção / Cognição</b>	<b>Autopercepção</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome da interpretação ambiental prejudicada</li> <li>• Percepção sensorial perturbada: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, tátil e olfativa</li> <li>• Planejamento de atividade ineficaz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desesperança</li> <li>• Risco de dignidade humana comprometida</li> <li>• Distúrbios da identidade pessoal</li> <li>• Sentimento de impotência</li> <li>• Risco de sentimento de impotência</li> <li>• Risco de solidão</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confusão aguda</li> <li>• Risco de confusão aguda</li> <li>• Conhecimento deficiente</li> <li>• Memória prejudicada</li> <li>• Comunicação verbal prejudicada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa autoestima crônica</li> <li>• Baixa autoestima situacional</li> <li>• Risco de baixa autoestima situacional</li> <li>• Distúrbio na imagem corporal</li> </ul>
<b>Papéis e Relacionamentos</b>	<b>Sexualidade</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensão no papel de cuidador</li> <li>• Risco de tensão do papel de cuidador</li> <li>• Integração social prejudicada</li> <li>• Desempenho de papel ineficaz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfunção sexual</li> <li>• Padrões de sexualidade ineficazes</li> </ul>
<b>Enfrentamento / Tolerância ao estresse</b>	<b>Princípios da vida</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedade</li> <li>• Ansiedade relacionada à morte</li> <li>• Medo</li> <li>• Tristeza crônica</li> <li>• Capacidade adaptativa intracraniana diminuída</li> <li>• Disreflexia autonômica</li> <li>• Risco de disreflexia autonômica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposição para aumento da esperança</li> <li>• Sofrimento espiritual</li> <li>• Risco de sofrimento espiritual</li> </ul>
<b>Segurança / Proteção</b>	<b>Conforto</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de infecção</li> <li>• Risco de aspiração</li> <li>• Dentição prejudicada</li> <li>• Desobstrução ineficaz de vias aéreas</li> <li>• Integridade da pele prejudicada</li> <li>• Risco de integridade da pele prejudicada</li> <li>• Integridade tissular prejudicada</li> <li>• Risco de lesão</li> <li>• Risco de lesão por posicionamento perioperatório</li> <li>• Mucosa oral prejudicada</li> <li>• Risco de disfunção neurovascular periférica</li> <li>• Proteção ineficaz</li> <li>• Risco de quedas</li> <li>• Risco de trauma</li> <li>• Risco de suicídio</li> <li>• Hipertermia</li> <li>• Hipotermia</li> <li>• Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conforto prejudicado</li> <li>• Dor aguda</li> <li>• Dor crônica</li> <li>• Náusea</li> </ul>
	<b>Crescimento / Desenvolvimento</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de crescimento desproporcional</li> <li>• Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar</li> <li>• Risco de atraso no desenvolvimento</li> </ul>



Neste sentido, o modelo apresentado a seguir é a síntese das reflexões acerca dos fenômenos estudados e serve como ponto de partida para a compreensão do significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica. Portanto, foi possível a apreensão de cinco fenômenos que compõem o paradigma do presente estudo, segundo o conceito do Interacionismo Simbólico e a dinâmica da Teoria Fundamentada nos Dados, assim organizados e apresentados:

Modelo paradigmático do estudo, de acordo com o instituído por Strauss e Corbin (2008, p. 127).

**DIAGRAMA 6 – ARTICULAÇÃO DO MODELO PARADIGMÁTICO (CONDIÇÕES CAUSAIS, CONTEXTO, ESTRATÉGIAS DE AÇÃO / INTERAÇÃO, FATORES INTERVENIENTES E CONSEQUÊNCIAS) COM OS FENÔMENOS DO ESTUDO.**

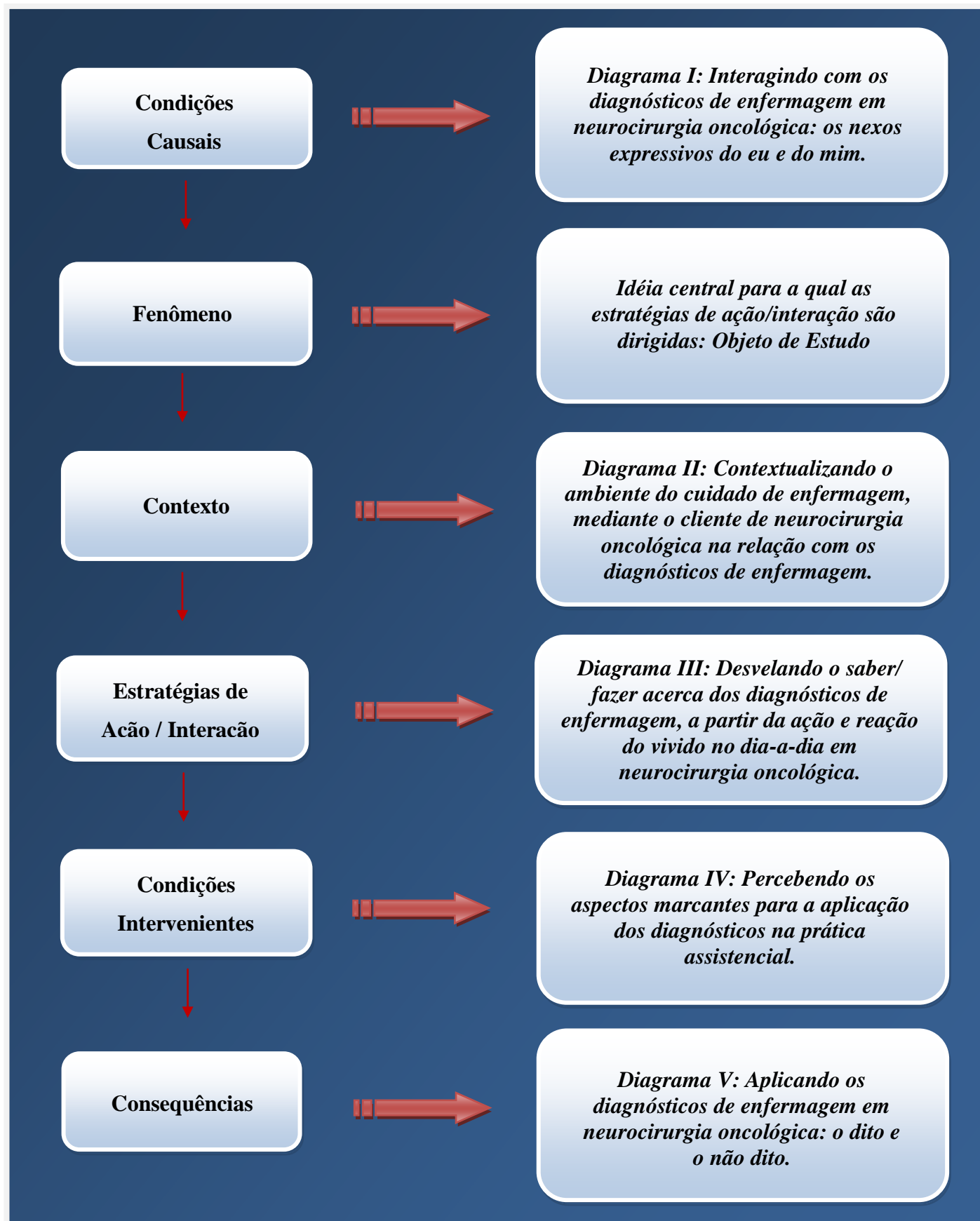
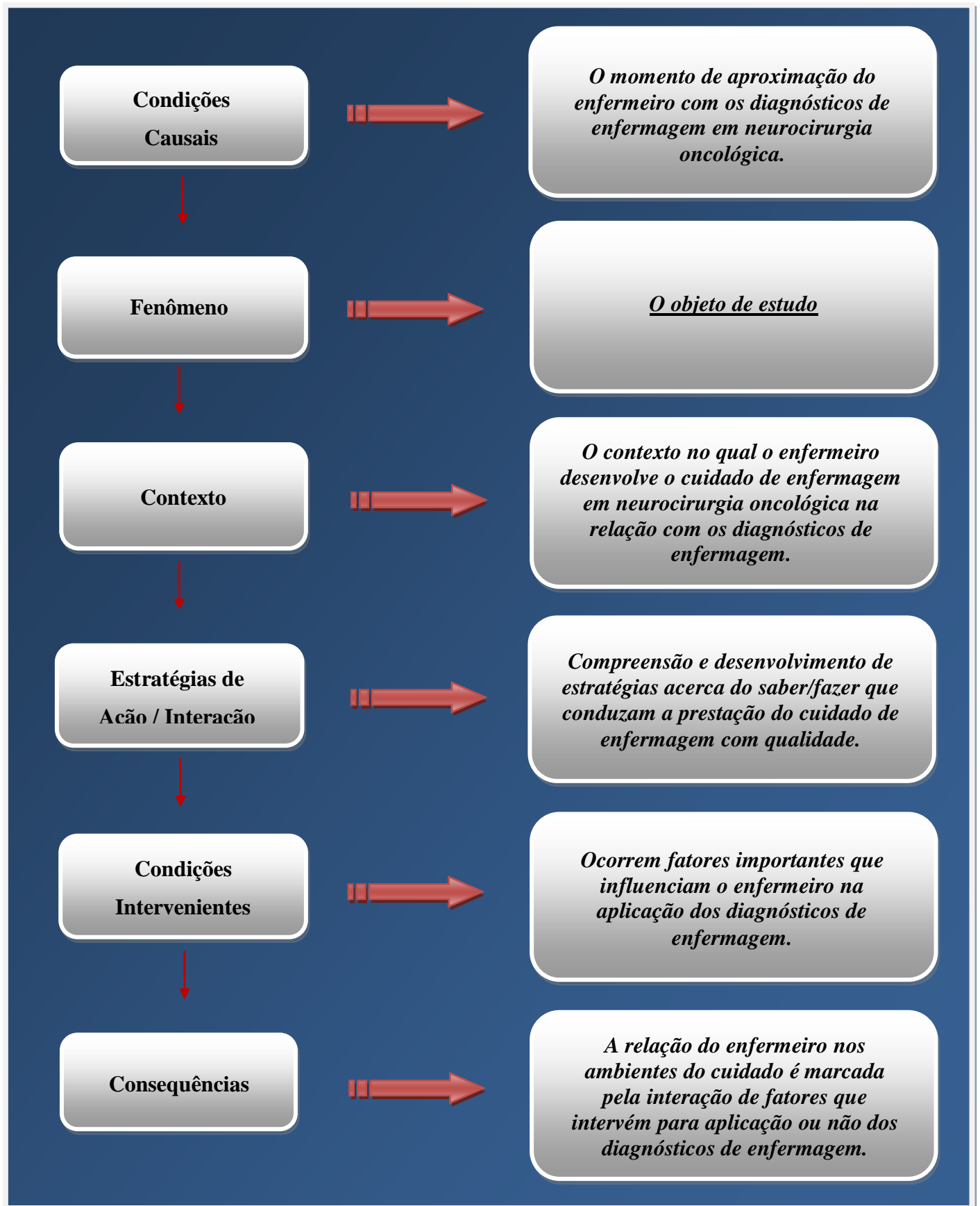


DIAGRAMA 7 – ARTICULANDO O MODELO PARADIGMÁTICO COM OS SIGNIFICADOS DOS FENÔMENOS DO ESTUDO.





*DESCOBRINDO O  
FENÔMENO CENTRAL*

## CAPÍTULO VI

### CATEGORIA CENTRAL

Ao elaborar a **Matriz Teórica Substantiva** no tocante ao significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica à luz da práxis cotidiana dos enfermeiros especialistas, foram utilizados códigos, categorias e subcategorias a fim de orientar em as reflexões apresentadas até o momento. Para tanto, o estudo foi organizado com base no modelo paradigmático, em destacando-se as condições causais, fenômeno central, contexto, estratégias de ação/interação, condições intervenientes e a consequência.

Assim, o Modelo Teórico construído propõe a conexão e interconexão entre os fenômenos anteriormente apresentados: **INTERAGINDO COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: OS NEXOS EXPRESSIVOS DO EU E DO MIM** – Condições Causais; **CONTEXTUALIZANDO O AMBIENTE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM, MEDIANTE O CLIENTE DE NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA NA RELAÇÃO COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM** – Contexto; **DESVELANDO O SABER/ FAZER ACERCA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, A PARTIR DA AÇÃO E REAÇÃO DO VIVIDO NO DIA-A-DIA EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA** – Estratégias de Ação/Interação; **PERCEBENDO OS ASPECTOS MARCANTES PARA A APLICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL** – Condições Intervenientes; **APLICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: O DITO E O NÃO DITO** – Consequências.

Após a análise dos dados, as construções e as reflexões dela originadas apontam para um fenômeno central, a saber: **SIGNIFICANDO E RESSIGNIFICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: A**

## **BUSCA DO EQUILIBRIO ENTRE O DITO E O NÃO DITO NA PRÁXIS COTIDIANA.**

A **TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS** tem como propósito permitir explicações a partir dos dados organizados de maneira sistemática, de forma a favorecer a reflexão para uma determinada abstração. É um processo interpretativo íngreme, que requer do pesquisador envolvimento e imersão na realidade sobre a qual se pretende teorizar. A Teoria é apresentada a seguir como uma conjunção de fenômenos que integram o modelo paradigmático em sua essência explicativa. Assim, tem-se que:

O fenômeno **INTERAGINDO COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: OS NEXOS EXPRESSIVOS DO EU E DO MIM** representa a condição causal do evento em que o enfermeiro reproduz a primeira vivência com os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica, buscando a definição dos diagnósticos de enfermagem e se aproximando desse instrumento de trabalho com o objetivo de propiciar um plano de ação em que pese o cliente em suas singularidades, objeto axiomático do seu saber e fazer.

Em **CONTEXTUALIZANDO O AMBIENTE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM, MEDIANTE O CLIENTE DE NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA NA RELAÇÃO COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**, emerge a importância do contexto, um dos elementos do modelo, no qual as estratégias de ação e interação são tomadas. Nesse fenômeno a relação do enfermeiro com o mundo ao seu redor interfere na forma como o mesmo lida com as situações, incluindo-se os diagnósticos de enfermagem.

Em **DESVELANDO O SABER / FAZER ACERCA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, A PARTIR DA AÇÃO E REAÇÃO DO VIVIDO NO DIA-A-DIA EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA**; são vislumbradas as estratégias de ação/ interação utilizadas pelo enfermeiro nas suas atividades haja vista o saber/ fazer acerca dos

diagnósticos de enfermagem que conduzam a prestação do cuidado com qualidade. Neste sentido, o enfermeiro busca métodos e instrumentos de trabalho para melhor realizar o cuidado, até mesmo mudando suas atitudes e seus comportamentos.

No fenômeno **PERCEBENDO OS ASPECTOS MARCANTES PARA A APLICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL** aparecem as condições intervenientes, considerando-se que podem as mesmas facilitar, dificultar ou restringir as estratégias de ação/ interação no contexto para a aplicação dos diagnósticos de enfermagem. Portanto, existe a constatação de que os enfermeiros em neurocirurgia oncológica vivenciam fatores influenciadores no tocante à realização mesma dos diagnósticos de enfermagem, considerando-se os vários aspectos presentes no cotidiano.

**APLICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: O DITO E O NÃO DITO** elucida as consequências e resultados atuais ou potenciais das estratégias de ação/ interação utilizadas pelo enfermeiro para aplicação dos diagnósticos de enfermagem. A este ponto, cada enfermeiro age e reage de forma bastante peculiar no enfrentamento mesmo do desafio de aplicar os diagnósticos de enfermagem na prática clínica.

Em virtude da síntese exposta, tem-se a apresentação da Matriz Teórica Substantiva, a saber: **SIGNIFICANDO E RESSIGNIFICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: A BUSCA DO EQUILIBRIO ENTRE O DITO E O NÃO DITO NA PRÁXIS COTIDIANA.** Logo, a categoria central deste estudo mostra-se como *uma apreensão fenomênica em movimento contínuo*, tendo como ponto de partida a práxis dos enfermeiros especialistas, marcada pelo exercício instigante de suas atividades em neurocirurgia oncológica.

Também, como ponto de chegada, tem-se a busca pela aplicação mesma e efetiva dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica, a despeito de qualquer

dificuldade cotidiana, considerando-se todos os atributos necessários para que, de fato, possam ser os diagnósticos de enfermagem executados na sua essencialidade, bem como possam ser reconhecidos pelos diferentes profissionais de saúde, atingindo a visibilidade necessária e tão requerida pela e para a enfermagem.

De tal modo, o contexto do cuidado de enfermagem para e com o cliente em neurocirurgia oncológica, alimenta e retroalimenta o ponto de partida como prenúncio de novas possibilidades, levando a originais e diferentes buscas, bem como formulações acerca dos diagnósticos de enfermagem, que articulem o já conhecido e não aplicado ao que ainda está para conhecer e aplicar. Assim, os dados apontaram que *significar e ressignificar os diagnósticos de enfermagem e, sobretudo, processual*.

Ainda, não poderia de ser anunciado que o processo de apreensão efetiva dos diagnósticos de enfermagem para aplicação em neurocirurgia oncológica exige grande investimento pessoal, bem como institucional. Trata-se de uma situação fenomênica complexa, que implica e tem implicações em questões como respeito, motivação, conhecimento, competência, perseverança, dentre outras. Enfim, exige a união de esforços coletivos, bem fundamentados e focados, para que os fatores que expressam dificuldades possam ser atenuados e até mesmo extintos.

Cabe a ênfase que, **entre o dito e o não dito está o exequível**, precisa-se cada vez mais aproximar-se das reais necessidades e desejos do cliente. Neste sentido, não basta aplicar com esmero os diagnósticos de enfermagem no tocante à *expertise* técnica da sua formulação (título diagnóstico, fatores relacionados e características definidoras), mas, especialmente, colocar o cliente como centro das situações e, por ele/ para ele, valorizar a melhor formulação possível dos diagnósticos de enfermagem (respeitando as individualidades e singularidades), **visando a cuidar do outro (não abandonando o cuidado de si) com máxima potencialidade e legitimidade.**



**DIAGRAMA 8 – SIGNIFICANDO E RESSIGNIFICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: A BUSCA DO EQUILÍBRIO ENTRE O DITO E O NÃO DITO NA PRÁTICA COTIDIANA**

*Significando e ressignificando os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica: a busca do equilíbrio entre o dito e o não dito na prática cotidiana*

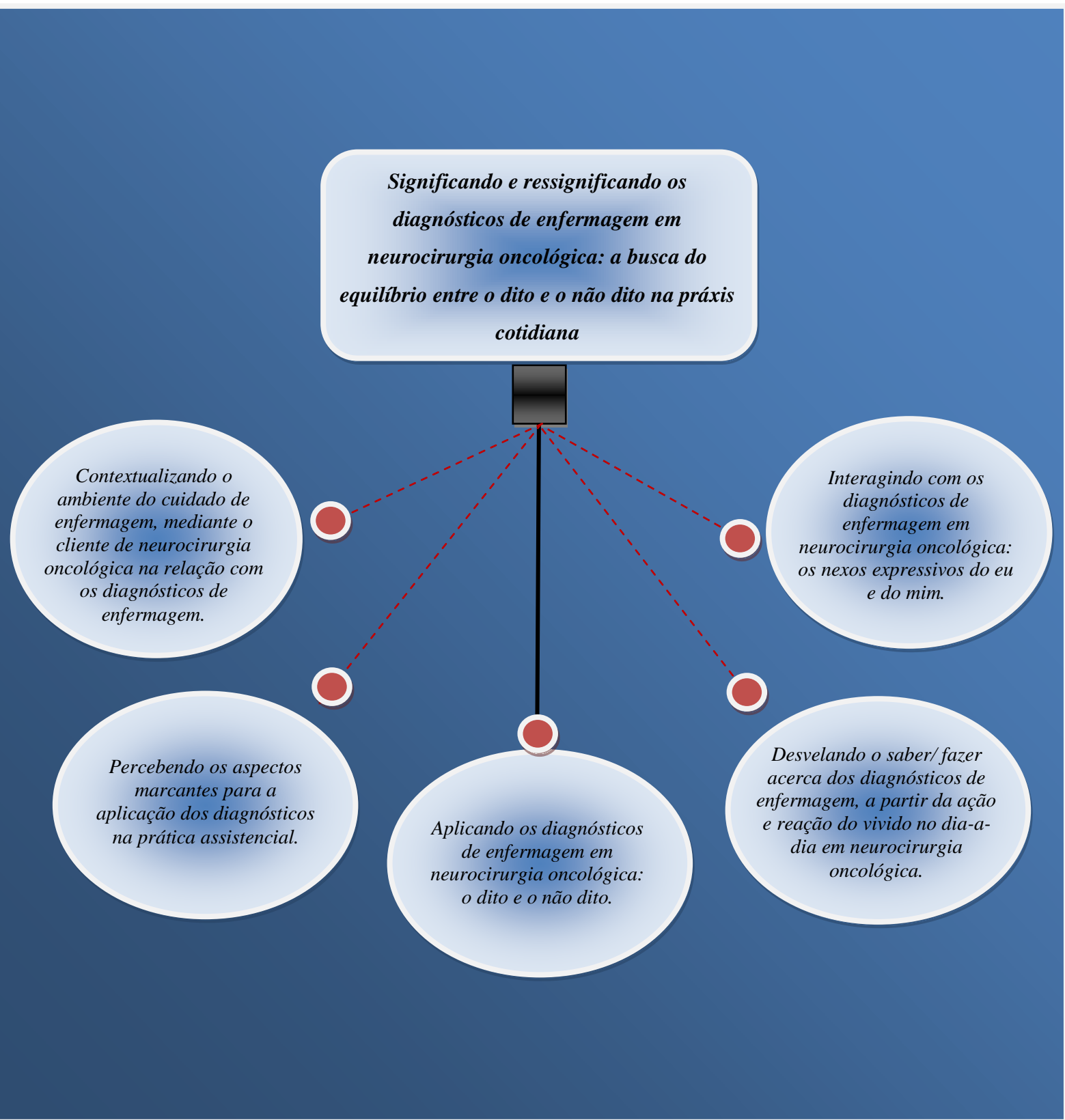
*Contextualizando o ambiente do cuidado de enfermagem, mediante o cliente de neurocirurgia oncológica na relação com os diagnósticos de enfermagem.*

*Interagindo com os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica: os nexos expressivos do eu e do mim.*

*Percebendo os aspectos marcantes para a aplicação dos diagnósticos na prática assistencial.*

*Aplicando os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica: o dito e o não dito.*

*Desvelando o saber/fazer acerca dos diagnósticos de enfermagem, a partir da ação e reação do vivido no dia-a-dia em neurocirurgia oncológica.*





*DIALOGANDO ACERCA  
DOS RESULTADOS*

## CAPÍTULO VII

### DIALOGANDO COM OS AUTORES A PARTIR DO FENÔMENO CENTRAL

Esse capítulo propõe um diálogo a partir do fenômeno central deste trabalho: **SIGNIFICANDO E RESSIGNIFICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: A BUSCA DO EQUILÍBRIO ENTRE O DITO E O NÃO DITO NA PRÁTICA COTIDIANA**, de modo a aproximar as idéias apresentadas, as considerações teóricas de autores estudiosos do *Interacionismo Simbólico*, assim como aqueles envolvidos com pesquisas sobre o Cuidado de Enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

As premissas do Interacionismo Simbólico renovam a natureza do fenômeno em estudo ao fundarem que um dado fenômeno pode ser constantemente ressignificado por um mesmo agente social em função do mundo e das interações que o cercam. Isso reforça a idéia de que, para compreender um fenômeno, considerando a trajetória existencial de um indivíduo, é necessário entendê-lo em sua inserção social e em sua perspectiva de mundo.

Dessa forma, foi muito importante conhecer, a partir da prática cotidiana dos enfermeiros especialistas, o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica a partir da interação que os enfermeiros estabelecem com os diagnósticos de enfermagem e em relação a si próprio. Cabe ressaltar o comportamento apresentado pelo sujeito, a partir do significado e da definição da situação que atribui às coisas, ou seja, da ação que desenvolve, que, segundo Blumer (1969, p. 12), se trata de:

(...) um processo contínuo de tomada de decisões, resultante das formas como o ser humano percebe e interpreta o mundo. Ele investiga o significado das ações e dos atos de outras pessoas e, a partir disso, define o curso de sua ação, fundamentada na sua interpretação. Dessa maneira, numa interação consigo mesmo e com os outros é chamado a agir, construindo a sua ação.

Não poderia de deixar de relatar que as experiências vivenciadas pelos enfermeiros mostraram o quanto os clientes neurocirúrgicos necessitam de um cuidado minucioso, que exige expertise relacionada a essa especialidade, como também da construção de um conhecimento de enfermagem que contemple holisticamente as necessidades desses clientes.

Segundo Valadares (2006, p.10), o enfermeiro, ao iniciar suas atividades em um setor especializado em uma condição de iniciante, tem por desafio alcançar, em serviço, um rápido nível de entendimento teórico/ prático compatível com as necessidades da clientela, para que ocorra uma assistência de enfermagem qualificada, eficiente e livre de riscos.

Do mesmo modo, para a autora (op. cit. p.16), os enfermeiros vêm apropriando-se de espaços distintos e se firmando nas diversas áreas de atuação, sobretudo naquelas onde permanece o investimento em sua capacitação profissional, aumentando seus conhecimentos e as oportunidades que delas possam surgir.

Nessa perspectiva de discussão, também considero essencial as reflexões acerca do conhecimento, considerando a associação que se pretende entre o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica e o avanço do conhecimento. Logo, destaco Hessen (2003, p.97), quando refere que: *“conhecer significa apreender espiritualmente um objeto. Essa apreensão, via de regra, não é um ato simples, mas consiste numa multiplicidade de atos”*.

Para o autor, (op. cit.), no conhecimento encontram-se frente a frente à consciência e o objeto, o sujeito e o objeto. Neste sentido, o conhecimento apresenta-se como uma relação entre estes dois elementos, que, embora eternamente separados (em si), estabelecem uma correlação. O sujeito só é sujeito para um objeto e o objeto para um sujeito. Ser sujeito é completamente distinto de ser objeto. A função do sujeito consiste em apreender o objeto, a do objeto em ser apreendido pelo sujeito.

Essa acepção abre a ponderação que ter acesso às informações referentes aos diagnósticos de enfermagem não é o bastante. É necessário buscar o conhecimento mesmo sobre estes, ou seja, compreendê-los, aprofundá-los, decodificá-los, utilizando o julgamento clínico e o raciocínio diagnóstico para seguramente aplicá-los na prática clínica com o cliente de neurocirurgia oncológica, com ênfase nas relações que podem ser estabelecidas visando à aprendizagem e à aquisição de novas experiências.

Aprender o conhecimento acerca dos diagnósticos de enfermagem é extremamente importante, pois possibilitará o enfermeiro com experiência em neurocirurgia oncológica ter maior facilidade em identificá-los a partir da avaliação clínica do cliente e assim aplicá-los de maneira efetiva, buscando a sistematização da assistência de enfermagem e melhores resultados referentes aos cuidados prestados.

Neste sentido, para Amante *et al.* (2009, p. 54-64), o conhecimento é, sem dúvida, um dos valores de grande importância para o agir profissional do enfermeiro, uma vez que confere aos profissionais segurança para tomar decisões aos problemas detectados no cliente, na sua equipe e nas atividades administrativas do contexto assistencial. Assim, a iniciativa para assumir condutas e atitudes está intimamente relacionada ao conhecimento que o profissional enfermeiro possui.

O diagnóstico de enfermagem pode ser considerado um instrumento de trabalho próprio da prática clínica do enfermeiro, pois o conduz a identificação de problemas reais ou potencial a que o cliente está suscetível em qualquer esfera que envolve o desequilíbrio do seu padrão de saúde. Considerando a sua aplicação, o enfermeiro poderá ampliar a visibilidade no que tange às suas ações a partir de tomada de decisões próprias e de responsabilidade única e exclusiva do enfermeiro em um determinado contexto assistencial.

Cabe ressaltar que a enfermagem, segundo Espírito Santo (2003, p.36), é considerada concomitantemente uma ciência e uma arte, enquanto ciência baseia-se num

amplo quadro teórico que constitui seu corpo de conhecimento e, enquanto arte, depende das capacidades e perícia de cada enfermeiro.

Ainda corroborando a autora, de acordo com Ferreira (2008, p.205-207), a enfermagem, ciência e arte de cuidar de seres humanos, se expressa em uma prática social, cujo objetivo é prestar atendimento as coletividades, as famílias e ao sujeito individualmente. Para tanto, utiliza-se uma abordagem que se destaca tanto na ação, no cuidar, como no objeto de trabalho mesmo da enfermagem, o cuidado.

Para Trezza, Santos e Leite (2008, p.904-908), compreender enfermagem como uma prática social é o mesmo que compreendê-la como uma profissão dinâmica, sujeita a transformações permanentes e que está continuamente incorporando reflexões sobre novos temas, problemas e ações, pois seu princípio ético é o de manter ou restaurar a dignidade do corpo em todos os âmbitos da vida.

Neste sentido, é admirável que o enfermeiro, na prática com o cliente de neurocirurgia, possa compreender as respostas humanas, e, portanto, inclusive as emocionais, em que pesem as experiências singulares que os mesmos manifestam aos cuidados de enfermagem, que exigem dos enfermeiros, conhecimento técnico, científico e sensibilidade aguçada para o entendimento das respostas verbais e não verbais do cliente durante o seu atendimento.

Da mesma forma, para Silva *et al.* (2009, p.697-703), o cuidado às pessoas tem sido apontado como objeto epistemológico da enfermagem. É uma forma de estar com o outro, no que se refere às questões especiais da vida das pessoas, como a promoção e a recuperação da saúde, o nascimento e a própria morte. É compreendido como um cuidado que rompe com a fragmentação corpo/ mente, normal/ patológico. Um cuidado humanizado, favorecedor de uma vida melhor e mais saudável.

O cuidado é uma característica da prática de enfermagem e, segundo Barra *et al.* (2010, p.203-208), as enfermeiras podem contribuir para que a essência deste cuidado permaneça centrada na sensibilidade, na ciência e na arte, refletindo continuamente sobre o seu fazer e o conhecimento envolvido.

Dessa forma, o que diferencia o cuidado de enfermagem de outras formas de cuidar é que ele representa um ato com intenção terapêutica exigindo de quem o faz competência técnica, compromisso e ética dos seus agentes, que interagem entre si. Face ao exposto, o enfermeiro em neurocirurgia oncológica utiliza-se de estratégias, como se apropriar dos diagnósticos de enfermagem enquanto instrumento para o cuidado para prestar melhor assistência de enfermagem ao cliente neurocirúrgico, considerando sua complexidade assistencial que demanda dos cuidados especializados.

Para Espírito Santo (2003, p.238), o cuidado de enfermagem guarda em sua estrutura um conhecimento formal específico e um conhecimento que advém da diversidade das situações emergentes da prática. Na relação de cuidar, ampliam-se as possibilidades de criar e recriar outros conhecimentos, os quais nem sempre assim são considerados.

Por assim dizer, o enfermeiro, ao avaliar o cliente de neurocirurgia oncológica em seu cotidiano, considerando também as situações que o envolvem, reinterpreta constantemente seus conhecimentos e aplica outros, com a finalidade de estabelecer critérios para suas intervenções.

Para Brandão (2009, p.9-11), o conhecimento na perspectiva construtivista não é visto como algo estático, ele oscila e até se move em espiral. Na oscilação, a produção de enfermagem desloca-se entre os conceitos constituidores do metaparadigma, constituído pelo indivíduo, saúde, ambiente e enfermagem, e entre as diversas caracterizações do cuidado. Através do diagnóstico de enfermagem é possível observar uma mobilização dos enfermeiros

enquanto categoria de enfermagem, na construção desta ciência denominada ciência da enfermagem.

Cabe ressaltar, de acordo com Lima (2004, p.20), que, para formular adequadamente um diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro necessita ter conhecimento científico, habilidades técnicas, julgamento clínico a respeito do estado de saúde do cliente, devendo fornecer conhecimento e subsídios para que o cliente possa evoluir para o cuidado de si, bem como para cuidado do outro, sendo imprescindível a comunicação, a orientação e o ensino deste cuidar, visando a uma assistência holística.

Contudo, é importante destacar que o significado dos diagnósticos de enfermagem com vista à sistematização da assistência de enfermagem sofreu um processo de ressignificação na prática de enfermagem em neurocirurgia oncológica. A busca pela melhor assistência possível nessa área altamente especializada foi repensada com base na compreensão de que a qualidade deve representar um fato, e nessa lógica, a Sistematização da Assistência deve ser oficialmente implantada, e isto inclui os diagnósticos de enfermagem.

Ainda corroborando o exposto, segundo Albuquerque *et al.* (2010, p.98-103), a identificação dos diagnósticos de enfermagem e de seus problemas colaborativos dá subsídios ao enfermeiro para elaboração de um plano de cuidados mais específicos, de acordo com o comprometimento de cada cliente. A partir do conhecimento de tais respostas humanas e de seus respectivos fatores preditores, torna-se possível predizer, prever, detectar e controlar as complicações potenciais.

Deve-se considerar que, segundo Brandão (2010, 217-219), a enfermagem ainda está clarificando o seu objeto epistemológico como o cuidado, mesmo já tendo sido estabelecidas suas atribuições privativas e compartilhadas no Decreto nº 94.406/1987. Assim, na esfera dos contextos em delimitações, o diagnóstico de enfermagem é tido de acordo com a Resolução COFEN 314/2009 como a base para as ações e intervenções de enfermagem. Cabe



ênfatizar que alguns diagn3sticos de enfermagem classificados s3o diagn3sticos funcionais, ainda que n3o sejam doen7as.

Em conson3ncia com o exposto, Malucelli *et al.* (2010, 629-636) referem a import3ncia, pertin3ncia e necessidade de implanta73o da sistematiza73o da assist3ncia de enfermagem nos diferentes ambientes da pr3tica profissional. Situando como fato inquestion3vel, partem do princ3pio que a sistematiza73o da assist3ncia de enfermagem contribui para organizar o cuidado, tornando poss3vel a operacionaliza73o do processo de enfermagem e, dessa forma, dando visibilidade 3 contribui73o da enfermagem no 3mbito da aten73o 3 sa3de, em qualquer ambiente onde a pr3tica profissional ocorra.

Ainda corroborando as autoras, segundo Fully (2009, p.7) considera que a implanta73o da sistematiza73o da assist3ncia de enfermagem consiste numa busca por gerenciamento, padroniza73o, classifica73o, (re) ordena73o, (re) arruma73o e documenta73o de atividades que j3 s3o desenvolvidas no cen3rio da pr3tica de enfermagem. A aplica73o da sistematiza73o n3o se restringe apenas ao processo de enfermagem e 3s classifica73es, devem-se considerar os processos interativos em todo o contexto que envolve a assist3ncia de enfermagem.

Portanto, de acordo com Santos *et al.* (2008, p.141-149), fica legitimada e fundamentada a import3ncia da utiliza73o da sistematiza73o da assist3ncia de enfermagem como forma de desenvolver o pensamento cr3tico na pr3tica de enfermagem e gerar autonomia t3cnica, gerenciamento, individualiza73o, uniformiza73o, continuidade e avalia73o do cuidado prestado atrav3s da promo73o do cuidado humanizado dirigido a resultados. Da mesma forma, a sistematiza73o da assist3ncia de enfermagem impulsiona os enfermeiros a continuamente examinar o que est3o fazendo e estudar como poderiam faz3-lo melhor.

A este ponto, cabe refor7ar que os enfermeiros, ao desenvolver suas atividades no contexto do cuidado ao cliente de neurocirurgia na viv3ncia com os diagn3sticos de

enfermagem e na superação de obstáculos, são estimulados à atividade cognitiva, em que o desafio cognitivo faz o enfermeiro mobilizar-se em busca de uma aprendizagem significativa acerca dos diagnósticos de enfermagem.

Não obstante tudo isto, na situação de interação com os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica, é essencial que o enfermeiro tenha motivos para apropriar-se do conhecimento com relação aos diagnósticos de enfermagem. Portanto, tem-se como condição ímpar que o enfermeiro almeje efetivamente aprender e aplicar os diagnósticos com vista a sistematizar a assistência em neurocirurgia oncológica.

Nesse contexto, é preciso ter em conta que o cuidado profissional de enfermagem não é um fenômeno natural e, sim, resultante de um empreendimento humano, ou seja, uma ação profissional dotada de um capital intelectual desenvolvido ao longo da formação profissional e aperfeiçoado em atividades de educação permanente que resultem numa prática reflexiva e crítica das próprias ações.

No cotidiano da enfermagem em neurocirurgia oncológica, coexistem duas dimensões: a do conhecimento/ saber e da práxis, que se refere ao fazer, que envolve todo o processo de cuidar em enfermagem. Refletindo sobre o exposto, e segundo Vale *et al.* (2009, p. 174-180), é na própria práxis que percebemos que o saber é um dos elementos que utilizamos no exercício da profissão de enfermagem, e este saber possibilita o fazer na perspectiva da ação por meio da competência, habilidade, persistência e disponibilidade para agir consciente e intuitivamente.

Neste sentido, o conhecimento que os enfermeiros possuem em neurocirurgia oncológica acerca dos diagnósticos de enfermagem tem passado por um processo contínuo de desconstrução e construção com a perspectiva de garantir uma assistência holística, apesar das adversidades oriundas do cotidiano na prática de enfermagem. O que pode ser visualizado

como novo é a esperança de que o conhecimento não produz certezas, mas é uma estratégia de se fazer refletir sobre as próprias incertezas.

Desse modo, a desconstrução não deve ser vista como algo destruidor, mas como um processo de constante aprendizagem. Para as mesmas autoras (op. cit.), o processo é mais fundamental que o produto gerado, pois, desconstruir e construir são práxis humanas do conhecimento.

Da mesma forma, para Pai *et al.* (2006, p. 82-87), o saber da enfermagem está no exercício das atividades, no qual os profissionais devem relacionar os conhecimentos conceituais adquiridos com os problemas e acontecimentos encontrados em situações concretas. Assim, o enfermeiro estará atuando criticamente, rompendo com as delimitações impostas e tornando visíveis as suas competências.

Neste sentido, os enfermeiros, ao adotarem uma postura crítica acerca dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica no contexto da prática significam, também, pensar em transformações. É proporcionar ao cliente uma assistência holística, promovendo a individualização da assistência, a partir do momento que os diagnósticos de enfermagem e suas intervenções sejam elaborados para a pessoa portadora de necessidades e não somente para a doença.

Associando os achados deste trabalho ao pensamento de Lopes e Jorge (2005, p.108), o cuidado ao cliente de neurocirurgia oncológica na relação com os diagnósticos de enfermagem requer interação transpessoal dos profissionais e de sua família, na medida em que esta, também, é incluída na terapêutica. Essa é a expectativa dos clientes e o melhor caminho a ser trilhado para o sucesso do cuidado que pretende ser integral.

Face ao achado do significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica à luz da práxis cotidiana dos enfermeiros especialistas em contraponto ao mundo

de significados ao seu redor, é importante destacar algumas reflexões, articulando-as aos autores interacionistas:

- O enfermeiro, ao entrar em contato com os diagnósticos de enfermagem, reproduz a primeira vivência com os diagnósticos de enfermagem, buscando sua definição e utilização enquanto instrumento de trabalho, tendo como premissa o *significado* dessa interação para ele;
- O *significado* dado aos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica pelos enfermeiros é consequência da *interação* com os elementos significativos presentes no entorno social, atribuídos na forma como o enfermeiro lida com as situações relacionadas aos diagnósticos de enfermagem;
- O *significado* atribuído ao diagnóstico de enfermagem em neurocirurgia oncológica sofre ação da consciência reflexiva, na qual os enfermeiros utilizam um processo interno de auto-reflexão;
- Para interpretar as suas ações e as ações das outras pessoas, o enfermeiro age e reage em busca estratégias, assim como sofre a ação de fatores intervenientes, no enfrentamento mesmo do desafio de aplicar os diagnósticos de enfermagem na prática clínica.

Dessa forma, a prática da ciência e da arte de cuidar coloca os enfermeiros continuamente diante de inúmeros desafios. Neste sentido, a significação e a ressignificação

dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica, indubitavelmente, também, revelam uma nova provocação, considerando o saber e o fazer do enfermeiro na práxis cotidiana, que precisa ponderar entre o seu *eu* e o seu *mim*, não somente para responder a uma demanda de trabalho, mas, sobretudo, para vencer seus próprios limites e, por conseguinte, responder a si mesmo.



*UMA NOVA ETAPA SE  
APROXIMA*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo Teórico: **SIGNIFICANDO E RESSIGNIFICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: A BUSCA DO EQUILIBRIO ENTRE O DITO E O NÃO DITO NA PRÁXIS COTIDIANA** representa a Teoria Substantiva que emergiu, constituindo uma organizada abstração fundamentada nos dados composta de estruturas que descrevem, explicam e que pretendem predizer a realidade estudada, a partir de conceitos próprios articulados dentro de uma conformação de um todo, que projeta a visão do fenômeno de modo sistemático, direcionado e estruturado.

A metodologia empregada ofereceu suporte apropriado à construção da teoria substantiva que, nesse estudo, foi tratada Teoria Substantiva. A metodologia utilizada trabalha dados qualitativos com rigor científico. Também, a partir do referencial teórico utilizado em consonância com a TFD, foi possível analisar os dados da pesquisa através da busca pelo significado.

Dessa forma, o estudo alcançou os propósitos que deram razão à pesquisa, considerando que pôde, através dos fenômenos originados, alcançar os objetivos traçados. Portanto, esta pesquisa não tem a intenção de esgotar-se em si mesma, mas, fundamentalmente, através da Teoria Substantiva apontada, suscitar outras reflexões e investigações que venham a somar ao rol de achados sobre esta temática.

Percebo com os achados que esse estudo pode ajudar a produção de conhecimento do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE) e o fortalecimento da Linha de Pesquisa Concepções Teóricas, Cuidados Fundamentais e Tecnologias na Enfermagem, a partir da apresentação da Teoria Substantiva e Concepções

Teóricas relacionadas. Isso, de acordo com o desejo esboçado quando das possíveis contribuições da pesquisa.

Assim, os dados indicaram a importância de vivenciar os diagnósticos de enfermagem, objetivando defini-los e compreendê-los enquanto instrumento de trabalho na prática clínica em neurocirurgia oncológica, por conseguinte, produzindo encorajamento para o enfrentamento de situações associadas ao déficit deste aprendizado, que precisa ser, de fato, apreendido.

Para tanto, é imprescindível estudar os diagnósticos de enfermagem no sentido de consolidar, sistematizar e organizar a prática e o cuidado de enfermagem em neurocirurgia oncológica considerando a construção de um conhecimento que seja capaz de abarcar estas proposições e, assim, tornar visíveis as ações de enfermagem.

Desse modo, o enfermeiro na aquisição do conhecimento no contexto da neurocirurgia, precisa buscar aprender, aperfeiçoar e aplicar os diagnósticos de enfermagem através de investimentos próprios, pelos quais o mesmo é responsável. Cabe ressaltar, neste sentido, o interesse institucional em prover capacitação no ambiente mesmo de trabalho.

Não poderia deixar de referir que é preciso respeitar as particularidades do enfermeiro, considerando que a pessoa que deseja e quer gerar mecanismos de enfrentamento que são motivadores para a superação das dificuldades relacionadas aos diagnósticos de enfermagem, enquanto que o não querer aprender e aplicá-los na prática clínica poderá comprometer o desenvolvimento de uma *expertise*, além de gerar sentimentos incompatíveis com a prestação de uma assistência sistematizada em neurocirurgia oncológica.

O fundamento da apreensão do conhecimento baseia-se na confiança mútua que permeia a experiência de quem aprende e daquele que se propõe a ensinar. Alguns aspectos destacam-se como fundamentais, como a flexibilidade, a integração e a convergência no que



se refere aos objetivos em favor de uma prática voltada para o atendimento das individualidades e necessidades dos clientes neurocirúrgicos.

Face ao exposto, é fundamental o estabelecimento de parcerias, ampliando os relacionamentos, de forma a estabelecer melhor interação, com definição clara de papéis de cada profissional da equipe multidisciplinar que presta assistência ao cliente, já que cada papel traz uma contribuição diferente e significativa para obtenção de resultados, em que pese o rol de conhecimentos acerca da especialidade, valorizando as trocas e atividades desenvolvidas por cada um, voltadas à recuperação do cliente.

Neste sentido, não se pode esquecer que o enfermeiro, ao buscar compreender os diagnósticos de enfermagem, gera muitas inquietações, com ênfase para o desenvolvimento da capacidade de mobilizar conhecimento, habilidades e atitudes para a resolução de problemas e situações imprevisíveis oriundas do contexto assistencial em neurocirurgia oncológica.

Cabe retomar ainda que o ambiente de trabalho é composto não só de sua infraestrutura física e técnica, mas, sobretudo, por pessoas que o utilizam. Emerge com demandas importantes para a apreensão do enfermeiro acerca dos diagnósticos de enfermagem e sua aplicabilidade, muitas atividades, considerando-se as rotinas específicas de cada setor, como a enfermaria, o centro-cirúrgico, o centro de terapia intensiva e a unidade de pós-operatório. O trabalho, nesse sentido, organiza-se, antes de qualquer coisa, como uma relação socialmente construída e, não somente, em sua dimensão estritamente tecnológica, cognitiva ou física.

Os dados revelaram que o enfermeiro busca através dos diagnósticos de enfermagem possibilidades de mudanças no modo de cuidar do cliente a partir de um processo interativo e dinâmico nas suas atividades considerando o saber/ fazer acerca dos diagnósticos de enfermagem para proporcionar um cuidado especializado.

Com o passar do tempo, tendo em vista a gradativa apreensão de conhecimentos com relação aos diagnósticos de enfermagem, os enfermeiros adquirem autonomia no tocante às decisões tomadas e intervenções adotadas. Isto, à medida que o diagnóstico é identificado durante a avaliação do cliente na prática clínica de enfermagem. Dessa maneira, o enfermeiro se apropria de métodos e instrumentos de trabalho para assistir melhor o cliente, assim como pode vir a mudar as suas atitudes e os seus comportamentos.

Os dados apontam que o enfermeiro tem como base para tomada de decisões de enfermagem o julgamento clínico, que provém do conhecimento, experiência, percepção e intuição, com base em evidências clínicas, quando, então, as necessidades do cliente são estabelecidas e os diagnósticos de enfermagem são identificados.

O enfermeiro, a partir da identificação dos diagnósticos de enfermagem, realiza ações específicas para alcançar resultados satisfatórios junto ao cliente, avaliando constantemente sua eficácia e reavaliando as situações sempre que necessário em busca de uma assistência de qualidade.

Entretanto, os dados revelam também que, ao tempo da assistência de enfermagem e seu desenvolvimento, os enfermeiros vivenciam fatores influenciadores para a aplicação mesma dos diagnósticos de enfermagem, em decorrência a vários aspectos presentes no cotidiano. Logo, os enfermeiros percebem a dificuldade de aplicar os diagnósticos de enfermagem, haja vista a questão da formulação p. p. dita dos diagnósticos (linguagem diagnóstica).

O desafio está no equilíbrio entre o dito (expertise facilita a operação) e o não dito (registrar é um problema) em que pese a associação competente do raciocínio diagnóstico com a investigação de enfermagem em profundidade. Por assim dizer, nesse sentido, a análise dos dados aponta que o enfermeiro pode vir a estabelecer as características definidoras e os

fatores relacionados dos conceitos diagnósticos, que influenciam as evidências dos achados para compor, de fato, os diagnósticos de enfermagem.

Para tanto, foi possível apreender junto aos dados que o enfermeiro consciente de sua responsabilidade assistencial reconhece sua deficiência e importância no que tange a estudar e buscar continuamente capacitação. Esta relacionada à temática em tela (desafiante) no tocante à aplicação e à aquisição de experiência paradigmática na prática cotidiana.

Foi marcante que o enfermeiro enfrenta dificuldades para a aplicação dos diagnósticos de enfermagem devido à sobrecarga de atividades e ao quantitativo de recursos humanos insuficientes. E também que o conhecimento e a experiência são facilitadores para a composição dos diagnósticos de enfermagem, pois, o conhecimento teórico-prático confere ao enfermeiro condições de reconhecer os sinais e sintomas que o cliente apresenta e, assim, realização do julgamento clínico e o raciocínio diagnóstico.

Os dados revelam que os enfermeiros reconhecem a importância dos diagnósticos de enfermagem, bem como a sua possibilidade de aplicabilidade na prática clínica. É notório que, embora pensem na conformação mesma de um diagnóstico (pensem quando atuam), os enfermeiros ainda não registram oficialmente, de acordo com os conceitos, características definidoras e fatores relacionados, gerando, assim, um problema na documentação das ações de enfermagem, além de não dar visibilidade ao que o enfermeiro faz de direito.

O registro das ações de cuidado é considerado uma ferramenta valiosa para a profissão, instrumento para o cuidado e requerimento legal, no entanto, os enfermeiros percebem a sua efetiva falta (pensando na totalidade do que fazem), alegando falta de tempo para realizá-lo. Assim, os registros se mostram incompletos e não evidenciam o seu fazer.

É importante salientar que os dados revelam que os enfermeiros reconhecem o diagnóstico de enfermagem como um facilitador de suas atividades assistenciais, possibilitando a detecção de problemas reais ou potenciais que os clientes possam apresentar.

De tal modo, os enfermeiros consideram o diagnóstico de enfermagem como de importância fundamental para a precisão e a relevância de todo o plano assistencial focado no cliente.

Não poderia deixar de pontuar que face às ações do cotidiano, na aplicação dos diagnósticos de enfermagem, é importante que o enfermeiro sinta abertura e espaço para expressar as suas idéias e suas reais dificuldades. Além do mais, no sentido de estabelecer apoio para aplicação dos diagnósticos de enfermagem, até que atinja amadurecimento necessário (para eleger e aplicar o diagnóstico de enfermagem), participe de atividades preocupadas com a sua educação permanente.

Diante dessas reflexões, compreender o Modelo Teórico **“SIGNIFICANDO E RESSIGNIFICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: A BUSCA DO EQUILIBRIO ENTRE O DITO E O NÃO DITO NA PRÁXIS COTIDIANA”** implica, sobretudo, entender o enfermeiro como pessoa essencial ao processo, já que o seu enfrentamento, a despeito de qualquer dificuldade cotidiana, fará total diferença no tocante a aplicação mesma dos diagnósticos de enfermagem (executados na sua essencialidade), bem como o reconhecimento e a visibilidade necessária e tão requerida pela e para a enfermagem.

Igualmente, o contexto do cuidado de enfermagem para e com o cliente de neurocirurgia oncológica alimenta e retroalimenta a práxis dos enfermeiros, levando a originais e diferentes buscas, assim como reformulações acerca da aplicação dos diagnósticos de enfermagem, no que se refere ao já conhecido e não aplicado e ao que ainda está para conhecer e aplicar.

O enfermeiro através de sua prática clínica está desvelando possibilidades de cuidar do cliente de neurocirurgia oncológica, não somente na perspectiva do sofrimento, mas, felizmente, na perspectiva do cuidado existencial, abarcando as suas necessidades e singularidades, com respeito as suas limitações. Cabendo, nesta lógica, grande e oportuno

investimento do enfermeiro em prol da recuperação do cliente (seja ela qual for e em qual medida).

Neste sentido, o estudo enfatiza que, entre o dito e o não dito, está o exequível, devendo estar cada vez mais próximo das reais necessidades e desejos do cliente de neurocirurgia oncológica. Logo, o enfermeiro preocupa-se em compreender o cliente como centro das situações e, por ele/ para ele, valorizar a melhor formulação dos diagnósticos de enfermagem, cuidando do outro com a máxima potencialidade e legitimidade, sem abandonar o cuidado de si.

As dificuldades existem, mas não são maiores que o desejo em fazer o melhor. Cabe finalizar este ponto fazendo ênfase que o melhor é construído a cada dia, no repensar de ações, no reconduzir atitudes e comportamentos. O melhor não é desafio fácil, também, não é desafio efêmero. Cada enfermeiro, na lógica da sua práxis, precisa buscar o seu melhor, a despeito de qualquer situação limitante, com perseverança e continuidade. Isto, indubitavelmente, significa aprender cada vez mais em prol de um ser preparado, um profissional com ampla expertise, por assim enfocar, *expertise também na aplicação cuidadosa dos diagnósticos de enfermagem.*

Concluída esta etapa na minha vida profissional, sinto-me satisfeita pelas contribuições que o presente estudo possa gerar para os clientes de neurocirurgia oncológica, para enfermagem e para seres humanos, considerando a importância do cuidado individualizado e especializado. A recompensa pessoal no contato com enfermeiros que atuam em neurocirurgia oncológica foi de extrema importância, pois reforçou a minha crença de que cuidar é entregar-se a uma causa, é investir em busca do conhecimento, é superar desafios, a fim de proporcionar a melhor assistência de enfermagem a quem dela necessita. Sendo assim:

“Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver. (...) a essência do ser humano reside no cuidado. O cuidado é mais fundamental do que a razão e a vontade”.

Leonardo Boff

## REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P.; GUTIERREZ, M.G.R.; MARANHÃO, M.A.S.; ALMEIDA, E.P.M. Estrutura e processo assistencial de enfermagem ao paciente com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. 1997; 50(4): 551-568.

ALBUQUERQUE, J.G.; LIRA, A.L.B.C.; LOPES, M.V.O. Fatores preditivos de diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos ao transplante renal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. 2010; 63(1): 98-103.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**; Tradução Regina Garcez. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 283p.

ALVES, A.R.; LOPES, C.H.A. de F.; JORGE, M.S.B. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. 2008; 42(4):649-655.

AMANTE, L.N.; ROSSETTO, A.P.; SCHNEIDER, G. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo. 2009; 43(1): 54-64.

ASSAD, L.G. **O Hospital Universitário Pedro Ernesto: cenário de aprendizagem para o enfermeiro na prática assistencial**. 2003, 163f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

AYOUB, A.C.; FONTES, A.L.C.; SILVA, M.A.A.; GIGLIOTTE, P.; SILVA, Y.B. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. 1ª ed. São Paulo: Lemar, 2000. p.292.

AUSTREGISILO FILHO, A. **Introdução ao estudo da enfermagem neurológica**. Anais de Enfermagem. 1952; 5(3): 232-235.

BARRA, D.C.C.; WATERKEMPER, R.; KEMPFER, S.S.; CARRARO, T.E.; RADÜNZ, V. Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2010; 63(2): 203-208.

BARBOSA, G.S; VALADARES, G.V. Experimentando atitudes e sentimentos: o cotidiano hemodialítico como base para o cuidar em enfermagem. **Rev. Esc. Enf. Anna Nery**. 2009; 13(1): 17-23.

BARROS, A.L.B & COLS. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2008 – Reimpressão.

BARROS, A.L.B.; FAKIN FT; MICHEL JLM. O uso do computador como ferramenta para a implementação do processo de enfermagem: a experiência do hospital São Paulo / UNIFESP. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2002; 55(6): 714-719.

BLUMER, H. Symbolic interactionism: perspective e method. Berkeley: University of Califórnia; 1969.

BENNER, P. **De iniciado a perito – excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Edição Comemorativa. Coimbra: Quarteto, 2001. p.295.

BETTINELLI, L.A. **A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida**. Florianópolis: UFSC, 2002. 200p

BRAGA, C.G.; CRUZ, D.A.L.M. da. Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. 2005; 39(3): 350-357.

BRANDÃO, M.A.G. Do todo para a parte: a busca do singular na produção de enfermagem. **Rev. Enferm. Escola Anna Nery**. 2009; 13(1): 9-11.

BRANDÃO, M.A.G. Ato médico: considerações gerais para a disciplina de enfermagem. **Rev. Enferm. Escola Anna Nery**. 2010; 14(2): 217-219.



BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN N° 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. [citado em: 30 novembro 2009]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Câncer – O que é. [Citado em: 30 agosto 2010]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Instituto Nacional de Câncer. 3ª Ed. Rev. Ataul. Ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

CARPENITO-MOYER, J.L. **Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 1008p.

CARVALHO, V. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem – Ribeirão Preto**. 2004; 12(5): 806-815.

CARVALHO, V. Enfermagem fundamental – predicativos e implicações. **Revista Latino-Americana de Enfermagem – Ribeirão Preto**. 2003; 11(5): 664-671.

CASSIANI, S.H.de B. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem – Ribeirão Preto**. 1996; 4(3): 75-88.

CASTRO, B.T. Aspectos de enfermagem neurocirúrgica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 1963; 16(4): 274-280.

CHARON, J.M. **Symbolic interactionism: an introduction, na interpretation, na integration**. New Jersey: Prentice-Hall, 1989.

COULON, A. **A escola de Chicago**: tradução de Tomás R. Bueno. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1995. 135p.

COULON, A. **Etnometodologia**: tradução de Ephraim Ferreira Alves. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1995. 134p.

CRUZ, I.C.F. Diagnóstico e prescrições de enfermagem: recriando os instrumentos de trabalho. **Texto & contexto enfermagem**. 1995; 4(1): 160-169.

CUNHA, S.M.B.; BARROS, A.L.B.L. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2005; 58(5): 568-572.

DANTAS, C.D.; LEITE, J.L.L.; LIMA, S.B.S.; STIPP, M.A.C. Teoria fundamentada nos dados – aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2009; 17(4): 573-759.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I. de.; COSTA, T.N.A. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. 1997; 31(2):219-226.

ESPÍRITO SANTO, F.H. **Saberes e fazeres de enfermeiras (os) novatas (os) e veteranas (os) sobre o cuidado de enfermagem no cenário hospitalar**. 2003, 314f. Tese de (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

FERREIRA, M.A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2006; 59(3): 327-330.

FERREIRA, M.A. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. **Texto Contexto Enferm**. 2006; 15(2):205-211.

FERREIRA, M.A. A prática da ciência e da arte de cuidar e as exigências à produção e difusão do conhecimento. **Rev. Enferm. Escola Anna Nery**. 2008; 12(2): 205-207.

FULY, P.S.C.; LEITE, J.L.; LIMA, S.B. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2008; 61(6): 883-887.

FULLY, P.S.C. **Ressignificando o gerenciamento da qualidade e a valorização do cuidado profissional: implantação e implementação da sistematização da assistência de enfermagem**. 2009, 270f. Tese de (Doutorado em enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

GARGIULO, C.A; MELO, M.C.S.C.; SALIMENA, A.M.O; BARA, V.M.F; SOUZA, I.E.O. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Texto & Contexto – Enfermagem**. 2007; 16(4): 696-702.

GOVIDAN, R.; ARQUETTE, M.A. **Washington manual de oncologia**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 662p.

GREENBERG, M.S. **Manual de neurocirurgia**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 922p.

GUSMÃO, S.; SILVEIRA, R.L.; FILHO, G.C. Broca e o nascimento da moderna neurocirurgia. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** 2000; 58(4): 1114-1152.

HAGUETTE T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 2ª Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1990. 163p.

HESSEN, Joannes. **Teoria do conhecimento**. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 177p.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99p.

JUCHEM, B.C.; ALMEIDA, M.A.; LUCENA, A.F. Novos diagnósticos de enfermagem em imagenologia: submissão à NANDA Internacional. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2010; 63(3): 480-486.

KOWALSHI, L.P.; GUIMARÃES, G.C.; SALVAJOLI, J.V.; FEHER, O.; ANTONELI, C.B.G. **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia**. 3ª ed. São Paulo: Âmbito Editores, 2006. 802p.

LENT, R. **Cem milhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência**. São Paulo: Atheneu, 2004. 698p.

LIMA, A.F.C. **Significados que as enfermeiras assistenciais de um hospital universitário atribuem ao processo de implementação do diagnóstico de enfermagem como etapa do sistema de assistência de enfermagem**. 2004, 174f. Tese de (Doutorado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

LOPES, C.H.A. de; JORGE, M.S.B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2005; 39(1): 103-108.

LOPES, R.A.M.; MACEDO, D.D.; LOPES, M.H.B.M. Diagnósticos de enfermagem mais freqüentes em uma unidade de internação oncológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 1997; 5(4): 35-41.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 2005. 99p.

MARIA, V.L.R.; MARTINS, I.; PEIXOTO, M.S.P. **Exame clínico de enfermagem do adulto. Focos de atenção psicobiológicos como subsídios para diagnósticos de enfermagem**. 2ªed. São Paulo: Iátria, 2005. 284p.

MARTINS, P.P.S.; PRADO, M.L.do.; REIBNITZ, K.S. Por uma práxis criativa e reflexiva. **Ciencia y Enfermaria**. 2006; 12(2): 15-22.

MELUCELLI, A.; OTEMAIER, K.R.; BONNET, M.; CUBAS, M.R.; GARCIA, T.R. Sistema de informação para apoio à sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília. 2010; 63(4): 629-636.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Taxonomy of nursing diagnoses**. St. Louis: NANDA, 1990.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2001- 2002** / North American Nursing Diagnosis Association; Tradução Jeanne Liliane Marlene Michel. 1ª reimpressão. Porto Alegre: Artmed, 2002. 288p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação** – 2009- 2011 / NANDA Internacional; Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456p.

NARCHI, N.Z.; GUTIÉRREZ, M.G.R. Diagnósticos de enfermagem em mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia antineoplásica. **Acta Paulista de Enfermagem**. 1997; 10(1): 33-37.

NASCIMENTO, K.C. do; DIRCE S.B.; KOERICH, M.S.; ERDMANN, A. L. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2008; 42(4): 643-648.

NEVES, R.S.; SHIMIZU, H.E. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília. 2010. 63(2): 222-229.

PAI, D.D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E.N.R. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2006; 19(1): 82-87.

PIMENTA, C.A.M.; CRUZ, D.A.L.M. Câncer e dor: alterações nos padrões de resposta humana. **Acta Paulista de Enfermagem**. 1994; 7(1): 27-34.

PIMENTA, C.A.M.; et al. O ensino da avaliação do paciente: delineamento do conteúdo pelo diagnóstico de enfermagem. **Revista Latino-Americana** – Ribeirão Preto. 1993; 2(1): 69-76.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ªed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.

ROTTA, J.M.; PINTO, F. Tumores primários do sistema nervoso central – tratamento neurocirúrgico. In: GUIMARÃES, J.R.Q. Manual de oncologia. 2ªEd. São Paulo, BBS, 2006. 1372p.

RODRIGUES, A.B.; CHAVES, E.C. Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008; 16(1): 24-28.

SANEMATSU JUNIOR, P.; SUZUKI, S.H.; ESTRADA, D.A.; GIMENES, D.L.; HANRIOTT, R.M. Tumores primários do sistema nervoso central. In: KOWALSHI, L.P.; GUIMARÃES, G.C.; SALVAJOLI, J.V.; FEHER, O.; ANTONELI, C.B.G. **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia**. 3ª ed. São Paulo: Âmbito Editores, 2006. 802p.

SANTOS, A.S.R.; SOUZA, P.A.; VALLE, A.M.D.; CAVALCANTI, A.C.D.; SÁ, S.P.C.; SANTANA, R.F. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. **Texto & Contexto – Enfermagem**. 2008; 17(1): 141-149.

SANTOS, S. dos.; NÓBREGA, M.M.L. da. A grounded theory como alternativa metodológica para a pesquisa em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. 2002; 55(5): 575-579.

SANTOS, S. dos.; NÓBREGA, M.M.L. da. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem – enfoque na teoria fundamentada nos dados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2004; 12(3): 460-468.

SILVA, I.J.; OLIVEIRA, M.F.V.; SILVA, S.E.D.; POLARO, H.I.; RADÜNS, V.; SANTOS, E.K.A.; SANTANA, M.E. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2009; 43(3): 697-703.

SIQUEIRA, K.M.; BARBOSA, M.A.; BOEMER, M.R. O vienciar a situação de ser com câncer: alguns des-velamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2007; 15(4): 605-611.

SOUZA, A.S. **Diagnóstico de enfermagem em pacientes neurocirúrgicos oncológicos: subsídios para a informatização do processo de enfermagem.** 2006. 142f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem em Oncologia), Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 2006.

SOUZA, R.G.; CUNHA, I.C.K.O.; REICHERT, M.C.F.; DICCINI, S. Alterações neurológicas e grau de dependência de enfermagem em pacientes com tumores intracranianos. **Revista gaúcha de enfermagem.** 2007; 28(2):180-186.

STRAUSS, A; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.** Tradução: Luciane de Oliveira da Rocha. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

STRAUSS, A. **Basic of qualitative research: grounded theory producers and techniques.** United States of América, 1990.

TAVARES, C.M.; RODRIGUES, M.A. Enfermeira(o) em neurocirurgia. In: Anon. **Anais do primeiro ciclo de debates sobre assistência de enfermagem.** s.l, s.n, 1988; p. 339-341.

TREZZA, M.C.A.F.; SANTOS, R.M.; LEITE, J.L. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2008; 61(6): 904-908.

TURATO, E.R. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3ª Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008. 685p.

VALADARES, G.V. **A formação profissional e o enfrentamento do conhecimento novo: a experiência do enfermeiro em setores especializados.** Rio de Janeiro, 2006. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006. Orientadora: Profª Draª. Lígia de Oliveira Viana.



VALE, E.G.; PAGLIUCA, L.M.F.; QUIRINO, R.H.R. Saberes e práxis em enfermagem. **Rev. Enferm. Escola Anna Nery**. 2009; 13(1): 174-180.

VALE, I.N.; LOPEZ, M.H.B.M. A utilização de classificações na prática e no ensino de enfermagem: a experiência da UNICAMP. **Revista Brasileira Enfermagem**. 2002; 55(6): 670-673.

VICENTINO, A.H.; CORRÊA, C.M.; KISLIN, H.M.; MARTINS, M.C. Assistência de enfermagem no pré e pós-operatório de neurocirurgia no hospital do servidor público de são paulo. **Nursing** (São Paulo). 1998; 1(3): 26-28.

Dissertação revisada por Jesen Santos

E-mail: s.jesen@hotmail.com

## APÊNDICE I

## FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

**Primeiro Momento:** solicitar ao depoente responder às questões a seguir:

1. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
2. Cargo ocupado na instituição: \_\_\_\_\_
3. Setor de Trabalho: ( ) Enfermaria ( ) Centro Cirúrgico ( ) CTI ( ) UPO
4. Atuação na Enfermagem: \_\_\_\_\_ (anos)
5. Atuação com o cliente de Neurocirurgia Oncológica: \_\_\_\_\_ (anos)
6. Pós-Graduação Lato Sensu: ( ) Sim ( ) Não  
Área: \_\_\_\_\_
7. Título de Especialista (Sociedade): ( ) Sim ( ) Não  
Área: \_\_\_\_\_
8. Pós-Graduação Stricto Sensu: ( ) Sim ( ) Não  
Área: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE II

### ROTEIRO DA ENTREVISTA<sup>25</sup>

**Segundo Momento:** solicitar ao depoente dissertar acerca das questões a seguir:

1. Quem é você?
2. Como você percebe o cliente de neurocirurgia oncológica a partir da sua experiência?
3. Gostaria de acrescentar alguma coisa em termos de experiência profissional em neurocirurgia oncológica?
4. Como você compreende os diagnósticos de enfermagem e sua aplicação na prática assistencial?
5. Que aspectos lhe parecem influenciadores para a aplicação dos diagnósticos de enfermagem na prática assistencial (dia-a-dia)?
6. Gostaria de descrever alguma situação associada à aplicação de diagnósticos de enfermagem. Fique à vontade para fazê-lo.
7. Que estratégias você emprega quando pensa na aplicação dos diagnósticos de enfermagem?
8. Quais diagnósticos de enfermagem da NANDA, a partir de seu julgamento clínico podem ser aplicáveis na prática clínica com o cliente de neurocirurgia oncológica?

---

<sup>25</sup> Na Teoria Fundamentada nos Dados, as perguntas podem ser aprofundadas durante a entrevista, para a melhor coleta de dados possível (roteiro semiestruturado). Além disso, esse roteiro foi elaborado, em busca de uma interação significativa, com máxima preocupação, em não deixar o participante em uma situação de pessoa argúida, sobre alguma coisa.

## APÊNDICE III

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA (2009-2011)

**Terceiro Momento:** solicitar ao depoente marcar com um **X** os diagnósticos a seguir divididos por domínios, se aplicáveis aos clientes de neurocirurgia oncológica.

#### Promoção da Saúde

- **Autonegligência** ( )
- Controle familiar ineficaz **do regime terapêutico** ( )
- Disposição para **controle** aumentado **do regime terapêutico** ( )
- Disposição para estado de **imunização** melhorado ( )
- Manutenção do **lar** prejudicada ( )
- Disposição para **nutrição** melhorada ( )
- Autocontrole ineficaz da **saúde** ( )
- Manutenção ineficaz da **saúde** ( )
- Outros ( )

#### Nutrição

- Padrão ineficaz de **alimentação** do bebê ( )
- **Deglutição** prejudicada ( )
- **Nutrição** desequilibrada: mais do que as necessidades corporais ( )
- **Nutrição** desequilibrada: menos do que as necessidades corporais ( )
- Risco de **nutrição** desequilibrada: mais do que as necessidades corporais ( )
- Risco de **glicemia** instável ( )
- Risco de função **hepática** prejudicada ( )
- **Icterícia** neonatal ( )
- Risco de desequilíbrio **eletrolítico** ( )
- Disposição para **equilíbrio de líquidos** aumentado ( )
- **Volume de líquidos** deficiente ( )
- **Volume de líquidos** excessivo
- Risco de desequilíbrio do **volume de líquidos** ( )
- Risco de **volume de líquidos** deficiente ( )
- Outros ( )

#### Eliminação e Troca

- Disposição para **eliminação** urinária melhorada ( )
- **Eliminação** urinária prejudicada ( )
- **Incontinência** urinária de esforço ( )
- **Incontinência** urinária de urgência ( )

- Risco de **incontinência** urinária de urgência ( )
- **Incontinência** urinária funcional ( )
- **Incontinência** urinária por transbordamento ( )
- **Incontinência** urinária reflexa ( )
- **Retenção** urinária ( )
- **Constipação** ( )
- Risco de **constipação** ( )
- **Diarréia** ( )
- **Incontinência** intestinal ( )
- **Motilidade** gastrointestinal disfuncional ( )
- Risco de **motilidade** gastrointestinal disfuncional ( )
- **Troca de gases** prejudicada ( )
- Outros ( )

### Atividade / Repouso

- **Insônia** ( )
- Disposição para **sono** melhorado ( )
- Padrão de **sono** prejudicado ( )
- Privação de **sono** ( )
- **Deambulação** prejudicada ( )
- Risco de síndrome do **desuso** ( )
- **Estilo de vida** sedentário ( )
- **Mobilidade** com cadeira de rodas prejudicada ( )
- **Mobilidade** física prejudicada ( )
- **Mobilidade** no leito prejudicada ( )
- Atividade de **recreação** deficiente ( )
- **Recuperação cirúrgica** retardada ( )
- Capacidade de **transferência** prejudicada ( )
- **Campo de energia** perturbado ( )
- **Fadiga** ( )
- Intolerância à **atividade** ( )
- Risco de intolerância à **atividade** ( )
- Risco de **choque** ( )
- **Débito cardíaco** diminuído ( )
- Risco de **perfusão renal ineficaz** ( )
- **Perfusão** tissular periférica ineficaz ( )
- Risco de **perfusão** tissular cardíaca diminuída ( )
- Risco de **perfusão** tissular cerebral ineficaz ( )
- Risco de **perfusão** tissular gastrointestinal ineficaz ( )
- Padrão **respiratório** ineficaz ( )
- Risco de **sangramento** ( )
- **Ventilação espontânea** prejudicada ( )
- Resposta disfuncional ao desmame **ventilatório** ( )
- Déficit no **autocuidado** para alimentação ( )
- Déficit no **autocuidado** para banho ( )
- Déficit no **autocuidado** para higiene íntima ( )

- Déficit no **autocuidado** para vestir-se ( )
- Disposição para aumento do **autocuidado** ( )
- Outros ( )

### Percepção / Cognição

- **Negligência** unilateral ( )
- Síndrome da **interpretação ambiental** prejudicada ( )
- **Perambulação** ( )
- **Percepção sensorial** perturbada ( ) visual ( ) auditiva ( ) cinestésica ( ) gustativa ( ) tátil ( ) olfativa
- Planejamento de **atividade** ineficaz ( )
- **Confusão** aguda ( )
- Risco de **confusão** aguda ( )
- **Confusão** crônica ( )
- Disposição para **conhecimento** aumentado ( )
- **Conhecimento** deficiente ( )
- **Memória** prejudicada ( )
- Disposição para **comunicação** aumentada ( )
- **Comunicação verbal** prejudicada ( )
- Outros ( )

### Autopercepção

- Disposição para **autoconceito** melhorado ( )
- **Desesperança** ( )
- Risco de **dignidade** humana comprometida ( )
- Distúrbios da **identidade** pessoal ( )
- Sentimento de **impotência** ( )
- Risco de sentimento de **impotência** ( )
- Disposição para **poder** de decisão aumentado ( )
- Risco de **solidão** ( )
- Baixa **autoestima** crônica ( )
- Baixa **autoestima** situacional ( )
- Risco de baixa **autoestima** situacional ( )
- Distúrbio na **imagem corporal** ( )
- Outros ( )

### Papéis e Relacionamentos

- Tensão no **papel** de cuidador ( )
- Risco de tensão do **papel** de cuidador ( )
- Disposição para **paternidade** ou **maternidade** melhorada ( )
- **Paternidade** ou **maternidade** prejudicada ( )
- Risco de **paternidade** ou **maternidade** prejudicada ( )

- Disposição para processos **familiares** melhorados ( )
- Processos **familiares** disfuncionais ( )
- Processos **familiares** interrompidos ( )
- Risco de **vínculo** prejudicado ( )
- **Amamentação** eficaz ( )
- **Amamentação** ineficaz ( )
- **Amamentação** interrompida ( )
- **Integração social** prejudicada ( )
- Conflito no desempenho do **papel** de pai / mãe ( )
- Desempenho de **papel** ineficaz ( )
- Disposição para **relacionamento** melhorado ( )
- Outros ( )

### Sexualidade

- Disfunção **sexual** ( )
- Padrões de **sexualidade** ineficazes ( )
- Disposição para processo de **criação de filhos** melhorado ( )
- Risco de diáde **mãe / feto** perturbada ( )
- Outros ( )

### Enfrentamento / Tolerância ao estresse

- Síndrome do **estresse por mudança** ( )
- Risco de síndrome do **estresse por mudança** ( )
- Síndrome do **trauma** por estupro ( )
- Síndrome pós-**trauma** ( )
- Risco de síndrome pós-**trauma** ( )
- **Ansiedade** ( )
- **Ansiedade** relacionada à morte ( )
- **Comportamento de saúde** propenso a risco ( )
- Disposição para **enfrentamento** aumentado ( )
- Disposição para **enfrentamento** comunitário aumentado ( )
- **Enfrentamento** comunitário ineficaz ( )
- **Enfrentamento** defensivo ( )
- Disposição para **enfrentamento** familiar aumentado ( )
- **Enfrentamento** familiar comprometido ( )
- **Enfrentamento** familiar incapacitado ( )
- **Enfrentamento** ineficaz ( )
- Sobrecarga de **estresse** ( )
- **Medo** ( )
- **Negação** ineficaz ( )
- **Pesar** ( )
- **Pesar** complicado ( )
- Risco de **pesar** complicado ( )
- Disposição para **resiliência** aumentada ( )

- Risco de **resiliência** comprometida ( )
- **Resiliência** individual prejudicada ( )
- **Tristeza** crônica ( )
- Capacidade **adaptativa** intracraniana diminuída ( )
- Disposição para aumento da **competência** ( )
- **Comportamento do bebê** ( )
- **Comportamento** desorganizado **do bebê** ( )
- Risco de **comportamento** desorganizado **do bebê** ( )
- **Disreflexia autonômica** ( )
- Risco de **disreflexia autonômica** ( )
- Outros ( )

### Princípios da vida

- Disposição para aumento da **esperança** ( )
- Disposição para bem-estar **espiritual** aumentado ( )
- Conflito de **decisão** ( )
- Disposição para aumento da **tomada de decisão** ( )
- Sofrimento **espiritual** ( )
- Risco de sofrimento **espiritual** ( )
- **Falta de adesão** ( )
- Sofrimento **moral** ( )
- Disposição para **religiosidade** aumentada ( )
- **Religiosidade** prejudicada ( )
- Risco de **religiosidade** prejudicada ( )
- Outros ( )

### Segurança / Proteção

- Risco de **infecção** ( )
- Risco de **aspiração** ( )
- **Dentição** prejudicada ( )
- **Desobstrução** ineficaz **de vias aéreas** ( )
- **Integridade da pele** prejudicada ( )
- Risco de **integridade da pele** prejudicada ( )
- **Integridade tissular** prejudicada ( )
- Risco de **lesão** ( )
- Risco de **lesão** por posicionamento perioperatório ( )
- Risco de síndrome de **morte súbita** do bebê ( )
- **Mucosa oral** prejudicada ( )
- Risco de disfunção **neurovascular** periférica ( )
- **Proteção** ineficaz ( )
- Risco de **quedas** ( )
- Risco de **sufocação** ( )
- Risco de **trauma** ( )
- Risco de **trauma** vascular ( )



- **Automutilação** ( )
- Risco de **automutilação** ( )
- Risco de **suicídio** ( )
- Risco de **violência** direcionada a outros ( )
- Risco de **violência** direcionada a si mesmo ( )
- **Contaminação** ( )
- Risco de **contaminação** ( )
- Risco de **envenenamento** ( )
- Resposta **alérgica** ao látex ( )
- Risco de resposta **alérgica** ao látex ( )
- **Hipertermia** ( )
- **Hipotermia** ( )
- Risco de desequilíbrio na **temperatura corporal** ( )
- **Termorregulação** ineficaz ( )
- Outros ( )

### Conforto

- Disposição para aumento do **conforto** ( )
- **Conforto** prejudicado ( )
- **Dor** aguda ( )
- **Dor** crônica ( )
- **Náusea** ( )
- **Isolamento social** ( )
- Outros ( )

### Crescimento / Desenvolvimento

- Atraso no **crescimento** e no **desenvolvimento** ( )
- Risco de **crescimento** desproporcional ( )
- **Insuficiência** na capacidade do adulto **para melhorar** ( )
- Risco de atraso no **desenvolvimento** ( )
- Outros ( )

## APÊNDICE IV



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER  
HOSPITAL DO CÂNCER I**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

“Significando os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica à luz da prática cotidiana dos enfermeiros especialistas”.

**Nome do voluntário:** \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo que envolve o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica à luz do conhecimento científico e das atividades práticas do cotidiano dos enfermeiros especialistas nessa área específica.

Em linhas gerais, visa a contribuir para a utilização de uma linguagem padronizada de enfermagem, documentar o pensamento do enfermeiro de forma eficiente, favorecer a compreensão interdisciplinar, contribuir para a qualificação da assistência de enfermagem aos clientes de neurocirurgia oncológica através do significado dos diagnósticos de enfermagem à luz dessa prática cotidiana e a valorização dos enfermeiros especialistas nessa área específica. .

Para que você possa decidir se quer participar ou não deste estudo, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

**OBJETIVO DO ESTUDO**

O objetivo deste estudo é através dos depoimentos a serem coletados e analisados, a partir do

**objetivo geral:** Analisar o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia

oncológica considerando as dimensões: teórica e prática e com **objetivos específicos**: 1) Caracterizar a interação dos enfermeiros com os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica, considerando comportamentos, manifestações, atitudes e práticas; 2) Discutir situações contextuais e fatores intervenientes que se relacionam com o fenômeno estudado; 3) Destacar os diagnósticos de enfermagem da NANDA aplicáveis aos clientes de neurocirurgia oncológica; 4) Propor *Teoria Substantiva Explicativa*<sup>26</sup> que elucide o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica na práxis cotidiana.

## **PROCEDIMENTOS DO ESTUDO**

Se você concordar em participar deste estudo, após sua autorização, faremos a coleta de dados em um dia através de uma observação não-participante ou assistemática e entrevista semiestruturada em profundidade que será gravada através de um gravador digital / MP3 e posteriormente transcrita e entregue para você, a fim de que possa ler na íntegra seu depoimento, analisar seu conteúdo e fazer as modificações que julgar necessárias. Está garantido o sigilo sobre a identidade de todos os participantes deste estudo, como também as informações coletadas.

## **MÉTODOS ALTERNATIVOS**

Não existem métodos alternativos à participação deste estudo. Caso não seja seu desejo participar, é suficiente não assinar este termo de consentimento, e nenhum dado seu será coletado ou será revelado sua recusa.

## **RISCOS**

Não existem riscos físicos, caso você participe ou não deste estudo. Fique à vontade sempre que julgar necessário interromper as orientações fornecidas e esclarecer suas dúvidas

---

<sup>26</sup> É uma teoria fundamentada em uma análise sistemática dos dados e são especialmente importantes quando a ocorrência de um fenômeno social, em uma área específica, é insuficientemente explicada pelas teorias gerais.

com a investigadora do estudo, que estará disponível para responder a todos os seus questionamentos.

## **BENEFÍCIOS**

Este estudo poderá não trazer benefício imediato a você, mas, através de seus resultados, poderemos alterar ou não as condutas assistenciais do enfermeiro já que os mesmos, com experiência em neurocirurgia oncológica, podem experimentar o conhecimento novo e assim, poderão proporcionar a este cliente uma assistência sistematizada a partir do significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica. Assim como, a busca de evidências que contribuam na reconsideração da prática do enfermeiro que assiste o cliente de neurocirurgia oncológica, de maneira a estimular novas discussões relativas à sistematização da assistência de enfermagem.

Em linhas gerais, visa contribuir para a utilização de uma linguagem padronizada de enfermagem, documentar o pensamento do enfermeiro de forma eficiente, favorecer a compreensão interdisciplinar, contribuir para a qualificação da assistência de enfermagem aos clientes de neurocirurgia oncológica através do significado dos diagnósticos de enfermagem à luz da práxis cotidiana dos enfermeiros especialistas e a valorização dos enfermeiros especialistas nessa área específica.

## **ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS.**

O seu acompanhamento durante todo o estudo será feito pela investigadora principal, à enfermeira Angeli Soares de Souza, que poderá ser contatada a qualquer momento pelos telefones: (21) 9912-6436 ou (21) 2506-6181 / 6685 ou pelo e-mail: angeli.soares@bol.com.br. Como também, na minha ausência, a Professora orientadora do estudo Glaucia Valente Valadares pelo telefone: (22) 8134-3200 ou pelo e-mail: glauciavaladares@ig.com.br.

## **CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS**

Está garantido o sigilo de sua identidade, sua privacidade e a confidencialidade da origem dos dados, ainda que este conteúdo seja utilizado para os propósitos educativos ou de publicação.

## **CUSTOS (ressarcimento e indenização)**

Não haverá qualquer custo ou forma de indenização para o participante voluntário deste estudo.

## **BASES DA PARTICIPAÇÃO**

É importante que você saiba que sua participação neste estudo é absolutamente voluntária, e que pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento, mesmo após a coleta de dados no final da entrevista. Neste caso, os dados já colhidos serão imediatamente abstraídos deste estudo, sem implicações de penalidades ou perda de qualquer benefício.

## **GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS**

Você poderá realizar questionamentos durante todo o curso deste estudo. Para tal, ligue para a investigadora principal, a enfermeira Angeli Soares de Souza. Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo também pode contar com um terceiro contato imparcial, o Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, na Rua André Cavalcanti nº 37, pelos telefones: (21) 3233-1410 / 3233-1353.

## **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA**

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.  
(Assinatura do depoente)      dia      mês      ano

\_\_\_\_\_  
(Nome do depoente – letra de forma)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao enfermeiro (a) indicado acima.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.  
(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento)      dia      mês      ano

## APÊNCICE V

### CÓDIGOS UTILIZADOS DITRIBUÍDOS POR FENÔMENO, CATEGORIA E SUBCATEGORIA

FENÔMENO: INTERAGINDO COM OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM  
NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: OS NEXOS EXPRESSIVOS DO EU E DO MIM

QUADRO 02. CATEGORIA: ENTRANDO EM CONTATO COM OS DIAGNÓSTICOS  
DE ENFERMAGEM.

CÓDIGOS		SUBCATEGORIAS
VI-55- Faltando entendimento dos diagnósticos de enfermagem; VI-77- Necessitando que o enfermeiro entenda o DE; TU-44- Vindo de uma formação que estudava o plano de cuidados; TU-47- Estudando mais na graduação a morte, o morrer e as questões religiosas; TU-49- Desconhecendo os professores o DE para orientar; AG-157- Necessitando buscar o caminho e vai demorar um pouquinho; VI-51- Negando o aprendizado do DE na própria formação profissional; VI-52- Falando na época sobre o processo de enfermagem; VI-53- Considerando na época um processo difícil e pouco prático; VI-54- Entendendo pouco na época; VI-55'- Achando atrelado ao diagnóstico médico;	BJ-38- Faltando o conhecimento dos DE em sua formação acadêmica; BJ-39- Faltando o aprendizado na formação acadêmica; FL-172- Referindo não ter estudado na faculdade; FL-294- Faltando em sua formação o DE; FL-296- Desconhecendo o DE; CA-117- Tendo professores despreparados para os DE na formação acadêmica; CA-119- Tendo na formação os ensinamentos superficiais; CA-120- Observando a diferença do ensino na atualidade; CA-125- Sendo observado despreparo dos professores naquela época; CA-126- Tendo os professores uma visão diferente da enfermagem naquela época.	Percebendo o déficit deste aprendizado na graduação

<p>TU-39- Estando ainda despreparada para fazer as ligações, a construção do raciocínio diagnóstico;</p> <p>TU-41- Ficando com certeza para o futuro;</p> <p>TU-42- Estudando e trabalhando mais essa linguagem será mais fácil sua aplicabilidade no dia-a-dia;</p>	<p>BJ-34- Faltando embasamento para fazer e estar fazendo um DE;</p> <p>BJ-35- Duvidando se o que está fazendo se está certo;</p> <p>VI-57- Faltando compreensão e segurança para fazer um DE.</p>	<p>Tendo receio de aproximar-se dos diagnósticos de enfermagem</p>
<p>AG-144- Sendo o DE para cuidar do paciente com a prática de enfermagem;</p> <p>AG-148- Faltando consciência de que faz o DE;</p> <p>AZ-67- Dinamizando um processo;</p> <p>AZ-68- Direcionando o cuidado;</p> <p>AZ-69- Objetivando a fala;</p> <p>AZ-72- Gastando menos energia;</p> <p>AZ-73- Focando melhor o paciente;</p> <p>AZ-74- Sendo necessário;</p> <p>AZ-75- Direcionando o cuidado;</p> <p>GR-163- Considerando o DE muito importante;</p> <p>GR-165- Necessitando ter o DE;</p> <p>GR-167- Necessitando haver a conduta dos enfermeiros;</p> <p>GR-168- Sendo uma conduta para o cuidado;</p> <p>PE-101- Sendo necessário para a assistência de enfermagem;</p> <p>PE-102- Sendo um planejamento que orienta, direciona a uma assistência de qualidade;</p> <p>PE-106- Sendo direcionador do planejamento da assistência de enfermagem;</p> <p>MA-218- Sendo o que é visto no paciente;</p> <p>MA-222- Sendo resolução e ajuda para o paciente;</p> <p>CA-87- Sendo um guia para o direcionamento da assistência;</p> <p>CA-88- Sendo um guia para direcionar uma boa assistência;</p>	<p>LZ-65- Entendendo os DE como uma ajuda para o cuidado;</p> <p>LZ-68- Sendo necessário realmente;</p> <p>LZ-69- Facilitando o serviço do enfermeiro;</p> <p>ME-79- Considerando os DE uma rotina que permite a visualização e CA-89- Direcionando uma intervenção de enfermagem para o paciente;</p> <p>CA-90- Achando muito importante identificação dos problemas do paciente;</p> <p>ME-80- Sendo os DE muito importante na enfermagem;</p> <p>ME-90- Achando os DE muito importante;</p> <p>ME-91- Faltando os DE para direcionar a rotina;</p> <p>AZ-199- Pensando no DE como uma forma de organizar a assistência;</p> <p>AZ-201-Organizando o cuidado;</p> <p>AZ-202- Planejando;</p> <p>AZ-203- Organizando, planejando o cuidado;</p> <p>LU-91- Sendo um julgamento clínico voltado para o alcance de resultados favoráveis ao paciente que cuidamos;</p> <p>PE-103- Sendo responsável pela eficaz assistência;</p> <p>PE-104- Sendo o direcionador das prioridades a serem resolvidos primeiro;</p> <p>ES-97- Tendo através do DE um olhar holístico e observador do.</p>	<p>Buscando a definição dos diagnósticos de enfermagem.</p>



<p>TU-38- Sendo um fato e mais do que estudado;  MA-243- Aprendendo os DE na graduação de enfermagem;  BJ-37- Percebendo que o DE está crescendo;  FL-95- Gostando de estudar o DE;  FL-150- Estudando e se atualizando com relação aos DE;</p>	<p>BJ-37'- Necessitando buscar o conhecimento;  BJ-41- Sentindo a necessidade de buscar o conhecimento;  RO-84- Andando junto o conhecimento teórico e a prática para elaboração do DE;  AG-154- Aprendendo a melhor forma de diagnosticar e de prescrever;</p>	<p>Estudando os diagnósticos de enfermagem</p>
<p>FL-188- Tendo que saber a diferença do DE e DM;  FL-192- Reconhecendo a diferença do DM;  AG-164- Tendo que aprender o DE e dissociar do DM;  CA-159- Tendo o diagnóstico sendo uma atribuição médica para alguns enfermeiros;</p>	<p>VI-77- Necessitando que o enfermeiro entenda o DE;  VI-77'- Tendo que fazer o diagnóstico que esteja relacionado à enfermagem;  VI-78- Tendo o enfermeiro o cuidado de achar que é extraordinário por fazer o Diagnóstico Médico.</p>	<p>Diferenciando o diagnóstico de enfermagem do diagnóstico médico.</p>
<p>CA-92- Sendo desvalorizado pelas pessoas;  CA-93- Sendo para alguns uma balela  VI-55'- Achando atrelado ao diagnóstico médico;</p>	<p>VI-76- Desvalorizando as competências da enfermagem;  AG-187- Desvalorizando o cuidado e os registros de enfermagem;</p>	<p>Notando a desvalorização dos diagnósticos de enfermagem</p>
<p>ME-127- Achando que vai levar tempo para até organizar a idéia;  ME-128- Faltando uma idéia organizada com sequência do que deve e precisa ser feito;  TU-39- Estando ainda despreparada para fazer as ligações, a construção do raciocínio diagnóstico;  TU-45- Ouvindo falar da NANDA;  AG-49- Sentindo-se melhor apoiada para o enfrentamento profissional baseado em tudo que já viveu ao longo dos anos;  ES-134- Necessitando aprender aplicar os DE;  MA-183- Tendo dificuldade com</p>	<p>AZ-293- Reconhecendo o DE um caminho para uma avaliação de enfermagem direcionada;  CA-87- Considerando o DE como guia para o direcionamento da assistência;  LZ-65- Entendendo os DE como uma ajuda para o cuidado;  VI-81- Reconhecendo os DE um caminho para melhorar a assistência de enfermagem;  TU-68- Entendendo o DE como uma linguagem própria da enfermagem;  AZ-67- Entendendo o DE como uma forma de dinamizar um processo de cuidado;  AZ-199- Entendendo o DE como</p>	<p>Buscando compreender os diagnósticos de enfermagem</p>

<p>algumas palavras do DE coisas que não domina;</p> <p>BJ-45- Achando que ainda existe muita confusão com relação aos DE;</p> <p>AZ-68- Sendo a forma de direcionar o cuidado;</p> <p>FL-190- Entendendo o DE para o cuidado;</p> <p>AZ-84- Associando o DE aos resultados esperados;</p>	<p>uma forma de organizar a assistência;</p> <p>AZ-203- Tendo como primeiro pensamento o planejamento do cuidado;</p> <p>LZ-66- Tendo a mesma linguagem de enfermagem;</p> <p>VI-83- Tendo o DE uniformizando uma linguagem;</p>	
--	--	--

FENÔMENO: CONHECENDO O AMBIENTE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM  
 MEDIANTE O CLIENTE DE NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA NA RELAÇÃO COM  
 OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

QUADRO 03. CATEGORIA: SENDO ENFERMEIRO: O CUIDADO MEDIANTE AO  
 CLIENTE DE NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA

CÓDIGOS		SUBCATEGORIAS
<p>ES-193- Aplicando os cuidados dos mais simples aos mais importantes durante o tratamento do paciente;</p> <p>ES-192- Necessitando estar atenta a vida diária do paciente;</p> <p>ES-182- Proporcionando conforto e abertura para conversar;</p> <p>ES-45- Necessitando de maior atenção com esse paciente para identificar as possíveis alterações neurológicas ;</p> <p>GR-81- Trabalhando atualmente com muita tranquilidade;</p> <p>AZ-33- Reconhecendo as necessidades de um paciente oncológico e com TU de SNC;</p> <p>AZ-35- Tendo que proporcionar segurança ao paciente de neurocirurgia oncológica;</p> <p>AZ-37- Oferecendo segurança;</p> <p>AZ-55- Percebendo o quadro clínico apresentado pelo paciente;</p> <p>AZ-58- Reconhecendo a intercorrência do paciente;</p> <p>GR-72- Ficando mais vigilante com o paciente em pós-operatório;</p> <p>GR-42- Necessitando de força física para cuidar do paciente de NC;</p> <p>AZ-156- Tomando condutas para salvar o paciente;</p> <p>LZ-60- Sendo carinhosa com a paciente;</p>	<p>TU-13- Acompanhando pacientes com tumores em estágio moderado a avançado;</p> <p>TU-26- Estimulando suas vontades oferecendo rádio;</p> <p>TU-27- Proporcionando um cuidado individualizado;</p> <p>LZ-26- Necessitando de muita atenção;</p> <p>LZ-25- Necessitando ficar a beira do leito;</p> <p>LZ-23- Necessitando assistir o paciente em sua totalidade;</p> <p>LZ-07- Fazendo todos os procedimentos do mais simples ao mais complexo;</p> <p>PE-15- Ficando cansada;</p> <p>TA-113- Tendo condições e autonomia para trabalhar com qualidade;</p> <p>ME-139- Fazendo o enfermeiro muito e nunca escrevendo;</p> <p>ME-142- Deixando de fazer o que é do enfermeiro;</p> <p>AG-214- Tendo que tratar o paciente com respeito;</p> <p>LU-70- Atentando para não deixar de identificar detalhes fundamentais para o cuidado;</p> <p>LU-73- Tendo que examinar minuciosamente esse paciente;</p> <p>VI-165- Sendo importante o bem estar do paciente;</p>	<p>Assistindo o cliente de neurocirurgia</p>

<p>PE-52- Sendo fácil por gostar de trabalhar com o paciente;  AG-65- Achando o trabalho desenvolvido com o paciente de neurocirurgia muito bonito;  GR-120- Tendo que gostar de trabalhar com o paciente de NC;  AZ-178- Reconhecendo o envolvimento com o paciente;  AZ-177- Sentindo-se responsabilizada pelo paciente;  FL-261- Tendo pacientes que mexem com os enfermeiros;  FL-264- Ficando sensibilizados com o avanço da doença dos pacientes;</p>	<p>LZ-64- Tendo apego através do toque, cuidar, saber se melhorou ou não;  LZ-63- Tendo apego aos doentes, mesmo com limites;  TA-36- Vivendo uma experiência inesquecível;  TA-44- Criando vínculo com a criança;  TA-47- Alcançando melhores resultados com envolvimento;  LU-59- Tendo envolvimento diferente com o paciente de NC;  MA-42- Tendo momentos que o enfermeiro fica envolvido, triste com a situação do paciente;</p>	<p>Vivenciando experiências inesquecíveis</p>
---	---	---

QUADRO 04. CATEGORIA: REVELANDO O CLIENTE DE NEUROCIRURGIA

ONCOLÓGICA

CÓDIGOS		SUBCATEGORIAS
<p>AZ-14- Tendo uma patologia inesperada;  AZ-19- Sendo diferenciado por ter uma lesão em SNC;  AZ-21- Tendo uma lesão que não é visível;  AZ-13- Sendo portador de uma patologia;  AZ-280- Tendo uma lesão invisível a olho nu;  GR-287- Sentindo medo;  AZ-34- Tornando o paciente inseguro  GR-286- Temendo a cirurgia devido à possibilidade de sequelas; nervoso ao falar da cirurgia;</p>	<p>TU-18- Paciente perdendo sua autonomia devido alteração das condições neurológicas;  TA-147- Descobrimo o tumor casualmente;  TA-151- Ficando ansioso;  MA-138- Estando angustiado com o procedimento cirúrgico;  TU-20- Tendo melhor prognóstico o paciente jovem;  GR-226- Percebendo o início de uma anormalidade neurológica;  GR-285- Ficando o paciente.</p>	<p>Descobrimo o tumor no sistema nervoso central</p>
<p>ES-27- Necessitando de cuidados desde a descoberta da doença e nas mudanças que poderão ocorrer com o paciente;</p>	<p>LZ-22- Necessitando de uma assistência total  LZ-23- Necessitando assistir o paciente em sua totalidade;</p>	

<p>GR-27- Ficando dependente de outras pessoas para realização de atividades;</p> <p>GR-43- Sendo pacientes acamados;</p> <p>GR-29- Necessitando de cuidado em longo prazo;</p> <p>AZ-31- Necessitando de atenção e carinho;</p> <p>GR-87- Sendo a recuperação do paciente gradativa;</p> <p>AG-70- Considerando o paciente de neurocirurgia dependente de cuidados constantes;</p> <p>TA-13- Necessitando de cuidados específicos com sedação e observação rigorosa;</p> <p>CA-16- Necessitando de muita perícia do enfermeiro;</p>	<p>LZ-30- Considerando o paciente de neuro muito trabalhoso;</p> <p>LZ-39- Reconhecendo a necessidade de ter maior observação com o paciente da neuro;</p> <p>LZ-107- Necessitando o paciente de NC de avaliação 24h;</p> <p>FL-15- Considerando os pacientes trabalhosos;</p> <p>FL-259- Reconhecendo como o paciente de neurocirurgia depende de cuidado;</p> <p>FL-72- Necessitando de uma avaliação grande;</p> <p>VI-146- Sendo muito trabalhoso assistir o paciente como um todo.</p>	<p>Sendo dependentes de cuidados de enfermagem</p>
--	---	--

QUADRO 05. CATEGORIA: APRESENTANDO O FAMILIAR DO CLIENTE

CÓDIGOS	SUBCATEGORIAS
<p>AG-84- Preparando o familiar para compreender o quadro clínico do paciente;</p> <p>AG-85- Preparando o familiar para possíveis limitações do paciente;</p> <p>AG-118- Prestando orientações ao familiar acerca das condições do paciente;</p> <p>FL-329- Preparando o familiar para manutenção dos cuidados do paciente em domicílio;</p> <p>FL-246- Tendo dificuldade em lidar com o acompanhante;</p> <p>AG-116- Tendo dificuldade de trabalhar com a família de um paciente neurológico;</p> <p>FL-328- Sentindo-se sobrecarregada com as demandas dos acompanhantes;</p> <p>LU-136- Tendo o envolvimento da família na recuperação do paciente;</p>	<p>FL-333- Tendo possibilidade de questionamento da família se algo acontece com o paciente;</p> <p>FL-49- Sendo a voz do acompanhante reconhecida pelo paciente;</p> <p>FL-50- Tendo o paciente segurança ao ouvir a voz do familiar;</p> <p>FL-52- Percebendo a tranquilidade do paciente com a presença da família;</p> <p>TU-19- Familiar assumindo responsabilidades legais de proteger e cuidar do paciente;</p> <p>AG-117- Estimulando o familiar a conversar, tocar o paciente;</p> <p>FL-24- Solicitando o acompanhante para ficar com o paciente na RPA;</p> <p>FL-25- Reconhecendo a importância do contato do</p> <p>Preparando o familiar</p>

<p>VI-164- Necessitando fazer o elo paciente/familiar;</p> <p>GR-283- Tendo o fornecimento de informações através do acompanhante do paciente;</p> <p>MA-166- Tendo o familiar presente e responder perguntas sobre o paciente se necessário;</p>	<p>acompanhante, familiar ou cuidador para o paciente;</p> <p>FL-47- Solicitando o acompanhante quando o paciente agitado, idoso;</p> <p>FL-48- Solicitando acompanhante para não conter o paciente.</p>	
---	--	--

**QUADRO 06. CATEGORIA: EXISTINDO AMBIENTES QUE PRECISAM SER  
COMPREENDIDOS**

CÓDIGOS		SUBCATEGORIAS
<p>TU-17- Tendo uma relação enfermeiro-paciente-familiar mais difícil em neurocirurgia;</p> <p>TU-31- Cuidando melhor dos pacientes se eles fossem em menor número;</p> <p>TU-32- Tendo a assistência diversificada entre idoso, adolescente e criança no mesmo ambiente;</p> <p>TU-33- Tornando a assistência difícil;</p> <p>GR-201- Fazendo a parte burocrática inicialmente;</p> <p>ES-175- Estabelecendo os cuidados necessários a esse paciente;</p> <p>ME-23- Tendo maior preocupação a noite porque o paciente está dormindo;</p> <p>ME-24- Tendo a preocupação se o paciente está realmente dormindo;</p> <p>ME-38- Estando o enfermeiro trabalhando com pacientes desorientados;</p> <p>ME-40- Tendo o enfermeiro necessidade de conter sem querer;</p> <p>ME-66- Faltando um neurocirurgião no plantão médico;</p> <p>ME-164- Deixando de resolver os problemas da enfermagem;</p>	<p>GR-233- Necessitando de pessoas para assistir o paciente;</p> <p>ES-129- Trabalhando com várias situações acontecendo ao mesmo tempo;</p> <p>AZ-176- Tendo o enfermeiro maior desgaste para que tudo funcione a contento;</p> <p>TU-22-Sugerindo maior privacidade para o paciente;</p> <p>TU-82- Tendo dificuldade para abordar assuntos particulares e importantes acerca do cliente;</p> <p>TU-83- Abordando assuntos simples como a promoção a saúde;</p> <p>ES-183- Necessitando de um ambiente privado para conversar com o paciente;</p> <p>AZ-221- Fazendo a admissão do paciente;</p> <p>ES-179- Sendo o primeiro contato importante;</p> <p>ES-176- Estabelecendo cuidados psicológicos e emocionais;</p> <p>ME-163- Sendo a resolução dos problemas do paciente a prioridade do enfermeiro;</p> <p>ME-59- Identificando precocemente alterações do paciente;</p>	<p>Conhecendo a enfermaria</p>

<p>CA-43- Sendo diferente a avaliação do paciente na enfermaria;</p> <p>CA-44- Faltando maior recurso tecnológico para avaliar o paciente de nc na enfermaria;</p> <p>GR-204- Recebendo pacientes graves que necessitam de prótese ventilatória;</p> <p>GR-207- Passando por uma fase difícil de RH;</p>	<p>GR-157- Sendo a equipe de enfermagem treinada para assistir o paciente de NC;</p> <p>GR-158- Tendo os técnicos de enfermagem um bom conhecimento;</p> <p>GR-49- Trabalhando com uma equipe multiprofissional;</p> <p>GR-242- Necessitando de profissionais multiprofissionais especializados para assistir o paciente de NC.</p>	
<p>FL-09- Utilizando todos os recursos para prestar o cuidado;</p> <p>LU-161- Preparar o ambiente para o paciente no período trans-operatório;</p> <p>LU-165- Estando a enfermeira preparada para atender qualquer intercorrências no trans-operatório;</p> <p>RO-61- Encaminhado o paciente da sala cirúrgica para a RPA;</p> <p>FL-38- Ficando na RPA os pacientes de cirurgias pequenas;</p> <p>FL-66- Admitindo o paciente sob efeito anestésico, sonolento e sem interação;</p> <p>FL-76- Prestando imediatamente os cuidados ao paciente;</p> <p>FL-77- Realizando o exame físico concomitante a prestação de cuidados;</p> <p>FL-308- Avaliando o comprometimento neurológico do paciente de neurocirurgia;</p> <p>FL-321- Procurando manter a privacidade do paciente;</p> <p>LU-163- Identificando o paciente enquanto um ser individualizado;</p> <p>LU-166- Tendo o envolvimento da equipe da RPA para receber o paciente da SO;</p> <p>MA-140- Recebendo o paciente no cco muito debilitado;</p> <p>RO-57- Prestando os cuidados básicos na RPA;</p>	<p>RO-58- Oferecendo conforto, oxigenioterapia, aquecimento, monitorização até ser transferido para a enfermaria;</p> <p>RO-70- Sendo transferidos para o CTI os pacientes mais complexos;</p> <p>FL-88- Transferindo o paciente com muito cuidado;</p> <p>FL-137- Sendo um setor de transição para o paciente;</p> <p>FL-57- Tendo a RPA 10 leitos;</p> <p>FL-58- Tendo dificuldade de RH para assistir o paciente agitado;</p> <p>FL-93- Tendo a escala de serviço de acordo com as necessidades de serviço;</p> <p>FL-92- Ficando sozinha pela manhã e sendo rendida à tarde;</p> <p>FL-33- Tendo dificuldade com o paciente com DVE na RPA;</p> <p>FL-301- Cumprindo várias burocracias;</p> <p>LU-19- Exercendo atividades gerenciais do cco;</p> <p>MA-131- Tendo pouco tempo com o paciente de neurocirurgia no cco;</p> <p>RO-30- Recebendo o cliente que não consegue se comunicar;</p> <p>RO-88- Recebendo vários pacientes ao mesmo tempo na RPA à tarde;</p> <p>RO-102- Assistindo todos os tipos de pacientes na RPA.</p>	<p>Conhecendo o centro cirúrgico</p>

<p>AG-74- Assistindo o paciente sem qualidade;</p> <p>TA-98- Utilizando a tecnologia como forma de se afastar do paciente;</p> <p>TA-97- Tendo os parâmetros dos monitores como a principal forma de avaliação do paciente;</p> <p>PE-150- Sendo a enfermeira mais solicitada para resolver as questões no setor de trabalho;</p> <p>AG-4. Sendo cobrança por ser enfermeira de terapia intensiva;</p> <p>AG-76- Assistindo o paciente com hipertensão intracraniana e em pós operatório;</p> <p>AG-81- Reconhecendo o risco de seqüelas e morte do paciente pela falta de atenção da equipe;</p> <p>AG-97- Cuidando e prevenindo complicações;</p> <p>AG-98- Conhecendo as seqüelas neurológicas do paciente de acordo com a ressecção total ou parcial do tumor;</p> <p>PE-115- Tendo com o objetivo evitar lesões cerebrais;</p> <p>CA-04- Recebendo muitos pacientes da neurocirurgia;</p> <p>CA-47- Necessitando o enfermeiro ter cuidado com o distúrbio neurológico do paciente de neurocirurgia;</p> <p>CA-51- Recebendo no CTI pacientes sedados e não sendo possível avaliar o nível de consciência;</p>	<p>TA-16- Atentando para Hipertensão Intracraniana e suas implicações;</p> <p>CA-144- Observando alteração do nível de consciência devido o edema cerebra;</p> <p>CA-150- Observando a partir de o déficit motor a queda plantar, úlcera de pressão;</p> <p>LZ-14- Tendo maior atenção com os seus doentes que estão sedados</p> <p>LZ-21- Sendo grave o paciente que chega no CTI;</p> <p>LZ-41- Vendo o paciente de POI sair do CTI/UPO bem;</p> <p>CA-38- Tendo o enfermeiro intensivista benefício do paciente monitorizado;</p> <p>TA-149- Necessitando de recurso tecnológico para respirar;</p> <p>PE-42- Necessitando de monitorização;</p> <p>PE-114- Sendo o suporte ventilatório a prioridade assistencial;</p> <p>PE-219- Recebendo esse paciente em prótese ventilatória;</p> <p>CA-36- Tendo os recursos tecnológicos favorecendo na avaliação do paciente;</p> <p>CA-41- Tendo vários recursos que ajudam na avaliação do paciente;</p> <p>CA-52- Realizando a TC de crânio para avaliar o edema cerebral do paciente no POI.</p>	<p>Conhecendo o centro de terapia intensiva e unidade de pós-operatório</p>
--	--	---



FENÔMENO: DESVELANDO O SABER/FAZER ACERCA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM A PARTIR DA AÇÃO E INTERAÇÃO DO VIVIDO NO DIA-A-DIA EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA

QUADRO 07. CATEGORIA: REVELANDO ESTRATÉGIAS PARA FAZER O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

CÓDIGOS		SUBCATEGORIAS
<p>TU-54- Necessitando de mudanças comportamentais e talvez políticos da enfermeira para utilização do DE;</p> <p>TU-49- Necessitando de mudanças;</p> <p>FL-163- Achando que os DE tem que ser uma continuidade;</p> <p>FL-178- Insistindo na identificação dos DE;</p> <p>FL-192- Reconhecendo a diferença do diagnóstico médico;</p> <p>AZ-127- Reavaliando a sua prática;</p> <p>AZ-269- Necessitando reavaliação das próprias atitudes;</p> <p>LU-224- Vislumbrando assistir todos os pacientes sistematicamente;</p> <p>ES-152- Tendo que colocar em prática os DE;</p> <p>VI-58- Reconhecendo que a enfermagem está com mais autonomia;</p> <p>VI-75- Tendo que evitar resolver problemas que não são próprios da enfermagem;</p>	<p>VI-77'- Tendo que fazer o diagnóstico que esteja relacionado à enfermagem;</p> <p>VI-90- Necessitando que o enfermeiro valorize os DE;</p> <p>VI-93- Necessitando que o enfermeiro deixe de fazer outras atividades que não são próprias;</p> <p>VI-94- Tendo que deixar de ser administrativa;</p> <p>VI-95- Tendo que parar de ser babá de médico;</p> <p>VI-96- Devendo o enfermeiro se colocar como profissional;</p> <p>VI-97- Tendo que parar de fazer o que não é de competência do enfermeiro;</p> <p>BJ-51- Deixando o enfermeiro de ser tarefeiro como no passado;</p>	<p>Mudando comportamentos</p>
<p>TA-83- Estimulando os enfermeiros para a SAE;</p> <p>AZ-184- Necessitando manter o</p>	<p>LZ-96- Estando os enfermeiros recém formados e antigos trabalhando juntos;</p>	

<p>entusiasmo para conduzir a rotina de trabalho;          LU-211- Reconhecendo o envolvimento dos enfermeiros mais antigos;          LU-212- Disseminando o conhecimento de muito tempo;</p>	<p>GR-37- Aprendendo com as oportunidades e possibilidades concedidas pela chefia imediata;          GR-38- Participando de cursos e aulas.</p>	<p>Estimulando continuamente os enfermeiros</p>
<p>FL-171- Estudando há muito tempo o DE;          FL-311- Tendo suas condutas baseadas em sua experiência prática e conhecimento científico;          AZ-53- Buscando associar o conhecimento científico a prática;          AZ-63- Necessitando de conhecimento para ter uma conduta correta em uma intercorrências;          AZ-150- Necessitando associar a teoria com a prática;          AZ-268- Necessitando buscar o conhecimento;          GR-38- Participando de cursos e aulas;          GR-60- Necessitando do conhecimento científico para identificar as intercorrências do paciente;          GR-270- Tendo autonomia através do conhecimento;          LU-213- Realizando estudos;</p>	<p>PE-59- Buscando o conhecimento através de estudos, reuniões científicas;          ES-102- Aplicando o conhecimento de enfermagem adquirido;          MA-192- Estudando quando tem dificuldade;          MA-264- Buscando o conhecimento por conta própria;          CA-84- Estudando continuamente;          VI-172- Necessitando de conhecimento científico;          VI-173- Necessitando de conhecimento prático;          ME-52- Necessitando estudar para assistir esse paciente;          ME-62- Necessitando que o enfermeiro tenha conhecimento científico e prático;          BJ-15- Tendo necessidade de estudar e buscar diariamente o conhecimento;</p>	<p>Buscando o conhecimento científico e prático</p>
<p>AG-193- Sendo educador, estimular o conhecimento científico;          AG-194- Orientando a leitura de publicações indexadas;          LU-210- Tendo que fazer um trabalho de envolvimento dos enfermeiros recém admitidos no cco;          LU-221- Necessitando capacitar os enfermeiros novos;          LZ-98- Necessitando o enfermeiro experiente necessidade de ensinar o enfermeiro residente;</p>	<p>TA-67- reconhecendo a deficiência dos profissionais para o diagnóstico precoce;          TA-116- Sendo oferecida capacitação profissional para os inexperientes;          BJ-27- Tendo o enfermeiro cursos de aprimoramento oferecido pela instituição;</p>	<p>Capacitando a equipe de enfermagem</p>

<p>TU-42- Conhecendo o caso clínico do paciente;</p> <p>TU-92- Tirando dúvidas a respeito da patologia de base para estruturar os DE;</p> <p>TU-64- Tendo o trabalho facilitado através da interação com o paciente;</p> <p>AG-161- Priorizando o cuidado e reconhecendo as necessidades do paciente;</p> <p>TA-55- Buscando a confirmação dos sinais e sintomas através do exame físico;</p> <p>TA-84- Realizando o exame físico do paciente;</p> <p>TA-156- Conhecendo o paciente;</p> <p>TA-160- Avaliando o paciente;</p> <p>FL-68- Iniciando a avaliação do paciente através do exame físico;</p> <p>FL-142- Interagindo com o paciente para identificar o DE;</p> <p>FL-236- Avaliando as condições do paciente e suas necessidades;</p> <p>AZ-270- Necessitando estar mais próximo e ouvir mais o paciente;</p> <p>AZ-298- Necessitando avaliar o paciente para identificar as alterações;</p>	<p>GR-216- Fazendo o exame físico e identificando as necessidades do paciente;</p> <p>PE-107- Sendo criteriosa na avaliação do paciente;</p> <p>ES-174- Identificando as necessidades mais particulares do paciente;</p> <p>CA-146- Realizando a anamnese do paciente;</p> <p>CA-148- Tendo a partir do exame físico a identificação dos DE;</p> <p>LZ-116- Avaliando e identificando intercorrências do paciente;</p> <p>RO-125- Procurando estar mais próximo do paciente;</p> <p>RO-126- Fazendo o exame físico, tocando no paciente;</p> <p>VI-71- Identificando as alterações do paciente a através do exame físico;</p> <p>VI-125- Necessitando estar próximo ao doente para fazer os DE;</p> <p>BJ-55- Sendo necessário examinar o paciente para fazer os DE;</p> <p>BJ-76- Detectando através do exame físico os problemas que indicarão os DE mais precisos.</p>	<p>Avaliando o cliente</p>
<p>FL-312- Realizando o julgamento clínico;</p> <p>RO-121- Realizando o julgamento clínico;</p> <p>AG-146- Tendo que aprender através do julgamento clínico identificar o DE;</p> <p>TA-63- Sentindo-se importante por ter identificado os sinais e sintomas que levaram o diagnóstico;</p> <p>AZ-89- fazendo o julgamento clínico;</p> <p>AG-145- Tendo que aprender a desenvolver o raciocínio diagnóstico na prática;</p> <p>TU-77- Conduzindo o raciocínio</p>	<p>TU-90- Elaborando o raciocínio diagnóstico (mental);</p> <p>TA-66- Realizando o julgamento clínico e o raciocínio diagnóstico;</p> <p>FL-229- Iniciando o raciocínio diagnóstico para identificação dos DE;</p> <p>FL-313- Desenvolvendo o raciocínio diagnóstico;</p> <p>AZ-90- Fazendo o raciocínio diagnóstico e Identificando os DE;</p> <p>AZ-218- Tendo o raciocínio como uma ferramenta de trabalho;</p> <p>BJ-57- Tendo que organizar e esclarecer muito bem essas</p>	<p>Realizando o julgamento clínico e o raciocínio diagnóstico</p>

<p>diagnóstico para direcionar a escolha do diagnóstico;</p>	<p>etapas.</p>	
<p>TU-88- Identificando os diagnósticos de enfermagem;  TU-42'- Usando a taxonomia para associar e identificar o DE;  TA-52- Fazendo o diagnóstico com base na experiência adquirida com o tempo;  TA-64- Realizando o diagnóstico através da coleta de dados e do exame físico;  FL-98- Identificando os DE através da avaliação do paciente quando chega na RPA;  FL-116- Evoluindo o paciente e reconhecendo os DE mentalmente a partir da avaliação do paciente;  FL-149- Identificando a maioria dos DE ao avaliar o paciente de neurocirurgia;  FL-152- Tendo facilidade para identificar os DE ao avaliar o paciente;  FL-155- Identificando os DE a partir da evolução de enfermagem;  FL-165- Identificando os DE na internação do paciente;  FL-167- Identificando os DE no período trans-operatório;  AZ-85- Identificando os diagnósticos de enfermagem em busca de resultados satisfatórios;</p>	<p>GR-211- Identificando os DE durante a avaliação do paciente;  LU-93- Determinando e estabelecendo os DE relacionados aos pacientes que avaliamos;  PE-117- Priorizando o Diagnóstico de Enfermagem de acordo com determinadas emergências médicas  ES-108- Identificando os DE e traçando as intervenções de enfermagem correspondente;  MA-231- Fazendo o diagnóstico da necessidade do paciente;  CA-105- Fazendo os DE ao avaliar o paciente;  VI-128- Exigindo do enfermeiro maior acurácia para identificar as necessidades do paciente;  ME-125- Avaliando o paciente e ao mesmo tempo identificando os DE;  MA-280- Identificando o DE e estabelecendo intervenções para amenizar a ansiedade do paciente;  MA-279- Identificando mais os Diagnóstico de Enfermagem de ansiedade;  CA-151- Vindo automaticamente muitos DE na cabeça e suas intervenções de enfermagem.</p>	<p>Identificando os diagnósticos de enfermagem</p>
<p>TA-160'- planejando a assistência de enfermagem;  AZ-197- Conduzindo o processo de fazer, avaliar os resultados e refazer quando necessário;  VI-99- Otimizando o tempo para assistir o paciente e identificar os DE;  ME-178- Fazendo o próprio planejamento assistencial;  ME-179- Iniciando sua avaliação pelos pacientes mais graves;  BJ-67- Organizando e</p>	<p>GR-269- Adquirindo muita autonomia;  LU-84- Melhorando a assistência com o paciente de nc a cada dia;  LU-164- Prestando uma assistência individualizada e direcionada;  ES-P100- Sendo uma forma de comunicação multidisciplinar sobre o paciente;  ES-103- Aprimorando os cuidados de enfermagem;  ES-208- Avaliando as</p>	<p>Planejando a assistência em busca de resultados</p>

<p>direcionando a assistência de enfermagem;</p> <p>TA-162- Buscando resultados positivos e menor tempo de internação;</p> <p>TA-163- Buscando redução de custos;</p> <p>TA-165- Investindo em normas e protocolos para recuperação do paciente;</p> <p>AZ-206- Otimizando o seu tempo;</p> <p>AZ-247- Buscando maior qualidade da assistência de enfermagem;</p> <p>GR-169- Tendo que avaliar as intervenções de enfermagem;</p> <p>GR-172- Assistindo o paciente de forma individualizada;</p> <p>GR-178- Fazendo a prescrição de enfermagem a partir dos DE;</p> <p>GR-202- Prevendo intercorrências;</p> <p>GR-220- Avaliando atualmente o paciente mais detalhadamente;</p>	<p>intervenções de enfermagem;</p> <p>MA-232- Avaliando melhor o paciente através do DE;</p> <p>LZ-69- Facilitando o serviço do enfermeiro;</p> <p>LZ-72- Direcionando o cuidado de acordo com as necessidades e prioridades do paciente;</p> <p>RO-91- Podendo o enfermeiro através dos DE prestar uma assistência ampla e minuciosa;</p> <p>VI-84- Mostrando a cientificidade do DE;</p> <p>VI-89- Estando os enfermeiros do mundo trabalhando com os DE;</p> <p>BJ-50- Prestando uma assistência de qualidade.</p>	
--	---	--

FENÔMENO: PERCEBENDO OS ASPECTOS MARCANTES PARA APLICAÇÃO DOS  
DIAGNÓSTICOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

QUADRO 08. CATEGORIA: PERCEBENDO OS ASPECTOS MARCANTES PARA  
APLICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

CÓDIGOS		SUBCATEGORIAS
<p>TU-40- Tendo dificuldade de aplicar a linguagem diagnóstica; AG-140- Tendo dificuldade de implementar, estudar e definir os DE; AG-163- Tendo dificuldade de associar o conhecimento científico com a prática de enfermagem; AG-164- Tendo dificuldade de reconhecer o DE; AG-179- Tendo deficiência de um olhar minucioso para avaliar o paciente de neurocirurgia; FL-97- Tendo dificuldade para fazer o DE na RPA; FL-177- Tendo dificuldade para trabalhar com os DE; FL-289- Tendo dificuldade de listar e ordenar os DE; FL-293- Tendo falta de costume para trabalhar com os DE; LU-99- Tendo dificuldade de identificar os DE; LU-109- Tendo que saber identificar os problemas; LU-101- Tendo dificuldade para aplicar os DE; LU-106- Tendo que entender para que serve a aplicação dos DE;</p>	<p>LU-110- Tendo que saber relacionar os problemas aos DE; CA-145- Necessitando entender e saber aplicar os DE; RO-86- Tendo dificuldade de escrever os DE; VI-55- Tendo dificuldade de entendimento dos DE; ME-129- Faltando uma sequência sistemática das atividades; BJ-34- Faltando embasamento para fazer e estar fazendo um DE; FL-218- Tendo o tempo curto do paciente na RPA para conhecer a sua história; MA-216- Fazendo pouco DE no CCO; MA-220- Sendo impossível fazer os DE no cco; FL-97- Tendo dificuldade para fazer o DE, PE e avaliação do paciente na RPA; RO-85- Faltando no CCO os DE organizados em um impresso; TU-39- Estando ainda despreparada para fazer as ligações, a construção do raciocínio diagnóstico; BJ-35- Duvidando se o que está fazendo se está certo.</p>	<p>Sentindo dificuldades para fazer o diagnóstico de enfermagem</p>
<p>AG-155- Necessitando de conhecimento científico e prático; FL-170- Tendo que ser um</p>	<p>PE-185- Necessitando do conhecimento para aplicar os DE; ES-133- Necessitando estudar</p>	

<p>funcionário treinado que goste dos DE;  FL-185- Tendo que saber fazer;  FL-186- Tendo que entender o DE;  AZ-99- Necessitando do conhecimento para identificar os DE;  GR-62- Necessitando conhecimento em neurocirurgia oncológica;  GR-244- Tendo o enfermeiro necessidade de conhecimento para identificar os DE;  LU-108- Tendo que entender os DE;  LU-113- Necessitando de conhecimento para aplicar os DE;  LU-127- Necessitando o desenvolvimento de todos enfermeiros;  AG-159- Tendo que aprender o DE e dissociar do DM;  PE-49- Necessitando de conhecimentos para reconhecer as intercorrências do paciente;  PE-76- Necessitando aprender a raciocinar;</p>	<p>para aplicar os DE;  ES-202- Necessitando de conhecimento;  MA-181- Necessitando de conhecimento técnico e científico;  MA-260- Necessitando o enfermeiro de capacitação periódica;  CA-28- Necessitando estudar até hoje para entender o paciente de neurocirurgia;  RO-105- Necessitando de conhecimento e experiência para fazer os DE;  VI-87- Sendo o enfermeiro impossibilitado de trabalhar com a linguagem padronizada se não tiver conhecimento;  ME-102- Necessitando ter conhecimento em neurocirurgia e dos DE;  BJ-70- Tendo necessidade de conhecimento acerca dos DE e em NC.</p>	<p>Precisando de conhecimento acerca do diagnóstico de enfermagem</p>
<p>LU-100- Tendo falta de experiência  ES-81- Necessitando de experiência e o mínimo de conhecimento de qualquer profissional para atuar com o paciente de NC</p>	<p>LZ-104- Sendo necessário o conhecimento técnico  AG-79- Necessitando de tempo para adquirir experiência</p>	<p>Faltando maior conhecimento e experiência prática com o diagnóstico de enfermagem</p>
<p>ME-58- Aprendendo a observar a piora do quadro clínico do paciente;  ME-45- Aprendendo a lidar com o paciente de NC;  GR-37- Aprendendo com as oportunidades e possibilidades concedidas pela chefia imediata;  GR-119- Aprendendo muito ao trabalhar com o paciente de NC;  AG-107- Passando o tempo e se</p>	<p>AZ-45- Necessitando de autonomia para trabalhar com o paciente;  AZ-326- Tendo que ser humilde;  VI-150- Tendo o enfermeiro dúvidas na conduta a ser tomada;  CA-11- Exigindo do enfermeiro uma percepção cuidadosa do paciente;  VI-149- Atuando e avaliando assistindo o paciente em todos os</p>	<p>Aprendendo cuidar do cliente neurocirúrgico</p>

<p>acostumando com o paciente;  AG-122- Não esquecendo de suas primeiras experiências de cuidado;  AG-106- Não se chocando mais com as intervenções cirúrgicas;</p>	<p>aspectos;  GR-116- Atentando para alterações do metabolismo, controle hormonal, da diurese do paciente que estão diretamente relacionados ao tumor.</p>	
<p>GR-21- Considerando o cliente de NC muito complexo;  GR-281- Podendo o paciente chegar comatoso na sua admissão;  GR-224- Podendo o paciente confuso evoluir para uma melhora;  GR-225- Podendo estar lúcido e evoluir para uma confusão mental;  GR-246- Considerando a sonolência do paciente;  GR-251- Demorando a se recuperar;  GR-152- Aumentando essa vigília quando recebe o paciente no PO imediato;  GR-151- Necessitando de uma vigília constante no pós-operatório de NC;  ME-32- Sendo um paciente difícil de lidar;  ME-44- Considerando o paciente de NC complicado;  ME-46- Considerando difícil lidar com o paciente de NC;  TA-20- Considerando um paciente difícil para cuidar;  PE-42- Necessitando de monitorização;  CA-10- Considerando um paciente complexo;  CA-26- Sendo um paciente excessivamente complexo;  BJ-10- Sendo o paciente de NC muito complexo;  AZ-279- Tendo o paciente de NC uma subjetividade decorrente a lesão cerebral;  GR-41- Considerando um paciente diferente;  AZ-231- Mantendo o mesmo quadro clínico por um bom tempo;</p>	<p>PE-214- Tendo o paciente de NC particularidades;  CA-33- Tendo o paciente de nc outras comorbidades;  AZ-119- Apresentando alteração de comportamento;  AZ-56- Tendo intercorrências inesperadas;  AZ-229- Sendo o paciente de NC muito instável;  AZ-297- Podendo as alterações fisiológicas levar o paciente a óbito;  GR-247- Estando o paciente bem e de repente fica sonolento;  AZ-232- Mudando o quadro clínico para outro completamente diferente;  GR-86- Sendo demorada a estabilidade do paciente de NC;  AZ-290- Tendo as intercorrências do paciente de NC algo que não se pode palpar;  ES-23- Necessitando ser visto com cuidado ao longo de sua internação;  ME-31- Aparentando às vezes estar tranquilo;  TA-12- Tendo agitação devido ao tumor;  PE-39- Tendo uma labilidade emocional;  PE-40- Tendo uma labilidade psicológica;  PE-41- Sendo um paciente imprevisível;  PE-44- Podendo apresentar intercorrências a qualquer momento;  CA-23- Sendo o paciente de neurocirurgia uma caixinha de</p>	<p>Considerando um cliente complexo</p>



	surpresa.	
<p>TA-85- Realizando o exame físico incompleto;  TA-79- Faltando um exame físico minucioso;  TA-89- Realizando uma avaliação inadequada;  AZ-254- Tendo dias que não é possível escutar o paciente;  AZ-255- Tendo que interromper a fala do paciente;  AZ-299- Podendo os sinais e sintomas não ser identificados e passarem despercebidos;  PE-130- Podendo não identificar os sinais e sintomas das intercorrências do paciente;  PE-136- Tendo a dificuldade de assistir o paciente adequadamente;  MA-145- Faltando tempo para interagir mais com o paciente;  LZ-105- Sendo necessário conhecer o paciente;  LZ-106- Necessitando da realização do exame físico;  ME-174- Estando sozinha como enfermeira no plantão, tendo que dar prioridade;  VI-130- Tendo dificuldade de estar mais próximo ao paciente por falta de pessoal;  VI-143- Sendo necessário tempo para escutar o paciente quando imprescindível;  ME-106- Faltando tempo para avaliar o paciente, sentar e fazer;  BJ-66- Tendo dificuldade de dar a devida assistência ao paciente devido à demanda de trabalho;</p>	<p>TA-88- Tendo a identificação do DE prejudicada;  GR-189- Necessitando fazer um exame físico minucioso para identificar o DE;  GR-284- Sendo mais fácil fazer a entrevista com o paciente lúcido;  PE-125- Necessitando identificar precocemente os sinais e sintomas das intercorrências que o paciente venha apresentar;  TA-93- Observando o enfermeiro vinculado as questões burocráticas;  FL-107- Reconhecendo a demanda burocrática para realizar;  VI-134- Tendo várias atividades, inclusive administrativas e que são de responsabilidade do enfermeiro;  TA-81- Priorizando o preenchimento de papéis em detrimento a avaliação do paciente;  PE-132- Tendo o distanciamento do enfermeiro da beira do leito;  TA-87- Sendo comum o cansaço dos enfermeiros e a avaliação restrita do paciente;  TA-100- Observando os enfermeiros cansados e com elevada jornada de trabalho;  TA-115- Tendo cansaço devido à dupla jornada de trabalho;  PE-153- Estando os profissionais de enfermagem cansados de duplas, triplas jornadas de trabalho;  PE-154- Tendo o desempenho comprometido devido a jornada de trabalho.</p>	<p>Realizando uma avaliação inadequada do cliente</p>
<p>FL-55- Tendo o quantitativo de funcionários reduzido na RPA;  FL-159- Tendo falta de recursos</p>	<p>CA-110- Tendo a falta de pessoal;  LZ-74- Tendo o número de</p>	

<p>humanos;  FL-162- Faltando gente para realizar os DE;  FL-169- Necessitando de mais funcionários para trabalhar com os DE;  GR-185- Reconhecendo que quantitativo de pessoal caminham juntos;  GR-186- Tendo que haver um quantitativo maior de funcionários;  GR-191- Necessitando de RH para assegurar a qualidade da assistência;  GR-193- Trabalhando com um quantitativo de enfermeiros inferior ao necessário;  GR-197- Ficando sozinha têm 25 pacientes para cuidar;  LU-251- Perdendo a continuidade do trabalho por falta de quantitativo de RH;  LU-225- Tendo impossibilidade de assistir sistematicamente os clientes;  PE-128- Necessitando de um bom número de RH;  PE-129- Tendo um número de RH deficiente para uma boa assistência de enfermagem;  PE-145- Necessitando de maior demanda de profissional enfermeiro a beira do leito;  ES-118- Tendo dificuldade de aplicar o DE no momento de sua identificação por déficit de mão de obra;  ES-120- Tendo dificuldade para cuidar do paciente e aplicar a taxonomia da NANDA devido uma equipe de enfermagem deficiente;  ES-127- Necessitando de uma equipe completa para desenvolver bem seu trabalho;  MA-258- Necessitando de maior quantitativo de profissional;  AG-165- Necessitando de maior tempo para avaliar, diagnosticar e</p>	<p>peçoal insuficiente;  RO-96- Tendo poucos enfermeiros para fazer os DE;  VI-131- Tendo como realidade no cco o déficit de pessoal no inca e em outras instituições;  BJ-63- Tendo o quantitativo de funcionários infelizmente reduzidos;  ME-117- Ficando complicado fazer os DE estando sozinha;  FL-103- Tendo dificuldade devido a dinâmica de entrada e saída dos pacientes na RPA;  FL-113- Tendo que realizar outras atividades;  FL-315- Tendo que trabalhar com doentes de várias especialidades concomitantemente;  AZ-180- Tendo o enfermeiro como o gerenciador de tudo;  LU-141- Reconhecendo as inúmeras atividades que a enfermagem faz;  PE-131- Tendo que atender as várias atividades dos pacientes simultaneamente;  MA-250- Tendo o quantitativo elevado de pacientes;  MA-269- Cumprido a jornada de trabalho de 40h;  LZ-75- Tendo a demanda de trabalho elevada;  VI-102- Tendo uma demanda elevada de trabalho na RPA/CCO;  ME-146- Perdendo tempo realizando atividades de competência de outros profissionais;  BJ-62- Tendo uma demanda de paciente, de cuidado e de procedimentos muito grande;  BJ-65- Sendo a assistência desviada dos DE;  BJ-68- Tendo a demanda elevada de atividades que o enfermeiro esta inserido;  ME-147- Faltando tempo de realizar as próprias atividades;</p>	<p>Tendo recursos humanos insuficientes e sobrecarga de atividades</p>
---	--	--

<p>intervir;</p> <p>FL-99- Referindo a falta de tempo para registrar os DE e as prescrições de enfermagem no prontuário;</p> <p>FL-161- Faltando tempo hábil para fazer os DE;</p> <p>FL-176- Tendo questionamento do grupo quanto a falta de tempo para realizar o DE;</p> <p>FL-224- Tendo como limitador o tempo curto para conhecer o paciente estar próximo ao paciente;</p> <p>GR-187- Necessitando de tempo para ser dedicado;</p> <p>ES-119- Faltando tempo hábil para a aplicação dos DE com relação ao quantitativo de RH;</p> <p>MA-172- Faltando o tempo necessário para assistir o paciente;</p> <p>MA-233- Tendo pouco tempo para fazer os DE;</p> <p>ME-103- Necessitando de tempo para Aplicar os DE;</p> <p>ME-107- Necessitando no início de mais tempo para realizar os DE;</p>	<p>BJ-43- Necessitando de um tempo para estar implementando os DE;</p> <p>GR-190- Demandando tempo para realizar um exame físico minucioso;</p> <p>AZ-245- Necessitando de mais tempo para próximo ao paciente;</p> <p>AG-162- Tendo os registros de enfermagem uma linguagem para o Diagnóstico Médico;</p> <p>AG-137- Reconhecendo que o enfermeiro não registra o que executa;</p> <p>AZ-226- Considerando os registros de enfermagem uma estagnação;</p> <p>ME-141- Ficando o enfermeiro sem registrar o que é próprio;</p> <p>ME-160- Faltando ao enfermeiro o hábito de valorizar a escrita;</p> <p>ME-162- Faltando tempo para o enfermeiro escrever;</p> <p>TA-86- Realizando os registros de enfermagem sem o exame físico minucioso;</p> <p>RO-97- Faltando um impresso próprio com os DE.</p>	
<p>TA-118- Reconhecendo o conhecimento científico como facilitador para identificação dos DE;</p> <p>TA-120- Reconhecendo a importância do conhecimento científico associado a experiência assistencial;</p> <p>AZ-98- Tendo o conhecimento como influenciador para a aplicação dos DE;</p> <p>PE-74- Tendo o conhecimento científico o facilitador para o raciocínio clínico;</p> <p>PE-75- Entendendo através do raciocínio clínico entender o que está acontecendo com o paciente;</p> <p>ES-128- Tendo conhecimento e não utilizando por falta de tempo;</p> <p>CA-153- Tendo o conhecimento a</p>	<p>ES-13- Buscando maior conhecimento em relação ao paciente e ao trabalho;</p> <p>AZ-39- Necessitando buscar o conhecimento em neurocirurgia oncológica;</p> <p>AZ-57- Tendo que conhecer a patologia do paciente;</p> <p>AZ-285- Necessitando compreender o paciente para evitar sua morte;</p> <p>AZ-143- Necessitando de segurança para tomada de decisão;</p> <p>AZ-59- Tendo que reconhecer as intercorrências apresentadas;</p> <p>AZ-29- Podendo prevenir intercorrências;</p> <p>AZ-28- Podendo realizar um julgamento clínico errado;</p>	<p>Sendo o conhecimento científico e experiência em neurocirurgia oncológica um facilitador para identificar o diagnóstico de enfermagem</p>

<p>identificação dos DE é mais rápido;</p> <p>RO-128- Tendo a partir do conhecimento e da experiência melhor condições para identificação dos DE;</p> <p>TA-74- Reconhecendo a experiência profissional como um fator facilitador para a identificação do DE;</p> <p>ES-110- Sendo possível identificar os DE em NC a partir de sua experiência profissional;</p> <p>ES-111- Tendo a experiência profissional como um facilitador para a identificação dos DE;</p> <p>ME-92- Tendo a experiência do profissional como aspecto influenciador para a aplicação dos DE;</p> <p>ME-99- Necessitando o enfermeiro ter conhecimento e experiência dos DE;</p> <p>LZ-89- Tendo o enfermeiro mais antigo a experiência do que o conhecimento de SAE;</p> <p>ME-57- Melhorando o conhecimento ao longo do tempo;</p> <p>ES-14- Achando importante estudar e conhecer mais conforme necessidade;</p> <p>GR-70- Adquirindo o conhecimento gradativamente;</p> <p>GR-28- Necessitando do enfermeiro uma visão holística para o cuidado desse cliente;</p>	<p>AZ-17- Necessitando de conhecimento teórico-prático para melhor assistir o paciente;</p> <p>TU-28- Falhando no cuidado;</p> <p>AZ-25- Necessitando de compreensão dos comportamentos;</p> <p>BJ-14- Referindo não perceber nada do paciente sem estudo;</p> <p>BJ-11- Conseguindo atualmente perceber os sinais e sintomas do paciente de NC;</p> <p>LZ-34- Tendo necessidade de buscar maior conhecimento para cuidar desse paciente;</p> <p>LZ-33- Necessitando de uma especialização para quem está começando;</p> <p>CA-139- Sendo o enfermeiro hoje um profissional que tem conhecimento científico;</p> <p>CA-113- Necessitando de conhecimento para identificar as intercorrências;</p> <p>CA-104- Sendo apenas um cumpridor de tarefas se não tiver o conhecimento científico;</p> <p>PE-67- Necessitando estudar as patologias, neurocirurgia para associar a teoria à prática;</p> <p>PE-64- Necessitando dedicação, aperfeiçoamento próprio.</p>	
<p>AZ-109- Querendo fazer</p> <p>AZ-110- Tendo vontade</p> <p>ES-112- Querendo e tendo vontade de aplicar os DE</p> <p>LZ-77- Tendo que implementar para ir treinando, vestindo a camisa</p>	<p>VI-110- Tendo interesse por parte da chefia para capacitação dos enfermeiros no inca</p>	<p>Querendo aplicar o diagnóstico de enfermagem</p>

FENÔMENO: APLICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM  
NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: O DITO E O NÃO DITO

QUADRO 09. CATEGORIA: APLICANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM  
EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA: O DITO E O NÃO DITO

CÓDIGOS		SUBCATEGORIAS
<p>TU-70- Tendo o enfermeiro como responsável pelas intervenções em busca de resultados satisfatórios</p> <p>TU-74- Sentindo o peso da responsabilidade depositada pelo paciente</p> <p>ME-135- Começando a se cobrar por um resultado satisfatório, pois está registrado que o paciente está com dor</p> <p>AG-93- Tendo consciência do crescimento profissional</p> <p>AG-141- Reconhecendo o reflexo dos DE na prática e função do enfermeiro</p> <p>AZ-146- Obtendo segurança através da prática</p> <p>MA-248- Tendo o enfermeiro benefício através do DE</p> <p>BJ-48- Sendo os DE o diferencial para a nossa profissão</p> <p>GR-173- Tendo a recuperação do paciente</p> <p>ES-144- Podendo o paciente receber alta mais rápido e em melhores condições</p> <p>ES-145- Reduzindo o tempo de internação do paciente no hospital</p> <p>ES-146- Tendo os resultados positivos da assistência prestada</p> <p>ES-147- Observando o paciente em melhores condições</p> <p>MA-238- Podendo ter o tempo de internação do paciente diminuído</p> <p>MA-241- Contribuindo para a diminuição do tempo de internação, das medicações</p> <p>BJ-59- Tendo a confirmação dos</p>	<p>TA-93- Observando o enfermeiro vinculado as questões burocráticas</p> <p>MA-245- Sendo o enfermeiro o profissional que assiste o paciente 24h e tem condições de identificar suas necessidades</p> <p>GR-83- Adquirindo gosto a cada paciente que cuida</p> <p>GR-93- Sentindo-se mexida com a paciente</p> <p>PE-02- Gostando de trabalhar em terapia intensiva</p> <p>PE-03- Gostando de trabalhar com o paciente crítico</p> <p>ES-20- Crescendo ao longo do tempo e mais ainda quando foi trabalhar na enfermaria de neurocirurgia, onde teve um grande incentivo</p> <p>MA-02- Sendo uma profissional que ama o que faz</p> <p>ME-92- Tendo a experiência do profissional como aspecto influenciador para a aplicação dos DE</p> <p>MA-03- Gostando e sentindo prazer no que faz</p> <p>ME-127- Achando que vai levar tempo para até organizar a idéia</p> <p>ME-128- Faltando uma idéia organizada com sequência do que deve e precisa ser feito</p> <p>TA-65- Associando o conhecimento científico aos achados do exame físico</p> <p>TA-73- Reconhecendo a sua capacidade profissional o fator</p>	<p>Atuando no cotidiano</p>

<p>resultados pelos pacientes  TA-69- Sentindo-se feliz por ter sido capaz de ajudar a paciente  TA-70- Dando importância ao aprendizado através da experiência  FL-160- Podendo gostar de fazer  AZ-219- Tendo as atividades desenvolvidas de forma prazerosa  AZ-342- Sentindo prazer em ver os resultados positivos  GR-314- Achando muito gratificante quando a paciente após sua alta retorna a enfermaria bem  MA-95- Tendo seu trabalho reconhecido  TA-81- Priorizando o preenchimento de papéis em detrimento a avaliação do paciente</p>	<p>mais importante na sua profissão  TA-166- Proporcionando uma assistência de enfermagem qualificada  FL-234- Devendo avaliar os cuidados prestados  ES-174- Buscando identificar as necessidades mais particulares do paciente  CA-49- Assistindo o paciente antes de fazer uma seqüela neurológica permanente  ME-132- Avaliando a dor e medicando o paciente  ES-205- Implementando os cuidados de enfermagem aos pacientes  ES-211- Achando importante observar, examinar, questionar e proporcionar cuidados especiais ao paciente de NC</p>	
<p>TU-36- Podendo o DE ser aplicável na prática e sendo mais fácil estabelecer o DE  TU-71- Tendo a possibilidade do DE se aplicável na prática e tem resposta  AG-153- Os DE em neurocirurgia são muito presentes e possíveis de serem observados e identificados rapidamente  MA-218- Sendo visto os DE no paciente  VI-124- Estando os DE voltados para a parte assistencial  ME-122- Identificando os DE mesmo quando o paciente apresenta intercorrências  ME-121- Fazendo os DE diretamente  BJ-32- Aplicando os Diagnósticos de Enfermagem de modo oficioso  BJ-33- Aplicando os DE empiricamente  FL-179- Escrevendo muito não de forma organizada por domínios  BJ-56- Tendo o enfermeiro examinando, verificando, percebendo e implementando a</p>	<p>PE-103- Sendo o DE o responsável pela assistência de enfermagem eficaz  ES-149- Assistindo melhor o paciente sem causar riscos  MA-225- Tendo uma melhor assistência de enfermagem  MA-237- Podendo prestar uma assistência de qualidade  RO-123- Estando todas as ações interligadas  ES-191- Sendo a aplicação dos DE a detecção das necessidades de cuidados  AZ-87- Tendo um raciocínio rápido e interligado  TA-166- Proporcionando uma assistência de enfermagem qualificada  LU-164- Prestando uma assistência individualizada e direcionada  FL-98- Identificando os DE automaticamente ao avaliar e ao prestar cuidados ao paciente quando chega na RPA  AG-143- Prestando uma assistência minuciosa através do</p>	<p>Aplicando os diagnósticos de enfermagem</p>

<p>conduta a partir dos DE</p> <p>TU-67- Tendo o DE e intervenções específicas como facilitadores da assistência de enfermagem</p> <p>PE-104- Sendo o direcionador das prioridades assistenciais do paciente</p> <p>AZ-76- Tendo menos desgaste energético ao direcionar o cuidado</p> <p>AZ-83- Tendo a otimização da assistência de enfermagem</p> <p>PE-106- Sendo o DE um direcionador do planejamento da assistência de enfermagem</p> <p>ME-91- Achando que estava faltando os DE para direcionar a rotina</p> <p>ME-79- Sendo os DE uma rotina que permite a visualização e identificação dos problemas do paciente</p> <p>TU-85- Possibilitando através do DE o enfermeiro ampliar sua avaliação</p> <p>VI-148- Sendo diferente se assistir o paciente com base nos DE</p> <p>LU-94- Assistindo melhor o paciente a partir da avaliação das necessidades do paciente</p> <p>MA-221- Tendo as necessidades do paciente resolvidas e atendidas a partir do DE</p> <p>VI-123- Tendo consciência que através dos DE é possível atuar mais com o paciente</p> <p>ME-98- Estando os DE atrelados ao conhecimento e a experiência</p> <p>BJ-17- Ficando a enfermeira arcaica se não buscar o conhecimento</p>	<p>DE</p> <p>AZ-272- Assistindo o paciente conforme as diferentes situações que o paciente se encontra</p> <p>FL-116- Evoluindo o paciente e reconhecendo os DE mentalmente a partir da avaliação do paciente</p> <p>FL-149- Identificando a maioria dos DE ao avaliar o paciente</p> <p>FL-152- Tendo facilidade para identificar os DE ao avaliar o paciente</p> <p>ES-104- Identificando os DE a partir da observação da fala, deglutição, mudanças neurológicas e humor do paciente</p> <p>AZ-87- Tendo um raciocínio rápido e interligado um ao outro</p> <p>TA-66- Realizando o julgamento clínico e o raciocínio diagnóstico</p> <p>AZ-84- Associando o DE aos resultados esperados</p> <p>AZ-85- Pensando no DE e já visualizando os resultados</p> <p>AZ-86- Fazendo o DE e a associação é muito interligada</p> <p>GR-162- Aplicando os cuidados adequados ao doente a partir dos DE</p> <p>ES-97- Sendo o DE uma forma de ter um olhar holístico, observador do paciente</p> <p>LZ-71- Com o tempo o conhecimento e o cuidado a ser prestado adequadamente vai surgindo</p>	
<p>FL-132- Percebendo o trabalho grande</p> <p>ME-89- Passando a ter através do DE uma visão única com a mesma linguagem de todo mundo</p> <p>AZ-77- Utilizando uma linguagem sistematizada</p>	<p>TA-88- Tendo a identificação do DE prejudicada</p> <p>FL-123- Aguardando há 5 anos a implantação do módulo informatizado</p> <p>AZ-222- Tendo a sensação de não continuidade do processo de</p>	<p>Não aplicando os diagnósticos de enfermagem</p>

<p>BJ-37- Percebendo que o DE está crescendo</p> <p>ME-97- Estando agora todo mundo tendo a visão e influenciando os DE</p> <p>LZ-79- Podendo tornar-se uma rotina para o futuro</p> <p>TU-55- Preparando-se para o futuro</p> <p>FL-157- Fazendo somente a evolução de enfermagem</p> <p>RO-122- Reconhecendo que não é escrito tudo o que é feito com os pacientes</p> <p>RO-124- Sendo feito todas as atividades com o paciente e não sendo escritas</p> <p>ME-130- Tendo maior comprometimento quando se escreve</p> <p>ME-120- Fazendo os DE em todos e sempre, só não denominando</p> <p>ME-96- Falando dos DE há anos no CTI e sem abertura para aplicá-los</p> <p>MA-250- Tendo o quantitativo elevado de pacientes</p>	<p>enfermagem</p> <p>LU-206- Sendo o trabalho interrompido devido a falta de enfermeiros</p> <p>ES-120- Tendo dificuldade para cuidar do paciente e aplicar a taxonomia da NANDA devido uma equipe de enfermagem deficiente</p> <p>RO-85- Faltando no CCO os DE organizados em um impresso</p> <p>RO-85'- Facilitando sua aplicação se tivesse organizados</p> <p>MA-216- Fazendo pouco DE no CCO</p> <p>MA-220- Sendo impossível fazer os DE no cco</p> <p>ME-141- Ficando o enfermeiro sem registrar o que é próprio</p> <p>FL-235- Priorizando os registros das intercorrências do paciente</p> <p>FL-97- Tendo dificuldade para fazer o DE, PE e avaliação do paciente na RPA</p> <p>RO-122- Reconhecendo que não é escrito tudo o que é feito com os pacientes</p>	
<p>ES-114- Facilitando o trabalho através da detecção dos problemas do paciente em vários aspectos</p> <p>AZ-75- Direcionando o cuidado</p> <p>AZ-218- Tendo o raciocínio como uma ferramenta de trabalho</p> <p>GR-162- Aplicando os cuidados adequados ao doente a partir dos DE</p> <p>GR-217- Aplicando as intervenções necessárias para o paciente melhorar</p> <p>GR-269- Tendo muita autonomia</p> <p>GR-273- Tendo a autonomia para discutir através do conhecimento adquirido</p> <p>FL-313- Desenvolvendo o raciocínio diagnóstico</p> <p>LU-95- Suprindo as necessidades do paciente</p> <p>ES-102- Aplicando o que</p>	<p>CA-88- Sendo um guia para direcionar uma boa assistência</p> <p>CA-89- Direcionando uma intervenção de enfermagem para o paciente</p> <p>LZ-78- Podendo observar a aplicabilidade na assistência</p> <p>LZ-120- Sendo o monitor importante, mas a avaliação manual do paciente é muito melhor</p> <p>RO-83- Assistindo melhor o paciente</p> <p>ES-97- Tendo através do DE um olhar holístico e observador do paciente</p> <p>MA-232- Avaliando melhor o paciente através do DE</p> <p>MA-235- Fazendo os DE mesmo com todas as deficiências</p> <p>VI-83- Tendo o DE facilitando a</p>	<p>Ressignificando simbolicamente os diagnósticos a partir do cotidiano</p>



<p>aprendemos</p> <p>ES-103- Aprimorando os cuidados de enfermagem</p> <p>MA-224- Resolvendo todas as necessidades do paciente a partir de sua identificação</p> <p>MA-227- Identificando as necessidades do paciente através dos DE</p> <p>MA-232- Avaliando melhor o paciente através do DE</p> <p>MA-239- Identificando a necessidade do paciente através do DE</p>	<p>assistência, uniformizando uma linguagem</p> <p>VI-85- Prestando um cuidado com base na ciência</p> <p>VI-128- Exigindo do enfermeiro maior acurácia para identificar as necessidades do paciente</p> <p>LU-205- Reconhecendo a necessidade de retomar o trabalho</p> <p>VI-81- Reconhecendo os DE um caminho para melhorar a assistência de enfermagem</p>	
--	--	--

## APÊNCICE VI

### DISTRIBUIÇÃO VERTICAL DO DISCURSO

#### TRECHO DA ENTREVISTA REALIZADA

Realizada: 21/05/2010

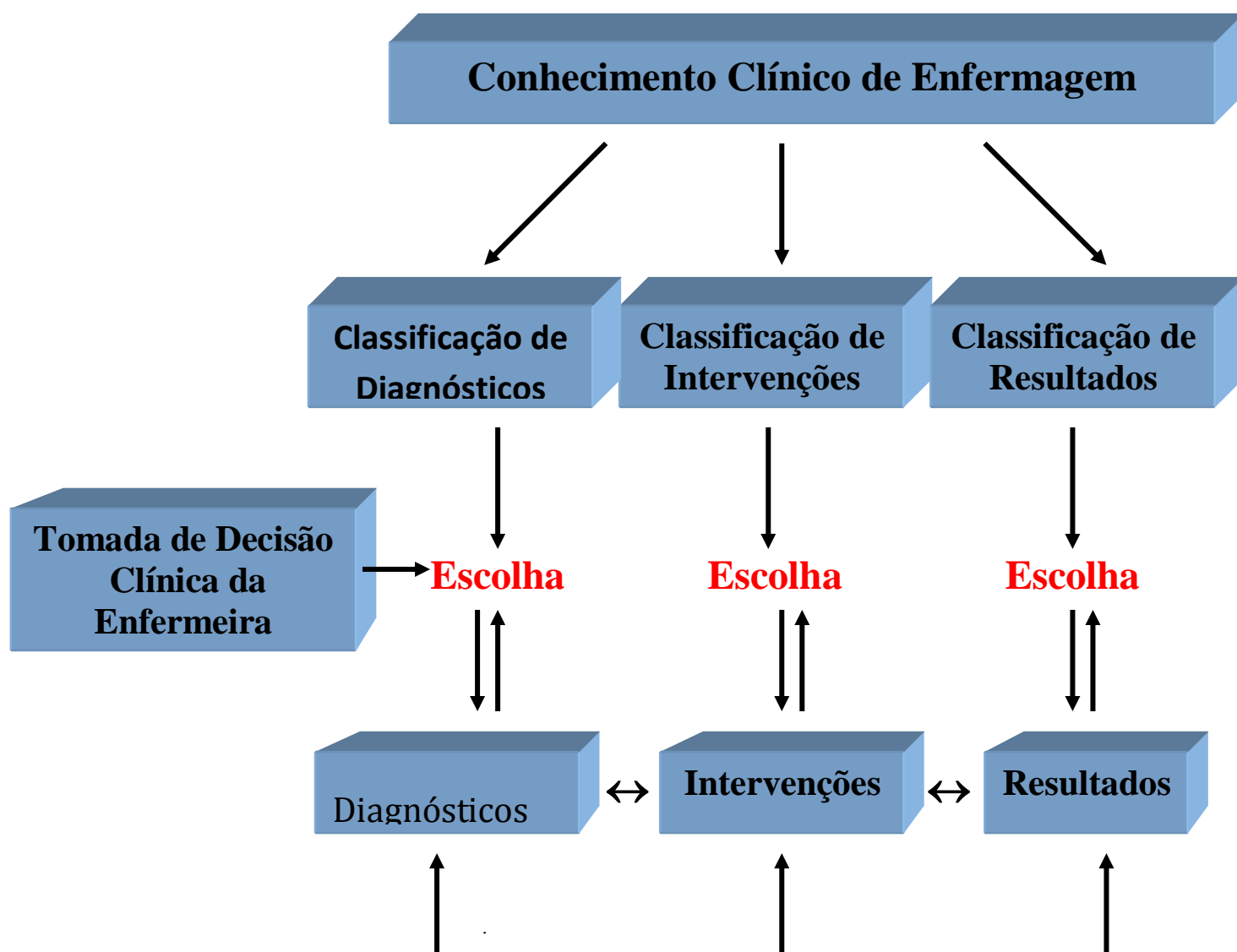
Duração: 1h e 18 min

<p>1- Quem é você?</p> <p>Sou enfermeira há 20 anos atuando em terapia intensiva, seja em um CTI geral ou específico como na área de oncologia.</p> <p>É uma experiência vivida de vários anos.</p> <p>É uma bagagem profissional adquirida muito boa, um conhecimento e experiência profissional muito importante e sofrido.</p> <p>O enfermeiro de terapia intensiva é muito cobrado e tem uma carga emocional muito grande</p> <p>Tem que ser muito boa, principalmente no início de tudo.</p> <p>Tem que ser boa tecnicamente, eficaz, eficiente, rápido, ter destreza e esperteza.</p> <p>É importante o enfermeiro observar o paciente de neurocirurgia e saber reconhecer as intercorrências que ele possa apresentar e assim, evitar complicações futuras</p> <p>Para isso é necessário conhecimento científico e organização, discernimento do que você está fazendo.</p> <p>Tem que ser muito estudioso e ter compromisso com a profissão.</p>	<p><b>Atuando há 20 anos como enfermeira em terapia intensiva oncológica</b></p> <p><b>Vivenciando experiências de vários anos.</b></p> <p><b>Adquirindo conhecimento e experiência profissional importante e sofrida.</b></p> <p><b>Sendo cobrada por ser enfermeira de terapia intensiva.</b></p> <p><b>Tendo que ser muito boa tecnicamente, eficaz, eficiente, ter destreza e ser esperta.</b></p> <p><b>Devendo o enfermeiro observar e identificar possíveis intercorrências do paciente de neurocirurgia.</b></p> <p><b>Sendo necessário conhecimento, organização e discernimento de suas ações.</b></p> <p><b>Tendo que ser estudioso e comprometido.</b></p>
--	--

## *Lista de Ilustrações*

FIGURA 1

RELAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM PARA TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA DA ENFERMEIRA.



Fonte: BARROS; FAKIN; MICHEL, 2002, p. 715



## FIGURA 6

### ANÁLISE DOS DADOS BRUTOS

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES
<p><b>JVDNVDNVDNDVNVNVKN ...</b></p>	<p><b>NCNNBNNGBNNNBNNBNNGNBN.</b></p>
<p><b>BSFJSJFJJFBJBFJBFJDJD...</b></p>	<p><b>BDBFJGJFJBJJFNBNFNBNBKNFN.</b></p>
<p><b>BFBDJBRJBGJBVBVBVBVBVBVBVB BBVJBVBFB ...</b></p>	<p><b>BDBBFJJBFBFJNBFBFBFBFBKF KJK.</b></p>
<p><b>BHFBBFJBVBFBFBFB ...</b></p>	

Fonte: Elaboração própria

## FIGURA 7

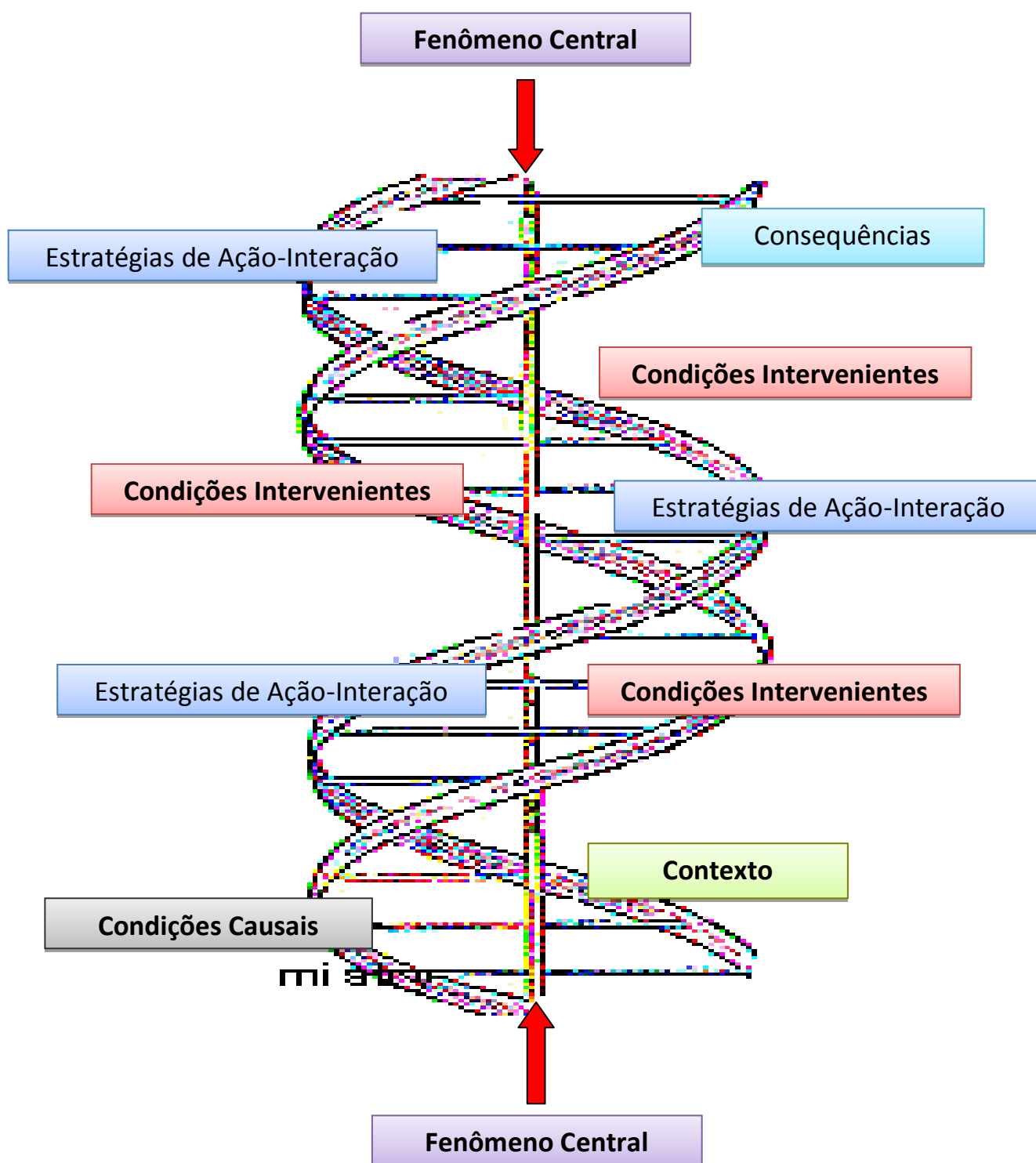
## PROCESSO DE CODIFICAÇÃO AXIAL

CÓDIGOS	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	C A T E G O R I A
<ul style="list-style-type: none"> <li>- HFHHHHJRGGKBJBV.</li> <li>- BGEDBFBJRBBJBGBJ.</li> <li>- CFVHEBFJJBFB RJR.</li> <li>- JFJKKFKKF</li> <li>- BHJFKFKVNVJDJUF.</li> <li>- HFJKFNFNBNKBGKB.</li> <li>- BHBBJFBKBNKNNKK.</li> <li>- NJBNGBMGFGNBDBD.</li> <li>- BHDBFBFKFNKNKV.</li> <li>- VDBNKFNKK,L,HMLH</li> </ul>	<p style="text-align: center;">BDJJJBKFKKKKBKNK BNGBGNGNGNMB JFGNNNB</p>	<p style="text-align: center;">HVFSHHBJVD JVJBJBDBVBV</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- DNNGNFKNNKGBMB.</li> <li>- BNEBBFNKNDNNGNJ.</li> <li>- BFHBNRKNRKNNGNR.</li> <li>- MNGNBGJJFNKNKHL.</li> <li>- NNKNRKNRKNKNT.</li> <li>- NJNKRTHTMLYMHM.</li> <li>- NNGKKNKGKMTMLG.</li> <li>- BBJBRBGJTNNKNBN.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">VFEHBFBBJVBBJBB JGBJNNNBNNNB</p>		

Fonte: Elaboração própria

FIGURA 8

## O PARADIGMA





# *Anexos*

**ANEXO I**  
**CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP DO INCA**



A(o): Enf<sup>a</sup> Angeli Soares de Souza  
Pesquisador(a) Principal

Rio de Janeiro, 15 de março de 2010.

**Registro CEP nº 15/10** (Este nº. deve ser citado nas correspondências referentes a este estudo)  
**Título do Estudo:** Significando os Diagnósticos de Enfermagem em Neurocirurgia Oncológica à Luz da Práxis Cotidiana dos Enfermeiros Especialistas

Prezado(a) Pesquisador(a),

Informo a composição do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer que analisou e aprovou o estudo acima especificado.

*Adriana Scheliga  
Ana Lúcia Amaral Eisenberg  
Ana Valéria Paranhos Miceli  
André Marcelo Machado Soares  
Beatriz Jardim  
Carlos Henrique D Silva  
Célia Helena Fernandes Costa  
Cláudio Gustavo Stefanoff  
Eliana Teixeira Maranhão  
Héilton Spindola Antunes  
Ivan da Costa Marques  
Marcelle Coelho de Rosario  
Maria de Fátima Batalha de Menezes  
Michele Quarti  
Miguel Ângelo Martins Moreira  
Paulo Alexandre Mora  
Ricardo Silva  
Urquilei dos Santos Pinheiro  
Virginia Pires  
Walter Esteves Piñeiro  
Wilza Barbosa Felipe*

*Médica Oncologista Clínica HC I - Coordenadora  
Médica Patologista – DIPAT  
Psicóloga do Serviço de Psicologia - HC I  
Teólogo / Filósofo Extra INCA  
Nutricionista - CONPREV  
Médico HC IV – Coordenador Substituto  
Enfermeira da Oncologia – HC I  
Coordenador do Laboratório do BNT - CPQ  
Fisioterapeuta da Fisioterapia – HC I  
Dentista do Serviço de Pesquisa Clínica - CPQ  
Matemático Extra INCA  
Advogada Extra INCA  
Enfermeira da Divisão de Enfermagem – HC I  
Enfermeira - Extra INCA  
Biólogo da Divisão de Genética - CPQ  
Médico Oncologista - HCII  
Chefe do Biotério - CPQ  
Representante de Usuários – CES/RJ  
Bióloga - CEMO  
Advogado Extra INCA  
Enfermeira da Comissão de Infecção Hospitalar - HC III*

Atenciosamente,

Dra. Adriana Scheliga  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP-INCA

**ANEXO II**  
**PARECER DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2010.

Parecer de Defesa de Dissertação de Mestrado

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fátima Helena do Espírito Santo

Obrigada por estar aqui, hoje é um dia em que quem deve ser bastante acarinhada é a Angeli. Estou me sentindo abraçada aqui na banca. A oportunidade de estar acompanhando em um momento tão importante, tão rico para você na sua trajetória de vida Angeli com a Glaucia. Eu agradeço o convite com a minha amiga Rosimere e a todos os presentes por estar aqui e estar muito feliz de ter visto esta belíssima apresentação. Sabemos que há um desgaste físico e mental e você está de parabéns pela qualidade dos slides, pelo domínio da sua fala e certamente quem ler o seu trabalho e ter o privilégio de lhe assistir, entende mais ainda ele.

Então, eu começo falando do seu trabalho a maneira que você escreve, o cuidado que você tem em desenvolver ele, os avanços que você teve no trabalho desde a qualificação e que você incorporou inclusive várias sugestões da banca naquele momento. Você transita o tempo inteiro entre o sensível e o racional. É muito interessante porque você, por exemplo, começa falar do paciente de quando ele chega, a questão da enfermaria, aí você fala: mas aí o diagnóstico é fundamental. Então não fica um discurso frio na prática, como se fosse uma prática descontextualizada. Você fala em cuidado e com cuidado o tempo inteiro.

E assim, agente sempre escolhe enfermeiros para cuidar da gente. Se fizermos um trabalho aqui e perguntasse: com quem você gostaria de ser cuidado? A gente tem isso e, certamente você é uma enfermeira por quem gostaria de ser cuidada né, em várias situações,

não necessariamente numa situação de adoecimento, de hospitalização. Você passa isso no seu discurso.

Fazendo uma síntese geral do seu trabalho, você começa com as gaivotas, a primeira imagem que ela apresenta no trabalho dela são as gaivotas, isso me lembra Fernando Campelo Gaivota que no meio do grupo dele ousou voar de uma forma diferente desde filhote. Tinha alguma coisa que incomodava ele e o fez tentar fazer de forma diferente ou mostrar de formas diferentes outros caminhos, para quem conhece a história de Fernando Campelo Gaivota.

Depois você mostra um caminho que é um caminho numa estrada que tem mato. É uma estrada como se fosse no interior de um lugar que não tem nada, que é meio desértica. À medida que você vai avançando no trabalho, você mostra de novo um caminho com luz e com árvores. A árvore é um símbolo muito associado à questão do conhecimento. A árvore, ela tem a questão da raiz em que ela sedimenta da terra e ela vai se desenvolvendo a medida que ela encontra um solo fértil.

Mais à frente, superando novos desafios, você entra mais na estrada e aí já tem sombras. Só que as árvores se agente for perceber são Palmeiras muito altas, pois elas crescem exatamente para poder captar a luz do sol, bem lá em cima. Elas crescem muito próximas e aí fazem sombras umas as outras. Achei fundamental fazer essas considerações porque estamos falando de Interacionismo Simbólico, sabe por quê? Esse caminhar é o caminhar que agente faz como enfermeiros. Quando agente não apenas participa, mas quando agente também se envolve.

Em um determinado momento quando você está com os dados, você sai de uma estrada e você entra em uma montanha que tem um Iceberg, um ambiente frio, embora com luz, mas o que passa a imagem é o gelo. Exatamente aquele momento em que agente tem que

ser racional para ver os dados e não perder de vista o rigor. E aí você já está impregnada pelo referencial teórico e metodológico e absolutamente envolvida com os dados.

Em seguida, o acolhimento de uma praia, a questão do verão, aquilo que acolhe, aquilo que te faz sentir protegido. É só ver a imagem que já traz pra gente uma sensação de bem-estar não é? E finalmente as considerações finais, você não aponta mais uma montanha com gelo, nem uma estrada vazia. Você aponta um espaço que está descongelando que tem apenas um pouco de gelo, úmidas montanhas, algo que ainda está para ser desvendada, descoberta, mas em compensação uma vegetação absolutamente bela e aparecendo aqui que é pra mim simbolicamente falando, o que pode vir a ser o seu doutorado.

Você traz alguns dados no seu trabalho que apontam para tese de doutorado inclusive, eu quis trazer essas questões das imagens porque agente se envolve mesmo como é o teu caso. São 15 anos de formada e 12 anos na unidade de neurocirurgia oncológica, a Angeli foi minha aluna na graduação. Não basta realmente só está participando, é preciso se envolver. Quando agente se envolve, agente fica no sensível, no criativo e no racional porque existe um trabalho a ser feito e nesse trabalho agente se empenha para que seja o melhor.

Você trouxe o seu melhor nessa dissertação, você trouxe o seu melhor na sua apresentação. Então, o que eu posso dizer para que seu trabalho possa ficar mais rico são aquelas coisas que agente faz em qualquer trabalho, são as relacionadas a formatação que necessitam de algumas correções e nas considerações finais dizer de alguma forma o que significou esse trabalho para você, o que foi fazer esse trabalho, esse processo. Pois, certamente a Angeli que está aqui hoje não é a Angeli que iniciou há dois anos ao fazer esse trabalho.

Você trouxe uma análise belíssima e espero que as pessoas tenham oportunidade de ler porque os resultados que você traz aqui foram feitos na realidade da neurocirurgia, mas eles podem perfeitamente se aproximar a outros cenários mesmo com as dificuldades,

limitações que o enfermeiro tem. Um dado muito importante no seu trabalho que eu faço questão de destacar é que o enfermeiro quando fala que ele pensa, ele elabora o diagnóstico e ele não consegue ou não faz os registros, então ele não faz porque não documenta e se não documenta não existe.

Quando documentarmos o que fazemos, teremos evidências e resultados da nossa prática, isso inclusive vai nos fortalecer em relação à autoestima, competência e a importância do enfermeiro no cenário do cuidado ao outro e a si mesmo. Então o que parece automático que é a fala de um enfermeiro, não é automaticamente, existe uma elaboração intelectual aí. Só conseguimos fazer essa elaboração intelectual porque temos um conhecimento que diante das situações emergentes da prática, agente percebe que precisa reinterpretar esses conhecimentos e que eles não são suficientes, pois necessitamos continuamente estar buscando mais e esse é o grande desafio do cuidar.

Devemos entender que as pessoas não são iguais, as pessoas não interpretam suas experiências de forma igual, agente vê semelhanças e se agente se propõe a cuidar, agente vai ter que considerar isso aí. É o que você fala da individualidade, da particularidade né!

Eu tenho algumas perguntas para lhe fazer...

Profª Drª Fátima Helena do Espírito Santo

Universidade Federal Fluminense

Primeira Examinadora