

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**BEATRIZ FERNANDES DIAS**

**PADRÕES DE CONHECIMENTOS EM ENFERMAGEM QUE  
FUNDAMENTAM AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CURSO DA  
APRENDIZAGEM DO CUIDADO**

RIO DE JANEIRO

2013

Beatriz Fernandes Dias

**PADRÕES DE CONHECIMENTOS EM ENFERMAGEM QUE  
FUNDAMENTAM AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CURSO DA  
APRENDIZAGEM DO CUIDADO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antonio Gomes Brandão

Rio de Janeiro  
2013

Dias, Beatriz Fernandes.

Padrões de conhecimentos em enfermagem que fundamentam as intervenções de enfermagem no curso da aprendizagem do cuidado / Beatriz Fernandes Dias. -- 2013.

116 f.:il

Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2013.

Beatriz Fernandes Dias

PADRÕES DE CONHECIMENTOS EM ENFERMAGEM QUE  
FUNDAMENTAM AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CURSO DA  
APRENDIZAGEM DO CUIDADO

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: 05/04/2013

.....  
Marcos Antônio Gomes Brandão, Prof. Dr., UFRJ

.....  
Cristina Arreguy de Sena, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>, UFJF - MG  
1<sup>a</sup> Examinadora

.....  
Ana Carla Dantas Cavalcanti, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>, UFF  
2<sup>a</sup> Examinadora

.....  
Rosimere Ferreira Santana, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>, UFF  
3<sup>a</sup> Examinadora

.....  
Márcia de Assunção Ferreira, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>, UFRJ  
4<sup>a</sup> Examinadora

.....  
Marta Sauthier, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>, UFRJ  
1<sup>a</sup> Suplente

.....  
Patrícia dos Santos Claro Fuly, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>, UFF  
2<sup>a</sup> Suplente

Dedico este estudo aos estudantes de Enfermagem

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora das Graças, que estiveram comigo durante a concretização deste projeto pessoal e profissional.

Aos meus pais, irmãos e cunhada, que me apoiaram nesta empreitada, cada um a seu modo.

Aos meus amigos queridos, que entenderam minha ausência em alguns momentos e me divertiram quando eu realmente precisei.

Ao Marcos Antônio Gomes Brandão, que mais uma vez confiou em mim.

Aos membros da Banca Examinadora, Professoras Doutoras: Ana Carla Dantas Cavalcanti, Cristina Arreguy de Sena, Rosimere Ferreira Santana, Márcia de Assunção Ferreira, Marta Sauthier e Patrícia dos Santos Claro Fuly, pelas contribuições, incentivos e por participarem desta construção.

Aos colegas do doutorado e do GEAC, em especial, Jaqueline Martins, Ingrid Régia e Roberta Coutinho, pelos momentos alegres de aprendizado.

Aos meus colegas de trabalho, pelo carinho, apoio, compreensão e incentivo ao longo do desenvolvimento da tese, em especial, a Roberta de Lima.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização desta pesquisa.

I'm **just a nurse.**

I just make the difference between life and death.

I'm **just a nurse.**

I just have the educated eyes that prevent medical errors, injuries and other catastrophes.

I'm **just a nurse.**

I just make the difference between healing, coping, and despair.

I'm **just a nurse.**

I just make the difference between pain and comfort.

I'm **just a nurse.**

I'm just a nurse researcher who helps nurses and doctors give better, safer and more effective care.

I'm **just a nurse.**

I'm just a professor of nursing who educates future generations of nurses.

I'm **just a nurse.**

I just work in a major teaching hospital managing and monitoring patients who are involved in cutting edge experimental research.

I'm **just a nurse.**

I just educate patients and families about how to maintain their health.

I'm **just a nurse.**

I'm just a geriatric nurse practitioner. I just make the difference between staying in their own home and going to a nursing home.

I'm **just a nurse.**

I just make the difference between dying in agony and dying in comfort and with dignity.

I'm **just a nurse.**

I'm just central to the real bottom-line in health care.

Don't you want to join us and be **just a nurse** too?

por Suzanne Gordon

DIAS, Beatriz Fernandes. Padrões de conhecimento em enfermagem que fundamentam as intervenções de enfermagem no curso da aprendizagem do cuidado. Rio de Janeiro, 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Esta pesquisa teve como objeto os conhecimentos que os estudantes de graduação utilizam para selecionar as intervenções de enfermagem. Os objetivos foram: descrever as ações dos estudantes nas situações práticas na busca de elementos característicos no modelo assistencial de enfermagem; identificar os conhecimentos que os estudantes de graduação em enfermagem utilizam para selecionar as intervenções de enfermagem; classificar os conhecimentos que os estudantes de graduação em enfermagem utilizam para selecionar as intervenções de enfermagem, de acordo com os padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem de Carper (1978); discutir os Padrões Fundamentais do Conhecimento em Enfermagem de Carper (1978) como elementos de seleção das intervenções de enfermagem. Metodologia: trata-se de estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa delimitada pelos padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem de Carper. O cenário escolhido foi a Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; o campo utilizado foi o hospital universitário nos setores: Centro de Tratamento Intensivo; Pós Operatório Cardíaco; Unidade Cononária; Centro Cirúrgico; Clínica Médica; Emergência; e Internação Cirúrgica. Participaram do estudo dez estudantes. Os dados foram coletados por meio de observação não participante e entrevista semiestruturada e submetidos à análise de conteúdo, aplicando-se o programa NVivo versão 8. Com a análise dos dados foram identificadas oito categorias teóricas: ‘Eu sei o que eu faço?’; ‘Eu faço o que eu sei?’; ‘O que isso significa?’; ‘Qual é o significado?’; ‘Isso é certo?’; ‘Isso é responsável?’; ‘O que é isso?’; e ‘Como funciona isso?’. Estas categorias foram divididas em subcategorias intermediárias segundo a convergência de conteúdos. Como resultado, observou-se que os estudantes não selecionaram as intervenções de enfermagem com base no diagnóstico de enfermagem e, sim, com base em conhecimentos que puderam ser classificados segundo os padrões de conhecimento de enfermagem: empírico (ciência da enfermagem), estético (arte da enfermagem), pessoal e ético. Conclui-se que nos cenários em que o diagnóstico de enfermagem é utilizado como constructo, derivado de um julgamento clínico, o diagnóstico é um selecionador de intervenções; entretanto, nos cenários em que não se utiliza este constructo, o que norteia a escolha das intervenções são os padrões de conhecimento de enfermagem.

**Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem. Intervenção de Enfermagem. Conhecimento.

DIAS, Beatriz Fernandes. Padrões de conhecimento em enfermagem que fundamentam as intervenções de enfermagem no curso da aprendizagem do cuidado. Rio de Janeiro, 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

This research focuses on the sort of knowledge that undergraduate students use to select nursing interventions. The objectives were: to describe the actions of the students in practical situations in search of characteristic elements of the nursing care model; to identify the sort of knowledge that those students use to select nursing interventions; to classify the sort of knowledge the students use to select nursing interventions, according to the fundamental standards of nursing knowledge of Carper (1978); to correlate the patterns of the nursing knowledge and the care model based on Diagnosis, Result and Nursing Intervention. Methodology: one has made a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach outlined by the standards of basic nursing knowledge of Carper. The scenario chosen was the Anna Nery School of Nursing, at the Federal University of Rio de Janeiro; the field chosen was the university hospital, in the following departments: Intensive Care Center; Post-Operative Cardiac Unit, Coronary Unit; Surgical Center; Medical Clinic, Emergency; and Surgical Hospitalization. A total of ten students were submitted to the study. Data were collected through non-participant observation and semi-structured interview and subjected to content analysis; the program NVivo version 8 was used. Data identified eight theoretical categories: ‘Do I know what I do?’; ‘Do I do what I know?’; ‘What does that mean?’; ‘What is the meaning?’; ‘Is that right?’; ‘Is it responsible?’; ‘What is that?’; ‘How does that work?’. These categories were divided into intermediate subcategories according to the convergence of the content. As a result, it was observed that the students have not selected nursing interventions taking into account the nursing diagnosis, but rather taking into account sorts of knowledge that could be classified based on the patterns of nursing knowledge: empirical (nursing science), aesthetic (art nursing), personal and ethical. The conclusion was that in scenarios where the nursing diagnosis is used as a construct, derived from a clinical examination, the diagnosis is used to select interventions; however, in scenarios where this construct is not used, what guides the choice of interventions are standards of nursing knowledge.

**Descriptors:** Nursing Diagnosis. Nursing Intervention. Knowledge.

DIAS, Beatriz Fernandes. Padrões de conhecimento em enfermagem que fundamentam as intervenções de enfermagem no curso da aprendizagem do cuidado. Rio de Janeiro, 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Esta investigación tiene como objeto el conocimiento utilizado por estudiantes de posgrado para seleccionar intervenciones de enfermería. Los objetivos fueron: describir las acciones de los estudiantes en situaciones prácticas en la búsqueda de elementos característicos en el modelo de atención de enfermería; identificar los conocimientos utilizados por los estudiantes para seleccionar las intervenciones de enfermería; clasificar el conocimiento que los estudiantes utilizan para seleccionar las intervenciones de enfermería, de acuerdo con las normas fundamentales del conocimiento de enfermería de Carper (1978); correlacionar los patrones de conocimiento de enfermería y el modelo de atención basado en el Diagnóstico, el Resultado y la Intervención de Enfermería. Metodología: tratase de Estudio descriptivo y exploratorio, con abordaje cualitativo delineada por los estándares de conocimientos básicos de enfermería de Carper. El escenario elegido ha sido la Escuela de Enfermería Anna Nery de la Universidad Federal de Río de Janeiro; el campo utilizado ha sido el de lo hospital universitario, en los siguientes departamentos: Cuidados Intensivos; Post-Operatorio Cardíaco; Unidad Cononaria; Centro de Cirugía; Clínica Médica; Emergencia; Hospitalización Quirúrgica. Un total de diez alumnos han participado del estudio. Los datos fueron recolectados por medio de la observación no participante y de la entrevista semi-estructurada y sometidos a análisis de contenido; la versión 8 del programa NVivo ha sido utilizada. Los datos identificaron ocho categorías teóricas: ‘¿Yo sé lo que hago?’; ‘¿Yo hago lo que sé?’; ‘¿Qué significa eso?’; ‘¿Cuál es el significado?’; ‘¿Es eso correcto?’; ‘¿Es eso responsable?’; ‘¿Qué es eso?’; ‘¿Cómo funciona eso?’. Estas categorías han sido divididas en subcategorías intermedias de acuerdo con la convergencia de contenido. Como resultado, se observó que los estudiantes no han seleccionado las intervenciones de enfermería con base en el diagnóstico de enfermería, pero con base en conocimientos que han podido ser clasificados en función de los patrones de conocimiento de enfermería: empírico (ciencia de la enfermería), estético (arte de la enfermería), personal y ético. La conclusión ha sido la de que en situaciones en las que se utiliza el diagnóstico de enfermería como una construcción, derivada de un examen clínico, el diagnóstico es un selector de intervenciones; sin embargo, en escenarios donde no se utilizan esta construcción, la elección de las intervenciones es basada en los patrones de conocimiento de enfermería.

**Descriptor:** Diagnóstico de Enfermería. Intervención de Enfermería. Conocimiento.

## LISTA DE QUADROS

1	Matriz Programática do Programa Curricular Interdepartamental IX. Rio de Janeiro, 2013 .....	41
2	Classificação das características; ações observadas e discursos dos estudantes participantes da pesquisa, segundo os modelos assistenciais de saúde privatista e sanitaria. Rio de Janeiro, 2013 .....	53
3	Classificação dos conhecimentos predominantemente pessoais utilizados pelos estudantes para selecionar as intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro, 2013 .....	62
4	Classificação dos conhecimentos predominantemente estéticos utilizados pelos estudantes para selecionar as intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro, 2013 .....	71
5	Classificação dos conhecimentos predominantemente éticos utilizados pelos estudantes para selecionar as intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro, 2013 .....	79
6	Classificação dos conhecimentos predominantemente empíricos utilizados pelos estudantes para selecionar as intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro, 2013 .....	85

## LISTA DE FIGURAS

1	Padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem. Rio de Janeiro, 2013 .....	24
2	Interface do <i>software</i> QRS NVivo, em sua versão 8.0. Rio de Janeiro, 2013...	38
3	O Diagnóstico de Enfermagem como interseção dos padrões fundamentais de conhecimento em enfermagem de Carper (1978). Rio de Janeiro, 2013 .....	90

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	13
	▪ Questão Emergente .....	17
	▪ Objeto de Estudo .....	17
	▪ Objetivos .....	20
<b>2</b>	<b>O MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PAUTADO EM PADRÕES DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM</b> .....	22
2.1	A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO PROFISSIONAL E OS PADRÕES FUNDAMENTAIS DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM .....	22
2.2	MODELO ASSISTENCIAL EM ENFERMAGEM BASEADO EM DIAGNÓSTICO, RESULTADO E INTERVENÇÃO .....	27
2.3	INTERFACES ENTRE OS PADRÕES DE CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM E O MODELO ASSISTENCIAL EM ENFERMAGEM BASEADO EM DIAGNÓSTICO, RESULTADO E INTERVENÇÃO .....	30
<b>3</b>	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	32
3.1	O TIPO DE ESTUDO .....	32
3.2	O CENÁRIO DA PESQUISA E OS PARTICIPANTES SELECIONADOS .....	33
3.3	O PROCESSO DE COLETA DE DADOS .....	34
3.4	A ANÁLISE DOS DADOS .....	36
3.5	A PRESERVAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS .....	38
<b>4</b>	<b>OS PARTICIPANTES E O CAMPO DE PESQUISA</b> .....	39
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	48
5.1	O MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM IMPLEMENTADO E SEU IMPACTO NA PRÁTICA E NO ENSINO PROFISSIONAL .....	49
5.2	A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM DURANTE A PRÁTICA DE ENSINO, NA PERSPECTIVA DO PADRÃO DE CONHECIMENTO PESSOAL .....	60
5.3	A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM DURANTE A PRÁTICA DE ENSINO, NA PERSPECTIVA DO PADRÃO DE CONHECIMENTO ESTÉTICO .....	69
5.4	A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM DURANTE A PRÁTICA DE ENSINO, NA PERSPECTIVA DO PADRÃO DE CONHECIMENTO ÉTICO .....	75
5.5	A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM DURANTE A PRÁTICA DO ENSINO, NA PERSPECTIVA DO PADRÃO DE CONHECIMENTO EMPÍRICO .....	83

(continua)

(continuação)

5.6	OS CONHECIMENTOS DE ENFERMAGEM QUE SUSTENTAM AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM .....	88
5.6.1	<b>O diagnóstico de enfermagem e os padrões de conhecimento em Enfermagem .....</b>	89
5.6.2	<b>O modelo assistencial de enfermagem e os conhecimentos em enfermagem que selecionam as intervenções de enfermagem .....</b>	92
5.6.3	<b>Recomendações a partir dos achados .....</b>	96
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES .....</b>	98
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	101
	<b>APÊNDICES</b>	
	A – Instrumento de Observação .....	110
	B – Roteiro de Entrevista .....	111
	C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	113
	<b>ANEXOS</b>	
	A – Aprovação da pesquisa pelo CEP da EEAN/HESFA/UFRJ .....	115
	B – Autorização para coleta de dados no HUCFF / UFRJ .....	116

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Atualmente, a literatura de enfermagem tem defendido a utilização de um modelo assistencial baseado no raciocínio clínico que envolve três elementos da prática de enfermagem: diagnóstico, resultado e intervenção de enfermagem. O raciocínio clínico fundamenta-se no julgamento do diagnóstico, na avaliação de um resultado inicial proveniente da determinação de indicadores de resultados para o diagnóstico, na realização das intervenções e, por último, na presença ou ausência de progresso julgado após as intervenções realizadas (BARROS, 2009).

Neste modelo, o diagnóstico de enfermagem permite identificar os resultados que se quer alcançar e, a partir disso, escolher as intervenções de enfermagem mais apropriadas. Assim, torna-se fundamental iniciar a implementação deste modelo com a identificação do diagnóstico de enfermagem. De acordo com a *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA- I, 2006), o diagnóstico de enfermagem é definido como um julgamento clínico sobre as respostas de um indivíduo, família ou comunidade, a problemas reais ou potenciais de saúde, ou a processos de vida. Ele constitui, assim, a base para a seleção de intervenções de enfermagem, para que se chegue aos resultados pelos quais a enfermeira é responsável.

Entretanto, após observação da prática profissional em relação ao desenvolvimento do modelo assistencial cotidiano implementado pelas enfermeiras, surgem questões importantes que precisam ser revistas, dentre elas: O diagnóstico de enfermagem é a principal base para a seleção das intervenções de enfermagem, tal como a literatura indica? Em que medida o diagnóstico de enfermagem é a base para a seleção das intervenções de enfermagem? Existem outros elementos que fundamentam a seleção das intervenções de enfermagem? Antes da conceituação do diagnóstico de enfermagem, como se dava a seleção das intervenções de enfermagem?

Tais questionamentos empíricos emergiram da disposição de identificar nas disciplinas da enfermagem, o que ou quais são os elementos que sustentam a escolha das intervenções de enfermagem e, assim, construir o problema de pesquisa que será apresentado posteriormente. Para isso, torna-se necessário destacar a trajetória histórica do diagnóstico de enfermagem e a repercussão da utilização deste na prática profissional.

A expressão *diagnóstico de enfermagem* foi defendida por McManus, em 1951, e Vera Fry, em 1953, que a sugeriram para orientar a prática da enfermagem diante dos planos de saúde. A princípio, o diagnóstico era baseado em um modelo de necessidades humanas da psicologia. A partir da década de 60, passou por modificações conceituais e tornou-se

importante uma vez que havia, naquele momento histórico, o início de uma preocupação com a questão da construção da ciência e de um conhecimento próprio da enfermagem e sua área de atuação (POWERS, 2002).

O diagnóstico de enfermagem representou uma mudança de paradigma de uma profissão voltada para aspectos biomédicos, preocupada com o processo patológico e essencialmente dependente, ao focalizar as respostas fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais do indivíduo, família e comunidade que dessem respaldo ao cuidado de enfermagem, o que contrariava a busca profissional pela independência nas suas atividades (ALMEIDA, 2002).

Essa mudança no discurso enfatizou o cuidado baseado na saúde, em detrimento do cuidado baseado na doença. Nesta orientação, a saúde é vista como um objetivo de vida, e não mais no estado físico que consiste simplesmente na ausência de doença. Esta mudança tornou-se necessária para que o discurso do diagnóstico de enfermagem tivesse algum tipo de significado social, poder e valor (POWERS, 2002).

Outro aspecto importante referente ao impacto da mudança paradigmática, foi a utilização do discurso do diagnóstico de enfermagem na acreditação hospitalar<sup>1</sup>. Na década de 50, os procedimentos de acreditação hospitalar começaram a exigir documentação escrita para avaliação da qualidade do atendimento, e o discurso do diagnóstico de enfermagem poderia demonstrar contribuição positiva para o mesmo. Um exemplo disso foi a manutenção de registros informatizados como uma das mudanças nos cuidados de saúde, que necessitava de uma linguagem específica da enfermagem. Para que isto fosse possível, em 1973, na *St. Louis University School of Nursing e Allied Health Professions*, aconteceu a primeira conferência sobre a finalidade de identificar e de classificar o diagnóstico de enfermagem (POWERS, 2002).

A partir desse movimento, foram discutidas as vantagens que a utilização do diagnóstico de enfermagem trariam à prática assistencial: a abordagem holística do cliente, a obtenção de um corpo de conhecimento próprio, a busca por uma melhor qualidade da assistência e o favorecimento do aprimoramento contínuo da enfermeira (FRANÇA et al., 2007). Além disso, a possibilidade do crescimento do poder, pois permitiria que as enfermeiras, ao estabelecerem uma rede objetiva de codificação, produzissem um discurso que teria determinadas regras de construção e de conceitos estruturais e formais, congruentes

---

<sup>1</sup> O processo de acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das organizações prestadoras de serviços hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais (BRASIL, 2002).

com o discurso científico, oferecendo também o uso de uma linguagem comum para julgar as respostas humanas do cliente às situações de vida e auxiliar na escolha das intervenções de enfermagem, promovendo melhor comunicação entre os profissionais (KRUSE et al., 2008).

Como foi destacado anteriormente, ao implementar o diagnóstico de enfermagem em sua prática clínica, a enfermeira consegue direcionar o planejamento das ações acreditando ser uma oportunidade de expressar os cuidados na abordagem integral, humana e individualizada, possibilitando excelência na prática profissional (FREITAS; MENDES, 2006). O diagnóstico de enfermagem é, portanto, uma ferramenta que auxilia na escolha da melhor intervenção para gerar o melhor resultado de enfermagem possível (BASTOS, 2004). A seguir, um exemplo prático para ilustrar como o diagnóstico de enfermagem, quando utilizado como um constructo, fundamentalmente organiza, refina as escolhas das intervenções de enfermagem.

Um cliente foi admitido em uma unidade hospitalar com sintomas gerais relacionados a uma insuficiência respiratória: agitação, dispnéia, gases sanguíneos e arteriais alteradas. Como a enfermeira pode saber se há ou não necessidade da oxigenoterapia? A resposta é: quando ela determina o diagnóstico de enfermagem de forma correta. Para o caso apresentado, de forma genérica, pode-se pensar em dois diagnósticos: troca de gases prejudicada ou ventilação espontânea prejudicada. Para resolver essa dúvida, ela precisa identificar outras características definidoras mais específicas, para checar as hipóteses diagnósticas levantadas e declarar o diagnóstico exato. Após diagnosticar, deve saber que a oxigenoterapia é ofertada caso o cliente tenha troca de gases prejudicada, como forma de corrigir a troca de gases ineficaz; caso tenha ventilação espontânea prejudicada, a oxigenoterapia não apresentará o resultado esperado. Neste exemplo, quando o diagnóstico de enfermagem é proveniente de um julgamento clínico realizado pela enfermeira, torna-se um guia inquestionável para selecionar as intervenções. No entanto, só funciona em um contexto onde há conexões entre o diagnóstico, o resultado e a intervenção, e estes são realizados de forma classificada e interrelacionada.

Apesar do que foi apresentado, Powers (2002) chama a atenção para o fato de que o discurso principal na linguagem diária prática de enfermagem, foi construído com base no discurso médico. Sendo assim, seria de se esperar que o conceito de diagnóstico de enfermagem tivesse um apelo resultante da combinação dos discursos socialmente desejáveis: o poderoso discurso da medicina, da ciência e do profissionalismo, que foram os principais modelos de autoridade socialmente aceitáveis nos anos 50 e 60, e assim permanecem ainda hoje.

Este modelo biomédico de atenção à saúde é fator prevalente nas organizações dos serviços de saúde, na assistência prestada e no próprio senso comum. Isto acontece porque o curativismo permanece sendo o foco principal, senão o único, na promoção da saúde. Neste contexto, as contribuições da enfermagem acabam servindo de sustentação às práticas médicas, constituindo-se um trabalho complementar na hegemonia médica, e como tal sendo reconhecido na sociedade (PAI et al., 2006).

Na prática do modelo biomédico, que predomina na maioria das unidades de saúde do país, as enfermeiras são percebidas e avaliadas pelas intervenções realizadas sob os seguintes aspectos: o que é, como é e quando é feito. Não há preocupação em saber o que levaram em consideração para selecionar e realizar as intervenções.

Esse modelo dominante é reforçado e ao mesmo tempo reforça o modelo prático assistencial implementado pelos cursos de Graduação em Enfermagem junto aos estudantes. Apesar de a literatura demonstrar e indicar o diagnóstico de enfermagem como um organizador, um ordenador e, ainda mais, a base para a seleção das intervenções de enfermagem, observa-se que formalmente essa sequência nem sempre acontece.

Durante suas atividades acadêmicas teórico-práticas ou práticas, os estudantes não cumprem as etapas nem a sequência recomendada pelo processo de enfermagem – histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Em verdade, a dinâmica que tem acontecido é a seguinte: primeiramente, tem-se a escolha de um cliente, a leitura do seu prontuário e depois, uma avaliação através do exame físico, e o início das indicações das intervenções a serem realizadas, como: banho, curativos, medicações, posicionamento no leito, entre outras. Segue-se o registro, no prontuário do cliente, da avaliação e do que foi realizado. Em algumas situações, pode-se até encontrar nestes registros, os problemas identificados ou diagnósticos de enfermagem; entretanto, na maioria das vezes, quando há o diagnóstico, os estudantes o identificam com aqueles que se encaixam nas intervenções realizadas por eles.

De qualquer uma das formas, o processo de enfermagem não acontece como indicado pela literatura. Quando há inversão da sequência da nomeação do diagnóstico de enfermagem, este passa a ser uma consequência da ação, e não um indicador da ação do estudante. A intervenção acontece sem base formal do diagnóstico de enfermagem e do resultado esperado. O estudante aprende a fazer a intervenção com base nos aspectos relacionados à ação de executar os princípios e os pré-requisitos próprios da intervenção, e esta independe de saber o fenômeno que está por trás dela.

Desta forma, as ações do estudante voltam-se ao cumprimento de tarefas; ou seja, ele realiza as ações, e depois encontra ou não os diagnósticos de enfermagem. Este desenho reproduz-se normalmente porque, ao final das atividades acadêmicas, ele será cobrado apenas pelo que foi feito, e pouco pelo que foi pensado sobre o que foi feito.

Esta observação da pesquisadora não se apresenta de forma isolada, pois, segundo Carvalho et al. (2007), o ensino de graduação e de pós-graduação *lato sensu* não tem favorecido a aquisição de habilidades necessárias para o desenvolvimento do processo de enfermagem, em decorrência da falta de padronização do ensino de suas etapas (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação) ao longo da formação acadêmica.

Segundo as mesmas autoras (Op.cit.), as estratégias de intervenção de enfermagem escolhidas durante o processo de formação dos estudantes, têm sido predominantemente restritas à realização de procedimentos, cumprimento de normas e rotinas e prática de educação em saúde, centradas no modelo bancário, não se atendo às necessidades individuais, mas às características da especialidade ou aos procedimentos a que a pessoa será submetida.

Contudo, onde não há um contexto de implementação do diagnóstico como um julgamento clínico, que suporta os resultados que se quer alcançar e as intervenções a serem realizadas para tal, mas existe a realização das intervenções de enfermagem, pode-se supor que há presença de outros elementos que dão base para a seleção destas intervenções.

A partir dessa problemática, **a questão emergente** foi a seguinte: que conhecimentos os estudantes de graduação utilizam para selecionar as intervenções de enfermagem?

Este estudo teve como **objeto** *os conhecimentos que os estudantes de graduação em enfermagem utilizam para selecionar as intervenções de enfermagem*. Busca-se descrevê-los do ponto de vista dos quatro Padrões Fundamentais do Conhecimento em Enfermagem de Carper (1978), identificados a partir das análises dos conceitos e das estruturas sintáticas do conhecimento de enfermagem. Os quatro padrões são distintos, a saber: (1) empírico – a ciência da enfermagem, (2) estético – a arte da enfermagem, (3) conhecimento pessoal e (4) ético – o conhecimento moral em enfermagem.

A enfermagem, ao longo dos tempos, vem se constituindo como ciência e arte na área da saúde com a intenção de produzir um corpo de conhecimentos próprio que atenda aos interesses, necessidades e peculiaridades da profissão e do contexto social. Na construção do conhecimento de enfermagem, o cuidado tem sido considerado como o principal objeto. Mas o cuidado de enfermagem precisa abranger, além dos aspectos técnicos e científicos, os preceitos éticos, estéticos, filosóficos, humanísticos e culturais para dar conta da

complexidade e dinamicidade das questões que envolvem o estar saudável e o estar doente de indivíduos e/ou grupos populacionais (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

A proposta mais antiga dessa organização foi idealizada por Florence Nightingale, e teve a influência direta da sua vivência nos locais onde se executava o cuidado de enfermagem leigo, e fundamentado nos conceitos religiosos de caridade, amor ao próximo, doação, humildade, e também pelos preceitos de valorização do ambiente adequado para o cuidado, na divisão social do trabalho em enfermagem e na autoridade sobre o cuidado a ser prestado (PADILHA; MANCIA, 2005).

Em verdade, não se pode afirmar que Florence, em seus escritos, tenha elaborado uma teoria de enfermagem, mas sim uma filosofia para a prática de enfermagem, que serviu de base a boa parte dos modelos conceituais ou das teorias de enfermagem contemporâneas (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A partir de 1950, a enfermagem passou a buscar princípios científicos, em outros saberes, focados no modelo biomédico, visando concretizar a dimensão intelectual do seu trabalho. Neste momento, a base do conhecimento da enfermagem beneficiou-se de muitas disciplinas: fisiologia, sociologia, psicologia e medicina para proporcionar uma sustentação acadêmica e prática (MCEWEN; WILLS, 2009).

Desde a década de 60, deu-se início à fase de construção de um corpo de conhecimentos próprio, elaborando teorias para sustentar a prática profissional. Houve uma busca por um conhecimento exclusivo da enfermagem e o desenvolvimento de uma disciplina acadêmica. As primeiras teorias foram desenvolvidas por enfermeiras norte-americanas e difundidas para outros países (SOUZA et al., 2006).

O objetivo de desenvolver o conhecimento próprio foi melhorar a prática de enfermagem. Para Carper (1978), no campo da enfermagem, o importante para a disciplina é determinar o que é valorizado como conhecimento e como desenvolver esse conhecimento na prática (CHINN; KRAMER, 2011). Para tanto, foi necessário um movimento de organização formal de modelos conceituais e das teorias de enfermagem, foram sendo realizadas discussões sobre as diferenças entre modelo conceitual e teoria, além de questionamentos sobre a produção dessas teorias (SOUZA et al., 2010).

Um modelo conceitual serve de arcabouço ou quadro de conceitos e de proposições gerais e abstratas para fornecer uma estrutura de referência em um domínio de investigação específico da disciplina da enfermagem. O modelo conceitual constitui-se como paradigma, uma visão de mundo que direciona a construção do conhecimento. (MOREIRA; ARAÚJO, 2002; FAWCETT, 2005).

Já as teorias de enfermagem são uma construção a partir de uma prática idealizada, que visa aperfeiçoar a assistência (MOREIRA; ARAÚJO, 2002). As teorias, como instrumental construído para orientar a enfermagem na busca de sua autonomia, e como campo específico de saber, permitem uma delimitação de seus limites de atuação no trabalho com outros profissionais (ALMEIDA et al., 2009).

Além disso, explicitam a complexidade e a multiplicidade dos fenômenos presentes no campo da saúde. As teorias de enfermagem também auxiliam como referencial teórico/metodológico/prático para as enfermeiras que se dedicam à construção de conhecimentos e desenvolvimento de investigações para a assistência, no âmbito da profissão. Para tanto, estas teorias, de modo geral, estruturam-se a partir de quatro conceitos centrais, os metaparadigmas da enfermagem: ser humano, saúde, meio ambiente (físico, social e simbólico) e enfermagem (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

Assim, com a construção das teorias e um corpo próprio de conhecimento, a enfermagem consolida-se como ciência e arte porque tem produzido uma linguagem específica, que atribui significado aos elementos constitutivos do seu ser, saber e fazer. A linguagem produzida por determinado campo do saber, possibilita a compreensão acerca das representações do pensamento e do mundo, seja como veículo de comunicação ou como instrumento de ação/interação (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

Como resultado da atividade de atribuir significado ao mundo da enfermagem, as enfermeiras têm, ao longo do tempo, não só elaborado, como comunicado, de modo sistemático, um corpo de conhecimento específico, aplicável em qualquer dos campos da prática profissional – ensino, pesquisa ou assistência. Esse corpo de conhecimento não é estático; ao contrário, vem se transformando, assumindo modos de expressão diversos em sua trajetória de construção (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Em 1978, Carper publicou o trabalho no qual defendia a existência dos quatro padrões fundamentais de conhecimento em enfermagem já citados. Este trabalho obteve repercussão internacional sendo amplamente discutido pela comunidade de enfermagem, e talvez sua importância fundamental deva-se justamente à defesa da necessidade de utilização, pela enfermagem, de outros padrões de conhecimento, além do empírico utilizado anteriormente.

Para a autora, o conhecimento empírico é objetivo, abstrato, geralmente passível de quantificação, modelar, formulado discursivamente e verificável. Quando confirmado pelo uso de testes repetidos ao longo do tempo, é engendrado em generalizações científicas, leis, teorias e princípios que explicam e prevêm (CARPER, 1978).

O conhecimento estético é expressivo, subjetivo, exclusivo e experimental, não-formal ou descritivo. A estética inclui a sensibilidade do significado de um momento. Corresponde à arte da enfermagem, tornando-se visível no cuidar. Para ter um caráter estético, é necessário que exista uma unidade entre meios e fins, portanto, nem toda ação tem este caráter. Frequentemente, a arte da enfermagem tem sido reduzida à execução de técnicas o que, de certa forma, levou à desvalorização desta forma de conhecimento (CESTARI, 2003; MCEWEN; WILLS, 2009).

O conhecimento pessoal refere-se à maneira como as enfermeiras vêem a si mesmas e ao cliente. O conhecimento pessoal é subjetivo e promove a totalidade e a integridade nos encontros pessoais. É concreto, existencial e tem relação com o conhecimento, o encontro e o entendimento do *self* individual, concreto. Este tipo de conhecimento é que promove a totalidade e a integridade no relacionamento pessoal, negando uma orientação manipuladora, impessoal (CESTARI, 2003; MCEWEN; WILLS, 2009).

A ética refere-se ao código moral da enfermagem, e está baseada na obrigação de servir e respeitar a vida humana. Envolve o questionamento das razões que justificam as escolhas realizadas pelas enfermeiras. O conhecimento ético ocorre à medida que surgem os dilemas morais, nas situações de ambiguidade e incerteza, quando as consequências são difíceis de prever. As enfermeiras estabelecem objetivos e realizam intervenções, o que implica numa escolha entre diferentes possibilidades envolvendo uma dimensão ética (MCEWEN; WILLS, 2009).

A base de conhecimento da enfermagem parece ser um fenômeno que tem desafiado enfermeiras praticantes, docentes e pesquisadoras por décadas. No entanto, pesquisar as formas de saber de uma disciplina é tarefa fundamental para que esta se torne cada vez mais capaz de produzir conhecimento, colocando-o à disposição da comunidade, e para que seja possível justificar a importância da disciplina frente a esta mesma comunidade (CESTARI, 2005).

Com o intuito de discutir a construção de conhecimento de enfermagem e sua relação com a seleção das intervenções de enfermagem implementadas pelos estudantes de enfermagem durante as atividades acadêmicas, este estudo propôs como **objetivos**:

1. Descrever as ações dos estudantes nas situações práticas na busca de elementos característicos no modelo assistencial de enfermagem implementado.
2. Identificar os conhecimentos que os estudantes de graduação em enfermagem utilizam para selecionar as intervenções de enfermagem.

3. Classificar os conhecimentos que os estudantes de graduação em enfermagem utilizam para selecionar as intervenções de enfermagem, de acordo com os Padrões Fundamentais do Conhecimento em Enfermagem de Carper (1978).
4. Discutir os Padrões Fundamentais do Conhecimento em Enfermagem de Carper (1978) como elementos de seleção das intervenções de enfermagem.

## **2 O MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM PAUTADO EM PADRÕES DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM**

A proposição deste capítulo foi refletir sobre o modelo assistencial de enfermagem baseado no Diagnóstico, Resultado e Intervenção de Enfermagem e sua pertinência com os Padrões Fundamentais do Conhecimento em Enfermagem de Carper (1978). Partiu-se da premissa de que os conceitos do modelo assistencial mencionado encontram-se subjacentes aos quatro padrões de conhecimento em enfermagem.

A princípio, foram apresentadas breves considerações sobre a construção do conhecimento profissional e os quatro padrões de conhecimento em enfermagem, descrevendo pontos e elementos relevantes a essa discussão. Em seguida, em uma abordagem mais geral, foram mencionadas algumas concepções do modelo assistencial de enfermagem baseado no diagnóstico, resultado e intervenção de enfermagem. E por último, discutiu-se as interfaces entre o modelo e os padrões em questões.

### **2.1 A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO PROFISSIONAL E OS PADRÕES FUNDAMENTAIS DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM**

No campo da enfermagem, o foco disciplinar determina o que será valorizado como conhecimento e como desenvolvê-lo. Este processo fornece uma linguagem sobre a natureza da prática de enfermagem e demonstra a sua eficiência. Quando a prática de enfermagem é descrita, torna-se visível (CHINN; KRAMER, 2011).

A razão fundamental para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem é propor a criação da prática de enfermagem especializada e eficaz, que visa fornecer a identidade profissional e disciplinar. A identidade profissional evolui a partir do conhecimento disciplinar que, por sua vez, fornece uma base para os cuidados de enfermagem e cria também aspectos de sua prática (CHINN; KRAMER, 2011).

A disciplina da enfermagem inclui a ciência da enfermagem, os profissionais de enfermagem e os fundamentos profissionais. A ciência da enfermagem é definida como um corpo de conhecimento científico que guia a prática. Tem como finalidade identificar e analisar os problemas de saúde reais ou potenciais do cuidado humano; definir dentre esses problemas o que é problema de enfermagem; aplicar intervenções terapêuticas de enfermagem para diminuir ou prevenir a ocorrência desses problemas; estudar e analisar o físico, o biológico, as influências psicológicas e socioculturais sobre saúde e bem-estar (ABU-SAAD, 1993).

A maior parte dos conhecimentos de enfermagem teve como origem o conhecimento

baseado no empirismo; entretanto, Carper (1978) encorajou as enfermeiras a perceberem que havia outros elementos que permeavam as práticas implementadas por elas, o conhecimento pessoal, ético e estético.

Através desses quatro padrões de conhecimento, pode-se estruturar o corpo de conhecimento da enfermagem, que serve como base para uma prática de enfermagem com padrões, formas e estruturas que permitem vislumbrar horizontes de expectativas, e também exemplificar formas características de pensar sobre os fenômenos próprios da profissão (CARPER, 1978).

Cada padrão pode ser considerado uma teoria, uma vez que pode ser pensado como uma maneira de ver um fenômeno. Uma teoria é uma maneira de ver através de um conjunto de conceitos relativamente concretos, específicos, e ainda discute sobre as proposições que descrevem esses conceitos. Desta forma, as teorias constituem grande parte do conhecimento de uma disciplina. Quando estão em conjunto, os padrões constituem os fundamentos ontológicos e epistemológicos da disciplina de enfermagem. Assim, os padrões de conhecimento são teorias empíricas, teorias éticas, teorias pessoais e teorias estéticas. Os quatro tipos de teorias constituem muito, se não tudo, do conhecimento necessário para a prática de enfermagem (FAWCETT et al., 2001).

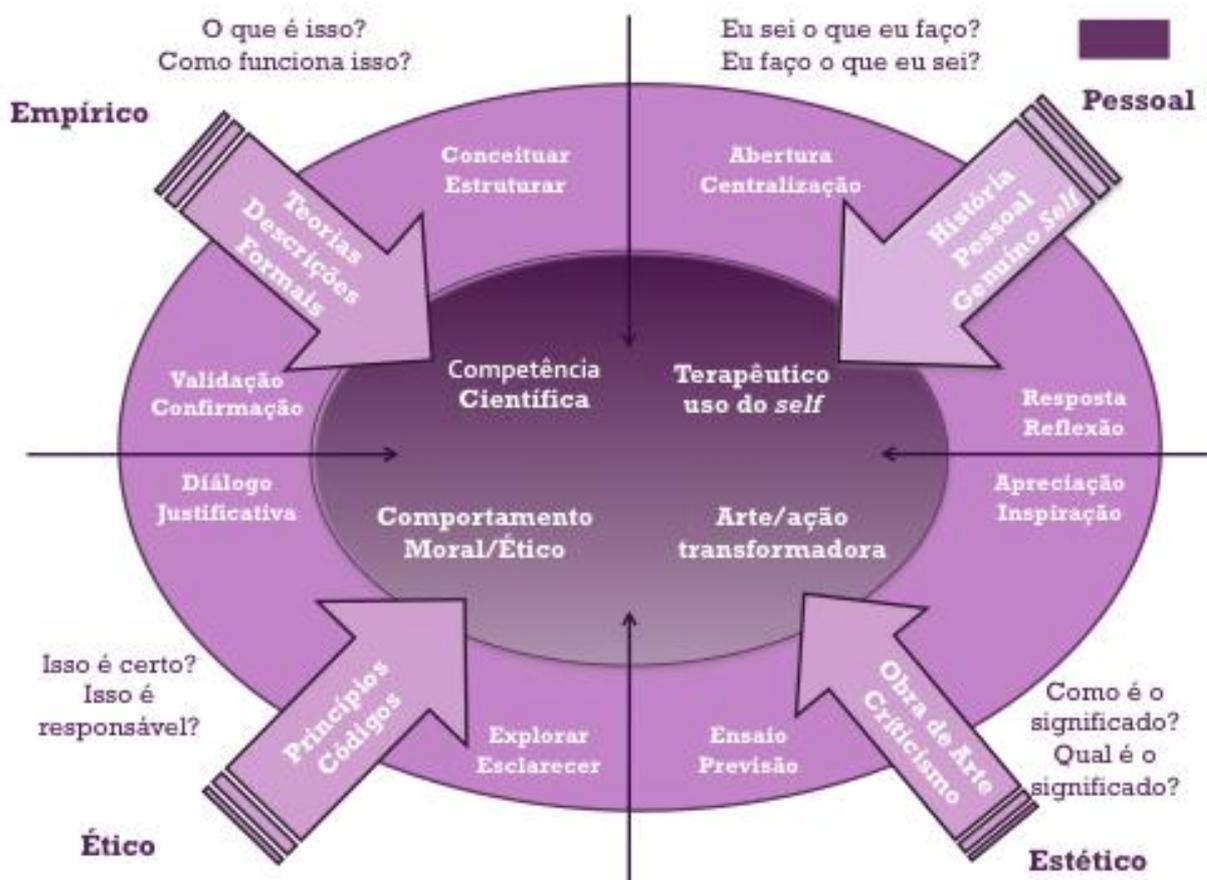
É importante ressaltar que todos os padrões de conhecimento são necessários para o cuidado de enfermagem efetivo, entretanto, o conhecimento empírico é e tem sido o maior foco das disciplinas do cuidado em saúde, e isso inclui também a enfermagem. Reconhece-se que o conhecimento para a prática de enfermagem é algo mais abrangente e mais amplo do empirismo, e entender isso é fundamental para uma disciplina prática (CHINN; KRAMER, 2011).

Cada padrão é essencial e dependente dos outros para formar o toda da prática de enfermagem, sendo impossível afirmar que um padrão é mais importante que o outro. Caso uma enfermeira, durante sua prática, focar somente o padrão empírico, o cuidado de enfermagem será muito parecido com o atendimento médico; entretanto, sem o conhecimento empírico, a arte da enfermagem será apenas tradição. O conhecimento pessoal é construído da experiência e exige base científica, entendimento e empatia. O conhecimento moral é necessário para determinar o que é valioso e ético (MCEWEN; WILLS, 2009).

Assim, entender como cada padrão fundamental do conhecimento em enfermagem de Carper (1978) permeia o cuidado de enfermagem, torna-se indispensável. A enfermagem envolve processo, dinâmicas e interações que são mais efetivas quando todos os padrões: empírico, ético, pessoal e estético estão juntos. A *praxis* é passível de ser alcançada quando

todos os padrões estão integrados, mas para isso é requerido que a enfermeira vá além do que é praticado e se engaje em desfazer as desigualdades sociais presentes no ambiente em que o cuidado de saúde acontece (CHINN; KRAMER, 2011).

Abaixo, a figura 1 mostra os padrões fundamentais de conhecimento em enfermagem e os processos necessários para o desenvolvimento do conhecimento.



**Figura 1** – Padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem. Rio de Janeiro, 2013  
 Fonte: CHINN; KRAMER, 2011, p. 13 (Tradução da autora)

O desenvolvimento do conhecimento de enfermagem exige que cada padrão tenha um processo distinto envolvendo cinco dimensões, a saber: (1) perguntas críticas; (2) processo criativo que inicia e gera conhecimento; expressões práticas formais; (3) integrada; (4) de conhecimento e de saber; (5) uso de processo de autenticação para examinar e melhorar o conhecimento para a disciplina (CHINN; KRAMER, 2011).

Através das questões críticas, o processo criativo para desenvolvimento de

conhecimento é iniciado. Além disso, o conhecimento desenvolvido é expresso formalmente e compartilhado com outros, para autenticação. Cada padrão de conhecimento está também associado a uma expressão integrada na prática, no momento do atendimento (CHINN; KRAMER, 2011).

O **padrão empírico** tem como perguntas críticas: O que é isso? Como funciona isso? Os processos criativos estão relacionados a conceituar e estruturar. As expressões formais são fatos, modelos, descrição formal, teorias, descrição temática, como expressão para a prática é a competência científica. Os processos de autenticação são confirmação e validação (CHINN; KRAMER, 2011).

Desta forma, o conhecimento empírico, a ciência da enfermagem, é o conhecimento sistematicamente organizado em leis gerais e teorias, tendo como objetivos descrever, explicar e prever os fenômenos de interesse para a disciplina de enfermagem. Um exemplo da prática científica atual inclui leis, teorias, aplicação e instrumentalização, que promovem modelos originais das tradições práticas e são coerentes com as pesquisas científicas (CARPER, 1978). Envolve as verificações, as descrições factuais, as explicações e as previsões de dados subjetivas ou objetivas de uma base de dados (FAWCETT et al., 2001). Tende a ser o mais focado na enfermagem, pois existe a necessidade de saber e organizar o conhecimento em leis e teorias que tem como objetivos descrever, explicar e prever os fenômenos de interesse para as enfermeiras (MCEWEN; WILLS, 2009).

O **padrão pessoal** tem como perguntas críticas: Eu sei o que eu faço? Eu faço o que eu sei? Como processo criativo, usa a abertura e a centralização, como expressões formais as histórias pessoais e o genuíno *self*; os processos de autenticação são a resposta e a reflexão. As expressões na prática são uso terapêutico do *self* (CHINN; KRAMER, 2011).

Como a enfermagem pode ser considerada um processo interpessoal, pois envolve interação, relação entre enfermeira e cliente, o conhecimento pessoal está preocupado com o saber encontrar e atualizar o concreto e o individual do *self*; uma luta simplesmente para conhecer a si mesmo. Este conhecimento está amparado na relação com o outro ser humano, e confronta o ser humano como pessoa (CARPER, 1978). Relaciona-se com o encontro e o entendimento do *self* individual, concreto. É o conhecimento de si mesmo que permite estabelecer um relacionamento autêntico e de reciprocidade. O uso do *self* implica numa aproximação do cliente como sujeito e na aceitação da liberdade dele, reconhecer que o indivíduo é singular, não se podendo impor categorias rígidas. Promove a totalidade e a integridade no relacionamento pessoal e nega a orientação manipuladora, impessoal (CESTARI, 2003).

Refere-se à qualidade e autenticidade do processo interpessoal entre cada enfermeira e cada cliente. Esse padrão está preocupado com o conhecimento do autêntico *self*. Conhecimento pessoal não é "saber de si mesmo", e sim "saber com o outro", sabendo do "estilo pessoal de estar com uma outra pessoa". A enfermeira desenvolve esta relação terapêutica enfermeira-cliente através da abertura e da centralização de si ao ouvir as respostas do outro e refletir sobre os pensamentos e as respostas (FAWCETT et al., 2001).

O **padrão estético** tem como perguntas críticas: Como é o significado? Qual é o significado? Ensaio e a revisão como processo criativo; já as expressões formais são o criticismo e a arte. A expressão para a prática é arte/ação transformadora. Os processos de autenticação são a apreciação e a inspiração (CHINN; KRAMER, 2011).

Assim, o padrão conhecimento estético, a arte da enfermagem, pode ser descrito como uma admissão tácita de que a enfermagem é, pelo menos em parte, uma arte. Esse padrão estético do conhecimento em enfermagem está associado à arte com a categoria manual e/ou habilidades técnicas envolvidas na prática de enfermagem (CARPER, 1978). Corresponde à arte da enfermagem, que é expressiva, subjetiva e torna-se visível na ação de cuidar. A arte está relacionada à prática profissional, isto é, a arte é expressa no processo de interação entre enfermeira e cliente, despertando a capacidade do cliente de enfrentar desafios. Relaciona-se com 'o saber como', que permite trabalhar com os fenômenos não quantificáveis e com o que não pode ser explicado por leis e teorias (CESTARI, 2003). Conta com a percepção, é criativo e incorpora a empatia e o entendimento. É interpretativo, contextual, intuitivo e subjetivo, exigindo mais síntese que análise (MCEWEN; WILLS, 2009).

O **padrão ético** tem como perguntas críticas: Isso é certo? Isso é responsável? Como processo criativo, tem a função de esclarecer e explorar os princípios e códigos, além da moral e do comportamento ético como expressões integradoras na prática. Para a autenticação, usa o diálogo e a justificativa (CHINN; KRAMER, 2011).

Diante disso, o padrão conhecimento ético, o componente moral levanta questões fundamentais sobre a ação moralmente correta e errada com relação aos cuidados, tratamento de doenças e promoção da saúde. Requer uma compreensão da filosofia diferente das posições sobre o que é bom, o que deve ser desejado, o que é certo; dos diferentes marcos éticos concebido para lidar com as complexidades dos julgamentos morais; e de várias orientações para a noção de obrigação. Escolhas morais a serem feitas devem, em seguida, ser consideradas em termos de ações específicas a tomar em situações específicas, concreta (CARPER, 1978). Envolve mais que conhecer o código de ética profissional. A enfermeira durante sua prática profissional deve estabelecer objetivos e realizar intervenções adequadas

junto aos clientes, o que implica em realizar uma escolha, decidir o que é apropriado à situação, o que é bom (CESTARI, 2003).

Abrange descrições de obrigações morais, valores morais ou não e os fins desejados. O conhecimento ético, o que constitui a ética de enfermagem, é gerado por meio de investigações éticas focadas na identificação e na análise das crenças e valores dos indivíduos e dos grupos, além de esclarecê-las (FAWCETT et al., 2001).

## 2.2 MODELO ASSISTENCIAL EM ENFERMAGEM BASEADO EM DIAGNÓSTICO, RESULTADO E INTERVENÇÃO

A sistematização da assistência de enfermagem pode ser pensada em conceitos aplicáveis à prática, que representam um conceito experimental prévio para sua aplicação dando-lhe credibilidade, uma vez que as estruturas de desenvolvimento desta atividade, de forma racional e sistemática, proporciona uma operação com segurança (SILVA et al., 2011).

Como forma de sistematizar a assistência de enfermagem, a enfermeira deve implementar o processo de enfermagem, que é a metodologia empregada na organização do conhecimento e do cuidado ao cliente. O seu uso possibilita a aplicação dos fundamentos teóricos da enfermagem na prática, ordenando e direcionando o cuidado de forma individualizada, personalizada e humanizada (ALMEIDA, 2002). Além disso, o processo de enfermagem consolida-se na prática clínica da enfermagem, e orienta o trabalho da enfermeira para coletar dados, identificar as necessidades de cuidados, propor intervenções e avaliar os resultados dos cuidados que realiza (FONTES; CRUZ, 2007).

A conceituação e a aplicação do processo de enfermagem, nos últimos tempos, evoluíram para o reconhecimento de que, além daquele julgamento estritamente vinculado à doença e suas complicações, a enfermeira realiza outros tipos de julgamentos e age com base nestes (SILVA; LIMA; FULY, 2012). São julgamentos clínicos relacionados ao diagnóstico, intervenção e resultado de enfermagem.

Desta forma, constitui uma atividade intelectual deliberativa que auxilia a enfermeira na tomada de decisões, cujo foco reside na obtenção dos resultados esperados (FONTES; CRUZ, 2007). Ao diagnosticar, a enfermeira delinea um resultado a ser alcançado e cria uma dupla obrigação: intervir e, logo depois, avaliar a eficácia da intervenção realizada (GARCIA; NOBREGA, 2009).

Atualmente, existem sistemas de classificações de enfermagem relacionados a este modelo, com repercussão mundial, que têm o propósito mais abrangente de estabelecer uma linguagem universal para os indivíduos, famílias e comunidades em diferentes locais (CRUZ,

2007). No Brasil, ainda há uma importante resolução que dispõe sobre a utilização da sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem nas instituições de saúde no país.

A seguir, são apresentados os conceitos do diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação ou resultado de enfermagem, segundo a resolução brasileira e as classificações com maior impacto, permitindo avaliar como são tratados em cada uma.

A Resolução COFEN 358/2009 entende o diagnóstico de enfermagem como processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados que proporciona a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem. De forma mais precisa, corresponde às respostas da pessoa, família ou coletividade humana ao processo saúde e doença; é base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se deseja atingir os resultados esperados.

Já para a *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I, 2006), o diagnóstico de enfermagem é definido como um julgamento clínico acerca das reações de um indivíduo, família ou comunidade, a problemas reais ou potenciais de saúde, ou a processos de vida. Ele constitui, assim, a base para a seleção de intervenções de enfermagem, a fim de que se chegue aos resultados pelos quais a enfermeira é responsável.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>, 2009) o diagnóstico de enfermagem é um rótulo atribuído por uma enfermeira que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação.

Os três conceitos convergem. O diagnóstico em enfermagem é um elemento fundamental na tomada de decisão da enfermeira, por favorecer a identificação de evidências a partir de informações verdadeiras relativas às reais condições do indivíduo, possibilitando a identificação do diagnóstico de enfermagem correto, com consequentes intervenções adequadas e alcance de resultados eficazes (MENDES et al., 2012).

Com o diagnóstico destacado, ocorre o planejamento da assistência de enfermagem, quando são determinados os cuidados que o ser humano deverá receber. Após a confecção desse plano assistencial, ocorre sua implementação com base no roteiro diário (SILVA; LIMA; FULY, 2012).

A Resolução COFEN 358/2009 indica que o planejamento de enfermagem é a determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de diagnóstico de enfermagem.

Posteriormente ao planejamento, vem a fase da implementação da intervenção ou ação

de enfermagem. De acordo com a Resolução COFEN 358/2009, a implementação trata da realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de planejamento de enfermagem.

Para a *Nursing Interventions Classification* (NIC), a intervenção de enfermagem, o planejamento da assistência de enfermagem, é qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico que seja realizado por uma enfermeira para melhorar os resultados do paciente/cliente (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). Segundo a CIPE<sup>®</sup>, a intervenção de Enfermagem é uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a originar um resultado de enfermagem.

Mais uma vez é possível perceber que os conceitos se aproximam. De modo específico, as intervenções de enfermagem constituem ações autônomas da enfermeira, baseadas em regras científicas executadas para beneficiar o cliente, seguindo o caminho predito pelo diagnóstico de enfermagem, com o estabelecimento de metas a serem alcançadas (GUIMARÃES; BARROS, 2001).

O plano de intervenção e de atividades coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do cliente e, ao ser reavaliado, fornece os dados necessários para a mensuração dos resultados de enfermagem (SILVA; LIMA; FULY, 2012).

A Resolução COFEN 358/2009 aponta a avaliação como um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado.

Segundo a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), o resultado de enfermagem deve ser mais responsivo às intervenções de enfermagem, descrevendo e medindo o estado do cliente, família ou comunidade (MOORHEAD et al., 2010).

Para a CIPE<sup>®</sup>, os resultados de enfermagem são o presumido das intervenções de enfermagem medidas ao longo do tempo, enquanto mudanças efetuadas nos diagnósticos de enfermagem.

A avaliação dos resultados obtidos após a implementação dos cuidados de enfermagem permeia todas as outras fases do processo de enfermagem, pois, na avaliação não se observa somente se os resultados atingidos foram apropriados, mas se estes resultados foram aqueles predefinidos na fase de planejamento através dos diagnósticos, o que refletirá na reestruturação/reavaliação de todas as etapas do processo. Há necessidade de avaliação constante para determinação dos resultados e identificação das variáveis que afetam a obtenção destes, para decidir quando continuar, modificar ou finalizar o plano de cuidados

(ALMEIDA; SEGANFREDO; UNICOVSKY, 2010).

Ao colocar em prática a execução desse modelo, torna-se possível atender às expectativas mais atuais da saúde pública no país, ao romper com o modelo assistencial privatista e hegemônico. Além disso, viabiliza incrementar os modelos assistenciais alternativos que enfatizam a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica, tendo como consequência o gerenciamento eficiente (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

### 2.3 INTERFACES ENTRE OS PADRÕES DE CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM E O MODELO ASSISTENCIAL EM ENFERMAGEM BASEADO EM DIAGNÓSTICO, RESULTADO E INTERVENÇÃO

Quando o conhecimento de enfermagem se aplica no cuidar, pode-se adequá-lo aos modelos de assistência em saúde, entendidos como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações. Para isso, combina as técnicas e as tecnologias de resolução de problemas para atender as necessidades de saúde individual e coletiva. Sistematiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho, pois vislumbra atender as diversas formas de intervenção sobre a realidade de saúde (PAIM, 2003; LUCENA, et al., 2006).

Os quatro padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem de Carper (1978) (empírico, estético e pessoal e ético) podem abranger os conceitos do modelo assistencial baseado no diagnóstico, resultado e intervenção como julgamento classificado e organizado.

O **padrão empírico** refere-se a competência científica demarcada pelos processos de julgamento e raciocínio clínico realizado pela enfermeira no momento em pratica o cuidado de enfermagem. Está presente no diagnóstico do fenômeno, na escolha da intervenção adequada e na avaliação dos resultados de maneira factual, descritiva, discursivamente formulável e confirmável, marcado como positivista.

O **padrão pessoal** trata do processo interacional, interpessoal dos processos associados ao trabalho da enfermeira no contato com os clientes. A formulação diagnóstica contém as expectativas de intervenções e resultados possíveis em um contexto, a depender das pessoas envolvidas (enfermeira, cliente, família, comunidade) e dos relacionamentos que são estabelecidos entre elas (CERRULHO; CRUZ 2010). Existe interdependência entre a qualidade do relacionamento enfermeira-cliente e o uso terapêutico do *self* que passa a ser uma ferramenta para a enfermeira compreender o outro e estabelecer a relação Eu-Tu, considerando que a qualidade desta intersubjetividade se dá dentro da reciprocidade (CARPER, 1978), permitindo que a enfermeira reflita junto ao cliente sobre a própria vida e

os valores pessoais. Além disso, corrobora para pensar sobre os próprios pensamentos e conhecimentos - uma auto-apreciação.

O **padrão estético** indicado como expressão da arte/ação transformadora relaciona-se tanto à intervenção quanto ao resultado de enfermagem. A arte de enfermagem ligada às habilidades manuais e técnicas da prática, trava-se com as intervenções de enfermagem; a arte transformadora, conhecida pela percepção e resposta à situação, conecta-se aos resultados de enfermagem.

O **padrão ético**, comportamento moral e ético, volta-se ao diagnóstico, resultado e intervenção de enfermagem, pois mostra as atribuições que a enfermeira durante a sua prática profissional é responsável. Ao planejar a assistência de enfermagem, fica garantida a responsabilidade da enfermeira junto ao cliente assistido, pois pode nortear a tomada de decisões em diversas situações vivenciadas pela enfermeira, enquanto gerenciadora da equipe de enfermagem, promovendo a autonomia da profissão (SILVA et al., 2011a). No Brasil, em especial, há uma preocupação com esta dimensão, visto que a Resolução COFEN 358/2009 reforça legalmente a implementação deste modelo.

A enfermagem, dentro deste contexto, depara-se com um desafio grande, pois, apesar da obrigatoriedade legal da implementação deste modelo nas unidades de saúde, não é a realidade experimentada no país. Entretanto, transformar a realidade de uma assistência não planejada envolve investimento no sentido de desenvolver um projeto para alcançar esta meta, na qual é indispensável o empenho político, o envolvimento institucional e a melhoria das condições de trabalho.

A formação dos profissionais de enfermagem deve superar o uso de técnicas como símbolo de aplicação da ciência. Outra questão importante é a renúncia da doença como instrumento de trabalho e a adoção da saúde como objeto de atenção. Além disso, cabe à enfermeira ocupar seu lugar e produzir seu saber próprio, ao invés de ser mera executora do próprio trabalho.

### **3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

Para explicitar a trajetória metodológica, foram apresentados os seguintes aspectos: tipo de estudo, cenário, participantes da pesquisa, coleta, análise dos dados e aspectos éticos.

#### **3.1 O TIPO DE ESTUDO**

Buscando compreender quais foram os conhecimentos de enfermagem que os estudantes de graduação utilizaram para selecionar as intervenções de enfermagem, foi realizado um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, delineado pelos Padrões Fundamentais do Conhecimento em Enfermagem de Carper (1978).

É descritivo e exploratório porque pretende descrever os fatos e os fenômenos de uma realidade com a necessidade de explorar uma situação pouco ou não conhecida, da qual se precisa de informações. Ao explorar uma realidade, pode-se identificar suas características, sua mudança ou sua realidade (LEOPARDI et al., 2001). Neste estudo, a realidade explorada foi a das intervenções de enfermagem. Procurou-se entender quais conhecimentos guiavam os estudantes durante a implementação destas intervenções.

A abordagem utilizada foi qualitativa. A natureza qualitativa do método é justificável diante do caráter do objeto, que requer a busca pelo conhecimento do problema sob a ótica dos participantes que a vivenciam, em consideração à ecologia humana e ao contexto social onde o evento ocorre (MINAYO, 2003). Sendo assim, a pesquisa qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos objetos, às relações e as estruturas sociais. Acredita-se na relação estreita entre objeto e sujeito, proporcionando a emergência de significados, crenças e valores da realidade em foco (MINAYO, 2006).

Outro detalhe importante é que na abordagem qualitativa, o indivíduo é único, complexo, e as experiências vivenciadas por ele são singulares e contextualizadas por seu cotidiano, formando sua percepção no mundo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A escolha desta abordagem se justifica uma vez que o problema de pesquisa identificado, a ausência na prática clínica a etapa do diagnóstico de enfermagem como selecionador das intervenções de enfermagem pelos estudantes de graduação, deve ser explicado a partir da visão dos mesmos, que serão capazes de expressar os significados, os motivos, os valores e atitudes que corroboram esta realidade.

### 3.2 O CENÁRIO DA PESQUISA E OS PARTICIPANTES SELECIONADOS

O cenário escolhido foi a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), instituição de ensino superior que, desde a sua fundação, tem como filosofia educacional e como finalidades, formar enfermeiras de alto nível e desenvolver bases para o contínuo crescimento profissional. A importância dada à saúde e ao bem estar das coletividades são pontos de destaque na formação profissional de enfermagem, e para alcançar estes propósitos, são desenvolvidas competências ou habilidades adequadas ao papel da enfermeira na sociedade brasileira (UFRJ, 1999).

A EEAN apresenta uma abordagem de ensino e aprendizagem baseada na aquisição e na aplicação de princípios científicos como fundamento lógico para as ações de enfermagem. Enfatiza também o desenvolvimento do processo de enfermagem em situações que envolvem ajuda ao indivíduo e à família, o que possibilita ao estudante consciente ultrapassar os limites de um simples aprendizado de tarefas (DIAS, 2009).

A princípio, são desenvolvidas atividades coletivas com crianças, adolescentes e adultos saudáveis. A seguir, os graduandos atuam em serviços de saúde junto à pessoas não hospitalizadas e às famílias saudáveis; depois, passam a lidar com pessoas saudáveis institucionalizadas, como parturientes, puérperas e recém-nascidos. Por fim, atuam no cuidado às pessoas doentes e hospitalizadas, extensivamente às suas famílias, e pessoas com problemas de reabilitação e integração social.

Todos os segmentos desenvolvem-se em um nível de complexidade crescente. No último período, há um retorno à saúde da comunidade: primeiro, com uma introdução ao processo de planejamento de saúde aplicado a uma micro-região de saúde; e posteriormente, com a ajuda dos estudantes na implementação dos programas prioritários que estejam necessitando de reforços (UFRJ, 1999).

De acordo com as funções que a enfermeira desempenha, existem comportamentos a serem esperados dos estudantes da EEAN: atuar como enfermeira no processo de assistência; como membro da equipe de saúde; como líder da equipe de enfermagem; como educadora; administrar serviços de enfermagem; realizar estudos e participar na investigação de problemas de enfermagem (CARVALHO, 2006).

Ao atuar como enfermeira no processo de assistência de enfermagem, há uma expectativa em relação a temas como: identificação das necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade; realização do processo de enfermagem; elaboração do plano de cuidados; execução ou delegação da execução de alguns cuidados; avaliação da qualidade da assistência de enfermagem.

Ainda para a autora (CARVALHO, 2006), grandes esforços têm sido envidados no sentido de oferecer condições e oportunidades aos estudantes para aquisição de comportamentos que correspondam à arte de atuar como enfermeira no processo da assistência de enfermagem. Durante a aplicação curricular dos programas das disciplinas de enfermagem, as oportunidades ocorrem de modo variado, na execução de cuidados dirigidos às necessidades imediatas do cliente- família.

A ideia que norteia a elaboração de todo currículo da EEAN é a integração da teoria à prática, a integração estudo trabalho e a integração disciplinar. A primeira, preocupa-se em determinar o que o estudante deve tornar-se capaz de fazer, o que precisa saber para desempenhar a contento suas atividades. O conhecimento teórico e o prático situam-se na dialética que permite a consolidação de um, a partir do outro. A segunda, a integração estudo trabalho, permite o engajamento dos estudantes nas equipes dos campos de prática, desenvolvendo atividades produtivas inerentes ao programa da instituição, no sentido de ter responsabilidade quanto ao custo econômico e social de sua formação, e de seu compromisso para com a profissão ou sociedade. A terceira, a integração disciplinar, propicia o processo de ensino aprendizagem desenvolvido em torno de experiências significativas para o desenvolvimento das competências esperadas (CARVALHO, 2006).

Desta forma, ao fim da formação, o estudante deve ter alcançado as seguintes competências: evidenciar condutas coerentes com o princípio de que o direito que toda pessoa tem à saúde implica o direito de receber adequada assistência de enfermagem; avaliar a interrelação dos fatores físicos, psíquicos, sociais e ambientais na saúde individual e coletiva; manifestar atitudes que revelem a convicção de que, como membro da equipe de saúde, a enfermeira é responsável pela melhoria do nível de saúde da população; desenvolver o processo de enfermagem nas situações que envolvem ajuda a indivíduos, família, outros grupos da comunidade e à comunidade como um todo; tomar decisões com base na utilização do método de resolução de problemas; assumir atitude responsável frente aos fins e aos valores da Escola, da Universidade e das Associações de Classe; participar de equipe micro-regional de saúde; estabelecer relações interpessoais produtivas (UFRJ, 1999).

### 3.3 O PROCESSO DE COLETA DE DADOS

Para a realização deste estudo, foram convidados cerca de setenta estudantes de enfermagem do sexto período do Programa Curricular Interdepartamental (PCI) IX. O convite aos estudantes deu-se durante as disciplinas cursadas, e havendo concordância por parte deles, foi marcado um encontro para posterior realização da entrevista. Participaram do estudo dez

estudantes (amostra por conveniência e não probabilística). Este número de entrevistados foi determinado a partir da avaliação da saturação dos dados, e as entrevistas cessaram quando a análise preliminar mostrou que não havia substancialmente dados novos.

Os dados foram coletados através de observação não participante (APÊNDICE A) e entrevista semiestruturada (APÊNDICE B). Segundo Gil (1999), esta observação tem como objetivo a descrição precisa dos fenômenos. O pesquisador sabe quais são os aspectos da comunidade ou grupo que são significativos para alcançar os objetivos pretendidos e, baseado nesse conhecimento, elabora previamente um plano de observação.

Os aspectos observados foram o contexto de ensino-aprendizado e as atividades realizadas pelos estudantes, a saber: o número de estudantes e de professores, a dinâmica da divisão estudantes/professor, as relações entre estudantes e professores, a equipe de saúde e o cliente. Além disso, foram observadas as atividades desempenhadas pelo estudante durante a assistência ao cliente.

O campo utilizado foi o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da UFRJ, e os setores observados foram: Centro de Tratamento Intensivo; Pós Operatório Cardíaco e Unidade Coronária; Centro Cirúrgico; Clínica Médica 9B; Internação Cirúrgica 10C; Emergência 9C. As observações aconteceram em abril e maio de 2012 num total de 24 horas.

Outra ferramenta de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. Para Lima e Gualda (2001), a entrevista configura-se um processo de relação interpessoal em que há um encontro entre a subjetividade do pesquisador e a do colaborador. Neste encontro, o pesquisador precisa respeitar a forma utilizada pelo colaborador para construir sua narrativa, na tentativa de captar sua interpretação da realidade e de deixar de lado suas crenças, valores e, inclusive, sua formação intelectual. Esta entrevista combina perguntas abertas e fechadas com a construção de um roteiro que orienta ou serve de guia para o andamento da interlocução (MINAYO, 2006).

Neste estudo, foram três as perguntas que nortearam a entrevista: (1) Durante as atividades que você desempenhou hoje neste setor, que intervenções de enfermagem você realizou? (2) Descreva, passo a passo, o que você utilizou entre a sua chegada ao setor e a realização das intervenções de enfermagem. (3) O que guiou você na escolha das intervenções de enfermagem relatadas anteriormente? Por que?

As entrevistas foram realizadas em dezembro de 2011 e maio de 2012, pela necessidade de que os estudantes já tivessem vivenciado grande parte do bloco teórico e das práticas de ensino. Todas foram gravadas com a anuência dos sujeitos e ao término das mesmas, foram

transcritas pela pesquisadora para facilitar a validação do respectivo conteúdo pelo entrevistado, e a análise dos dados coletados.

### 3.4 A ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo. Nesse sentido, Minayo (2003) ressalta que várias técnicas de análise de conteúdo têm sido desenvolvidas buscando atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo.

Bardin (2010) explica que a análise de conteúdo é um método empírico dependente do tipo de fala a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo, e que existem algumas regras básicas a serem seguidas como um conjunto de técnicas de análise de comunicação. Desta maneira, para mapear os conhecimentos que os estudantes de graduação utilizam para selecionar as intervenções de enfermagem, foi escolhida a análise temática proposta pela referida autora o que significa dizer, a contagem de um ou de vários temas ou itens de significação existentes numa unidade de codificação previamente determinada. Para operacionalizar a análise deste estudo, utilizou-se a sistemática de Oliveira (2008) e o *software* QRS NVivo, em sua versão 8 (QRS *International*, 2008).

Para Bardin (2010), a análise de conteúdo compreende três fases: (1) Pré-análise - a fase da organização do conteúdo em que ocorre a escolha dos documentos a serem analisados, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final; (2) Exploração do material - etapa que consiste em operações de codificação em função de regras previamente formuladas; (3) Interpretação dos conteúdos - nesta fase ocorre a análise de conteúdo, com a discussão das categorias elencadas.

Neste momento, apresenta-se como efetiva a realização da análise deste estudo. Na pré-análise, na fase da organização propriamente dita, com o objetivo de tornar as ideias operacionáveis e sistemáticas, foram desenvolvidas estratégias preparatórias que permitisse, uma análise consistente dos dados. Primeiro, definiu-se o *corpus*, os documentos a serem submetidos à análise, que foram as dez entrevistas.

Foi realizada a leitura flutuante para estabelecer contato com os documentos e analisá-los. Pouco a pouco, esta leitura tornou-se mais precisa e emergiu a hipótese de que a seleção das intervenções de enfermagem realizadas pelos estudantes de graduação é sustentada por conhecimentos adquiridos por eles.

O critério de categorização utilizado foi o semântico, o sistema de categorias empregado foi o de caixas, onde as categorias e subcategorias são teóricas e previamente estabelecidas.

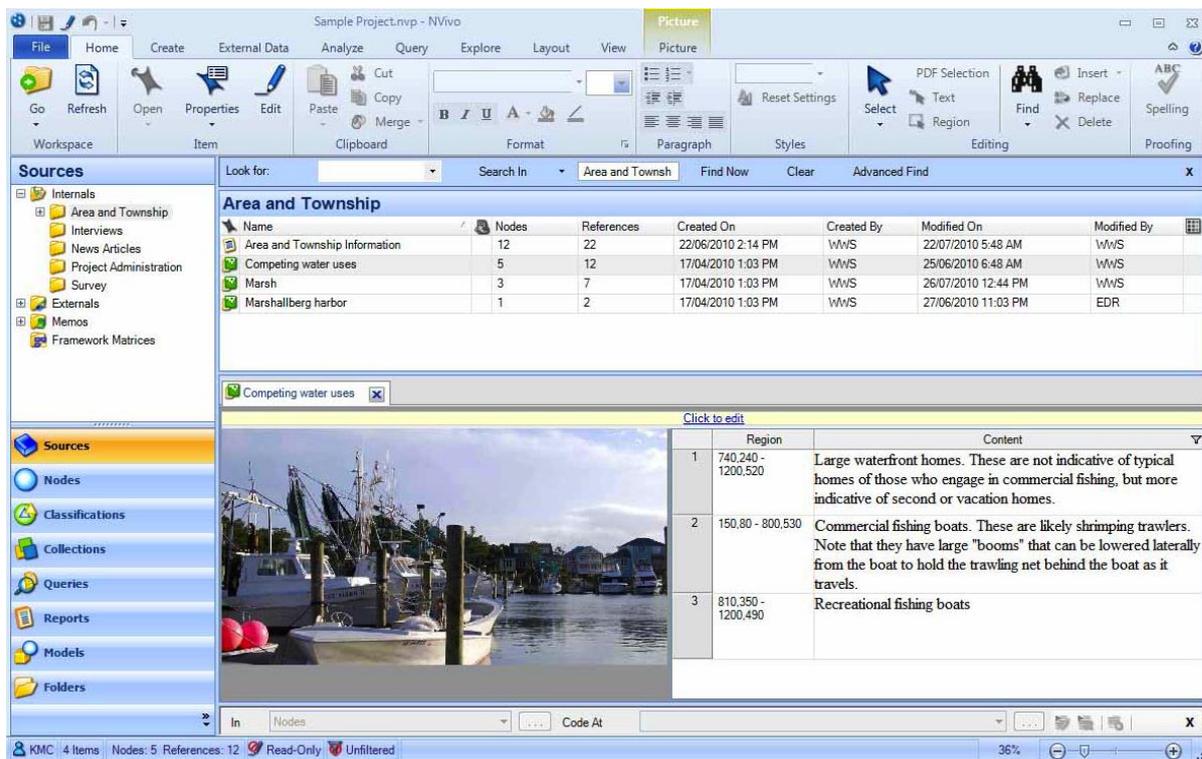
Neste caso, as categorias teóricas foram as perguntas críticas que expressam como um determinado padrão de conhecimento em enfermagem é gerado.

Para o *conhecimento pessoal*, as categorias foram ‘Eu sei o que eu faço?’ ‘Eu faço o que eu sei?’; para o *conhecimento estético*, as categorias foram ‘O que isso significa?’ ‘Qual é o significado?’; para o *conhecimento ético*, as categorias foram ‘Isso é certo?’ ‘Isso é responsável?’; para o *conhecimento empírico*, as categorias foram ‘O que é isso?’ ‘Como funciona isso?’. As subcategorias empíricas emergiram da concordância dos conteúdos das categorias.

Diante do exposto acima, foram definidas trezentos e cinquenta e cinco unidades de registro, que permitiram aplicar as regras de quantificação do texto distribuídas em oito unidades de significação.

Como dito anteriormente, o *software* NVivo foi usado para operacionalizar a análise. O NVivo é uma ferramenta informatizada que se propõe a instrumentalizar o pesquisador qualitativo para a exploração, organização, análise e apresentação gráfica de informações até então não estruturadas, sejam elas textuais, iconográficas, videográficas, fonográficas, videofonográficas, tabeladas, entre outras (GUIZZO; KRZIMINSKI; OLIVEIRA, 2003).

Ao usar o NVivo, é possível: gerenciar os materiais de origem, registrar os pensamentos analíticos em um arquivo de projeto seguro; importar e analisar qualquer combinação de documentos, PDF, planilhas, bancos de dados, áudio, vídeo ou imagens; gerenciar os dados bibliográficos importando dados de aplicativos como EndNote, Zotero ou RefWorks, além de poder criar uma bibliografia no NVivo e exportá-la para uma ferramenta de gerenciamento de referência, quando quiser registrar suas descobertas; codificar suas fontes para reunir materiais em temas ou nós; organizar os nós em pastas e criar hierarquias de nós que se adaptem ao projeto; criar e classificar nós de ‘casos’ para reunir informações descritivas sobre pessoas, lugares ou organizações; exportar seus dados e usá-los em outros aplicativos, como Word, Excell, IBM SPSS *Statistics* e EndNote; usar ferramentas sofisticadas de análise de texto para ajudar você a encontrar significado nos dados não-estruturados; compartilhar suas descobertas executando relatórios personalizados ou salvando seus nós e fontes como páginas HTML (QRS *International*, 2008).



**Figura 2** – Interface do *software* QRS NVivo, em sua versão 8.0. Rio de Janeiro, 2013

### 3.5 A PRESERVAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Hospital Escola São Francisco de Assis, sendo aprovado sob nº de protocolo 077/2011 (ANEXO A).

Como parte dos dados foi coletada no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, foi realizado uma consulta ao CEP desta Instituição quanto à necessidade de uma segunda aprovação do estudo. A orientação recebida foi solicitar somente autorização para coleta de dados à chefia de enfermagem local (ANEXO B), já que o estudo havia sido aprovado previamente em outro CEP. Assim, foram respeitados os termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a participação de seres humanos em pesquisas.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação neste Órgão e o aceite de participação voluntária por parte dos participantes da pesquisa que, para tanto, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), documento previsto na referida Resolução, que aborda com detalhes os diversos aspectos da pesquisa e do envolvimento dos seus participantes.

#### **4 OS PARTICIPANTES E O CAMPO DE PESQUISA**

Este capítulo foi construído para que o leitor tivesse uma visão mais específica do momento curricular em que os estudantes do PCI IX, os participantes da pesquisa, vivenciavam no instante da coleta de dados.

Para tal, foram apresentados as ementas, os objetivos, os programas e as dinâmicas das atividades das seguintes disciplinas: Cuidados de Enfermagem a Clientes Hospitalizados III, Estágio Supervisionado de Enfermagem IX, Diagnóstico Simplificado de Saúde IX. Estas disciplinas têm cunho de atividades teóricas e teórico-práticas, atividades práticas e requisito curricular suplementar, respectivamente. Estas informações foram retiradas do Caderno de Atividades dos Estudantes dos Programas Curricular Interdepartamentais XIII e IX (UFRJ, 2010).

A disciplina Cuidados de Enfermagem a Clientes Hospitalizados III tem como ementa: o diagnóstico de situações de enfermagem de maior complexidade, os clientes sob cuidados intensivos. O estudante faz observações sistematizadas ao cliente crítico. Lida com cuidados intermediários, situação de vida-morte, ajuda à família e orientação sobre problemas de reabilitação.

Os objetivos são: fazer diagnóstico de saúde dos clientes com base em conhecimentos aplicáveis às situações de maior complexidade; ganhar experiências para as atividades junto a clientes sob cuidados intensivos ou intermediários; desenvolver habilidades para ajudar clientes e famílias nas situações vida-morte; demonstrar atitude responsável frente aos fins e valores da Escola e da Universidade.

Neste programa é discutida a assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico com problemas gastrointestinais; transtornos urinários; características do centro cirúrgico e recuperação pós-anestésica, assistência de enfermagem ao cliente no trans-operatório e na recuperação pós operatória; assistência de enfermagem ao cliente em estado de choque, coma e parada respiratória; assistência de enfermagem ao cliente em nutrição parenteral e enteral; assistência de enfermagem ao cliente com problemas neurológicos.

Além do que foi destacado acima, há uma interface com o programa da disciplina Cuidados de Enfermagem a Clientes Hospitalizados II, que está no Programa Curricular Interdepartamental VIII, onde é trabalhado: imagem corporal; método decisório e distributivos de trabalho em enfermagem; liderança em enfermagem; dor e distúrbios psicossomáticos; história da criação dos hospitais; normas de biossegurança.

A carga horária da disciplina em questão é 45h de atividades teóricas e 60h de atividades teórico-práticas. Dinâmica de atividades utilizadas: aulas teóricas, estudo dos

casos, instruções de reforço, discussão em grupo, demonstração de técnicas e procedimentos.

A disciplina Estágio Supervisionado de Enfermagem IX tem como ementa: programa de trabalho face às situações de maior complexidade. Atividades nas Unidades – Cuidados intensivos e intermediários. O auto cuidado. Tratamentos especiais. O Centro Cirúrgico - implicações relativas a estágios. Manejo de instrumental de apoio ao cuidado do cliente e de equipamentos específicos.

Tem com objetivos aplicar a metodologia científica na observação sistematizada dos clientes no controle das situações de maior complexidade; identificar o direito da família de ser informada sobre a evolução do cliente crítico; desenvolver habilidades para as tomadas de decisão relativas às intervenções de enfermagem e à ajuda aos clientes e família; ganhar experiências para as condutas indispensáveis às funções de enfermagem no contexto das equipes de trabalho.

A carga horária é de 90h e as atividades realizadas tem como foco a assistência integral de enfermagem à clientela; liderança e educação em saúde. Os cenários de prática são: Centro de Tratamento Intensivo -13º andar, Unidade Coronariana/Pós-operatório cardíaco, Internação Cirúrgica - setor 9B, Centro Cirúrgico, Internação Clínica 9D e 10D, Doenças Infecto Parasitárias, Emergência, setores estes do Hospital Clementino Fraga Filho (HUCFF).

A terceira disciplina que compõe o PCI IX é Diagnóstico Simplificado de Saúde IX tem como ementa: diagnóstico de saúde e análise de situações de maior complexidade. O cuidado do cliente crítico no centro de estudos de enfermagem. A eficácia como medida dos cuidados de enfermagem. Contribuição de estudante nos estudos envolvendo situações de clientes assistidos.

Os objetivos são: adquirir conhecimentos para a identificação de problemas emergentes das situações práticas e relevantes para os estudos de enfermagem; desenvolver habilidades para a análise de situações de enfermagem de maior complexidade; contribuir com os estudos que demonstram a participação relevante de estudante de enfermagem no cuidado do cliente crítico; apresentar relatório com análise e sugestões para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

A dinâmica de atividade é dividir a turma em grupos de no máximo 03 componentes para desenvolver um relatório de pesquisa, onde a temática deverá contemplar problemas emergentes da prática desenvolvida em um dos programas. Cada grupo tem um docente da equipe para fazer as orientações (tempo disponível para a atividade). O grupo elabora um projeto de pesquisa até o meio do período letivo; e o relatório de pesquisa que é ser entregue ao final do período letivo, em data acordada com o orientador.

A seguir, a matriz programática do PCI IX demonstra com mais detalhes a experiência, as atividades e os conteúdos trabalhados neste momento curricular (Quadro 1).

**Quadro 1** – Matriz Programática do Programa Curricular Interdepartamental IX. Rio de Janeiro, 2013.

<b>Experiência</b>	<b>Atividade</b>	<b>Conteúdo</b>
<b>1. Abordagem inicial à situação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Contato com o Serviço de Enfermagem da Instituição</b></li> <li>- Visita aos setores</li> </ul>	<p><b>UNIDADE DIDÁTICA I</b></p> <p><b>- Unidade de Assistência à clientes de alto risco e/ou com problemas de maior complexidade</b></p> <p><b>1. Estrutura organizacional de uma instituição hospitalar</b></p>
<b>2. Levantamento de dados da clientela e ambiência</b>	<p><b>2. Elaboração de instrumentos para coleta de dados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coleta de dados sobre a organização e funcionamento do setor</li> <li>- Análise e discussão dos dados coletados</li> </ul>	<p><b>2. Recursos humanos e materiais específicos para a assistência</b></p>
<b>3. Diagnóstico da situação</b>	<p><b>3. Interpretação das necessidades e problemas do setor para apresentação da assistência de enfermagem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração de síntese diagnóstica</li> </ul>	<p><b>3. Características de uma unidade de internação para clientes de alto risco e/ou com problemas de maior complexidade</b></p>
<b>4. Planejamento das intervenções</b>	<p><b>4. Determinação de prioridades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinação de metas e prazos</li> <li>- Elaboração de proposta de trabalho (plano de intervenção)</li> <li>- Reunião com a chefia do setor</li> <li>- Elaboração da ata de reunião</li> </ul>	<p><b>4. Previsão e distribuição de recursos humanos e materiais</b></p> <p style="padding-left: 40px;">4.1 Instrumentos Administrativos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Normas e rotinas, organograma, fluxograma, manuais de enfermagem, meios de comunicação</li> </ul> <p><b>5. Características de um Centro Cirúrgico</b></p> <p style="padding-left: 40px;">5.1 Planta física</p> <p style="padding-left: 40px;">5.2 Recursos humanos e materiais</p> <p style="padding-left: 40px;">5.3 Aspectos assistenciais</p>

(continua)



(continuação)

		<b>UNIDADE DIDÁTICA III</b> <b>- Liderança em Enfermagem</b> 1. Tipos de liderança 1.1 Instrumentos básicos para a liderança eficaz (comunicação, observação, trabalho em equipe, treinamento, supervisão e avaliação) 2. Equipe de enfermagem – método distributivo de pessoal e de tarefa 3. Método decisório 4. Metodologia da pesquisa científica 4.1 Evolução da pesquisa 4.2 Projetos de pesquisa, tipos de pesquisa 4.3 Instrumento de coleta de dados 4.4 Relatório de pesquisa
--	--	---

Diante dos aspectos destacados na matriz programática, existem onze atribuições que os estudantes do PCI IX devem ser capazes de atender:

- ✓ coordenar junto a equipe de enfermagem as atividades nas Unidades de Internação e do Centro Cirúrgico;
- ✓ utilizar a metodologia do processo de enfermagem para resolução de problemas da clientela;
- ✓ desenvolver atividades de educação e orientação em saúde na Unidade de Internação;
- ✓ analisar, discutir e propor reformulação das rotinas do setor;
- ✓ demonstrar conhecimentos científicos quando questionado e na utilização do método de resolução de problemas;

- ✓ avaliar a interrelação dos fatores ambientais, psíquicos, sociais, físicos e espirituais na saúde individual e coletiva;
- ✓ determinar a forma de participação estudantil nos serviços escolhidos como campo de estágio;
- ✓ estabelecer contato inicial com grupo de profissionais da instituição;
- ✓ planejar, desenvolver e avaliar trabalhos escritos;
- ✓ adquirir conhecimentos para a identificação de problemas emergentes das situações prática, contribuindo com estudos que demonstrem sua participação em situações de enfermagem de maior complexidade;
- ✓ demonstrar atitude responsável frente aos fins e valores da escola, da universidade e da profissão.

Ao coordenar com a equipe de enfermagem as atividades da Unidade de Internação, o estudante faz:

- ✓ a leitura diária do relatório de enfermagem;
- ✓ visita diariamente o setor para realizar diagnóstico da situação;
- ✓ participa da passagem de plantão;
- ✓ verifica mapa cirúrgico;
- ✓ elabora escala dos estudantes;
- ✓ conhece as normas e rotinas do setor;
- ✓ prevê e provê recursos materiais para a realização das atividades;
- ✓ encaminha clientes para exames e cirurgias;
- ✓ providencia admissão, remoção, alta e transferência de clientes;
- ✓ estabelece um ambiente terapêutico para o cliente;
- ✓ toma decisões relativas às intervenções de enfermagem e à ajuda aos clientes e famílias;
- ✓ detecta problemas de serviço e propõe soluções a curto, a médio e a longo prazos;
- ✓ estabelece boas relações interpessoais;
- ✓ comunica-se verbalmente utilizando terminologia científica;
- ✓ faz registros de ordens e ocorrências e no relatório geral (prontuário Hospital Universitário);
- ✓ coordena a equipe de enfermagem nas situações de emergência.

Já ao coordenar com a equipe de enfermagem as atividades do Centro Cirúrgico, o estudante:

- ✓ participa da passagem de plantão;
- ✓ faz leitura diária do relatório de enfermagem;

- ✓ verifica mapa cirúrgico;
- ✓ conhece as normas e rotinas do setor;
- ✓ faz a recepção do cliente no pré-operatório e na recuperação pós-anestésica;
- ✓ faz avaliação da necessidade de sondagem do cliente;
- ✓ faz avaliação de enfermagem;
- ✓ encaminha clientes à sala de operação, à sala de Recuperação Pós Anestésica e à unidade de origem ou ao Centro de Tratamento Intensivo;
- ✓ coloca o cliente na mesa cirúrgica;
- ✓ estabelece um ambiente terapêutico para o cliente;
- ✓ ajuda no preparo da sala;
- ✓ auxilia na instrumentação cirúrgica;
- ✓ verifica a limpeza da sala e do instrumental;
- ✓ faz registros de enfermagem no prontuário, no livro de ordens e ocorrências e no relatório geral;
- ✓ detecta problemas de serviço e propõe soluções a curto, médio e longo prazos;
- ✓ estabelece boas relações interpessoais;
- ✓ comunica-se verbalmente utilizando terminologia científica.

Ao utilizar a metodologia do processo de enfermagem para a resolução de problemas da clientela, o estudante:

- ✓ identifica e faz o diagnóstico das necessidades da clientela;
- ✓ faz exame físico e/ou avaliação da condição específica do cliente;
- ✓ observa e relata com clareza os sinais e reações apresentados pelo cliente;
- ✓ elabora plano de cuidados de enfermagem, englobando os aspectos de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção da doença e reabilitação;
- ✓ executa procedimentos de enfermagem de acordo com os níveis de desempenho esperados, e de acordo com sua natureza: respeito ao pudor e intimidade do cliente, identificação de prioridades, aplicação de princípios científicos, previsão e provisão de material;
- ✓ faz a evolução diária das condições dos clientes;
- ✓ estabelece contato com os familiares para informações e aquisição de esclarecimentos sobre a doença ou situação do cliente;
- ✓ prepara e orienta o cliente para realização de exames e cirurgias;
- ✓ promove assistência bio-psico-sócio-espiritual.

Para desenvolver atividades de educação e orientação em saúde na Unidade de Internação, o estudante:

- ✓ identifica a necessidade de educação e orientação em saúde da clientela;
- ✓ elabora, implementa e avalia programa de educação em saúde;
- ✓ faz orientação individual e em grupos.

No momento de analisar, discutir e propor reformulação das rotinas do setor, o estudante deve

- ✓ analisar tais rotinas;
- ✓ verificar se o trabalho desenvolvido as obedece e atualizá-las, se necessário;
- ✓ elaborar rotinas que não constem nas do setor;
- ✓ encaminhar resultados como proposta ao serviço.

Para demonstrar conhecimentos científicos quando questionado, e na utilização do método de resolução de problemas, o estudante participa ativamente com contribuições tanto teóricas como práticas.

Quando avalia a interrelação dos fatores ambientais, psíquicos, sociais, físicos e espirituais na saúde individual e coletiva, o estudante:

- ✓ analisa e reformula os instrumentos de coleta de dados da ambiência e diagnóstico da clientela;
- ✓ realiza visita para coleta de dados da ambiência e diagnóstico da clientela, incluindo coleta de dados da ajuda prestada, aplicando junto aos profissionais e demais elementos do setor, os roteiros elaborados pelos estudantes;
- ✓ faz relatório sobre a coleta de dados da ambiência com diagnóstico da clientela e relatório da ajuda prestada;
- ✓ introduz observações acerca das interrelações de fatores como os ambientais, os psíquicos, os sociais, os físicos, os espirituais, os da aplicação dos recursos humanos e materiais, além de outros, para a assistência à clientela;
- ✓ encaminha aos serviços os relatórios da ambiência e das atividades desenvolvidas.

Já ao determinar a forma de participação estudantil nos serviços escolhidos como campo de estágio, o estudante:

- ✓ elabora proposta de trabalho com a especificação de metas e prazos;
- ✓ demonstra conhecimento da proposta de trabalho quando questionado.

No que se refere a estabelecer contato inicial com grupo de profissionais da instituição, o estudante deve realizar reunião com a chefia do setor.

Ao planejar, desenvolver e avaliar trabalhos escritos, o estudante:

- ✓ discute e apresenta sugestões acerca das estratégias de apresentação de conteúdo teórico;
- ✓ participa das atividades com contribuições teóricas e teórico-práticas;
- ✓ utiliza terminologia científica adequada.

Para adquirir conhecimentos para a identificação de problemas emergentes das situações práticas, contribuindo com estudos que demonstrem sua participação em situações de enfermagem de maior complexidade o estudante:

- ✓ elabora e desenvolve projeto simplificado de pesquisa, a partir de problemas emergentes da prática;
- ✓ apresenta o relatório final da pesquisa realizada.

Com o intuito de demonstrar atitude responsável frente aos fins e valores da escola, da universidade e da profissão, o estudante deve:

- ✓ reconhecer que a saúde das pessoas e dos grupos humanos está relacionada aos seus estilos de vida;
- ✓ reconhecer o direito de auto-determinação das pessoas e dos grupos humanos em questões de saúde;
- ✓ participar de atividades científico-culturais;
- ✓ evidenciar o compromisso de estudo independente que permita sua atualização;
- ✓ reconhecer os aspectos éticos e legais do desenvolvimento das atividades de enfermagem;
- ✓ adotar comportamento que evidencie compromisso em relação à profissão;
- ✓ utilizar o direito à representação nos colegiados e na vida associativa;
- ✓ aceitar e saber utilizar expressões, sentimentos e reações positivas e negativas;
- ✓ manifestar o hábito de auto-avaliação;
- ✓ participar ativamente das atividades programadas, com contribuições tanto teóricas quanto práticas.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo trata da análise e discussão dos dados da pesquisa obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas e da observação não participativa.

Inicialmente, retoma-se o problema da pesquisa: os estudantes de graduação não utilizam o diagnóstico de enfermagem, como um constructo formal, como elemento selecionador das intervenções de enfermagem. Diante disso, apresenta-se a **hipótese** deste estudo: a seleção das intervenções de enfermagem é guiada por conhecimentos adquiridos pelos estudantes durante a formação acadêmica, de outra ordem que não o do diagnóstico de enfermagem.

Considerando que o conceito de conhecimento é abrangente e poderia permitir diversas linhas de análise, optou-se pela tentativa preliminar de trabalhar a hipótese a luz da classificação do conhecimento de enfermagem de Carper (1978) que indica a existência dos quatro padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem – empírico, estético, pessoal e ético. A escolha foi fundamentada tanto na ancoragem na disciplina de enfermagem da proposta de Carper (1978), quanto na capacidade dos quatro tipos garantirem a extensão desejada para a análise dos dados.

Os resultados e na discussão sustentam a confirmação da hipótese, já que se constatou por meio do material analisado que o diagnóstico de enfermagem não foi o norteador das intervenções de enfermagem.

Na interpretação dos achados, investigou-se o modelo assistencial de enfermagem sabendo que o modelo implementado pelos estudantes foi uma expressão da realidade das práticas de ensino e profissional. Assim, concluiu-se que o modelo implementado pelos participantes deste estudo foi predominantemente tecnicista.

Questiona-se, então, como poderia existir nesta dimensão modelar um diagnóstico de enfermagem de natureza diferente. Para responder a este questionamento, foi conveniente investigar analiticamente os conhecimentos dos estudantes, que servem de base ao fazer neste contexto. O referencial teórico utilizado para a análise, como mencionado, foi o de Carper (1978) por apresentar a focalização e abrangência necessárias acerca do conhecimento de enfermagem.

Em que pese a possibilidade de surgimento de outras dimensões de conhecimento que fossem calcadas fora da disciplina de enfermagem como, por exemplo, teológica, política, médica, dentre outras, isto não aconteceu. Todos os elementos que os estudantes utilizaram pra nortear a intervenção de enfermagem puderam ser classificados à luz dos padrões estudados, tanto assim que emergiram as categorias empíricas de conhecimento a partir de

categorias teóricas, interpretadas como suficientes para garantir um julgamento clínico baseado em conceitos diagnósticos de enfermagem que sirvam de base para a seleção de intervenções, sabendo-se que o maior obstáculo é o modelo privatista.

A discussão dos resultados foi norteadada pela hipótese e pelos objetivos. Assim, este capítulo foi estruturado em seções, seguindo-se a mesma lógica: a primeira descreveu as ações dos estudantes nas situações práticas e caracterizou o modelo assistencial de enfermagem implementado; a segunda, terceira, quarta, quinta e sexta seções, enfocaram os padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem de Carper (1978) pessoal, estético, ético e empírico, respectivamente, como dimensões de conhecimento utilizadas pelos estudantes para selecionar as intervenções de enfermagem.

## 5.1 O MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM IMPLEMENTADO E SEU IMPACTO NA PRÁTICA E NO ENSINO PROFISSIONAL

Uma consideração preliminar é entender que um modelo serve de referência podendo ser mais ou menos conceitual. Um modelo conceitual é uma “reunião de conceitos relativamente abstratos e gerais que abordam o fenômeno de interesse central para uma disciplina, as proposições que amplamente descrevem tais conceitos, e as proposições que estabelecem as relações relativamente abstratas e gerais entre dois ou mais conceitos” (FAWCETT, 2005, p.16).

Um modelo assistencial provê uma estrutura de referência para a assistência a saúde. Sendo um modelo voltado a um recorte específico na saúde ele é orientado pelas construções de seus proponentes e preconizam ações e práticas compatíveis com as ideias, conceitos, relações e proposições que direcionam o modelo.

Assim, percebe-se que o modelo não é neutro. Na verdade como representação da realidade o modelo vai carregado da subjetividade daqueles que o organizam.

Atualmente dois modelos convivem no Brasil de forma contraditória e complementar: o modelo médico-assistencial privatista e o modelo assistencial sanitarista (PAIM, 2003); sendo o primeiro apresentado como hegemônico.

O modelo médico-assistencial privatista é o mais conhecido e prestigiado no Brasil, tem o foco voltado para os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram os serviços de saúde por “livre iniciativa”. Sendo predominantemente curativo, reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentem doentes. Sendo assim, é um modelo que privilegia o médico por tomar como objeto a doença e utilizar, como meios de trabalho, os conhecimentos e tecnologias que permitem o

diagnóstico e a terapêutica das diversas patologias (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; PAIM, 2003).

No modelo biomédico, que sustenta o modelo médico-assistencial privatista, o corpo humano é considerado uma máquina formada por peças, que pode ser analisado separadamente, enquanto o saber se concretiza nas técnicas racionais. O cliente (ou melhor ainda, o *paciente*) é visto como um ser passivo, de forma separada tanto da mente, como das condições sociais e ambientais que o envolvem. Esse modelo tecnicista, centrado em procedimentos médicos, propicia que a enfermeira muitas vezes o reproduza em sua prática, tornando-a limitada em suas ações e minimizando o ser sob seus cuidados (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Como esse modelo não atende plenamente aos níveis de saúde da população, as instituições públicas adotaram o segundo modelo assistencial, qual seja, o sanitarista, cujas ações estão voltadas para as necessidades de saúde, como as campanhas (de vacinação, de combate às epidemias) e os programas especiais de saúde pública (controle de tuberculose, saúde da criança). Essas formas de intervenção também não contemplam a totalidade das situações de saúde, pois empenham esforços nos agravos de saúde ou em determinados grupos com risco de adoecer ou morrer (PAIM, 2003).

Por volta da década de 80, modelos alternativos têm sido pensados e experimentados visando uma mudança de lógica de atenção, baseada nas necessidades de saúde da população, identificadas mediante estudos epidemiológicos, com uma oferta organizada de serviços planejados a partir dos referenciais de territorialização, integralidade de atenção e impacto epidemiológico (LUCENA et al., 2006).

As intervenções em saúde enfocam as relações dos sujeitos em seu cotidiano, e o objeto da ação deixa de ser o corpo biológico, voltando-se para os seres sociais no processo saúde-doença. A enfermagem assume esse desafio na prática diária ao trabalhar com as comunidades, privilegiando a promoção da saúde e construindo novos saberes. No ambiente hospitalar, contempla questões mais abrangentes levando em consideração o fato de que o indivíduo, após ser cuidado, voltará para o contexto social do qual faz parte. Isso exige a busca por estratégias resolutivas para usar o seu conhecimento e a autonomia profissional junto à clientela (LUCENA et al., 2006).

Assim como os modelos assistenciais em saúde modificaram-se ao longo do tempo no país, o ensino da enfermagem também passou por mudanças curriculares para acompanhá-las. Até a década de 1980, no Brasil, a formação da enfermeira era centrada no pólo indivíduo/doença/cura e na assistência hospitalar; entretanto, a partir desse momento,

surgiram novas propostas de saúde que exigiram modificações nos currículos das instituições de ensino superior para atender a essa nova perspectiva: a dos pressupostos de equidade, integralidade e universalidade (ITO et al., 2006).

Atualmente, os currículos das escolas de enfermagem estão em consonância com a Resolução CNE/CES 03/2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, e apontaram para uma formação profissional crítica e reflexiva, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos, tendo como objetivo desenvolver habilidades específicas, dentre elas: a tomada de decisão visando avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas; a comunicação com o intuito de fomentar a interação com a equipe de enfermagem, com outros profissionais de saúde e o público em geral; a administração e o gerenciamento para estar apto a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e a administração, tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Para isso, é fundamental incentivar: a incorporação da ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional; a capacidade de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, a intervenção no processo de trabalho em equipe; o uso adequado de novas tecnologias de informação, comunicação e de cuidados de enfermagem que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde; a intervenção no processo de saúde-doença; a coordenação do processo de cuidar em enfermagem, dentre outras (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Para atender a proposta atual de modelo assistencial em saúde, e também as Diretrizes Curriculares, as escolas de enfermagem devem enfatizar, em todos os momentos do curso de graduação, a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE), respeitando as respectivas complexidades e os cenários de ensino.

A SAE é um método de prestação de cuidados para obter resultados satisfatórios; tem como objetivo a redução de complicações durante o tratamento, a fim de facilitar a adaptação e a recuperação do cliente. A utilização deste método requer pensamento crítico, que deve ser focado nos objetivos e guiado pelos resultados, a fim de satisfazer as necessidades dos clientes e de suas famílias, devendo ser orientado pela ética e padrões de conduta (SILVA et al., 2011). Uma ferramenta para concretizar a SAE é a implementação do PE.

O PE representa um modelo metodológico que implementa sistematicamente a prática profissional, pois não só organiza as condições necessárias à realização do cuidado, como

documenta esta prática. Sua aplicação deliberada e sistemática pode acrescentar qualidade ao cuidado, melhorar a visibilidade e o reconhecimento profissional e representar uma possibilidade concreta de avaliação da prática profissional (SILVA; LIMA; FULY, 2012).

É importante salientar que a enfermeira, ao implementar o PE, necessita desenvolver habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas que a auxiliarão na determinação do fenômeno observado e no significado dele permitindo, também, que os julgamentos necessários para que se alcance um determinado resultado sejam feitos. A equipe de enfermagem faz intervenções e ações de enfermagem, tendo como base o julgamento sobre as necessidades humanas específicas (diagnóstico de enfermagem), para alcançar resultados pelos quais é legalmente responsável (resultados de enfermagem) (GARCIA, NÓBREGA, 2009).

Ao pensar que o PE proporciona suporte teórico-prático para que a enfermeira cuide integralmente dos indivíduos, família e comunidade, como é proposto nos modelos assistenciais em enfermagem atuais, faz-se necessário construir nestes modelos, práticas pedagógicas que permitam a compreensão da integralidade como um pressuposto que precisa ser observado com rigor durante toda a formação acadêmica.

Para tanto, com o objetivo de discutir o modelo assistencial de enfermagem implementado na Escola de Enfermagem Anna Nery, esta seção teve como questão norteadora: qual modelo assistencial de enfermagem é praticado pelos estudantes de graduação? A partir desta questão, definiu-se como objetivo: identificar e discutir o modelo assistencial de enfermagem implementado nos cenários de atividades práticas do Programa Curricular Interdepartamental (PCI) IX desta Escola.

De modo a dar um panorama, optou-se por apresentar os dados esquematizados no Quadro 2. Entende-se que com a mencionada representação o leitor pode ter uma ideia geral de como foram tratados os dados provenientes da observação não participativa nos cenários de prática e das entrevistas semiestruturadas.

**Quadro 2** - Classificação das características; ações observadas e discursos dos estudantes participantes da pesquisa, segundo os modelos assistenciais de saúde privatista e sanitaria. Rio de Janeiro, 2013.

<b>Modelo Assistencial</b>	<b>Características</b>	<b>Ações observadas e Discursos dos estudantes</b>
<b>Privatista</b>	1 – Problema de saúde ou problemas derivados da doença	Diagnóstico situacional, patologias e as complicações
	2 – Ação tecnicista	Banho no leito ou de aspersão, curativo, administração de medicação, higiene oral, entre outros
	3 – As necessidades humanas são vistas na dimensão do atendimento biológico	Sono, alimentação, eliminações, higiene
<b>Sanitaria</b>		Não foram observados/não foram identificados na análise dos discursos

Fonte: Observação não participativa e entrevista semiestruturada.

#### ❖ **Evidências do modelo na observação não participativa**

No cenários de prática vivenciados pelos estudantes, havia um professor responsável em cada campo e, em média, seis estudantes e uma estudante sênior. A dinâmica das atividades desenvolvidas pelos estudantes nos diversos cenários, salvo as especificidades de cada setor especializado, foi semelhante. Eles chegavam pouco antes das sete da manhã para se organizarem e participarem da passagem de plantão. Antes da troca de plantão, escolhiam o estudante líder.

O líder participa da passagem de plantão, supervisiona e acompanha os outros estudantes durante as atividades desempenhadas por eles, e é o elo entre o grupo e as equipes do setor, tanto de enfermagem quanto dos outros profissionais. Cada estudante deve ser líder pelo menos uma vez durante todo o período, então, há uma escala informal entre eles.

Durante a passagem de plantão, não houve interação com a equipe que recebia e a que deixava o plantão. Alguns estudantes anotavam informações em blocos pessoais, tais como o tipo de nutrição, os dispositivos venosos, vesicais, enterais utilizados pelos clientes, quais tinham traqueostomia, os curativos que deveriam ser necessariamente realizados. Enfoca-se que a natureza da documentação de dados privilegiava dados ligados a ação e atividades de enfermagem.

Após a passagem de plantão, cada estudante escolhia o cliente que ficaria sob sua responsabilidade, mas os professores interferiam quando julgavam que a escolha feita era inadequada, como no caso de clientes que não necessitavam de muitas intervenções técnico-procedimentais para coloca-los frente a uma situação que não tinha sido ainda realizada pelo estudante e oportuniza-lo a realidade desta. Nestes casos, eram os professores quem indicavam o cliente a ser cuidado.

Na maioria dos cenários, os estudantes ficaram responsáveis por um cliente; entretanto, a depender da dinâmica do setor, a quantidade variou. Por exemplo, o estudante que estava no centro cirúrgico, na unidade pré-operatória ou pós-anestésica, era responsável por todos os clientes que ali estavam.

Rotineiramente, assim que eram selecionados os clientes, os estudantes liam os respectivos prontuários, verificavam as medicações prescritas, apesar de não administrá-las em alguns setores, e abordavam o cliente para iniciar a coleta de dados. Eram realizados a entrevista e o exame físico. Houve um grupo pequeno de estudante que consultou um material didático pessoal após o encontro com o cliente, para esclarecer dúvidas que surgiram durante a coleta de dados. O material consultado era referente às técnicas procedimentais (Ex.: instalação de nutrição parenteral). A maioria dos estudantes foi direto ao leito organizá-lo para a realização das atividades (Ex.: banho, curativos, manipulação de nutrição parenteral e enteral).

Era comum os estudantes ficarem sem supervisão direta de docente, mas, conforme as atividades iam acontecendo, o professor se aproximava para acompanhá-los e supervisioná-los. Nesses momentos, havia uma interação maior entre estudante e professor. Perguntas sobre o que eles haviam implementado, como o haviam implementado e o motivo da implementação eram feitas. Por vezes, eles faziam perguntas ou solicitavam esclarecimentos sobre algo porque tinham dúvidas ou não tinham certeza de como proceder.

Em algumas situações, houve iniciativa do professor em trabalhar junto ao estudante conforme a realidade apresentada no ambiente. Por exemplo: no setor de emergência, o professor procurou trabalhar questões gerenciais e assistenciais relacionadas com os motivos que mais causavam as hospitalizações dos clientes.

Após as atividades, os estudantes começavam a fazer o registro de evolução. Neste registro constavam os dados do exame físico e das intervenções realizadas por eles. Ao final, de forma geral, a professora lia as evoluções e liberava para finalizar o registro eletrônico. Em algumas situações, a professora perguntava o que havia sido realizado na intervenção e

o motivo da realização.

Nos cenários observados não houve o registro de todas as etapas do processo de enfermagem, salvo a coleta de dados, informações sobre a implementação e a avaliação de enfermagem. Em um setor específico, o professor orientou os estudantes a realizarem a prescrição de cuidados fundamentais que os clientes necessitariam (Ex.: higienização oral, verificação de sinais vitais, realização de curativo).

Observou-se que os estudantes interagiram pouco com a equipe de enfermagem dos setores. Isso só aconteceu quando a realização das ações dependia desta interação, a exemplo do banho no leito na unidade de terapia intensiva, que os estudantes não conseguiriam realizar sozinhos. O estudante líder manteve um contato maior com a enfermeira do setor, quando precisava de algum material específico ou tinha dúvida relacionada ao gerenciamento do setor. Já a interação com as outras equipes de saúde ou outros estudantes da área da saúde foi restrita. Destaca-se que a questão do procedimento técnico foi o elo das relações entre estudantes e profissionais de saúde.

No último dia de cada campo, o professor fez uma avaliação individual sobre a atuação do estudante no setor.

A observação indicou características do modelo tecnicista de assistir.

#### ❖ **Entrevista semiestruturada**

Durante as entrevistas foi solicitado aos estudantes que apontassem os passos realizados por eles desde o momento em que chegavam no setor até o momento em que finalizavam as atividades, e o que eles consideravam intervenções de enfermagem realizadas no campo prático.

A propósito da dinâmica realizada pelos estudantes durante a permanência deles nos cenários práticos, de modo geral, e as atividades realizadas, destacou-se o relato de A9:

*A gente recebe a passagem de plantão, escolhe o paciente que a gente vai fazer as coisas ou então alguém escolhe o paciente pra gente. Depois vai lá conversar com o paciente e falar que a gente vai ficar com ele pela manhã, pergunto como ele passou a noite, pergunto da alimentação, das eliminações, vê se ele precisa de banho no leito ou de aspersão, vê os medicamentos que ele toma e se ele já tomou, isso tudo numa conversa, e se o paciente for pouco comunicativo gente vai ao prontuário.*

*E depois disso? [pesquisador]*

*Depois disso, você vê as patologias do paciente, que complicações ele pode ter, ver as medicações que ele toma, mesmo a gente não administrando, faz a anamnese, o exame físico, não é? E a evolução no final. Vê as prescrições de enfermagem que a gente fez (A9).*

Quanto ao que consideravam como uma intervenção, houve uma tendência entre os entrevistados no sentido de entender as intervenções de enfermagem como a realização das técnicas básicas de enfermagem. Abaixo, trechos de entrevistas que evidenciaram isso:

*Aquilo que a gente faz: administrar medicação, exame físico, verificações de sinais vitais, agora a gente tem feito aspiração, banho no leito [...] Higiene oral, troca da roupa de cama (A5).*

*Banho de aspersão e no leito, esvaziamento de bolsa de colostomia, mas drenando outra coisa, drenando bile. Troca da fixação de sonda nasogástrica, curativo de cateter, de punção, curativo de ferida. No centro cirúrgico a gente acompanha as cirurgias, mas de cuidados, passei sonda vesical de demora, recebi e encaminhei paciente, fiz a avaliação dele na RPO e RPA, principalmente na RPA. Na RPO, vê se ele tem alergia, se tem alguma doença crônica, quanto tempo de jejum, se já fez alguma cirurgia anterior, praticamente isso. RPA, que é depois, avalia sinais vitais de 5 em 5 minutos, depois de 15 em 15, naquela ordem da aula (A7).*

Entretanto, cabe ressaltar que dois estudantes apontaram, além das técnicas básicas de enfermagem, as etapas do processo de enfermagem também como atividades de enfermagem, conforme seus relatos:

*Tentei colocar em prática o processo de enfermagem, mas não consegui 100% porque nem todas as informações constavam no prontuário, nem todos os profissionais colocam as informações necessárias pra isso. Por exemplo, o diagnóstico de enfermagem eu tentei até elaborar, mas do jeito que o livro diz eu não fiz não, aqueles nomes todos, não fiz (A1).*

*[...] o exame físico pra assistência porque a partir dele você direciona o seu cuidado, você pode diagnosticar, achar uma alteração fisiológica a partir da sua anamnese e avaliação e fazer seus cuidados (A6).*

Os participantes indicaram a realização de um diagnóstico situacional, que se refere a uma investigação da situação do cliente em relação à internação, e os cuidados que a equipe de enfermagem do setor realiza no cliente:

*[...] Faço o diagnóstico situacional também.*

*O que é isso? [pesquisador]*

*Quando a gente chega ao setor, a gente conhece quem são os pacientes, nossos clientes, quanto tempo de internação, as patologias deles e quais cuidados estão sendo realizados (A6).*

*É saber quem é o paciente, saber o que ele tem, tipo, a patologia, se ele está dependendo de alguma coisa da equipe de enfermagem, saber quanto tempo ele está ali e o porquê (A7).*

De acordo com estes dados, identificou-se que o PE não foi implementado pelos estudantes durante as atividades práticas desempenhadas nos cenários observados. O modelo assistencial de enfermagem predominante foi o biomédico tecnicista, pois privilegiou as

atividades de enfermagem em detrimento do julgamento clínico envolvido nas etapas do diagnóstico, resultado e intervenção.

No particular da intervenção, o que se prestigiu foi a execução de atividades de enfermagem já prescritas ou determinadas ou orientadas por uma necessidade e delimitação nem sempre claramente explicitadas.

A literatura indica a contribuição de autores que têm observado que o ensino de enfermagem e a implementação da prática profissional voltam-se para um caráter extremamente técnico. Uma possível explicação para isso é o fato de que os procedimentos de enfermagem constituíram-se na primeira demonstração de saber vinculados à profissão, e como tal permanecem até os dias atuais (ALMEIDA; ROCHA, 1986). Some-se a isso o fato de que a visibilidade da enfermagem na área da saúde está fortemente atrelada a um fazer, ao passo que a medicina está ligada ao diagnóstico da doença e seu tratamento.

As técnicas encobrem, assim, grande parte do trabalho de enfermagem, e através do tempo vem passando por transformações que vão da simples descrição de passos até a busca, mesmo em outras áreas de conhecimento, das razões de tais procedimentos. A princípio esta fundamentação, chamada de científica, teve suas bases principalmente nas ciências naturais (anatomia, microbiologia, fisiologia, patologia) e também nas ciências sociais, por não ter teorias de enfermagem que a sustentassem. Com isso, o saber da enfermagem tornou-se científico e próximo dos saberes da medicina (SILVA et al., 2005).

Segundo Morais et al. (2011), existe uma tendência em considerar o cuidado como uma competência técnica, de realização de procedimentos e protocolos hospitalares. O cuidado visto assim isola o cliente de forma passiva no leito, tratando-o como receptor de protocolos e procedimentos técnicos invasivos e não invasivos. Esta situação decorre de uma racionalidade científica que determina um modelo de atenção à saúde que é centrado na fragmentação e no reducionismo do ser, cuidado em partes, sem atender à sua integralidade.

Verifica-se a força no processo de ensino e aprendizagem do modelo tecnicista e biomédico. Como visto nos segmentos de discurso os diagnósticos situacionais tratam de uma “situação” que incorpora a patologia e os requerimentos procedimentais.

A doença surgiu no discurso dos estudantes, assim como as demandas de ação prática de cuidado; entretanto, mais como um dos problemas ou a fonte dos problemas, não servindo de base como constructo para selecionar as ações de enfermagem. O que serviu de base foram os problemas e as tarefas já demandadas no cotidiano das ações de enfermagem.

Além do que foi dito, emergiram também elementos da dimensão pessoal do cliente e suas famílias, que foram as suas necessidades, expressas em desejos, expectativas e demandas

que servem de base para o estudante escolher ações inicialmente não previstas no que se pode denominar de “plano cotidiano de cuidado” como, por exemplo, o horário do banho não ser no início, e sim no final da manhã, mas que deve acontecer neste horário para não atrapalhar a rotina estabelecida pelo hospital. Estas expectativas foram modeladas pelas demandas das tarefas. O que aconteceu foram negociações no regime de implementação das ações de enfermagem. Até mesmo a individualização do cuidado opera no nível da decisão técnico-procedimental.

Este modelo assistencial tecnicista não preenche os requisitos necessários do modelo assistencial, que privilegia a identificação do diagnóstico de enfermagem, a determinação de resultados esperados, o planejamento das intervenções e depois o agir. O modelo biomédico destaca a tarefa de fazer ações orientadas para a doença ou das situações dela decorrentes; pensa sobre a intervenção e como realizá-la, não presume um julgamento clínico de enfermagem para agir a partir do que se apresenta como fenômeno diagnóstico, até porque o fenômeno diagnóstico é o diagnóstico médico.

Com os resultados apresentados, foi identificado que durante a dinâmica implementada pelos estudantes, houve uma coleta de dados; entretanto, o foco da atenção voltou-se para a prática das técnicas de enfermagem, como banho, curativo dentre outras. Se durante a entrevista ou o exame físico verificava-se a presença de uma ferida, fazia-se o curativo; caso o cliente tivesse restrição ao leito, o banho era realizado no leito.

Assim, fundamentalmente, os estudantes foram conduzidos a uma situação de intervenção, no sentido mais restrito da palavra, mais técnica nas atividades de enfermagem. Agiram conforme o esperado, dentro de um contexto predeterminado. Ressalta-se aqui que a intervenção, se pensada como julgamento clínico a ser realizado para que se alcance os resultados esperados, como trata o conceito das classificações de enfermagem, o que os estudantes implementaram não foram intervenções, e sim ações ou atividades de enfermagem. E o que modelou as ações de enfermagem destes estudantes nos cenários práticos, não foi o diagnóstico nem os resultados de enfermagem, foi a intervenção por ela mesma; na verdade, foi o modo de fazer acontecer a intervenção direta ao cliente, isto é, o estudante pensava e planejava a ação sem considerar de forma detida um diagnóstico de enfermagem.

O modelo intervencionista dos cenários onde as práticas de ensino acontecem, tem grande influência no comportamento do estudante. A formação acadêmica das enfermeiras muitas vezes reforça uma assistência não planejada, sistematizada durante aulas práticas. Percebe-se uma preocupação maior de alguns docentes, e também dos estudantes, em desenvolver habilidades técnicas. Ao agir desta forma, deixam de evidenciar os diagnósticos

de enfermagem do cliente e de planejar os cuidados, ficando a assistência limitada a ações isoladas no decorrer de suas atividades (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Quando o ensino é realizado com ênfase nas técnicas de enfermagem, em que a habilidade manual, a capacidade de memorização, a postura e a mecânica corporal são imprescindíveis, além do capricho, organização e perfeição, o objeto da enfermagem deixa de ser o cuidado centrado no cliente, para centrar-se na tarefa a ser executada (LUCENA et al., 2006).

Historicamente, a formação acadêmica da enfermeira no Brasil sempre esteve direcionada aos aspectos técnicos necessários à profissão, baseada na transmissão de conteúdos ao estudante. Observa-se, ainda hoje, uma tendência ao ensino de aproximação com o modelo liberal tecnicista, apesar das discussões mostrarem que o ideal seria uma aproximação com a tendência libertadora e emancipatória (LAZZARI et al., 2011).

Neste estudo, foi percebido que houve uma busca, por parte dos professores, no sentido de utilizar tendências mais progressistas durante as atividades acadêmicas, ao discutirem com os estudantes sobre o que foi realizado com o cliente que eles estavam cuidando, quando foi valorizada a vivência prática solidificada com a teoria, oportunizando ao professor trabalhar junto ao estudante os estímulos da realidade apresentada no ambiente. Entretanto, houve predomínio dos elementos tecnicistas, voltados para a necessidade do ambiente hospitalar no cumprimento de tarefas e horários predeterminados no ensino executado.

Assim, o desafio pode não estar na estratégia, mas, na linha diretriz da formação para um julgamento clínico de enfermagem.

Percebe-se que o modelo assistencial de enfermagem baseado no diagnóstico, resultado e intervenção, recomendado atualmente, não é implementado nas atividades acadêmicas dos estudantes de graduação participantes deste estudo, durante a permanência dos mesmos nos cenários de práticas. O modelo assistencial predominante foi o assistencial hegemônico, o tecnicista. Esta observação não se encontra isolada no contexto do ensino de enfermagem no país, no entanto, é preciso pensar, dentro das instituições de ensino, maneiras e/ou estratégias que visem romper com o modelo assistencial hegemônico, uma vez que já se verifica a sua insuficiência em atender às necessidades do indivíduo, família e comunidade, e ainda porque reforça o modelo no mundo da prática profissional.

Verificar os traços do modelo como representação de uma realidade facilita a reflexão e a proposição de mudanças. Os estudantes vivenciaram uma experiência de aprendizagem que apresenta indicadores de valoração da dimensão técnica do exercício profissional; ainda

mais, um exercício que em boa medida ignora a relevância dos três elementos da prática de enfermagem, a saber: diagnósticos, resultados e intervenções.

Cabe destacar que o problema não é valorar a técnica, pois ela é expressão do saber da enfermagem, pois agrega conhecimento, dá identidade a enfermeira e viabiliza a autonomia. O problema é resumir, restringir a prática/atuação meramente a ela.

Espera-se também que estes achados despertem novos olhares para a formação e a prática profissional, que precisam ser repensadas para atender as formas de construir relações entre professores e estudantes, pautadas nas tendências pedagógicas mais progressistas efetivamente, com o intuito de incentivar um estudante mais autônomo e capaz de tomada de decisões.

## 5.2 A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM DURANTE A PRÁTICA DE ENSINO, NA PERSPECTIVA DO PADRÃO DE CONHECIMENTO PESSOAL

A enfermagem como disciplina tem como intuito contribuir com a produção de um corpo de conhecimentos que fundamente as ações de cuidado culturalmente congruentes, tecnicamente competentes, moralmente aceitáveis e que preservem a vida nas mais diversas situações (PIRES, 2009).

Esse corpo de conhecimento justifica a prática de enfermagem em padrões, formas e estruturas que possibilitam pensar o fenômeno da enfermagem. Ao determinar o tipo de conhecimento no campo da enfermagem, tem-se como objetivo desenvolver o conhecimento organizado, testado e aplicado (CARPER, 1978). Pensando isso, Carper articulou a organização do corpo de conhecimento em enfermagem em quatro padrões fundamentais de conhecimento, que distinguem a disciplina de enfermagem das demais disciplinas: empírico, estético, pessoal e ético. Esses quatro padrões constituem a essência do cuidado de enfermagem (IDVALL; ROOKE, 1998). Além disso, são aceitos amplamente por estudiosos de enfermagem como componentes essenciais da base do conhecimento integrado para a prática de enfermagem holística (FAWCETT et al., 2001).

Já que os padrões têm uma estreita relação com o cuidado de enfermagem, esta seção trata, em especial, do padrão de conhecimento pessoal, utilizado pelos estudantes de graduação em enfermagem como um dos suportes para implementar a prática do cuidado.

O conhecimento pessoal pode ser caracterizado como subjetivo, concreto e existencial. Ele promove a plenitude e a integralidade no encontro pessoal. As enfermeiras consideram-no um processo interpessoal, pois envolve interação, relação e transação entre enfermeira e

cliente. Preocupa-se com o saber encontrar e atualizar o concreto e o individual do *self*; uma luta simplesmente para conhecer a si mesmo. Este conhecimento está amparado na relação com o outro ser humano e que confronta o ser humano como pessoa (CARPER, 1978).

O padrão pessoal é o mais difícil de entender por conta de suas duas naturezas: a natureza do *self* – “a pessoa que você é”; e a natureza do conhecimento do *self* – para saber quem é você, o que precisa internalizar, refletir sobre as respostas que recebe de outros como uma pista para a auto-avaliação. Quanto mais entender do *self* (você), você pode mostrar suas ações harmônicas com o tipo de pessoa que você quer ser (CHINN; KRAMER, 2011).

Relacionam-se com esse conhecimento, o encontro e o entendimento do *self* individual, concreto, visto que é o conhecimento de si mesmo que permite estabelecer um relacionamento autêntico e de reciprocidade com o outro (CESTARI, 2003).

A princípio, pode-se pensar que a dimensão pessoal é solitária e individual, que envolve apenas as percepções únicas do indivíduo, mas isso é um erro. Para o desenvolvimento do conhecimento pessoal, é necessário um relacionamento, imprescindível para a enfermagem devido às relações interpessoais que são estabelecidas, inerentes à prática profissional (CHINN; KRAMER, 2011).

O processo de resposta e reflexão também está relacionado às expressões de conhecimento pessoal, uma vez que ambas são necessárias para que se saiba quem são e como estão os indivíduos envolvidos na relação. Além disso, proporciona a base para o crescimento contínuo e mútuo. As enfermeiras trazem para suas práticas o *self* que elas são. Ao utilizar esse modelo, reforçam o autêntico processo de reflexão e melhoram, cada vez mais, no que diz respeito à capacidade de usar o *self* terapêuticamente, uma vez que pensam sobre como cuidar de uma pessoa (CHINN; KRAMER, 2011).

Para que a enfermeira use o *self* terapêutico ao assistir os outros, e também para refletir sobre sua prática de cuidado, é necessário que duas perguntas críticas sejam realizadas: Eu sei o que eu faço? Eu faço o que eu sei? Essas perguntas avaliam a autenticidade do *self* e a extensão do uso terapêutico do *self* nas situações de cuidado, dando início ao processo do conhecimento pessoal (CHINN; KRAMER, 2011).

Diante do que foi exposto, o objetivo desta seção foi identificar e classificar os conhecimentos predominantemente pessoais que os estudantes de graduação utilizam para selecionar as intervenções de enfermagem.

Os dados produzidos foram analisados utilizando a modalidade temática da análise de conteúdo. Deste processo emergiram duas categorias temáticas: *eu faço o que eu sei?* e *eu sei*

o que eu faço,? as quais foram divididas em subcategorias intermediárias segundo a convergência de seus conteúdos, como demonstrado no Quadro 3.

**Quadro 3** – Classificação dos conhecimentos predominantemente pessoais utilizados pelos estudantes para selecionar as intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro, 2013.

<b>Padrão de Conhecimento</b>	<b>Categorias do Conhecimento</b>	<b>Subcategorias de Conhecimento</b>	<b>Expressões do Conhecimento</b>
<b>Pessoal</b>	<b>A – Eu faço o que eu sei?</b>	<b>A1 – O uso terapêutico do self</b>	<p><i>Eu tento sempre mostrar segurança, na maioria das vezes a gente está com o professor e nós somos acadêmicos e nem sempre temos a credibilidade do cliente, tento sempre mostrar que eu sei fazer aquilo, mesmo que eu esteja inseguro. Tento passar segurança e tento evitar fazer perguntas ao professor (A2).</i></p> <p><i>Dou a voz ao paciente.[...] Porque isso dá uma relação de confiança, quando ele confia em você ele se abre e diz coisas que são importantes, diz o que sente. Uma vez, uma paciente mulher falou comigo que se sentia constrangida em ser cuidada por um médico homem e não falou que estava com prurido vaginal. Às vezes, elas sentem a vontade de falar coisas que não falaria se não confiasse. Às vezes está sentindo uma coisa nova e não fala porque não quer dar trabalho. Eu acho que o ser humano tem muito disso, que tá lá totalmente dependente e não quer compartilhar e aquilo podia melhorar como ela está se sentindo (A6).</i></p> <p><i>Tem clientes que são terminais, debilitados e eles ficam mais tristes e até grosso, se fosse eu naquela situação eu poderia estar como ele. Eu me coloco no lugar dele e porque também o emocional pode influenciar na saúde dele, por mais que a doença possa ser muito séria ele pode ter uma sobrevida maior (A7).</i></p>
		<b>A2 – O planejamento adequado das ações de enfermagem e a forma adequada de implementá-las</b>	<p><i>Sempre me questiono pro conforto do paciente naquele momento, se ele não se sente confortável naquele momento eu não me sinto seguro pra fazer (A2).</i></p> <p><i>No centro cirúrgico, não dá pra fazer um cateterismo vesical da Potter, mas dá pra fazer um cateterismo vesical estéril. Tento me guiar por isso. Me adapto com certeza (A2).</i></p>

(continua)

(continuação)

Padrão de Conhecimento	Categorias do Conhecimento	Subcategorias Conhecimento	Expressões do Conhecimento
<b>Pessoal</b>	<b>B – Eu sei o que eu faço?</b>	<b>B1 – A auto-apreciação</b>	<p><i>Se eu não souber fazer, se eu nunca vi ou ouvi falar sobre aquele procedimento, eu não faria. Agora, se eu souber a técnica eu faço, mesmo nunca tendo feito ela. [...] Como a gente faz alguns procedimentos que a gente não fez anteriormente, eu sempre tento pegar um paciente que eu veja que tem a maior probabilidade daquilo dar certo. Se for uma punção venosa, eu tento pegar aquele que tenha uma boa vascularização (A2).</i></p> <p><i>Eu levo em consideração gostar ou não gostar de fazer uma coisa, a gente se forma generalista, quando sair a gente tem que saber de tudo e saber onde quer se especializar. Como eu posso dizer isso, eu preciso saber quais são as minhas limitações, porque todo mundo tem limitações, e tenho que trabalhar isso (A6).</i></p> <p><i>Ela [professora] disse que sempre que eu tenho que fazer uma técnica eu tenho que parar, pensar, esperar 5 minutos e ficar pensando o passo a passo e porque eu vou fazer esse passo a passo. Eu não posso pegar e fazer, entendeu? Eu fazia isso, se tivesse que fazer, pegava e fazia logo, mas agora eu paro e penso. Para não ficar nervosa, eu sempre procuro ficar passando na cabeça a técnica e o porquê. Porque as técnicas assépticas eu não posso contaminar. Eu tento fazer isso, quando eu tenho que fazer algo, eu paro e fico pensando (A7).</i></p>

(continua)

(continuação)

<b>Padrão de Conhecimento</b>	<b>Categorias do Conhecimento</b>	<b>Subcategorias Conhecimento</b>	<b>Expressões do Conhecimento</b>
<b>Pessoal</b>	<b>B – Eu sei o que eu faço?</b>	<b>B2 – O conhecimento construído a partir da prática</b>	<p><i>A gente aprende durante o curso de graduação, nas aulas teóricas e na prática, e mais na prática mesmo porque na prática a partir do PCI VI e VII a gente tem menos aula teórica antes de ir pra o cenário prático. Então, a gente vê e vai fazendo, aprendendo durante o estágio. Eu acho isso interessante porque uma coisa é você ver na foto, é muito mais impactante você ver ao vivo, isso melhora o aprendizado e o conhecimento (A6).</i></p> <p><i>A prática que você aprende nos períodos passados faz você evoluir, de PCI em PCI. As coisas erradas que a gente cometeu nos outros PCIs de organização mesmo, você já melhora isso. Com certeza. Já vi muitas coisas erradas e assim eu evito fazer coisas erradas. Na prática a gente aprende vendo o erro também (A9).</i></p>
		<b>B3 – A busca da aprendizagem no presente para atuação competente no futuro</b>	<p><i>No geral, na formação eu penso que eu tenho que saber fazer pra no futuro eu poder coordenar aquele que vão fazer. Então, eu penso nisso sempre pra ter sucesso nos procedimentos. Eu penso que o profissional que não sabe fazer não tem credibilidade da equipe, ele tem que ser detentor de todos os conhecimentos pra poder passar confiabilidade e credibilidade pro paciente e pra equipe dele. Eu enxergo o enfermeira como líder, não vejo um líder que não sabe fazer aquilo que ele manda fazer (A2).</i></p>

Fonte: Entrevista semiestruturada.

Os estudantes apontaram utilizar o uso terapêutico do *self* para selecionar as ações de enfermagem implementadas por eles durante as atividades práticas propostas. A dimensão do conhecimento pessoal proposto por Carper só acontece na convivência entre humanos; é estabelecida pelo encontro Eu-Tu que atualiza o *self* de forma instantânea e transcendente. Esta atualização acontece na totalidade e na integridade em cada encontro e imediatamente afirma-se o *self* da pessoa. A enfermeira, no uso terapêutico do *self*, rejeita o cliente como um objeto e se esforça em uma relação autêntica. Esse processo proporciona a atualização da relação entre as duas pessoas – a enfermeira e o cliente/família (CARPER, 1978).

Observou-se que os estudantes evidenciaram preocupação em manter uma relação interpessoal harmônica com a pessoa cuidada: dando voz ao cliente, explicando o cuidado que era implementado, imaginando-se vivenciar a situação experimentada pela pessoa cuidada, e também demonstrando segurança na execução das ações práticas realizadas.

O componente do conhecimento pessoal é essencial para compreender o significado da pessoa cuidada. É baseado no domínio da enfermeira de relacionar-se com os clientes e ser capaz de abordá-los como seres humanos (IDVALL; ROOKE, 1998).

O conhecimento pessoal é a base para a expressão do autêntico ou genuíno *self*, e é fundamental para a essência do que significa ser humano. É difícil explicar, só se sabe quando é experimentado. O *self* genuíno é transmitido mais explicitamente na prática de enfermagem quando a enfermeira se envolve no uso terapêutico do *self* (CHINN; KRAMER, 2011).

A Natureza do *self* trata a pessoa que você é; como você é conhecido pelos outros por causa do que você quer; as pessoas reconhecem você porque você tem “uma certa aparência”, seu rosto, suas características físicas são reconhecidas, seu nome, e à medida que vão lhe conhecendo, as pessoas reconhecem suas qualidades, que se expressarão através das suas ações e escolhas diárias. Outro aspecto é experimentar conhecê-lo como único em virtude de suas qualidades pessoais, que são transmitidas através de estar no mundo, no contexto da cultura (CHINN; KRAMER, 2011).

Desta forma, ao conhecer o *self*, é possível mostrar a pessoa que você é; em parte, isto acontece por causa do que os outros percebem de você. Você faz escolhas deliberadas sobre o tipo de pessoa que você realmente quer ser no mundo. É um processo contínuo que leva à mudança e ao crescimento em direção do todo: a autenticidade, a mente-corpo-espírito, a congruência e a autenticidade (CHINN; KRAMER, 2011).

Relaciona-se com o conhecimento pessoal, o encontro e o entendimento do *self* individual, concreto. É o conhecimento de si mesmo que permite estabelecer um relacionamento autêntico e de reciprocidade com o outro (CESTARI, 2003). A relação é de reciprocidade, o estado de ‘ser’ não pode ser descrito, só pode ser atualizado (CARPER, 1978).

O conhecimento pessoal pode ser descrito como recíproco entre enfermeira e cliente, e ganha um sentido benéfico com resposta para ajudar a outra pessoa (HUNTER, 2008). Isso também foi observado neste estudo, quando os estudantes apontaram que realizar o planejamento adequado das ações de enfermagem bem como a preocupação da execução desta ação de forma correta, faz parte deste relacionamento interpessoal. Observar os sentimentos apresentados pelo cliente fez com que o estudante se sentisse seguro em

implementar ou não as ações de enfermagem, assim, estabelecendo a reciprocidade com o outro.

Isto acontece porque ao conhecer o *self*, são moldadas as relações com o outro, e os relacionamentos quando cuida do outro. Assim, o conhecimento pessoal cultiva a totalidade da enfermeira e a totalidade do cliente (CHINN; KRAMER, 2011).

A relação pessoal autêntica requer a aceitação da liberdade do outro para criar-se e reconhecer que cada pessoa não é entidade fixa, mas constantemente engajada no processo de tornar-se, de transformar-se (CARPER, 1978).

Outra situação apresentada pelos participantes foi a relação com o ambiente, que influenciou na realização das ações de enfermagem. O ambiente que o estudante experimentou, diferente dos ambientes propostos nos livros que, na maioria das vezes, retrata a realidade norte-americana, fez com que eles apreciassem o conhecimento adquirido nesse meio e se adaptassem à realidade vivenciada nos cenários brasileiros estudados, por exemplo, a realização do cateterismo vesical citado no quadro 03.

Apreendeu-se também que os estudantes fizeram a apreciação do que eles conhecem. Esta apreciação contempla a reflexão. O padrão pessoal requer reflexão, oportunidade para engajamento e habilidade para analisar e sistematizar o conhecimento, como contribuição para o auto-entendimento do *self* em relação ao outro (VINSON, 2000).

As respostas e a reflexão em relação ao *self* determinam o que é estar no mundo com o outro. As respostas são tomadas, sentidas e interiorizadas. Quando são internalizadas, a reflexão acontece (CHINN; KRAMER, 2011).

O conhecimento pessoal envolve a experiência interior do autoconhecimento, essencial para o uso terapêutico do *self* na enfermagem. Deriva da reflexão sobre a experiência pessoal. Representa a reflexão do indivíduo sobre a integração e aplicação da ciência e do conhecimento estético para uma experiência pessoal (STAYT, 2012).

Quanto mais confortável a enfermeira é sobre o seu próprio conhecimento e habilidade, mais confortável será nos processos de avaliação das suas competências e da sua evolução. O conhecimento pessoal requer maturidade, confiança em si mesma, e emerge cada vez mais ao longo da vida (RUBARTH, 2005).

Neste estudo, durante as entrevistas, os estudantes disseram que sentir-se seguro em relação ao conhecimento de saber-fazer que eles têm, que se sabe durante ou após o processo de auto-apreciação do conhecimento, tem impacto na seleção e realização das ações de enfermagem. Através deste processo também foi possível constatar que houve o estabelecimento de estratégias para se ter sucesso no cumprimento da tarefa desempenhada,

como na situação da punção venosa destacada por um estudante cuja estratégia foi puncionar a veia de um cliente que tivesse uma boa vascularização, assim, a chance de ocorrer um fracasso seria menor.

Outro elemento importante é a necessidade que as enfermeiras têm de primeiro entender a si mesmas. Esse processo de autoconhecimento permite que ela entre na autêntica relação interpessoal com o cliente para promover o cuidado integral. Clientes são vistos holisticamente e de forma individual (HUNTER, 2008).

Além disso, o entendimento de si permite explorar as preferências, gostos, crenças, valores e limitações durante as ações de enfermagem, como foi bem colocado pelo estudante que, apesar de saber que tem uma formação acadêmica generalista, precisa estar atento às preferências pessoais, como por exemplo, qual tipo de clientela quer cuidar, pois isto terá impacto na escolha da especialidade profissional futura.

O conhecimento pessoal exige profunda reflexão interior que, às vezes, é solitária, pois do indivíduo, em outras palavras, envolve uma forma do *self* em relação com o *self*. No entanto, envolve também a abertura para experimentar o mundo e ter interações mútuas e significativas com os outros (CHINN; KAMMER, 2011).

Certamente, outro aspecto que deve ser mencionado diz respeito a reflexão e a apreciação dos processos cognitivos referentes às etapas da realização dos procedimentos que os estudantes utilizam, antes e durante a implementação destas. Estes processos serviram de estratégia para que desempenhassem as ações com êxito.

A reflexão proveniente do conhecimento pessoal pode corroborar para um aprendizado que enfatize a auto-avaliação, e pode ser reconhecida como um agente ativo do seu aprendizado. Como o aprendizado construtivista, o aprendizado reflexivo assume certamente o nível da metacognição que não pode estar presente entre os diversos grupos de aprendizado (STAYT, 2012).

A aprendizagem que se busca é a de conhecimentos que possam ser utilizados em diferentes contextos de vida. O engajamento em habilidades metacognitivas torna o indivíduo mais consciente de seus próprios processos de aprendizagem, tornando-o capaz de monitorar seu desempenho durante a realização de uma determinada tarefa, obtendo assim, o controle sobre a mesma (TOLEDO, 2003). Desta forma, o conhecimento pessoal durante a prática profissional de enfermagem fica fortalecido.

No padrão pessoal, é possível identificar também a reflexão como essencial para o aprender, e envolve não somente a experiência atual ou do processo da experiência, mas o reexame de longa data socialmente construída, incluindo conhecimento pessoal, moral e ético,

crenças e valores (STAYT, 2012).

Isto também foi constatado neste estudo, visto que os participantes identificaram que o conhecimento deles foi construído a partir da prática atual e também das vivências anteriores. Os estudantes destacaram que as situações experimentadas anteriormente por eles, durante a formação acadêmica, e as situações práticas no momento da coleta de dados, contribuíram para auxiliá-los a selecionar as ações de enfermagem. Disseram que aprenderam com as situações que deram certo, e com as erradas também.

A aprendizagem é a modificação do comportamento como resultado da transformação da experiência, valorizando a interação da vivência (experiências, sensações e repertório) e o meio ambiente (conceitos, experiências dos outros). Há uma aquisição da sensação ou experiência. As informações são adaptadas conforme as necessidades para, finalmente, ocorrer a formulação ou a reformulação da experiência. Cada pessoa, por meio da interpretação da sua experiência, estrutura seu processo de construção do conhecimento (IGARI, 2008).

Os modelos de aprendizado experiencial baseiam-se no aprendizado; é, por natureza, um processo de tensão e conflito, que ocorre através da interação entre o indivíduo e o ambiente, envolvendo experiências concretas, observação e reflexão, que geram uma permanente revisão dos conceitos aprendidos.

Emergiu também, nos discursos dos estudantes, uma preocupação relacionada com a construção do conhecimento experimentado no momento atual, somado aos anteriores, como ferramenta de auxílio na busca de um futuro profissional bem sucedido.

Sendo assim, infere-se que a dimensão do conhecimento pessoal é validada através da experiência, que é registrada no papel da enfermeira (SCHIMIDT; NELSON; GODFREY, 2003) e pode ser desenvolvida através da reflexão sobre a experiência prática.

Certamente que uma consideração final deva ser feita acerca da limitação imposta pelo modelo biomédico e tecnicista no que concerne as possibilidades de exploração mais ampla do conhecimento pessoal de enfermagem. Modelos alternativos mais holísticos e subjetivistas provavelmente contribuam com o desenvolvimento de um conhecimento pessoal mais refinado, em especial, quando reconhecemos que o modelo biomédico prima pelo objetivismo, podendo assim deixar escapar elementos relevantes do *self*. Essa consideração possui impactos na definição da relação entre aprender a conhecer e aprender a fazer.

### 5.3 A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM DURANTE A PRÁTICA DE ENSINO NA PERSPECTIVA DO PADRÃO DE CONHECIMENTO ESTÉTICO

Na disciplina da enfermagem, a compreensão da estética foi alvo de discussão de Carper (1978) quando classificou o conhecimento de enfermagem em quatro padrões fundamentais – estético, empírico, ético e pessoal. Estes padrões, além de fornecerem organização do conhecimento para a prática profissional, proporcionam estrutura para as investigações de enfermagem. Esta seção evidencia a investigação do padrão estético como subsídio para as intervenções de enfermagem.

Segundo Carper (1978), o padrão estético diz respeito à arte da enfermagem e se expressa mediante ações, comportamentos, atitudes, condutas e interações com as pessoas. Seu delineamento consiste na percepção do equilíbrio, ritmo, proporção e união do que é feito em relação às particularidades abstratas.

A arte da enfermagem é expressiva, subjetiva e se torna visível na ação de cuidar. Em uma visão ampliada do que seja arte, coloca-se em questão as experiências da enfermagem, que podem ser denominadas estéticas, e isto inclui o processo criativo de descoberta no padrão empírico. A forma como o conhecimento, o julgamento e a habilidade são utilizadas na área clínica é o fenômeno que, geralmente, é denominado de arte da enfermagem (CESTARI, 2003, WAIDMAN, 2009).

A arte da enfermagem pode ser um conceito difícil de entender. Ela é expressa como o saber da enfermagem. Brevemente, a arte não reflete simplesmente como “o que” e “como” a enfermeira sabe (epistemologia); também se refere a como é “ser e fazer” enfermagem (ontologia). A essência da natureza significa que a arte requer envolvimento da mente-corpo-espírito na experiência criativa que é transformadora. O corpo move-se através da situação de enfermagem, a mente entende o significado e o sente. Isto tudo acontece ao mesmo tempo e, artisticamente, atua para transformar a experiência (CHINN; KRAMER, 2011).

A natureza do conhecimento estético busca fazer com que a enfermeira aja de uma maneira que mude a situação para alcançar um resultado desejado. Espera-se que a ela faça o ato do cuidado de uma forma equilibrada e que ele seja belo, ao invés de desajeitado ou incerto. Essa natureza, aliada a este fazer, traduz-se como uma arte/ação transformadora, que é única e nunca poderá ser exatamente duplicada, e só é entendida e administrada naquele momento. Também, embora a enfermeira saiba que agiu “artisticamente”, ela não consegue explicar completamente o que fez (CHINN; KRAMER, 2011).

O conhecimento estético relaciona-se com o saber, que permite trabalhar com

fenômenos não quantificáveis e com o não explicado por leis e teorias. A intuição, a interpretação, a compreensão e o valor, são componentes centrais da estética (CESTARI, 2003). É uma forma subjetiva do conhecimento. Neste conhecimento, a enfermeira ‘conhece’ e atribui significado no que vê. Ganha experiência percebendo e identificando as situações de cuidado mais do que na investigação sistemática (RUBARTH, 2005, HUNTER, 2008).

O padrão estético envolve a criatividade, e é específico e único para a enfermeira. É um padrão que incorpora a capacidade de participar de outro sentimento, a empatia, e é o saber de algo único (IDVAL; ROOKE, 1998, HUNTER, 2008).

A estética no cuidado deve ser entendida como aquela ação que permite a expressão, o desejo de quem é cuidado, favorecendo o respeito mútuo, a igualdade, a liberdade, a emancipação, o prazer, o bem-estar e a felicidade. Ainda, refere-se à maneira como o cuidado se mostra à percepção e à experiência do outro (MADUREIRA, 2004).

Na enfermagem, o conhecimento estético requer os seguintes conhecimentos: experiência de enfermagem (forma de arte) – a técnica em si; experiência da saúde-doença – como ela transforma – (o que é a ação/arte transformadora da enfermagem). A forma da arte pode ser criada na enfermagem para indicar o significado e a significância das experiências de enfermagem e saúde. Na ação/arte transformadora são integradas as expressões do conhecimento estético na prática, ao serem caracterizadas por arranjos simultâneos e narrativas que transformam a experiência de saúde-doença a partir do que está em um domínio que não seria possível. Para alcançar estes conhecimentos, é preciso fazer duas perguntas críticas: Como é o significado? Qual é o significado? (CHINN; KRAMER, 2011).

As perguntas críticas manifestam-se de modo inconsciente quando a enfermeira se empenha na ação/arte transformadora, e assim, constroem conhecimento. Identifica-se que há elementos que envolvem a forma da arte, da técnica relativa à experiência de enfermagem, e também referente à arte transformadora.

Discutir como o conhecimento estético pode ser incentivado na ciência da enfermagem requer uma aprovação da pragmática da estética; há um reconhecimento de que a estética não existe fora da vida permitindo, assim, a integração da estética no cotidiano. Sendo assim, é essencial permitir a exploração das várias utilidades da estética no saber em enfermagem (ARCHIBALD, 2012).

Percebendo isso, esta seção teve como objetivo identificar e classificar os conhecimentos que se expressam como predominantemente estético e os que os estudantes de graduação utilizam para selecionar as intervenções de enfermagem.

O Quadro 4 sistematiza a análise dos dados. Esta sistematização compõe-se de duas

categorias teóricas: *Qual é o significado? Como é o significado*, e de três subcategorias: *o planejamento da execução da intervenção de enfermagem; a execução da intervenção de enfermagem; as intervenções de enfermagem que emergem da situação particular*.

**Quadro 4** – Classificação dos conhecimentos predominantemente estéticos utilizados pelos estudantes para selecionar as intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro, 2013.

<b>Padrão de Conhecimento</b>	<b>Categorias do Conhecimento</b>	<b>Subcategorias Conhecimento</b>	<b>Expressões do Conhecimento</b>
<b>Estético</b>	<b>A – Qual é o significado?</b>	<b>A1 – O planejamento da execução da intervenção de enfermagem</b>	<p><i>É importante usar a técnica certa, o material certo pra não errar. Então, quando tenho que fazer algum procedimento eu planejo antes, vejo o que será feito e o que eu tenho que levar ate o leito do paciente. Por exemplo, se eu tiver que puncionar escolho a melhor veia que tiver, para não errar e só depois eu escolho o material para fazer (A1).</i></p> <p><i>Aquela história que dizem pra fazer medicação tem que arrumar a bandeja contendo. Sempre me pergunto: pra fazer o cateterismo o que tem que ter? Medicação e o exame físico e de todo cuidado que tem que fazer? Tenho preocupação com a privacidade do paciente, colocar biombo (A5).</i></p>
		<b>A2 – A execução da intervenção de enfermagem</b>	<p><i>Eu procuro sempre pensar na aula e saber qual princípio básico daquele procedimento, por exemplo, cateterismo vesical, o que rege esse procedimento é a esterilidade desse processo, então, com todas as variações da prática, eu tento sempre seguir a esterilidade do processo (A2).</i></p> <p><i>No caso do curativo, a intenção é a coisa estéril, já que eu estou tentando evitar a infecção, não vou levar a contaminação. Tenho que fazer como os livros recomendam (A6).</i></p> <p><i>Tem coisas que tem uma padronização, por exemplo, se tiver um scalp tem que trocar até 24h, é a regra. A gente tem que seguir o que está descrito nos livros, da forma que está descrito nos livros, mesmo que não tenha sinal de infecção. Eu retiro o esparadrapo e o dispositivo (A8).</i></p> <p><i>Normalmente a gente segue o protocolo da instituição, vou usar o quê? Que tipo de solução? Sempre tem protocolo, vai usar clorexidine alcoólica ou álcool a 70%. Aqui o preconizado é a clorexidine (A10).</i></p>

(continua)

(continuação)

<b>Padrão de Conhecimento</b>	<b>Categorias do Conhecimento</b>	<b>Subcategorias Conhecimento</b>	<b>Expressões do Conhecimento</b>
<b>Estético</b>	<b>B – Como é o significado?</b>	<b>As intervenções de enfermagem que emergem da situação particular</b>	<p><i>Teve paciente em especial que eu pensei em algo que eu ia ou não fazer. [...] ele não sabia que ele tinha câncer de pâncreas, ele entrou aqui para retirar a vesícula, na hora que ele foi fazer a cirurgia para colocar uma prótese para desobstruir o colédoco, não conseguiram fazer porque o tumor já tinha tomado conta do pâncreas, então, não foi feito nada. [...] Não contaram para ele que era câncer de pâncreas. Eles [médicos] iam esperar ele ganhar um peso maior e contar para ele e fazer outra cirurgia. O meu impasse e cuidado era sempre perguntar se o paciente tinha alguma notícia nova, se os médicos passaram a e contaram mais alguma coisa. Eu não podia contar, ele sabia que tinha uma massa no pâncreas, mas ninguém contou para ele que era um carcinoma. Eu até concordo que pelo paciente, se contasse, ele ia desistir de viver, mas eu acho que não podia esconder por um tempo tão grande. [...] O paciente já vai sair da NPT e colocar uma sonda nasogástrica, de repente agora seria o momento de contar. Então, esse é o maior cuidado que eu tinha, cuidava dele em outros aspectos, tipo banho, curativo, conversar e escutar ele, mas não contar nada da doença, não deixar escapar e ter preocupação de como ele receberia esta notícia da doença era o maior cuidado (A10).</i></p> <p><i>Tem clientes que são terminais, debilitados e eles ficam mais tristes e até grossos, se fosse eu naquela situação eu poderia estar como ele. Eu me coloco no lugar dele e porque também o emocional pode influenciar na saúde dele, por mais que a doença possa ser muito séria, ele pode ter uma sobrevida maior (A7).</i></p>

Fonte: Entrevista semiestruturada.

O conhecimento estético tem a seguinte premissa: as situações e as pessoas enquanto forma, são gerais e previsíveis; entretanto, permanecerão únicas e diferentes. Além desta premissa, envolve também a percepção das características abstratas, indicadas como

distinguíveis do reconhecimento das abstratas universais. Assim, torna-se um conhecimento particular, único no lugar de um conhecimento exemplar diverso. Concentra-se em saber como se entende o agir em relação às diferenças individuais com a finalidade de criar um resultado positivo (CHINN; KRAMER, 2011, CARPER, 1978).

A expressão estética do agir para um resultado, requer abstração que permanece única e específica; leva ao reconhecimento do conhecimento genuíno, e faz-se visível através da ação que fornece a possibilidade de o cliente restaurar ou aumentar sua capacidade de lidar com as situações (CARPER, 1978).

Na prática, o conhecimento estético é expresso em arte/ação transformadora em que a enfermeira se posiciona, a partir da experiência de um novo campo que não seria possível anteriormente. Este saber identifica um objeto ou experiência como artisticamente válidos, isto é, coerentes em forma e substância, que transmite o significado do todo e evoca uma resposta (CHINN; KRAMER, 2011).

Evidenciou-se, no contexto estudado, que este padrão esteve presente como um selecionador de ações de enfermagem implementadas pelos estudantes nas atividades práticas, como demonstrado nos discursos apresentados no quadro 04.

A primeira categoria, que teve estreita relação com o significado da forma da arte de enfermagem, abrangeu o planejamento e a execução da intervenção de enfermagem. Cabe ressaltar que, neste estudo, as intervenções foram entendidas pelos participantes como as ações realizadas por eles durante as práticas de ensino.

O planejamento da intervenção envolveu a seleção e o preparo do material relacionado à intervenção a ser implementada, como por exemplo, a preparação da bandeja contendo os itens necessários para realizar a técnica. Envolveu também a avaliação dirigida ao cliente cuidado para a execução da intervenção, como a avaliação da rede venosa antes de selecionar o material e puncionar a veia.

O significado da forma da arte de enfermagem requer perícia nos aspectos técnicos e mecânicos do trabalho com os elementos a partir dos quais o produto é formado. Também exige uma capacidade de imaginar o todo, antes que se expresse de forma criativa e integre elementos de forma em um todo (CHINN; KRAMMER, 2011).

Constatou-se através da análise de conteúdo das entrevistas que a execução da intervenção escolhida apresentou conexão com o conhecimento teórico do procedimento, em relação à realização propriamente dita; como exemplo: preservar a esterilidade do processo de sondagem vesical. Outro elemento mostrado foi a padronização institucional dos

procedimentos técnicos como guia do fazer, como citado no discurso destacado no quadro 04 em relação ao uso de antissépticos.

Estes elementos apresentados ligam-se à arte de enfermagem, uma vez que a arte é o processo de criação de um objeto ou de uma experiência estética, bem como o produto que é criado. O processo de criação e o que é produzido devem apresentar características artisticamente válidas para serem corretamente chamados de arte e devem estar presentes em todas as atividades humanas que envolvem elementos formando um todo (CHINN; KRAMMER, 2011).

A estética da arte não é igual ao que é comumente visto como bonito, pois esta visão pode variar de acordo com a cultura e o contexto. Indivíduos com suas percepções únicas e gostos, respondem de forma diferente a um objeto ou experiência de arte; a estética assume uma forma e traz uma resposta a uma expressão desta percepção (HUNTER, 2008; CHINN; KRAMER, 2011).

A expressão da percepção que se traduz na ação tomada, para ter a qualidade estética, requer a ação transformadora do objeto – o comportamento do cliente – em direção ao significado da experiência (CARPER, 1978). Este significado torna-se visível somente através das ações que promovem conforto e fornecem cuidado para o cliente, contribuindo para a transformação da expressão do seu comportamento em relação à saúde-doença, e resultando no final esperado (VINSON, 2000).

A compreensão dos significados da experiência chama os recursos criativos das enfermeiras, que transformam as experiências humanas em reais e concebíveis. A dimensão estética entende as experiências humanas como comuns, mas ao mesmo tempo única, expresso por meios de arte/ação transformadora (CHINN; KRAMER, 2011).

A arte transformadora também esteve presente entre os estudantes como elemento selecionador de intervenção de enfermagem, expresso na segunda categoria. Evidenciou-se nos discursos a preocupação em colocar-se no lugar da pessoa cuidada, e também a percepção em atender a necessidade que julgava ser prioritária no momento do cuidado

O conhecimento estético confere à enfermeira a capacidade de abstração, no sentido de colocar-se no lugar do outro, percebendo o que é significativo no comportamento do cliente transpondo, assim, a dicotômica relação sujeito-objeto (NASCIMENTO, 1997). Mostra à percepção da enfermeira o que é significante no comportamento individual do cliente. O padrão é focado mais no particular do que no universal (FAWCETT, 2001).

Para atender a essas particularidades, este padrão confia na interpretação subjetiva e pode, também, gerar-se através do diálogo entre enfermeira e cliente. As enfermeiras buscam

alguma congruência na sua compreensão do significado absoluto por trás de uma resposta ou comportamento particular (HUNTER, 2008). Isso requer habilidade de comunicação interpessoal efetiva, que leva ao estabelecimento de metas mútuas entre enfermeira e cliente (VINSON, 2000).

A estética permite-nos vivenciar o objetivo e o subjetivo, conhecer suas diferenças, e se faz necessária à criatividade, à sensibilidade, à intuição, aos conhecimentos, entre outros itens indispensáveis para a reflexão da prática profissional (HAMMERSCHMIDT et al., 2006). As ações artísticas traduzem a verdadeira beleza da prática de enfermagem e, através do conhecimento estético, luta-se para entender o profundo significado por trás do comportamento do cliente (HUNTER, 2008).

Diante do que foi apontado, o conhecimento estético destacado pelos participantes requereu conhecimento da experiência para a qual a forma de arte foi dirigida, bem como o conhecimento da forma de arte em si.

#### 5.4 A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM DURANTE A PRÁTICA DE ENSINO NA PERSPECTIVA DO PADRÃO DE CONHECIMENTO ÉTICO

Cada vez mais, escolhas pessoais devem ser feitas dentro do contexto do cuidado em saúde. Os avanços tecnológicos atuais, e também as condições concretas dos serviços de saúde, fazem com que as enfermeiras vejam-se confrontadas com escolhas que têm um caráter profundamente ético, e que não podem ser tomadas somente recorrendo às determinações do Código de Ética de Enfermagem. Os princípios tradicionais e os códigos de ética oferecem auxílio quando surgem dilemas morais em situações de ambiguidade e de incerteza, principalmente quando as consequências das ações próprias são difíceis de prever (CARPER, 1978, CHINN; KRAMER, 2011).

Carper acredita que a prática de enfermagem é deliberada e, como tal, é necessário que as enfermeiras ajam dentro de um código moral, baseado no serviço às pessoas e no respeito pela vida humana (HUNTER, 2008). Esse respeito também envolve o conceito de qualidade, que tem sido discutido sob diversas perspectivas, desde Florence Nightingale. Atualmente, o cuidado de enfermagem significa considerar os direitos de todos os clientes e a responsabilidade de todas as enfermeiras na prática clínica (IDVALL; ROOKE, 1998).

Esse cuidado em enfermagem, carregado de valor profissional e pessoal, é de extrema importância na criação de padrões normativos que regulamentarão as ações e atitudes

profissionais em relação a quem é cuidado. Pensando nisso, Carper (1978) destacou entre os quatro padrões de conhecimento em enfermagem, o padrão ético.

Originalmente, o conceito do padrão ético incluiu dimensões da interseção entre a moral e a ética, com direitos legalmente prescritos, o que requer um entendimento de diferentes posições filosóficas considerando o que é bom, o que é desejável e o que é correto; das diferentes situações éticas concebidas para lidar com as complexidades dos julgamentos morais compreendidos no indivíduo; e das várias orientações para concepção de noções das obrigações existentes (CARPER, 1978).

Desta forma, o conhecimento ético envolve mais do que conhecer o Código de Ética profissional. Na sua prática cotidiana, as profissionais de enfermagem precisam estabelecer objetivos e realizar intervenções que sejam adequadas aos clientes, o que implica em realizar uma escolha, decidir o que é apropriado à situação, o que é bom (CESTARI, 2003).

Esta dimensão de conhecimento representa o que o indivíduo valoriza muito, devido à sua crença do que é bom ou direito. Isso implica ter que tomar decisões difíceis para as quais não há respostas prescritivas. Representa, também, as responsabilidades globais profissionais e os requisitos comportamentais de ser enfermeira. Estes elementos são independentes de qualquer habilidade específica clínica, e permeia toda a prática de enfermagem (STAYT, 2012).

De acordo com Hammerschmidt et al. (2006), a ação da enfermeira na prática profissional, deve ser embasada na ética, ou seja, deve caracterizar o agir ético, incluindo o conhecimento teórico (referente aos seres que apenas podemos contemplar ou observar, sem agir sobre eles ou neles interferir); prático (referente às ações humanas: ética, política e economia); e técnico (referente ao trabalho humano, que pode interferir no curso da natureza, por exemplo, a medicina). O agir ético exige dos profissionais da enfermagem o desenvolvimento cotidiano de reflexões para a tomada de decisões relacionadas às ações técnicas, em consonância com os preceitos éticos; além destas atividades estarem envolvidas em ações respaldadas pela ética, também incluem autonomia e respeito ao indivíduo.

Desta forma, estabelecer critérios de avaliação para este padrão de conhecimento é especialmente difícil e, ao mesmo tempo, particularmente importante. O que se pede aos profissionais é que seus atos sejam considerados éticos, que as normas que orientam o seu fazer sejam explicitadas, e que constantemente façam avaliações das consequências de seus atos. Ao realizar isto, a enfermeira preocupa-se com as questões ético-morais que envolvem a profissão (WAIDMAN, 2009).

Estes elementos, a ética e a moral, podem ser a base ou o modelo para julgar e avaliar os padrões e os comportamentos morais. A ética estrutura o conhecimento, e é o ramo da investigação que tenta fazer sentido entre o que é certo e errado. Tem como produto: princípios éticos, teorias, regras, códigos, leis; a lista de obrigações e deveres; e descrições na moral e comportamento ético (CHINN; KRAMER, 2011).

Já a moral é determinada por experiências situacionais e profundas. Embora as pessoas possam recorrer aos códigos de ética ou princípios para justificar suas ações, a moralidade é mostrada em nível menos deliberativo e consciente. Tem relação com as expressões de crenças sobre o que é certo, o bom, decente, são influenciadas (filtrados) por família, amigos, religião, sexo e estágio de desenvolvimento. Pode ainda variar, pois o que é importante em uma sociedade pode não ser para outra (CHINN; KRAMER, 2011).

O conhecimento ético envolve ainda questionamentos referentes às razões que justificam as escolhas realizadas pelas enfermeiras. As enfermeiras estabelecem objetivos e realizam intervenções que implicam numa escolha entre diferentes possibilidades, envolvendo uma dimensão ética (CESTARI, 2005). Este conhecimento não descreve ou prescreve a decisão usual a ser tomada no dia a dia, mas provê *insights* sobre as possíveis escolhas a serem feitas e o seu porquê. É fundamental que seja usado e criado no cotidiano e no trabalho da enfermagem (CHINN; KRAMER, 2011).

Sabe-se que o desenvolvimento do padrão ético é gerado a partir de duas questões críticas, a saber: Isso é certo? Isso é responsável? Esses questionamentos são realizados mesmo que não se perceba, uma vez que os egos éticos/morais são desafiados diariamente. Sem tais questionamentos, a enfermeira não seria capaz de exercer sua atividade cotidiana, porque ela traz para o seu trabalho um conjunto de bases de valores que orientam suas decisões éticas e de comportamento moral (CHINN; KRAMER, 2011).

As perguntas motivam o processo de clarificar valores e explorar alternativas. Com essas perguntas respondidas, o conhecimento ético passa a ser compartilhado e utilizado na prática como princípios éticos e códigos. Isto resulta no aumento da consciência reflexiva ou consciência por parte das enfermeiras, e assim a enfermagem é praticada. O movimento para a ação prática baseia-se em uma consciência aberta e em escolha para o cliente e para a enfermeira: em outras palavras, um movimento em direção à saúde. Este movimento implica em uma mudança para reduzir o sofrimento moral que as enfermeiras enfrentam os dilemas éticos e morais (CHINN; KRAMER, 2011).

Compreendendo isso, esta seção teve como objetivo identificar e classificar os conhecimentos predominantemente éticos que os estudantes de graduação utilizam para

selecionar as intervenções de enfermagem. Os dados coletados, após analisados, foram organizados em duas categorias teóricas: *isso é certo?* e *isso é responsável?* e nas seguintes três subcategorias empíricas: *o código de ética prescrevendo as intervenções de enfermagem;* *a ética/legal descrevendo as intervenções de enfermagem;* *a moralidade que permeia as intervenções de enfermagem* (Quadro 5).

**Quadro 5** - Classificação dos conhecimentos predominantemente éticos utilizados pelos estudantes para selecionar as intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro, 2013.

<b>Padrão de Conhecimento</b>	<b>Categorias do Conhecimento</b>	<b>Subcategorias Conhecimento</b>	<b>Expressões do Conhecimento</b>
<b>Ético</b>	<b>A1 – Isso é certo?</b>	<b>A1 – O Código de Ética prescrevendo as intervenções de enfermagem</b>	<p><i>Não faço o que não é certo, caso não saiba chamo o professor, não quero colocar a vida de ninguém em risco. Aqui é um lugar pra aprender, não posso fazer o que não sei, está no código de ética. Levo em consideração o código de ética. O código legaliza o nosso trabalho, fala muitas coisas, o que você deve ou não fazer, diz dos direitos e deveres e proibições (A1).</i></p> <p><i>Eu ainda me preocupo com as implicações legais, tudo aquilo que está escrito no código de ética. A gente tem que respaldo. Mas você não pode sair fazendo as coisas só porque lá você está respaldado [...] Eu guio minhas ações pelo código de ética, me preocupo em fazer o que eu tenho que fazer (A5).</i></p>
		<b>A2 – A ética/legal descrevendo as intervenções de enfermagem</b>	<p><i>[...] tudo que a gente faz a gente tem que anotar no prontuário, na verdade se você de alguma forma deixar de fazer alguma coisa que seja essencial pro paciente, o que vai acontecer? Você pode ser punido por isso, responder por isso. E o maior prejudicado vai ser o paciente que está ali precisando do seu cuidado. Acho que é fundamental você pensar nisso (A3).</i></p> <p><i>[...] proporcionar um maior conforto pro paciente, atendendo as necessidades dele, fazendo o que sua profissão permite, não fugir dos atos que cabe a sua profissão, não invadir a do outro (A4).</i></p> <p><i>[...] eu tento não prejudicar o paciente. Tentar fazer o que lhe cabe, mas, por exemplo, se eu deixar de fazer alguma coisa que mesmo não sendo legal esse paciente vai falecer por conta de uma coisa que poderia ser feita e depois avisado pra alguém prescrever uma coisa assim, acho que não tem muito problema (A4).</i></p>

(continua)

(continuação)

<b>Padrão de Conhecimento</b>	<b>Categorias do Conhecimento</b>	<b>Subcategorias Conhecimento</b>	<b>Expressões do Conhecimento</b>
<b>Ético</b>	<b>B–Isso é responsável?</b>	<b>A moralidade que permeia as intervenções de enfermagem</b>	<p><i>O trabalho da enfermeira é observar, a gente tem que observar tudo o que está certo o que está errado e de alguma forma manter o bem estar e a melhor condição clínica do cliente. Tenho que fazer o que é certo. Penso isso quando cuido no meu dia-a-dia. [...]por exemplo, se eu vejo que o paciente quer falar alguma coisa e não tem coragem porque tem vergonha, dificuldade ou algum impedimento eu tenho que fazer alguma coisa que deixe ele confiante pra falar. Isso é o que tem que ser feito (A5).</i></p> <p><i>Tento pensar no ser humano, porque isso também é ético, quando vou fazer qualquer coisa com um ser humano tenho que pensar que se trata de um ser humano, tem que pensar, respeitar os processos da legislação, o que cabe fazer, o que não cabe fazer e se eu fizer que de dano ou agravo pode gerar. Eu tenho que ajudar e não piorar a situação. Tem uma questão ética que eu tenho que respeitar aquele ser humano como ser humano e ela pode decidir o que ela quer se ela quer receber o tratamento ou não, se ela quer ou não ser atendida por mim e tratar com educação e independente de ser enfermeira ou não temos que tratar todo mundo com educação, faz parte (A6).</i></p>

Fonte: Entrevista semiestruturada.

Claramente, a enfermagem é uma profissão que requer o conhecimento ético para guiar a prática. O padrão inclui as dimensões da moralidade e a interseção com os direitos legais prescritos. As enfermeiras trazem para sua prática os aspectos do seu próprio desenvolvimento moral e entendimentos, bem como o conhecimento da prática ética e moral obtido através da educação acadêmica. O conhecimento ético foca no componente ético ou moral da prática de enfermagem (CHINN; KRAMER, 2011).

O conhecimento ético pode ser um conjunto de normas, regras, declarações de direitos, deveres ou obrigações, teorias ou leis. Escolhe-se os princípios e os códigos como formas genéricas do conhecimento ético porque eles são formas atingíveis e comuns no conhecimento ético na enfermagem. Este conhecimento julgará com base na medida em que o

Código de Ética e seus princípios contribuirão para a capacidade de pensar, refletir e agir coletivamente, de tal forma que o que pensamos é conhecer totalmente coerente com o que fazemos (CHINN; KRAMER, 2011).

A ética pode ser dividida em descritiva e prescritiva. No primeiro caso, trata-se do esforço empírico que sistematiza o que as pessoas acreditam eticamente, e como se comportam frente às coisas em que acreditam: É errado? Você já fez isso? No segundo caso, o foco são os deveres de comportamentos. Com o uso dos processos cognitivos de raciocínio, que incorporam fontes emocionais e não emocionais do comportamento, prescrições de comportamento ético são colocadas em linguagem e estabelecidas como teorias, códigos, deveres, princípios, e assim por diante (CHINN; KRAMER, 2011).

Representa o papel da enfermagem de forma ética como maneira de entender os julgamentos morais, bem como as obrigações; inclui o que é bom, o que é desejado. O código, para as enfermeiras, com as declarações interpretativas, é a base fundamental para identificar critérios para esta dimensão da prática clínica. As atividades selecionadas para esta dimensão incluem completa educação permanente legal/ética em vários graus, a participação de organizações profissionais, certificações, resolvendo problemas éticos e serviço comunitário (SCHIMIDT; NELSON; GODFREY, 2003).

Neste estudo, percebeu-se que o Código de Ética prescreveu as intervenções de enfermagem, pois os participantes demonstraram que as implicações legais e o Código de Ética são elementos importantes, que guiam a realização das ações da prática de enfermagem. A ética, nesta prática, envolve tomar a decisão certa no momento certo, focando no que deve ser feito na situação, oferecendo alternativas e sendo responsável para a segurança e o bem estar do cliente (RUBARTH, 2005).

Além disso, a ética/legal também descreveu que as intervenções de enfermagem foram realizadas com o intuito de atender as especificidades, as necessidades e o conforto do cliente, com atenção em não realizar ações que não estavam dentro do que compete a profissão.

Fazer o correto pode não ser necessariamente visto como justo em algum contexto, e inclui diálogo e reflexão, congruentes com os valores individuais (HUNTER, 2008). Por isso, envolve o cuidado baseado na percepção do que a família ou cliente querem, e muitas vezes os seus valores percebidos (RUBARTH, 2005). Para alcançar isto, o código moral guia a conduta ética das enfermeiras com base nos princípios da obrigação imbuída nos conceitos de servir às pessoas e no respeito à vida do ser humano (CARPER, 1978).

O comportamento moral da enfermeira abrange as ações de enfermagem deliberativas, no serviço junto ao cliente que está sujeito às escolhas morais e éticas. As competências

necessárias para a ética da enfermagem requerem habilidades para aplicar julgamentos de valores do que é correto e errado na relação complexa da necessidade humana, e também, uma consciência das diferentes posições filosóficas com considerações para o certo, o errado, o bom e o justo; conhecimento das culturas humanas, e de como cada cultura é afetada nas decisões do cuidado em saúde; conhecimento do gênero, dos padrões raciais que afetam a saúde e o bem estar; e entendimento do desenvolvimento moral (VINSON, 2000).

O comportamento moral dos participantes também foi identificado neste estudo nos discursos que trataram da importância de perceber que as dificuldades, os valores e as crenças podem influenciar no comportamento deste cliente, e a enfermeira precisa perceber isso e intervir, pois se trata de algo correto a fazer. Outra situação a considerar é o respeito que se deve ter ao ser humano, cuidado em relação às escolhas referentes ao tratamento que ele quer e pretende receber. Recomendável ao profissional de enfermagem é oferecer alternativas a este cliente e respeitar e negociar as suas escolhas, mesmo quando as mesmas divergem da lógica do modelo de assistência.

A moralidade é expressa no comportamento baseado em valores. Se a ética é o trabalho da “cabeça” (mental), deve-se pensar que a moralidade como um trabalho do “coração”, é expresso no fazer. Moralidade refere-se, no nosso dia a dia, ao que acreditamos ser bom, crenças que estão firmemente incorporadas em nosso caráter. Quando as pessoas se comportam de forma consistente com seus valores, a integridade moral é mostrada. Quando o comportamento moral é bloqueado por fatores situacionais, da forma que interessa às pessoas, resulta em comprometimento moral. Saber como agir eticamente, muitas vezes não está claro. O comportamento moral é fluido e ocorre a depender do entendimento situacional e da circunstância (CHINN; KRAMER, 2011).

Contudo, o conhecimento ético não pode ser reduzido somente aos princípios e códigos. É importante atentar para como as enfermeiras fazem e decidem no contexto complexo da prática, pois contribui significativamente para os processos e para o desenvolvimento do conhecimento ético (CHINN; KRAMER, 2011).

Quando se considera a questão da ética e da moral no momento da prática, age-se em relação ao conhecimento que se tem sobre o que é ético com a consideração dos outros padrões de conhecimento. Também leva à reflexão acerca dos princípios, códigos e outras formas de conhecimento éticos que nortearam as ações profissionais (CHINN; KRAMER, 2011).

O comportamento ético e moral requer a consideração de todos os outros padrões de conhecimento da prática, e permite uma ação experiente e de comprometimento, como requer

a *praxis* da enfermagem (CHINN; KRAMER, 2011).

### 5.5 A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM DURANTE A PRÁTICA DO ENSINO NA PERSPECTIVA DO PADRÃO DE CONHECIMENTO EMPÍRICO

A enfermagem encontra-se em processo de construção e evolução acadêmica, de forma clara e única. Pode ser vista como profissão e como disciplina. Quando destacada como profissão, está interessada na qualidade do cuidado realizado e nas atividades profissionais implementadas. Como disciplina, contribui com o domínio do conhecimento e evolui de maneira única na forma de ver o fenômeno da enfermagem. O domínio do conhecimento de enfermagem contribui desde a solidificação da ciência à prática assistencial (ABU-SAAD, 1993).

A ciência da enfermagem evoluiu através da construção do corpo de conhecimento em enfermagem, e é incrementado pelas teorias (VINSON, 2000). Estas compõem uma forma sistemática de perceber o mundo e, a partir daí, descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo, tornando-se o caminho para caracterizar um fenômeno e apontar os componentes que o identificam (ROLIM; PAGLIUCA; CARDOSO, 2005). A classificação desses conhecimentos e teorias delimita o que pertence à disciplina, em relação a outros campos do conhecimento (PIRES, 2009).

Nesta seção, enfoca-se o padrão de conhecimento empírico, definido por Carper (1978) como a “ciência de enfermagem”; todavia, a autora esclarece que este padrão não está enquadrado em ciências mais amadurecidas, como o conhecimento científico clássico, sendo esse evidenciado como factual e descritivo e, destinado ao desenvolvimento abstrato, com explicações teóricas no contexto da enfermagem.

Ainda para a autora, parece haver consenso geral de que há uma necessidade crítica de conhecimento sobre o mundo empírico, o conhecimento sistematicamente organizado em leis gerais e teorias com o objetivo de descrever, explicar e prever os fenômenos de interesse especial para a disciplina de enfermagem. O desenvolvimento de mais teorias promove esforços de pesquisa que buscam gerar explicações sistemáticas e controláveis pela evidência factual, e que podem ser utilizadas na organização e classificação do conhecimento de enfermagem (CARPER, 1978). O conhecimento empírico é aquele adquirido a partir de inquéritos científicos, dando origem às teorias de enfermagem, o corpo de conhecimento específico da disciplina (WAIDMAN, 2009). Pode ser descrito como exemplar, discursivamente explicável e publicamente verificável, enfatizando que é um conhecimento

específico, mensurável, observável e científico. Assume um caráter de conhecimento realista, segundo o qual a ontologia existe no mundo externo, livre de influências sociais, culturais ou históricas, e como tal, só pode ser compreendido a partir de uma epistemologia objetiva, que pretende separar os conhecimentos e os valores que não podem ser criados por nossos pensamentos, mas sim alcançados através da percepção sensorial, formação de conceito e lógica indutiva e dedutiva (STAYT, 2012).

Para construir esta dimensão do conhecimento, duas perguntas críticas devem ser realizadas pela enfermeira durante a prática clínica: O que é isso? Como funciona isso? Essas perguntas estimulam o desenvolvimento do conhecimento empírico, e servem como uma estrutura de organização para examiná-lo deliberadamente. O processo de descrição e reflexão destas questões podem levar à uma compreensão da natureza mais clara de uma teoria (CHINN; KRAMER, 2011).

Sendo assim, o objetivo desta seção foi identificar e classificar os conhecimentos predominantemente empíricos que os estudantes de graduação utilizam para selecionar as intervenções de enfermagem. O processo de análise e interpretação dos dados evidenciou duas categorias teóricas: *O que é isso?* e *Como funciona isso?* e três subcategorias empíricas: *o conhecimento teórico subsidiando a prática; formas de aquisição do conhecimento teórico; as implicações do conhecimento teórico na prática*. O Quadro 6, a seguir, apresenta os dados de forma esquematizada.

**Quadro 6** - Classificação dos conhecimentos predominantemente empíricos utilizados pelos estudantes para selecionar as intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro, 2013.

<b>Padrão de Conhecimento</b>	<b>Categorias do Conhecimento</b>	<b>Subcategorias Conhecimento</b>	<b>Expressões do Conhecimento</b>
<b>Empírico</b>	<b>A – O que é isso?</b>	<b>A1 – O conhecimento teórico subsidiando a prática</b>	<p><i>O conhecimento teórico. O seu conhecimento teórico entra na sua prática. Quando a gente está na prática, olha e identifica o que já foi visto anteriormente na teoria, no livro ou a professora falou, óbvio não tão igual a gente viu na teoria, porém com esse conhecimento teórico prévio, a gente já tem uma noção do que vai precisar e como agir naquele momento (A4).</i></p> <p><i>Todas as aulas que a gente tem desde o ciclo básico, eu procuro juntar na prática, na hora do meu cuidado. A gente tem anatomia, fisiologia bioquímica, histologia. Então, na hora que eu vou fazer alguma coisa, eu procuro pensar o que anatomicamente o que eu tenho aqui? Então, se eu fiz isso, o que pode acontecer? Como esse organismo funciona? Eu tenho assim uma cadeia de pensamento pra não agir de qualquer forma e não fazer uma besteira (A6).</i></p>
		<b>A2 – Formas de aquisição do conhecimento teórico</b>	<p><i>São as coisas que as professoras dizem durante as aulas, as técnicas que elas ensinam, os livros que elas mandam ler, os materiais que elas mandam usar. Durante as aulas elas falam sobre a assistência de enfermagem a diversos tipos de paciente, como por exemplo, pacientes que tem precisa de sonda vesical, que precisa ser puncionado. Lembro disso e faço quando estou no estágio (A2).</i></p> <p><i>Eu procuro também pesquisar em outros lugares, por exemplo, eu pego os livros para ampliar o conhecimento o que foi dado nas aulas, as vezes, surge uma dúvida no campo prático eu volto aos livros e discuto com meus colegas ou com a professora (A4).</i></p> <p><i>Como a gente faz aqui, no CTI apareceu um caso de varizes esofagianas, daí a professora falou pra gente fazer o caso clínico. Estuda isso e relaciona aos cuidados de enfermagem. E assim relaciono a situação clínica aos cuidados pra saber o que eu posso fazer e o que não posso (A5).</i></p>

(continua)

(continuação)

<b>Padrão de Conhecimento</b>	<b>Categorias do Conhecimento</b>	<b>Subcategorias Conhecimento</b>	<b>Expressões do Conhecimento</b>
<b>Empírico</b>	<b>B – Como funciona isso?</b>	<b>B1 – As implicações do conhecimento teórico na prática</b>	<p><i>No caso de fazer um curativo, eu penso que eu preciso ter conhecimento teórico porque quando eu olhar, se eu estou dando um banho e vejo uma região hiperemiada eu já tenho noção que aquilo pode abrir, virar uma úlcera e quais medidas tomar pra cuidar disso. Se eu estou num curativo e vejo que está vermelho, quente, eu faço a inspeção, vejo se tem secreção. Eu tenho que saber o que eu estou procurando para poder agir (A7).</i></p> <p><i>Procuro pesquisar e saber se tem algum remédio novo, saber para que ele é, como ele age, porque administrar por administrar está errado, tem que saber para que serve, se tem interação com outros fármacos, por isso, tem que gerenciar o cuidado de enfermagem, não posso só pegar a prescrição e fazer, não é um trabalho mecânico, tem que ter capacidade decisória e saber sobre tudo que está acontecendo ali, você está trabalhando com a vida de outra pessoa, é muito sério (A8).</i></p>

(continua)

O conhecimento empírico é uma parte crítica da ciência da enfermagem. Todas as enfermeiras são educadas com base em conceitos de objetividade e quantificação, desde o começo da profissão, e se mantém assim até hoje, de acordo com o paradigma de saúde atual (ALPERSON, 2008).

O empirismo é baseado no pressuposto de que o que se sabe é acessível através dos sentidos físicos, particularmente de ver, tocar e ouvir. Pode ser atribuído a preceitos nightingaleanos sobre a importância da observação acurada e manutenção de registros. Como um padrão de conhecimento, baseia-se na ciência e nas outras metodologias baseadas empiricamente. Por isso, pretende-se dizer que a ciência, como um processo, faz uso de métodos baseados empiricamente para gerar conhecimento. O padrão empírico assume que uma realidade objetiva existente e que as verdades sobre ela, podem ser entendidas através de inferências baseadas em observações e na compreensão de que são verificáveis ou confirmáveis por outros observadores (CHINN; KRAMER, 2011).

Esta visão demonstra uma mudança de perspectiva na enfermagem em razão da

valorização da competência técnica, e dá lugar à preocupação em determinar o que é efetivo na prática de enfermagem. O padrão empírico, na enfermagem, é considerado um conhecimento que provém de perspectivas diversas, assim como da experiência científica (PERSEGONA et al., 2009), e tem como objetivo desenvolver um conhecimento abstrato e explicações teóricas no campo da enfermagem (CESTARI, 2003, MADUREIRA, 2004).

A ciência da enfermagem é interdependente da teoria de enfermagem, e requer análise cuidadosa dos dados - a extração de conhecimento embutido na prática e no processo de descoberta. A teoria de enfermagem é, na visão sistemática de fenômenos de enfermagem, o que descreve, explica, prevê e prescreve resultados relacionados à adaptação humana à saúde e à doença. A enfermagem é uma ciência de respostas humanas à saúde e à doença; exige um modo multidimensional de inquérito por causa da pluralidade do conhecimento (VINSON, 2000).

Com isso, a ciência da enfermagem apresenta aspectos em ambos os palcos: o da história natural da investigação e a do estágio da teoria dedutivamente formulada. A tarefa do estágio história natural da investigação relaciona-se principalmente à descrição e à classificação dos fenômenos que são, geralmente falando, verificáveis pela observação e pela inspeção. Entretanto, a literatura de enfermagem atual reflete claramente uma mudança da forma descritiva e classificatória para a análise cada vez mais teórica, direcionada para buscar, inventar, explicar os fatos observados empiricamente. Assim, o primeiro padrão fundamental do conhecimento na enfermagem é o empírico, factual, descritivo e, finalmente, destinado a desenvolver explicações abstratas e teóricas (CARPER, 1978).

O conhecimento empírico é expresso na prática pela competência científica, por ação baseada no conhecimento científico, incluso a teoria. A competência científica envolve consciência de problemas e raciocínio lógico para a solução (CHINN; KRAMER, 2011).

Embora o objetivo principal, quando deliberadamente usando a teoria na prática, seja melhorar os resultados daqueles que estão recebendo o cuidado, também é importante verificar que a competência científica das enfermeiras é reforçada. Este último resultado serve para assegurar que os benefícios da utilização da teoria, na prática, podem ser mantidos ao longo do tempo (CHINN; KRAMER, 2011).

No contexto deste estudo, em nenhuma das entrevistas foi mencionado pelos estudantes que a teoria de enfermagem guiou a seleção de intervenções de enfermagem, entretanto, indicaram utilizar o conhecimento teórico para isso.

Como observado no quadro 6, o conhecimento teórico subsidiou a prática de enfermagem, e as formas de aquisição deste conhecimento foram os conteúdos dos livros, as

aulas teóricas, as discussões durante a prática e os estudos de caso provenientes das experiências práticas.

Outro aspecto destacado foi sobre as implicações deste conhecimento na prática. Este tipo de conhecimento foi construído ao longo do curso, do início até o momento vivido; nos discursos dos estudantes, o conhecimento teórico faz com que saibam o que esperar e como se comportar nas situações clínicas, então, sabem como agir.

As reflexões críticas contribuíram para o entendimento de como o conhecimento teórico relacionou-se com a prática experimentada pelos estudantes. Assim como existem muitas maneiras de descrever a teoria, há muitas questões críticas que podem ser feitas sobre o valor funcional da teoria. Quando estas perguntas são feitas aos membros de uma disciplina, pode-se considerar que as respostas tendem a valorizar o porquê (CHINN; KRAMER, 2011).

O conhecimento empírico é formalmente expresso na forma de teoria empírica, declarações de fato ou em descrições e interpretações de eventos empíricos ou objetos. A evolução dos conhecimentos empíricos, tradicionalmente, tem sido realizada por métodos da ciência tradicional. Testar hipóteses, muitas vezes envolvidas e derivadas de uma teoria, oferece uma tentativa de explicação dos fenômenos empíricos. Muitos tipos de descrições formais e teorias que expressam o conhecimento empírico em enfermagem, estão relacionados com as idéias tradicionais sobre o que é legítimo para o desenvolvimento da ciência de enfermagem (CHINN; KRAMER, 2011).

## 5.6 OS CONHECIMENTOS DE ENFERMAGEM QUE SUSTENTAM AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Nesta seção se propôs discutir, de modo geral, os resultados encontrados neste estudo, e para isso, foi preciso retomar à discussão realizada sobre o conhecimento de enfermagem e o modelo assistencial de enfermagem baseado no diagnóstico, no resultado e na intervenção. Neste momento, em especial, foi destacado o diagnóstico de enfermagem e suas relações com os padrões fundamentais de conhecimento em enfermagem de Carper (1978).

Posteriormente, refletiu-se sobre o modelo assistencial de enfermagem implementado pelos estudantes durante as situações práticas de ensino e, a partir disso, os tipos de conhecimento que eles acessaram para selecionar as intervenções de enfermagem.

Por último, foi recomendado que as particularidades destes conhecimentos devem ser exploradas no processo de ensino-aprendizado nas situações de práticas, e também na

aplicação do diagnóstico de enfermagem, como base para a seleção de intervenções de enfermagem.

### **5.6.1 O Diagnóstico de Enfermagem e os Padrões de Conhecimento em Enfermagem**

Nas discussões mais recentes sobre a construção da ciência da enfermagem e o estabelecimento desta como disciplina/profissão, a literatura indica que a prática clínica deve relacionar-se com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e com a implementação do Processo de Enfermagem (PE).

A SAE, a partir de novos referenciais, amplia o campo de visão para além das fórmulas prescritivas e normativas e dos modelos formalmente instituídos como norteadores de uma assistência centrada no ser humano. É um processo organizacional que promove a base para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado, em lugar do olhar reducionista e seguro dos saberes institucionalizados (NASCIMENTO et al., 2008).

A utilização do PE como um método de trabalho traz implicações para a profissão, para o cliente e para a enfermeira, pois define o alcance da prática e identifica os padrões de cuidados de enfermagem. Além disso, garante o atendimento ao cliente com qualidade (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). O processo de enfermagem faz parte do trabalho cotidiano do profissional de enfermagem, seja no âmbito individual/ coletivo, ambulatorial/hospitalar, no ensino e na pesquisa (SALOMÃO; AZEVEDO, 2009).

Segundo a Resolução COFEN 358/2009, o PE organiza-se em cinco etapas interdependentes, interrelacionadas e recorrentes: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. Estas fases integram as funções intelectuais de solução de problema num esforço para definir as ações de enfermagem, sendo o PE caracterizado como intencional, sistematizado, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teorias (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

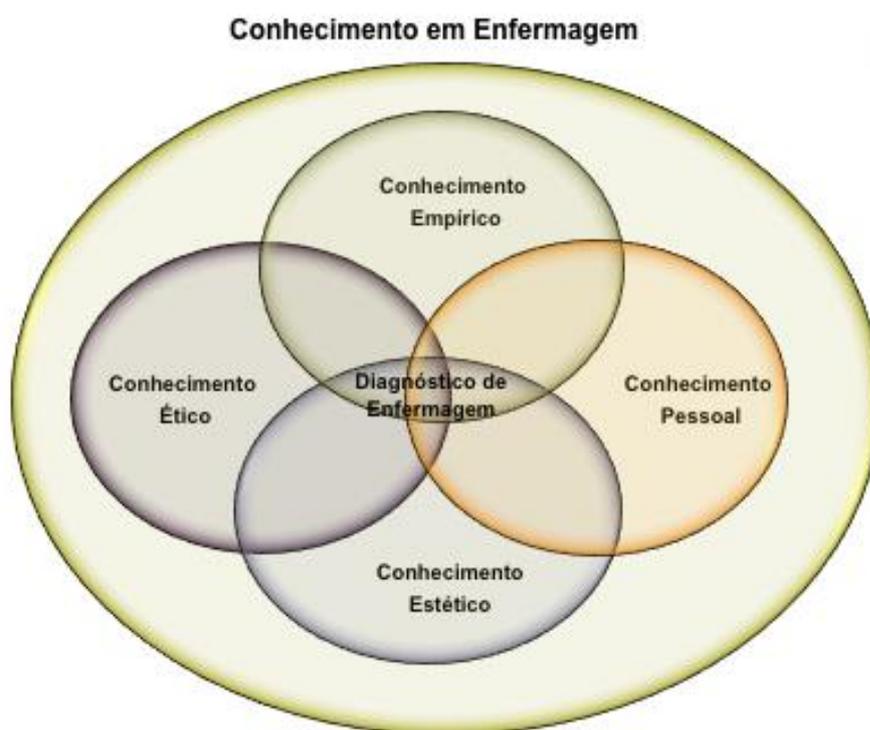
Este modelo de PE, da terceira geração, baseia-se naquele que se dirige aos resultados, pois é planejado logo depois de se determinar o diagnóstico de enfermagem e os resultados que se quer alcançar. Contudo, representa melhor a complexidade do processo de enfermagem. Recomenda-se também, a utilização de classificações de diagnósticos, de intervenções e de resultados de enfermagem, uma vez que são valorizadas como os vocabulários para o raciocínio clínico na enfermagem (CRUZ, 2008).

O intuito de se utilizar as classificações de enfermagem na prática profissional é o de estabelecer uma linguagem padrão para descrever o cuidado de enfermagem aos indivíduos,

às famílias e às comunidades em diferentes locais; representar o cuidado de enfermagem que constrói o conhecimento de enfermagem; permitir a representação do conhecimento, bem como sua estruturação e organização, de forma que garanta a melhor eficiência possível. As narrativas em linguagem livre, comumente utilizadas nas documentações em saúde, não são apropriadas para estas situações expressas (CRUZ, 2007).

Além do que já foi exposto, a implementação de uma classificação diagnóstica na prática clínica permite as enfermeiras nomear com maior clareza os focos do cuidado pelos quais são responsáveis no processo de cuidar (FONTES; CRUZ, 2007).

À luz dos resultados e da análise na tese desenvolvida, nesse modelo assistencial de enfermagem organizado, classificado e fundado no raciocínio clínico, o diagnóstico de enfermagem está bem delimitado entre os padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem de Carper (1978), como bem demonstra a figura 3 a seguir.



**Figura 3** – O Diagnóstico de Enfermagem como interseção dos padrões fundamentais de conhecimento em enfermagem de Carper (1978). Rio de Janeiro, 2013.

Fonte: elaborada pela autora do estudo

Como foi amplamente explicitado, Carper discute o conhecimento de enfermagem sob a perspectiva de quatro padrões fundamentais de conhecimento: *empírico* (ciência da enfermagem – saber o quê); *pessoal* (o conhecimento de si e do outro); *estético* – arte da enfermagem – saber como); e *ético* (componente ético e moral – saber o porquê deveria).

Este trabalho reúne uma gama de conhecimentos essenciais que podem ser usados na prática de enfermagem, reconhecendo a importância não só do conhecimento científico, mas de conhecimento desenvolvida através da experiência, compreensão e interpretação pessoal e de raciocínio moral e ético (CARPER, 1978, MOULE; GOODMAN, 2009).

Existe uma necessidade de examinar os tipos de conhecimento que fornecem à disciplina uma perspectiva particular e significativa. Entender os quatro padrões de conhecimento possibilita uma consciência da complexidade e da diversidade do conhecimento de enfermagem (HEATH, 1998).

Para melhor entender como o diagnóstico de enfermagem contém elementos que envolvem os conhecimentos empíricos, éticos, pessoais e estéticos, torna-se necessário voltar às definições do conceito do mesmo para a Resolução brasileira, que trata do uso deste nos serviços de saúde no Brasil, e às principais classificações internacionais.

Nessa linha de raciocínio, o diagnóstico de enfermagem envolve o processo de interpretação e agrupamento de dados, ou o julgamento clínico acerca das reações de um indivíduo/ família/comunidade aos processos de vida, ou ainda, o rótulo atribuído pela enfermeira, que é a base para a seleção das intervenções de enfermagem com as quais se quer atingir os resultados almejados, e pelos quais a enfermeira é responsável (COFEN, 2009, NANDA, 2006, CIPE, 2009).

A partir disso, é possível por análise e interpretação, verificar que há elementos dos quatro padrões de conhecimento em enfermagem de Carper (1978) no constructo do diagnóstico de enfermagem.

A definição envolve o julgamento clínico ou interpretação e agrupamento acerca das respostas humanas dos clientes/família/comunidade, estes elementos referem-se ao conhecimento empírico; quando se relaciona com clientes/família/comunidade, trata do conhecimento pessoal que envolve as relações interpessoais entre enfermeira e cliente; quando afirma que serve de base para a seleção das intervenções de enfermagem, relaciona-se ao conhecimento estético, apesar de não concretamente realizar as intervenções nesta fase do processo de enfermagem; e quando destaca que diagnosticar é responsabilidade da enfermeira, trata do conhecimento ético.

Com isso, os conhecimentos envolvidos no diagnóstico de enfermagem são delimitados, especializados, organizados, de atuação restrita e de abrangência clara. Tem interseção no conhecimento de enfermagem, entretanto, não é toda a extensão do conhecimento de enfermagem. Fornecem uma orientação mais bem ancorada na natureza da disciplina do que os problemas (que podem ser genéricos) e os diagnósticos médicos. Quando confrontamos tais aspectos se coloca na pauta de questionamento a prática pedagógica mais comum de orientar o ensino de enfermagem no modelo biomédico e tecnicista, que também surgiu nos resultados do presente estudo.

### **5.6.2 O Modelo Assistencial de Enfermagem e os Conhecimentos em Enfermagem que selecionam as Intervenções de Enfermagem**

Apesar dos esforços envidados nas discussões e no estabelecimento de políticas públicas no Brasil, a realidade dos modelos assistenciais dos serviços de saúde ainda tem como base o modelo biomédico, tecnicista. Na prática clínica, as ações de enfermagem também sofrem influência forte deste modelo que permite notar a fragmentação e o reducionismo do ser humano e, conseqüentemente, do cuidado (BORILLE et al., 2010).

Neste modelo biomédico, o cuidado de enfermagem valoriza a realização da tarefa, dos procedimentos de enfermagem, preocupa-se em “como fazer” em detrimento ao “porque fazer”, especificado nos Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos Técnicos que trazem descrições detalhadas dos passos a serem seguidos nas atividades desenvolvidas, bem como dos agentes que devem desempenhá-las (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

Uma das justificativas para compreender melhor esta valorização, é que as técnicas de enfermagem foram as primeiras expressões do saber sistematizado da enfermagem, seguidas pelos princípios científicos e pelas teorias de enfermagem (ALMEIDA, 1989). Outro aspecto foi que o ensino de enfermagem no Brasil, teve como referencial a enfermagem americana que, no início do século XX, apresentava um ensino com pouco conteúdo teórico e enfocava a repetição de tarefas, sem a esperada compreensão dos fenômenos (DELL'ACQUA; MIYADAHIRA, 2002). Obviamente outro aspecto subjacente é a própria questão da hegemonia médica nos cenários de saúde que retroalimenta o valor da doença (objeto do diagnóstico médico).

O contexto estudado confirmou estes apontamentos da literatura. O modelo assistencial implementado pelos estudantes nas práticas de ensino foi o modelo privatista, biomédico. Durante a observação não participativa e as entrevistas, pôde-se observar características marcantes deste modelo de ação tecnicista; o atendimento das necessidades

humanas eram vistas na dimensão do atendimento biológico, somado aos problemas de saúde ou aos problemas derivados da doença. Os estudantes chegavam ao cenário prático, participavam da passagem de plantão e depois escolhiam os clientes. Faziam uma entrevista e o exame físico, após isso desenvolviam as ações de enfermagem como: banho, curativos, punções, administração de medicamentos. Em seguida, faziam o registro dos achados e das ações realizadas.

Desta forma, o que guiou as escolhas das intervenções de enfermagem, aqui melhor entendidas como ações de enfermagem, não foi o diagnóstico de enfermagem. Da análise foi possível supor que foram os conhecimentos adquiridos pelos estudantes que serviram de base para a seleção das intervenções de enfermagem.

Considerando que um relatório de doutorado deve trazer originalidade ao conhecimento e fugir do “lugar comum” das explicações imediatas, adotou-se aquilo que seria uma modelagem da natureza do conhecimento de enfermagem como tentativa de classificação dos achados.

Assim, para entender quais foram os conhecimentos que guiaram as ações de enfermagem, recorreu-se à classificação dos conhecimentos em enfermagem de Carper (1978), pois, a mencionada autora aponta as dimensões de conhecimento que além do enfocado aspecto empírico, ainda incorpora elementos que são tidos como filosofias e elementos da arte da enfermagem: o ético, o estético e o pessoal.

Sabidamente o termo “conhecimento” carrega um valor social no ocidente que envolve aquilo que a ele se aproxima. Entende-se que seja oportuno trazer para a centralidade dos tipos de conhecimento aquelas que foram as experiências de aprendizagem dos estudantes de enfermagem. Então, buscou-se localizar em quais padrões predominantemente estavam os conhecimentos utilizados pelos estudantes para selecionar as intervenções de enfermagem.

Percebeu-se que o que auxiliou os participantes neste processo foram os conhecimentos de todas as quatro modalidades: empíricas, estéticas, éticas e pessoais. Outras dimensões que poderiam ter sido citadas, mas não foram, seriam; a fé, as condições sociais, o diagnóstico médico e diretamente o próprio diagnóstico de enfermagem.

No padrão pessoal, os estudantes indicaram fazer uso terapêutico do *self*, planejar adequadamente as ações de enfermagem e a forma de implementá-las, fazer auto-apreciação, construir conhecimento a partir da prática e buscar aprendizagem no presente para atuarem de forma competente no futuro.

O padrão pessoal está preocupado com o conhecimento, o encontro e a atualização do *self* concreto e individual. Este conhecimento é uma posição sobre a relação e o confronto do

ser humano como pessoa. Implica que a maneira com a enfermeira vê a si própria e ao cliente é central em qualquer relação terapêutica. Desenvolve-se quando a enfermeira se aproxima do cliente não como um objeto ou categoria de doença, mas quando se esforça em realizar uma autêntica relação pessoal entre ela e o cliente (WHITE, 1995, MADUREIRA, 2004).

Pode ser considerado um padrão fundamental e essencial de conhecimento por compreender o significado de saúde para o bem estar individual. Esta dimensão de conhecimento é criada através da reflexão. A reflexão individual informada pelas respostas dos outros, dá credibilidade a este conhecimento. Parece existir referência a um conhecer-se mesmo para ser capaz de se expressar na relação com o outro, buscando perceber na resposta do outro que aquilo que se expressa na relação, é aquilo que se é ou que se acredita ser. Desta forma, há concordância entre o que se diz e o que se faz, entre o que se faz e o que se sabe, entre o que se é e o que se aparenta ser (YANG, 2010, MADUREIRA, 2004).

No padrão estético, os estudantes demonstraram que planejam e executam as intervenções de enfermagem, e estas emergiram das situações particulares junto ao cliente. O conhecimento estético mostra a percepção da enfermeira diante do que é significativo no comportamento individual do cliente. Assim, este padrão é focado nas situações particulares, em vez das universais. A experiência de enfermagem proveniente das situações particulares, pode ser contrastada com a ciência da enfermagem. O conhecimento estético pode ser incluído no conhecimento prático, porque o conhecimento prático também vem deste tipo de experiência, da arte da enfermagem. Ressalta-se também ter aspectos relacionados ao desempenho artístico de habilidades manuais e técnicas (FAWCETT et al., 2001, YANG, 2010). Todos estes elementos puderam ser identificados nos discursos dos estudantes.

No padrão ético, os estudantes manifestaram a observância dos aspectos éticos/legais e ético/morais para selecionar as intervenções de enfermagem. Na primeira situação, o Código de Ética prescreveu e descreveu as intervenções de enfermagem que deveriam ser realizadas. A moralidade também permeou esta seleção.

A enfermagem é uma ação deliberada, ou uma série de ações planejadas para alcançar metas definidas; entretanto, estas escolhas são guiadas por princípios e normas. Este padrão de conhecimento identifica componente ético da enfermagem e foca na importância das obrigações ou no que deve ser feito. Evidencia o que é bom, o que é certo e as complexidades dos julgamentos morais. (MADUREIRA, 2004, WHITE, 1995, YANG, 2010).

A ética é o fundamento decisório para a enfermeira porque as decisões diárias de vida tem influência do poder institucional, da formação técnica. As decisões envolvem juízo de valor que tem como base o princípio ético/legal (MADUREIRA, 2004). Este padrão de

conhecimento relaciona-se às normas e ao Código de Ética, que afirma serem as enfermeiras responsáveis por suas práticas, independentemente de conselhos ou instruções de outro profissional (YANG, 2010).

O conhecimento moral relaciona-se ao envolvimento interpessoal autêntico, aspecto importante uma vez que o cuidado de enfermagem se dá na relação com o outro, sendo essencialmente comunitário e de reciprocidade em todas as suas formas complexas. Em nenhum lugar isso é mais evidente do que nos contextos de situações clínicas que lidam com pessoas doentes (WHITE, 1995, MADUREIRA, 2004).

Já no padrão empírico, o conhecimento teórico subsidiou a prática e indicou as formas de adquiri-lo. Foram elas: livros, artigos, aulas teóricas. Além disso, o conhecimento empírico também implicou na realização da prática. Não foi identificado o uso de teorias de enfermagem como guia para a seleção das intervenções de enfermagem, apesar de ser esta uma recomendação da literatura.

O objetivo do padrão empírico é desenvolver um conhecimento abstrato e explicações teóricas (CESTARI, 2003). Implica na ciência da enfermagem, pois é obtido através de pesquisa de enfermagem com base no método científico e no pensamento racional, dedutivo. Há uma necessidade crítica do conhecimento empírico, sistematicamente organizado em teorias gerais, com a finalidade de explicar, descrever e prever fenômenos em enfermagem (YANG, 2010, MADUREIRA, 2004).

Contudo, concluiu-se neste estudo, com suas características e limitações, que em um contexto assistencial onde é utilizado o diagnóstico de enfermagem de forma classificada e organizada, ele é o melhor critério selecionador das intervenções de enfermagem, em especial por estar interfaciado pelos padrões de conhecimento da enfermagem.

Do que se verificou neste grupo de participantes obtiveram-se dados qualitativos que indicam a influência biomédica e técnica no aprendizado do cuidado. As expressões do diagnóstico situacional não fugiram da aludida perspectiva modelar. Os relatos das tentativas de implantação de um diagnóstico de enfermagem com linguagem padronizada deram conta de uma dificuldade de aplicação do diagnóstico de enfermagem, dificuldade essa esperada considerando-se o modelo de assistência implantado.

Ainda que o diagnóstico de enfermagem incorporado ao que hoje se entende de julgamento de respostas humanas não seja a única possibilidade de orientar a prática de enfermagem, ele traz vantagens. A relevância do diagnóstico de enfermagem torna-se patente ao se destacar que ele é proposto alinhado a linguagens que classificam a prática de enfermagem, é validado por enfermeiros do mundo todo e tem sido aceito pelas organizações

da classe em nível internacional. Supõe-se que haverá muito mais adequação do diagnóstico de enfermagem aos modelos de assistência que sejam os defendidos pela disciplina de enfermagem.

Ainda assim, verifica-se que existem situações não raras em que não é o diagnóstico de enfermagem a base para a seleção das intervenções de enfermagem. Nos contextos onde não há essa organização, o que pode guiar as intervenções são os tipos de conhecimentos de Carper (1978). Tais conhecimentos são suficientemente abrangentes para oferecer uma amplitude maior de conhecimentos, sem exigir a redução a respostas humanas que é requerida pelos diagnósticos de enfermagem. Se por um lado o diagnóstico foca o fenômeno de interesse de enfermagem, os padrões de conhecimento abrangem as diversas dimensões da disciplina que sustentam a prática da profissão.

Uma formação que articule os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem com os padrões e se afaste do modelo biomédico provavelmente é a melhor das alternativas contemporâneas e com mais chances de atender aos dispostos nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem.

Para Nascimento et al. (1997), o cuidado torna-se holístico quando as dimensões do conhecimentos de enfermagem suportam a ação. Assim, ao utilizar estes tipos de conhecimento propostos por Carper (1978) e o diagnóstico de enfermagem e as linguagens da prática, obtêm-se uma real possibilidade de ruptura da prática do modelo biomédico. Isto pelos aspectos empíricos da organização do conhecimento sobre o fenômeno, meta da disciplina e ação desempenhada; como também: (a) pelas possibilidades de relação empática entre a enfermeira e o cliente/família, na qual ambos se beneficiam uma vez que um percebe o outro; (b) pela valoração das dimensões do exercício ético e da estética concernentes ao cuidado e que assumem o mesmo status de conhecimento atribuído ao que é científico e prático.

### **5.6.3 Recomendações a partir dos achados**

Sabendo-se disso, é necessário que se discuta como as categorias particulares dos tipos de conhecimento podem ser explorados no âmbito do ensino. Ferreira (2003) aponta que no ensino-aprendizagem, é preciso que todos os envolvidos neste processo tenham consciência de que os conhecimentos empíricos propiciam o *saber* e fundamentam a sua ação; o *fazer* refere-se à capacidade de articular conhecimentos, habilidades e destrezas para a concretização do trabalho de enfermagem. Contudo, o *saber ser* fica estabelecido nas atitudes e comportamentos éticos, morais e interpessoais.

Não se pode, porém, perder de vista que o modelo alcançado na prática profissional é o modelo assistencial de enfermagem baseado no diagnóstico, resultado e intervenção de enfermagem. Entretanto, como tornar isto uma realidade nos cursos de graduação e nos serviços de saúde? Estes questionamentos remetem à reflexões para que sejam respondidos urgentemente. Há necessidade de se pensar um currículo que propicie esta realidade, e também estratégias que facilitem a implementação deste modelo nas instituições de saúde.

Segundo Herdman (2011), é necessário conceber um currículo que trabalhe fundamentalmente os conceitos do conhecimento de enfermagem, ou seja, em lugar dos módulos que trabalham as insuficiências cardíacas ou os transtornos mentais, poderiam ser ensinados os módulos sobre dor, distúrbios do sono e estilos de vida. Sugere também a autora que o ensino não seja a partir dos diagnósticos médicos, como ocorre na maior parte das instituições de ensino, e sim a partir dos diagnósticos de enfermagem. O que deve estar no centro desta construção de conhecimento é o diagnóstico de enfermagem e suas conexões com os resultados e as intervenções. Os diagnósticos médicos, psicossociais, culturais e outros, seriam conteúdos que estariam em torno dos diagnósticos de enfermagem.

Uma ferramenta importante que auxiliaria a prática deste ensino, seria o uso das classificações de enfermagem disponíveis atualmente. Mas a escolha desta classificação deve ser feita a partir das necessidades do contexto ensinado, visto que o ideal é que o estudante não tenha contato somente com uma classificação específica.

Ao utilizar esta perspectiva nas instituições de ensino, seria possível descrever o conhecimento e a prática de enfermagem, o que fortaleceria a ciência e a disciplina da enfermagem que tanto tem sido desejada.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES**

Esta pesquisa produzida como relatório de tese acessou os conhecimentos que os estudantes de graduação utilizaram para selecionar as intervenções de enfermagem. Para isso, foi necessário saber o que norteou a escolha das intervenções durante a prática clínica implementada por eles nas situações de ensino prático.

Os resultados da pesquisa mostraram que os participantes, ao abordarem o objeto de pesquisa, não utilizaram o diagnóstico de enfermagem e sim conhecimentos que foram delineados pelos quatro padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem de Carper (1978). A classificação de Carper para os conhecimentos de enfermagem busca descrever as dimensões que o compõem – empírico, estético, ético e pessoal.

Neste sentido, foi necessário conhecer os campos de práticas de ensino destes estudantes e também entrevistá-los. O campo prático foi o Hospital Clementino Fraga Filho e os setores foram: Centro de Tratamento Intensivo; Pós Operatório Cardíaco e Unidade Coronária; Centro Cirúrgico; Clínica Médica 9B; Internação Cirúrgica 10C; Emergência 9C. Estes setores são especializados, uma vez que o momento curricular vivenciado pelos estudantes exige a discussão e ensino de cuidados de maior complexidade.

A prática assistencial implementada pelos estudantes fundamentou-se no modelo privatista tecnicista de cunho biomédico, onde foram valorizadas as intervenções de enfermagem realizadas durante o cuidado. Houve ainda uma tendência por parte dos estudantes em descrever as intervenções de enfermagem como as ações de enfermagem, como: banho e realizações de curativos.

Cabe ressaltar que as etapas do processo de enfermagem não foram cumpridas integralmente durante as práticas estudadas, o diagnóstico de enfermagem e o planejamento das intervenções para alcançar os resultados de enfermagem não estiveram presentes nas situações observadas.

Os padrões de conhecimento aplicados para fundamentar as intervenções podem ser considerados como guia para as ações práticas de enfermagem. O conhecimento ético na enfermagem foca na importância sobre o que precisa ser feito. Tem um componente moral que envolve os julgamentos constante sobre o que deve ser feito, o que é certo, bom e responsável. Desta maneira, guia e orienta a enfermeira durante sua prática selecionando o que é legal e moralmente prioritário.

O conhecimento estético envolve a apreciação da enfermeira em relação ao significado da experiência vivida junto ao cliente. Esta experiência é transformadora quando

expressa as ações, condutas e atitudes de forma particular. Assim, guia a intervenção de uma forma que atenda a necessidade individual e fortalece a relação interpessoal entre enfermeira e cliente.

O conhecimento empírico dirige a seleção das intervenções porque fundamenta as ações com conhecimentos teóricos que foram analisados anteriormente através de pesquisas científicas. São resultantes de situações empíricas vivenciadas na prática, então, as predições são resolutivas para estas práticas.

A dimensão pessoal implica na seleção das intervenções de enfermagem, pois a enfermeira desenvolve na relação interpessoal a proximidade e a reciprocidade com o cliente, o reconhece como o indivíduo singular e proporciona liberdade nas suas escolhas pessoais.

Os resultados desta pesquisa contribuem para a disciplina da enfermagem, pois certamente quando a enfermeira conhece o que fundamenta suas ações ela melhora a prática clínica, atende as necessidades de saúde dos clientes, fortalece o conhecimento fundamental e as responsabilidades profissionais.

Não houve a intenção nesta pesquisa em desconstruir todas as indicações da literatura em afirmar que o diagnóstico de enfermagem é base para a seleção das intervenções de enfermagem. Na verdade, a pesquisadora concorda que o diagnóstico de enfermagem é o melhor selecionador destas intervenções, uma vez que é um constructo resultante de um julgamento clínico realizado pela enfermeira. Entretanto, houve necessidade de conhecer os elementos que guiavam as intervenções de enfermagem nos cenários onde o diagnóstico de enfermagem não é realizado.

Esta necessidade torna-se importante diante dos desafios dos cursos de graduação e dos serviços de saúde em implementar o modelo baseado no diagnóstico, resultado e intervenção de enfermagem. Nos serviços de saúde, a rotina do trabalho de enfermagem já está bem estabelecida, é funcional para o modelo tecnicista e apresenta-se rigorosa com os horários do cumprimento de tarefas. A implementação do modelo ideal é tido como mais uma tarefa que a enfermeira deve cumprir. Já para os cursos de graduação, a utilização destes espaços como locais de aprendizado, naturalmente, faz com que este modelo hegemônico seja replicado e reforçado.

Diante destes desafios e dos resultados encontrados, como pesquisadora e docente de enfermagem, recomendo efetivar as discussões sobre os padrões de conhecimento em enfermagem nos conteúdos teóricos e práticos. É preciso que os estudantes sejam estimulados desde a inserção no curso a refletirem sobre os valores que fundamentam suas ações e seus comportamentos profissionais. Uma das metas dos cursos deve ser compartilhar,

motivar o desenvolvimento de habilidades para resolução dos problemas, para a reflexão crítica da prática clínica.

Entretanto, recomendo também a implementação de estratégias que facilitem a utilização integral do processo de enfermagem. Como a dinâmica dos campos práticos das instituições de saúde onde os estudantes desenvolvem suas práticas não permitem, nesse momento, o uso do PE pela rigurosidade do cumprimento de tarefas em horários específicos, a exemplo do banho no período da manhã, penso que uma possível alternativa considerada razoável, será repensar a dinâmica das atividades nos campos práticos.

Há necessidade de planejar no cronograma de atividades das disciplinas do curso de graduação que tenham cunho prático pelo menos dois dias consecutivos de atividades. No primeiro momento, o estudante implementará em um determinado cliente as três primeiras fases do PE, o histórico, o diagnóstico e o planejamento das intervenções. No segundo momento, dar-se-á a implementação das ações propostas no dia anterior e, posteriormente, fará a avaliação.

É possível reconhecer que este estudo apresentou limitações em relação a questão da generalização destes resultados pelas características próprias propostas, tipo de estudo e as especificidades do cenário. Os resultados encontrados aqui descreveram um cenário delimitado, o que não invalida os achados uma vez que desvela na realidade que pode servir de referência para se pensar outras com características semelhantes e também aquelas que necessitam de serem estudadas, ainda que guardem diferenças de contexto em relação ao desta pesquisa.

Outro aspecto a ser considerado é que esta pesquisa não teve como objetivo estudar a qualidade das intervenções de enfermagem implementadas pelos estudantes, assim, não foi possível verificar se estas foram eficientes e eficazes.

Diante disso, recomenda-se que outras pesquisas sejam realizadas a partir das discussões que aconteceram neste estudo. Exemplo: a replicação em outros cenários, sejam acadêmicos, serviços hospitalares e ambulatoriais, onde o processo de enfermagem seja realizado integralmente. A partir deste último exemplo, pode-se ainda realizar uma pesquisa que compare a eficiência e a eficácia das intervenções de enfermagem nos dois cenários, um onde o diagnóstico de enfermagem é o selecionador e outro onde os padrões de conhecimento de enfermagem selecionam.

## REFERÊNCIAS

ABU-SAAD, H.H. Nursing: the science and the practice. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 30, n. 03, p. 287-294, 1993.

ALMEIDA, M.A.; SEGANFREDO, D.H.; UNICOVSKY, M.R. Validação de indicadores da classificação dos resultados de enfermagem para pacientes com problemas ortopédicos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1059-1064, dez, 2010.

ALMEIDA, M.C.P. et al. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 748-752, set-out., 2009.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ALMEIDA, M.C.Q.D. **A construção da competência clínica**: da concepção dos planejamentos de ensino às representações da aprendizagem entre graduandos de enfermagem. 2002. 188f. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

ALPERSON, S.Y. Tai Chi philosophy and nursing epistemology. **Advances in Nursing Science**, v. 31, n.1. pE1-E15, jan-mar, 2008.

ANDRADE, J.S.; VIEIRA, M.J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 261-265, jun, 2005.

ARCHIBALD, M.M. The holism of aesthetic knowing in nursing. **Nursing Philosophy**, 13, p. 179-188, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Geográfica, 2010.

BARROS, A.L.B.L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22 (Especial - 70 Anos), p. 864-867, 2009.

BASTOS, J.A.S. **Graus de dificuldade para formulação de diagnósticos e intervenções de enfermagem**. 2004. 214 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BELLATO, R.; PASTI, MJ; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 75-81, janeiro, 1997.

BORILLE, D.C. Percepção dos trabalhadores de um hospital psiquiátrico sobre enfermagem. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.15, n. 4, p 716-722, out-dez, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARPER, B.A. Fundamental patterns of knowing in nursing. **Advanced Nursing Science**, v.1, n. 1, p. 13-23, 1978.

CARVALHO, E.C. et al. Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil. **Rev Enferm UFPE [on line]**, Recife, v. 1, n. 1, p. 95-99, jul./set., 2007.

CARVALHO, V. **Enfermagem: ensino e perfil profissional**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

CERRULLO, J.A.S.B.; CRUZ, D.A.L.M. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Rev Latino-am Enf**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1: [06 telas], jan-fev., 2010.

CESTARI, M.E. Os padrões de conhecimento de enfermagem na produção textual de acadêmicas. **Online Braz J Nurs**, v. 4, n.3, dez., 2005.

CESTARI, M.E. Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 24, n. 1, p. 34-42, abr., 2003.

CHINN, P.L; KRAMER, M.K. **Integrated Theory and knowledge development in nursing**. 8<sup>th</sup> ed. USA: Elsevier, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). **Resolução COFEN 358/2009**. Dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE. Rio de Janeiro: COFEN; 2009.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução CNE/CES 3/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de Novembro de 2001.

CRUZ, D.A.L.M. Classificações em enfermagem: tensões e contribuições. **Revista Saúde – UNG**, v.1, n.1, p. 20-31, 2007.

CRUZ, D.A.L.M. Processo de Enfermagem e Classificações. In: GAIDZINSKI, R. et al. **Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 84-88, jan-fev, 2006.

DELLÍACQUA, M.C.Q.; MIYADAHIRA, A.M.K. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.10, n. 2, p.185-91, março-abril, 2002.

DIAS, B.F. **Aprendendo a aprender o Diagnóstico de Enfermagem**: estratégias metacognitivas dos estudantes de graduação. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

DOCHTERMAN, J.M.; BULECHEK, G.M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FAWCETT, J. **Contemporary nursing knowledge**: analysis and evaluation of nursing models and theories. 2. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005.

FAWCETT, J; WATSON, B.N; WALKER, P.H; FITZPATRICK, J.J. On nursing theories and evidence. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 33, n. 2, p. 115-119, second quarter, 2001.

FERREIRA, H.M. A totalidade do conhecimento da enfermagem: uma abordagem curricular. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v.16, n. 1, p.56-65, 2003.

FONTES, C.M.B.; CRUZ, D.A.L.M. Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 395-402, set, 2007.

FRANÇA, F.C.V. et al. Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de terapia intensiva e os dificultadores para enfermagem - relato de experiência. **Rev Eletr Enf**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 537-546, 2007.

FREITAS, M.C.; MENDES, M.M.R. Idoso vítima de queimaduras: identificação do diagnóstico e proposta de intervenção de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.59, n.3, p.362-366, maio, 2006.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Contribuição das Teorias de Enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Rev Bras Enferm**, Brasília, mar/abr; 57(2):228-32, 2004.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 188-193, março, 2009.

GIL, A.C.. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GUIMARÃES, H.C.Q.C.P.; BARROS, A.L.B.L de. Classificação das intervenções enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 130-134, jun, 2001.

GUIZZO, B.S.; KRZIMINSKI, C.O.; OLIVEIRA, D.L.L.C. O Software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 24, n. 1, p. 53-60, abril, 2003.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A; BORGHI, A.C.S.; LENARDT, M.H. Ética e estética: envolvimento na promoção do cuidado gerontológico de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15 (Esp), p. 114-24, 2006.

HEATH,H. Reflection and patterns of knowing in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v.27, p.1054-1059, 1998.

HERDMAN, T.H. Qual é o conhecimento de enfermagem necessário para desenvolver a prática de enfermagem? **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v.13, n. 2, p.161-2, abr-jun 2011.

HUNTER, A.L. Stories as integrated patterns of knowing in nursing education. **International Journal of Nursing Education Scholarship**, v. 5, n. 1, art. 38, 2008.

IDVALL, E.; ROOKE, L. Important aspects of nursing care in surgical wards as expressed by nurses. **Journal of Clinical Nursing**, v. 7, p. 512-520, 1998.

IGARI, C. Aprendizagem experiencial: os canais utilizados pelos docentes em administração para transformar as experiências em aprendizagem docente. In: **GT- 8 Formação dos Professores**. Rio de Janeiro, 2008.

ITO, E.E.; PERES, A.M.; TAKAHASHI, R.T.; LEITE, M.M.J. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p.570-5, dez, 2006.

KRUSE, M.H.L. et al. Ordem como tarefa: a construção dos Diagnósticos de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 262-266, mar-abr., 2008.

LAZZARI, D.D.; PEDRO, E.R., SANCHES, M.O., JUNG, W. Estratégias de ensino do cuidado em enfermagem: um olhar sobre as tendências pedagógicas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p. 688-94, dez, 2011.

LEOPARDI, M.T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA A.F.C; GUALDA, D.M.R. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 235-241, 2001.

LOBIONDO-WOOD, G; HABER J. Confiabilidade e validade. In: **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Florianópolis: Guanabara Koogan, p. 207-223, 2001.

LUCENA, A.F. et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 292-298, 2006.

MADUREIRA, V.S.F. Os saberes da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 3, p.357-60, maio-jun, 2004.

MCEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases teóricas para a enfermagem**. Tradução Ana Maria Thorell. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MENDES, L.C. et al . Desobstrução ineficaz das vias aéreas em crianças asmáticas: um estudo descritivo. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 371-378 jun. 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MOORHEAD, S; JOHNSON, M.; MAAS, M. Classificação dos resultados de enfermagem - NOC 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MORAIS, F.R. et al. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Colliere. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, p. 2, p. 305-10, abr-jun, 2011.

MOREIRA, T.M.M.; ARAÚJO, T.L. o modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 97-103, jan.-fev., 2002.

MOULE, P.; GOODMAN, M. **Nursing Research – an introduction**, 1 ed. SAGE Publications Ltd, 2009.

NASCIMENTO, E.M.F. et al. O corpo de conhecimento da enfermagem e o paradigma holístico: uma aproximação possível. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 10, n.1, p. 7-18, jan-abr, 1997.

NASCIMENTO, K.C.; BACKES, D.S.; KOERICH, M.S.; ERDMANN, A.L. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.42, n. 4, p.643-648, dez, 2008.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006**. Porto Alegre: Artmed; 2006.

OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez., 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®**. Guidelines for ICNP® Catalogue. Edição Portuguesa, junho, 2009.

PADILHA, M.I.C.S.; MANCIA, J.R. Florence Nigthingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 723-726, nov.-dez., 2005.

PAI, D.D.; SCHRANK, G; PEDRO, E.N.R. O Enfermeiro como Ser Sócio-Político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 82-87, jan-mar, 2006.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi; p 567- 586, 2003.

PERSEGONA, K.R.; ROCHA, D.L.B.; LENARDT, M.H.; ZAGONEL, I.P.S. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n.3, p. 645-50, jul-set, 2009.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, set-out, 2009.

POWERS, P. A discourse analysis of nursing diagnosis. **Qualitative Health Research**, v. 12, n. 07, p. 945-965, Sept, 2002.

QSR International. **The impossible just got possible NVIVO8**, 2008.

ROLIM, K.M.C., PAGLIUCA, L.M.F., CARDOSO, M.V.L.M.L. Análise da Teoria Humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 432-40, mai-jun, 2005.

RUBARTH, L.B. **Nursing patterns of knowing in assessment of newborn sepsis**. Dissertation (Doctor of Philosophy). The University of Arizona, 2009.

SALOMÃO, G.S.M.; AZEVEDO, R.C.S. Produção bibliográfica sobre o processo de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 5, p.691-5, set-out, 2009.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M.G.O. Produção do Conhecimento sobre Teorias de Enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 182-188, jan-mar., 2010.

SCHMIDT, L.A.; NELSON, D.; GODFREY, L. A clinical ladder program based on Carper's fundamental patterns of knowing in nursing. **JONA**, v. 33, n.3, p. 146-152, mar., 2003.

SILVA JUNIOR, A.G; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: **Modelos de atenção e a saúde da família** / Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SILVA, E.G.C.; OLIVEIRA, V.C., NEVES, G.B.C; GUIMARÃES, T.M.R. Nurses' knowledge about Nursing Care Systematization: from theory to practice. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1376-1382, dez., 2011.

SILVA, E.G.C. et al . O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, dez., 2011a.

SILVA, L.W.S et al . Arte na enfermagem: iniciando um diálogo reflexivo. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p.120-123, mar, 2005.

SILVA, V.S.F.; LIMA, D.V.M.; FULY, P.S.C. Instrumento para realização de exame físico: contribuindo para o ensino da enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enf**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p. 514-522, jul-set., 2012.

SOUZA, A.C.C et al. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.59, n.6, p.805-807, nov-dez, 2006.

SOUZA, M.F. et al. Bases teórico-metodológicas para a coleta de dados de enfermagem In: BARROS, A.L.B. e cols. **Anamnese e Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2010.

STAYT, L.C. Clinical simulation: a *sine qua non* f nurse education or a white elephant? **Nurse Education Today**, v.32, p.23-27, 2012.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Oficina de Vigilância em Saúde do VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia. **IESUS**, VII(2), abr-jun, 1998.

TOLEDO, M.E. O. **As Estratégias Metacognitivas de Pensamento e o Registro Matemático de Adultos Pouco Escolarizados**, 2003. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, **Proposta de Reajuste Curricular – Graduação EEAN**. Centro de Ciências da Saúde. Rio de Janeiro, 1999.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Caderno de Atividades dos Estudantes dos Programas Interdepartamentais XIII e IX**. Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2010.

VINSON, J.A.V. Nursing's epistemology revisited in relation to professional education competencies. **Journal of Professional Nursing**, v.16, n.1, p. 39-46, jan-fev, 2000.

WAIDMAN, M.A.P. et al .Conceitos de cuidado elaborados por enfermeiros que atuam em instituições psiquiátricas.**Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 67-77, abr-jun.2009.

WHITE, J. Patterns of knowing: review, critique, and update. **Advances in Nursing Science**, v. 17, n. 4, p. 73-86, jun, 1995.

YANG, S.E. Models of knowing in the assessment of postoperative pain. **British Journal of Nursing**, v. 19, n.8, p.511-514, 2010.

# A P Ê N D I C E S

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO

**Data da observação:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    **Início:** \_\_\_\_\_ **Término:** \_\_\_\_\_

**I – Setor de realização da coleta de dados - Ambiência**

**II - Contexto de ensino-aprendizagem:**

(n<sup>o</sup> de estudantes, n<sup>o</sup> de professores, dinâmica de divisão de estudantes/professor, entre outros)

**III - Atividades realizadas pelos estudantes:**

1. Observações evidenciadas na passagem de plantão: (Recebimento e transmissão das informações durante a passagem do plantão)
2. Observações evidenciadas na interação entre estudante e professor
3. Observações evidenciadas na interação entre estudante profissionais da equipe de enfermagem
4. Observações evidenciadas na interação entre estudante e equipe de saúde, exceto a equipe de enfermagem
5. Observações evidenciadas nas anotações realizadas pelos estudantes no prontuário
6. Observações nas atividades desempenhadas pelos estudantes durante as atividades de assistência ao cliente

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

**Data da entrevista:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    **Início:** \_\_\_\_    **Término:** \_\_\_\_

### **Orientações para a realização da entrevista:**

1. Primeiramente, destaco os objetivos da pesquisa:
  - Identificar os conhecimentos que os estudantes de graduação em enfermagem utilizam para selecionar as intervenções de enfermagem;
  - Classificar os conhecimentos que os estudantes de graduação em enfermagem utilizam para selecionar as intervenções de enfermagem de acordo com os Padrões Fundamentais do Conhecimento em Enfermagem de Carper (1978);
  - Correlacionar os padrões de conhecimento às tipologias de intervenções;
  - Discutir os predomínios de modelos assistenciais.
  
2. Solicito sua autorização para gravar com o MP3 a entrevista com a intenção de coletar todas as informações expressas durante sua entrevista a fim de facilitar o entendimento das respostas e evitar interrupções.
  
3. Solicito que responda o máximo de informações com a maior clareza possível; sinta-se à vontade para solicitar ou fazer qualquer esclarecimento e comentário.
  
4. Caso aconteça algum imprevisto que impeça a continuidade da entrevista, assim que for possível, a mesma será retomada.

### **Caracterização dos sujeitos de pesquisa:**

Sexo: ( ) Masculino    ( ) Feminino

### **Perguntas:**

1. Durante as atividades que você desempenhou hoje neste setor, que intervenções de enfermagem você realizou?

2. Descreva, passo a passo, o que você utilizou entre a sua chegada ao setor e a realização das intervenções de enfermagem.
  
3. O que guiou você na escolha das intervenções de enfermagem relatadas anteriormente? Por que?

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde)

O Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **Os conhecimentos em Enfermagem que fundamentam as intervenções de enfermagem**. Este estudo tem como objetivos: descrever as ações dos estudantes nas situações práticas na busca de elementos característicos no modelo assistencial de enfermagem; identificar os conhecimentos que os estudantes de graduação em enfermagem utilizam para selecionar as intervenções de enfermagem; classificar os conhecimentos que os estudantes de graduação em enfermagem utilizam para selecionar as intervenções de enfermagem, de acordo com os padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem de Carper (1978); discutir os Padrões Fundamentais do Conhecimento em Enfermagem de Carper (1978) como elementos de seleção das intervenções de enfermagem. A pesquisa terá duração de três anos, com o término previsto para 2013.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na disciplina cursada por você.

Neste estudo sua colaboração consiste em participar de uma entrevista individual e as respostas serão registradas em papel e em MP3, desde que você aceite participar e concorde gravar. As entrevistas transcritas bem como as gravações serão guardadas por 05 (cinco) anos e incinerado após esse período.

Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

---

Marcos Antonio Gomes Brandão  
Orientador  
Cel: (21) 91131782  
E-mail: marcosagbrandão@yahoo.com.br

---

Beatriz Fernandes Dias  
Pesquisador Principal  
Cel: (21) 96148754  
E-mail: biaenf2000@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228

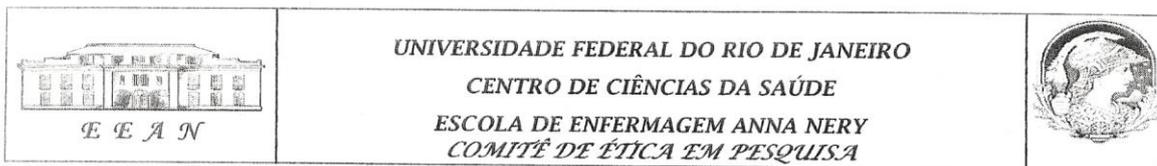
Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: \_\_\_\_\_ (assinatura)

# A N E X O S

## ANEXO A – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA



Protocolo nº 077/2011

Título do Projeto: OS CONHECIMENTOS EM ENFERMAGEM QUE FUNDAMENTAM AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.

Pesquisador Responsável: Beatriz Fernandes Dias

Instituição onde a pesquisa será realizada: EEAN

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 07/10/2011

SITUAÇÃO:

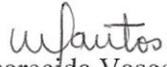
Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião ocorrida em 27 de outubro de 2011.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a 01 (hum) ano e/ou ao término da mesma, com um CD, indicando o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 17 de novembro de 2011.

  
P/ Maria Aparecida Vasconcelos Moura  
Coordenadora do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL  
NÚCLEO DE PESQUISA DE FUNDAMENTOS DO  
CUIDADO DE ENFERMAGEM (NUCLEARTE)

Rio de Janeiro, 01 de dezembro de 2011.

**Solicitação de Autorização para coleta de dados no HUCFF**

Venho por meio desta solicitar à Chefia de Enfermagem do Hospital Clementino Fraga Filho autorização para desenvolver parte da tese de doutorado, intitulado provisoriamente como: Os conhecimentos de Enfermagem que fundamentam as Intervenções de Enfermagem.

O projeto em tela tem como responsável Beatriz Fernandes Dias sob a orientação do Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão e está vinculado à Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery. Obteve aprovação em 27 de outubro de 2011 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Escola São Francisco de Assis/Escola de Enfermagem Anna Nery, protocolo número 077/2011.

Minha solicitação se justifica uma vez que quero observar que conhecimentos os estudantes do PCI VIII e IX, sexto período do curso de graduação em enfermagem, utilizam para fundamentar as intervenções que são realizadas durante as práticas de ensino desenvolvidas nas disciplinas mencionadas.

Para isso, é necessário realizar uma observação não participativa da dinâmica de inserção destes estudantes nos seguintes campos práticos: Centro Cirúrgico, Centro de Terapia Intensiva, Clínica Médica e Cirúrgica.

Diante dos aspectos colocados acima, solicito autorização para desenvolver parte do trabalho supracitado nos setores destacados.

Desde já agradeço e fico à disposição para qualquer esclarecimento.

*Beatriz Fernandes Dias*

Beatriz Fernandes Dias  
Pesquisador Principal  
Cel: (21) 96148754  
E-mail: biaenf2000@yahoo.com.br

*De acordo!*

Fátima Cristina Esguardes Freitas  
Diretora Substituta da DEN  
Divisão de Enfermagem - HUCFF/UFRJ  
COREN/RJ: 065566 - SIAPE: 0374900

Em, 07/12/11