

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



**Proposição de um Diagrama para
realização de Diagnósticos de
Enfermagem por Iniciantes**

Allan Peixoto de Assis

RIO DE JANEIRO, 2010

Allan Peixoto de Assis

**Proposição de um Diagrama para
realização de Diagnósticos de
Enfermagem por Iniciantes**

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

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão

RIO DE JANEIRO

Maiο, 2010

ASSIS, Allan Peixoto

Proposição de um Diagrama para realização de Diagnósticos de Enfermagem para Iniciantes. / Allan Peixoto de Assis. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2010, 135f.

Orientador: Marcos Antônio Gomes Brandão

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN – Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, 2010.

Referências Bibliográficas: f. 125-135.

1.Diagnóstico de Enfermagem. 2. Diagrama. 3. Aprendizagem. 4. Ensino. I Brandão, Marcos Antônio Gomes. II Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem. III Proposição de um Fluxograma para realização de Diagnósticos de Enfermagem para Iniciantes

CDD:610.73

Allan Peixoto de Assis

Proposição de um Diagrama para realização de Diagnósticos de Enfermagem por Iniciantes

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

Rio de Janeiro, 21 de maio de 2010

PROF. DR. MARCOS ANTÔNIO GOMES BRANDÃO
PRESIDENTE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - UFRJ

PROF. DR. MAURÍCIO ABREU PINTO PEIXOTO
1º EXAMINADOR
NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA SAÚDE - UFRJ

PROF^a DR^a GLÁUCIA VALENTE VALADARES
2ª EXAMINADORA
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - UFRJ

PROF^a DR^a MÁRCIA DE ASSUNÇÃO FERREIRA
1ª EXAMINADORA SUPLENTE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - UFRJ

PROF^a DR^a ROSIMERE FERREIRA SANTANA
2ª EXAMINADORA SUPLENTE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA - UFF

Dedico esta obra a todos os enfermeiros empenhados na árdua tarefa de colocar em prática o Diagnóstico de Enfermagem, assim como a todos que direta ou indiretamente comprometem-se com o ensino do mesmo e que acreditam na sua importância para a profissão.

Aos enfermeiros do Hospital do Câncer II, por proporcionarem o palco de discussão desta temática e por acreditarem em mim, desde o início da construção do estudo.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por me dar força, luz e sabedoria para conduzir este estudo, principalmente nos momentos de dificuldade, levando-me a conclusão de mais uma importante etapa da vida.

À minha querida família pelo apoio incondicional em todo o período do curso de Mestrado e pela compreensão de algumas ausências necessárias para o estudo da temática.

Ao Prof. Dr. Marcos Brandão, meu orientador, que guiou-me no exercício desta obra de maneira cuidadosa, considerando e analisando conhecimentos adquiridos à luz de teorias e métodos pertinentes.

Aos membros da banca examinadora, especialmente ao Prof. Dr. Maurício Peixoto e a Profa Dra Gláucia Valadares pelos ensinamentos e direcionamentos, possibilitando a melhor forma de condução do projeto e dissertação.

Aos amigos do mestrado, aos membros do GEAC e aos membros do TECCONSAE pela constante troca de informações, pela indicação de artigos e principalmente pelas discussões em grupo, que proporcionaram aprendizado.

À amiga Beatriz Fernandes Dias por me ajudar nos momentos em que tive dificuldade com a construção da dissertação, através de encontros, leituras e orientações.

Ao Vinícius pelo constante apoio e auxílio, principalmente na compilação dos dados e na confecção do fluxograma.

Ao amigo Bruno Rosa pelo suporte que me deu com a Informática, principalmente na apresentação do fluxograma.

Enfim, todas as pessoas que diretamente ou indiretamente contribuíram para a realização desta dissertação. Muito obrigado!

RESUMO

ASSIS, Allan Peixoto. **Proposição de um diagrama para realização de diagnósticos de enfermagem por iniciantes**. Rio de Janeiro, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010. Orientador: Prof^o Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão.

O estudo tem como objeto a descrição organizada em diagrama das etapas para realização de diagnósticos de enfermagem direcionada a estudantes e enfermeiros iniciantes na prática clínica. Os objetivos são: Analisar as recomendações para realização de diagnósticos de enfermagem na literatura de enfermagem; propor um diagrama de fluxo facilitador da realização de diagnósticos de enfermagem dirigido a estudantes e enfermeiros iniciantes; descrever as etapas do diagrama tendo por base suas finalidades, circunstâncias, motivos e explicações. Para analisar as recomendações da literatura foi realizada uma síntese sistemática dos estudos sobre realização de diagnósticos de enfermagem. Daí, emergiram quatro etapas comuns do processo diagnóstico, as quais foram posteriormente hierarquizadas e associadas a ações específicas, o que possibilitou um mapeamento da tarefa. O diagrama de fluxo foi confeccionado tendo por base simbologias e formas geométricas correspondentes aos procedimentos, ações, decisões e conclusões de cada etapa de realização do diagnóstico de enfermagem. A descrição detalhada do diagrama deu-se por meio de respostas às perguntas aristotélicas (Para quê?, Quando? Por quê? e Como?) direcionadas aos procedimentos de cada etapa. Optou-se por uma construção textual de caráter instrucional, utilizando linguagem verbal no modo imperativo e dirigindo-se especificamente ao leitor iniciante. Espera-se que o estudo sirva de suporte instrucional ao indivíduo que se inicia na atividade de diagnosticar e de instrumento de ensino da tarefa diagnóstica.

Palavras chaves: Diagnóstico de Enfermagem, Diagrama, Aprendizagem , Ensino

ABSTRACT

ASSIS, Allan Peixoto. **Diagram proposition for beginners nursing diagnoses realization.** Rio de Janeiro, 2010. Dissertation (Masters in Nursing). School of Nursing Anna Nery, Federal University of Rio de Janeiro, 2010. Advisor: Teacher Marcos Antônio Gomes Brandão.

The study has as object an organized description in diagram format of steps for realization of nursing diagnoses by students and beginners nurses in clinical practice. The objective are: to analyze the bibliographical recommendations for realization of nursing diagnoses; to propose a flow diagram for realization of nursing diagnoses by students and beginner nurses; to describe steps of diagram based on your goals, circumstances, reasons and explanations to make them. To analyze the bibliographical recommendations was made a systematic synthesis of studies related to nursing diagnoses realization. So, emerged four common steps of diagnose process, that were organized into a hierarchy and associated with specific actions, that made possible the mapping of the nursing diagnostic task. The flow diagram was made based on symbols and geometric forms corresponding to procedures, actions, decisions and conclusions of each step. The detailed description of each diagram's step was made through answers for aristotelic questions (what?, When?, Why? and How?) driven for each procedure. Was decided the use of a textual construction into an instructional format, using language of imperative verbal mode and assertive driven with specificity to a beginner reader. It wished that the study serve to an instructional support for the beginner diagnostician and to educator as a instrument to teaching of this task, showing a possible way and serving how task control instrument.

Keywords: Nursing Diagnoses, Fluxogram, Learning, Teaching

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Representação de significados das formas geométricas convencionadas para um diagrama de fluxo. 34

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Quantitativo de artigos encontrados e selecionados em base de dados eletrônica com o descritor [diagnóstico de enfermagem] de 1990 a 2009. 29
- Tabela 2:** Quantitativo e tipo de materiais encontrados e selecionados em biblioteca com o descritor [diagnóstico de enfermagem] de 1990 a 2009. 29
- Tabela 3:** Categorização e quantitativo de estudos encontrados nas bases de dados eletrônicas e na biblioteca. 30
- Tabela 4:** Categorização e quantitativo dos estudos sobre modelos de realização de diagnósticos de enfermagem selecionados nas bases de dados eletrônicas e na biblioteca. 30

SUMÁRIO

1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1.1 – Aproximação com o tema	12
1.2 – Problema e contextualização	17
1.3 – Objeto e objetivos do estudo	27
2 - JUSTIFICATIVAS E CONTRIBUIÇÕES	29
3 - MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	33
3.1 – Análise dos modelos de realização de diagnósticos de enfermagem	34
3.2 – Resultados de busca na literatura de enfermagem das recomendações para realização de diagnósticos de enfermagem	40
3.3 – Método de confecção do diagrama	43
3.4 – Método de elaboração das descrições das etapas do diagrama	44
4 – DESENVOLVIMENTO E DESCRIÇÃO DO DIAGRAMA	45
4.1 – Desenvolvimento do diagrama	45
4.2 – Descrição do diagrama	47
4.2.1 – Coleta de dados que antecedem o encontro com o cliente	48
4.2.2 – Coleta de dados no encontro com o cliente	68
4.2.3 – Avaliação direta e focal do cliente	90
4.2.4 – Tratamento dos dados após encontro	95
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125

1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS:

O objeto do presente estudo é a descrição organizada em diagrama das etapas para realização de diagnósticos de enfermagem direcionada para estudantes e enfermeiros iniciantes na prática clínica.

Busca-se assim, propor um direcionamento das etapas de realização de diagnósticos de enfermagem usando o formato de um diagrama de fluxo, e também descrevê-las detalhadamente sob a perspectiva de Gordon (1993), Lunney (2004), Carnevali & Thomas (1993) e Brandão (1999).

1.1 - Aproximação com o tema:

Desde a época da academia, perpassando pela experiência como docente até a atuação como profissional e preceptor de residentes de enfermagem o diagnóstico de enfermagem se mostra como foco de nossa inquietação.

Durante essa trajetória o processo de enfermagem e as classificações diagnósticas foram claramente reconhecidos como instrumentos facilitadores para o desenvolvimento da prática clínica. Porém, ao longo do tempo nossas exigências de desenvolvimento profissional e aprendizado permanente relacionadas ao entendimento da tarefa de diagnosticar, tornaram-se cada vez mais amplas e complexas voltando-se para o conhecimento e busca por justificativas que envolviam procedimentos e operações mais abstratos, e, por conseguinte, menos alcançáveis do ponto de vista de uma “primeira observação”. Isso nos fez atentar para uma necessidade de descrição das ações do cotidiano, voltadas basicamente aos comportamentos e atitudes dos enfermeiros ao diagnosticar.

Cabe elaborar uma reconstrução pormenorizada das relações do interesse de pesquisa com nossa trajetória profissional, no sentido de maiores esclarecimentos sobre o que nos levou a desenvolver o estudo.

O interesse inicial pelo diagnóstico e a tarefa de diagnosticar se deu nos tempos de graduação, principalmente quando nos inserimos nos campos de prática previstos no currículo da universidade. Percebíamos que a realização do diagnóstico de enfermagem era um grande desafio para a maioria dos discentes, pois, eles mesmos sentiam dificuldade em delimitar o fenômeno diagnóstico após leitura e exame das informações coletadas, levando geralmente a omissão de seu registro junto aos impressos do cliente e a sua não consideração nos estudos de caso e discussões grupais com o docente.

Naquela etapa o que mais nos preocupava eram questões voltadas à definição do diagnóstico, às suas formas de construção textual e ao seguimento de taxonomias para a sua correta redação. Tudo isso culminou em 2004 na construção do nosso trabalho de conclusão de curso. Neste estudo realizamos um levantamento de diagnósticos de enfermagem em clientes cardiopatas críticos, analisando-se a frequência de diagnósticos reais, de risco e suas respectivas características definidoras e fatores relacionados, segundo a Taxonomia II da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA).

Estudos com tal delineamento, embora se restrinjam apenas a questão do conteúdo e frequência do diagnóstico, contribuem substancialmente para o planejamento assistencial e gerencial da unidade de assistência, pois caracterizam as necessidades de uma clientela específica.

Depois de formado e inserido como professor de uma instituição particular de ensino superior em enfermagem ministrando a disciplina “Enfermagem Especializada II”, que tratava basicamente de conteúdos relacionados à assistência ao cliente crítico, observamos que a

dificuldade em diagnosticar também acontecia, mesmo estando os alunos no último período do curso de graduação.

Muitas vezes, ao examinarmos os clientes à beira do leito ou discutirmos casos hipotéticos, os alunos relatavam não conseguir determinar os diagnósticos, mesmo de posse dos dados semióticos e de material de consulta. Neste contexto nossa inquietação pelo diagnóstico e sua realização passou a não mais restringir-se e focar-se na perspectiva estrutural e conceitual, e sim dirigiu-se para sua formulação subsidiada pela coleta e agrupamento de dados. Observamos que a forma utilizada pelos alunos para agrupar os dados coletados muitas vezes não possibilitava um olhar interpretativo aos focos de atenção de enfermagem, o que dificultava a determinação do diagnóstico.

Esta forma de coleta e agrupamento parecia ser insuficiente para caracterizar a situação dos clientes, visto que se estruturava apenas em sistemas orgânicos, sem investigar questões de natureza emocional, ambiental, social e espiritual, relevantes para o cuidado de enfermagem. Notava-se assim uma forte influência do modelo biomédico no direcionamento do exame clínico que, por desconsiderar a atenção holística do homem, mostrava-se como possível fator que limitava a identificação de respostas humanas que indicassem necessidades de atuação profissional, dificultando, por fim, a realização do diagnóstico de enfermagem.

Quanto a isso verifica-se em Nóbrega (1990, p.57), Garcia (2004, p.35) e Le Fevre (2000, p.89), quando tratando da execução e o registro da coleta de dados em enfermagem, que a recomendação é de que o enfermeiro deve seguir um método que tenha como ponto prioritário o fornecimento de conjuntos de respostas humanas que dêem base a julgamentos em forma de diagnósticos de enfermagem, que por sua vez, geram o estabelecimento de metas e o direcionamento das intervenções.

Prosseguimos assim na preocupação pela forma e utilização da linguagem diagnóstica associado ao interesse pela influência das formas de coleta e agrupamento de dados. Este

movimento nos levou a propor em 2006, juntamente com os alunos de graduação, um instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes críticos, que categorizava a investigação semiótica em domínios estabelecidos pela taxonomia da NANDA sendo, portanto, representativos dos focos de atenção de enfermagem.

Embora o instrumento não tenha sido validado cientificamente, gerou na prática uma facilitação quanto à realização do diagnóstico. Sua estrutura agrupava respostas humanas em um foco ou categoria, reduzindo a amplitude de situações diagnósticas, o que talvez tenha favorecido os mecanismos de escolha e confirmação de hipóteses.

Posteriormente na condição de profissional da assistência direta de um hospital de ensino presenciamos desafios de diagnosticar entre enfermeiros residentes. A residência de enfermagem é para muitos enfermeiros a primeira situação de contato com a prática clínica depois de graduado, sendo a quase totalidade das turmas preenchida por recém-egressos do curso de graduação. Ao trabalhar diretamente com esses enfermeiros notava-se a dificuldade dos mesmos na realização do diagnóstico. Mesmo tendo concluído a graduação, os enfermeiros residentes referiam não obter conhecimento do que fazer para julgar um diagnóstico de enfermagem, tornando difícil até mesmo a instrução desta tarefa pelo preceptor.

As reflexões decorrentes das experiências elencadas anteriormente focaram a inquietação de investigação para o "fazer o diagnóstico de enfermagem". Apesar do conhecimento disponível acerca do diagnóstico enquanto categoria, do entendimento das suas finalidades no contexto do processo e da identificação de formas adequadas de coletar dados para sua formulação, ainda faltava uma clareza de apresentação pormenorizada do processo de realização do diagnóstico de enfermagem.

Esta lacuna tornou-se mais incômoda em 2007, quando nossa inserção na implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na instituição, trouxe maior demanda

aos profissionais. A política de SAE preconizava o seguimento das fases do processo de enfermagem na abordagem ao cliente, destacando a realização do diagnóstico, sendo prioritária a necessidade de orientar os enfermeiros residentes sobre o seu registro adequado e formas de encontrá-lo frente aos dados coletados.

Muitas foram as dificuldades encontradas na implantação da SAE na referida instituição, sendo a realização do diagnóstico apontada como etapa de maior desafio pela equipe de enfermeiros tanto residentes quanto outros iniciantes do próprio serviço. Através de um estudo de impressão realizado neste momento, 93,2% desses enfermeiros referiu dificuldade no julgamento e na formulação diagnóstica, e durante 90 dias de monitoramento observou-se 68% de inadequação entre dados coletados e diagnósticos registrados.

Essas mesmas dificuldades foram apontadas no estudo de Ciarullo e Cruz (2001, p.34) que levantou os fatores limitantes para a implementação do diagnóstico de enfermagem em instituições brasileiras. Por meio da opinião dos próprios enfermeiros, a principal dificuldade situava-se na tarefa diagnóstica. Os enfermeiros participantes da pesquisa qualificaram a realização do diagnóstico como algo complexo, o que limitava o seu julgamento, tratamento e registro.

Da mesma forma, uma avaliação da implementação dos diagnósticos de enfermagem no Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (CAISM) – Campinas - também concluiu, através da visão dos enfermeiros, que 65% apontaram a identificação de diagnósticos como atividade de alta complexidade. (LOPES, 2002, p.111)

Com base nesses achados, coordenamos no cenário acima vivenciado, juntamente com outros enfermeiros, o Grupo de Exercício em Raciocínio Clínico (GERC) que almejava ser um instrumento de capacitação em serviço capaz de minimizar as dificuldades dos profissionais envolvidos com a tarefa diagnóstica. O GERC consistia em encontros semanais com enfermeiros residentes e outros iniciantes da prática clínica objetivando exercitar o

juízo diagnóstico por meio de discussão de casos reais, vivenciados nos próprios setores de assistência direta. Durante as discussões foi possível não somente uma maior familiarização com os termos da taxonomia, mas também uma aproximação com a realização do diagnóstico, reduzindo algumas dificuldades a ela relacionadas. A discussão em grupo possibilitava o embate de idéias, o conhecimento de conceitos básicos da clínica e principalmente a descoberta de ordens lógicas de passos que nos levava ao diagnóstico de enfermagem.

Ficava claro para nós a necessidade de produção de contribuições científicas no sentido de uma maior clareza e organização das etapas para a realização do diagnóstico de enfermagem, visando minimizar possíveis dificuldades impostas na sua execução. Assim, encontra-se no próximo tópico o problema da presente dissertação.

1.2 - Problema e contextualização:

A realização do diagnóstico requer o estabelecimento da primeira fase do processo de enfermagem, ou seja, da construção do histórico por meio da coleta de dados. De posse do repositório de dados que representa o histórico de enfermagem, o enfermeiro analisa e organiza as informações, interpretando-as no sentido de determinar o estado de saúde (ou a natureza do distúrbio na saúde) de um cliente, família ou comunidade, denominando assim os fenômenos de relevância clínica que necessitem de intervenções de enfermagem. Esse juízo é fator necessário para a delimitação das metas do cuidado, que vão direcionar a ação do enfermeiro.

Nas profissões da área da saúde o diagnóstico precede a ação (intervenção ou terapêutica). É dessa forma que os profissionais identificam as necessidades e planejam suas decisões em relação à determinada situação. Para a enfermagem, cuidar de uma pessoa a

partir de um diagnóstico é aspecto essencial, tem como finalidade principal atender as necessidades básicas das pessoas, sejam elas portadores de agravos de saúde ou indivíduos saudáveis. Faz parte da delimitação da natureza da disciplina de enfermagem estabelecer os fenômenos com os quais a mesma lida.

A utilização do diagnóstico permite que os enfermeiros trabalhem com uma ferramenta que dispõe de um sistema de classificação, ou uma taxonomia que define o corpo de conhecimentos pelo qual a enfermagem é responsável. A identificação da prática definitiva da enfermagem aumenta a responsabilidade dos enfermeiros em avaliar os seus clientes, determinar o diagnóstico, proporcionar as intervenções adequadas e gerenciar, de fato, a prestação da assistência, através da sistematização de todas as etapas do processo de enfermagem. (CARPENITO, 1997, p.24).

Os diagnósticos de enfermagem não servem para identificar ou direcionar prescrições para a cura de uma doença. De fato, eles dizem respeito às respostas, em padrão, que podem decorrer de doenças, situações do ciclo de vida ou da própria terapêutica, gerando necessidades que o enfermeiro, deve estar preparado para identificar e tratar adequadamente. (SILVA, 2001, p.84).

A North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) define diagnóstico de enfermagem como:

Um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos da vida reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem que visam atingir os resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. (NANDA, 2008, p.21)

De forma complementar, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) também o conceitua da seguinte forma:

Diagnóstico de enfermagem é um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. (Resolução COFEN 358/2009, p.3)

A decisão por um diagnóstico de enfermagem é um exercício extremamente complexo, pois envolve a interpretação do comportamento humano relacionado à saúde (LUNNEY, 2004, p.46). Glenn Webster (1984, p.15), filósofo da ciência, notou que a complexidade dos fenômenos de enfermagem é única. Essa complexidade evolui a partir do foco na natureza holística das pessoas e da saúde. “O paciente procura o enfermeiro para ser reconhecido como uma pessoa, e não apenas como um tipo de doença ou problema” (WEBSTER, p.15). Os diagnósticos de enfermagem devem abarcar as relações e interações que caracterizam a complexidade do cuidado e do sujeito do cuidado em si. Porém, há que se destacar que ainda é um desafio conciliar aspectos da complexidade requerida com a ferramenta disponível (processo de enfermagem), já que esta última tende a ser aplicada em perspectivas simplificadoras e reducionistas.

O desafio é de tal magnitude que se verifica na literatura a menção de que em várias experiências de implantação do processo de enfermagem, a etapa do diagnóstico foi omitida trabalhando-se especialmente as fases de histórico, prescrição e evolução (CAMPEDELLI et al, 1989, p.24). Alguns trabalhos incluem a lista de problemas como uma fase intermediária entre a coleta de dados e a prescrição de enfermagem (MARIA, 2003, p.54)

A despeito das dificuldades são muitos os argumentos levantados a favor do processo diagnóstico em enfermagem. Segundo Brandão (1999, p.29), sem o diagnóstico de enfermagem, o cuidado, materializado em intervenções de enfermagem, não atinge a individualização nem a eficácia necessárias ao alcance dos objetivos clínicos. A implementação de intervenções de enfermagem sem a anterior elaboração diagnóstica

determina a execução de cuidados desvinculados da realidade do cliente, gerando um cuidado baseado na necessidade usual de uma categoria de clientes que vivem uma situação clínica semelhante. Isso se traduz na tentativa de selecionar o cuidado geralmente pela doença ou outra condição, sem antes verificar a natureza da manifestação da reação humana naquele cliente em especial. Como consequência um “pacote de cuidados” é lançado, às vezes útil mas nem sempre. Na pior das hipóteses colocando em risco a saúde do cliente.

De acordo com Cruz (1991, p.89), a supressão ou a formulação incorreta do diagnóstico de enfermagem pode comprometer todas as demais fases do processo de enfermagem. Cruz (1997, p.108) afirma que a inclusão do diagnóstico de enfermagem pode contribuir para uma prática assistencial com qualidade, á medida que determina o foco da ciência clínica da enfermagem e favorece a exposição de um saber profissional.

Para além do paradoxo cliente complexo - processo simples, existem ainda as dificuldades relacionadas à metodologia de ensino e aplicação clínica em si. Aponta-se que dificuldades em realizar o diagnóstico de enfermagem guardam relação com a forma como vem sendo conduzido o ensino dessa temática, muitas vezes sem disponibilizar ao aluno ações mínimas que devem ser seguidas para o seu desenvolvimento (NAKATANI. et al, 2000, p.27).

Dias (2009, p.23), detectou dentre alunos de graduação uma dificuldade no que tange a tarefa de diagnosticar diante de dados coletados do cliente. Em seu estudo relata que ao sentirem dificuldades em fazer o diagnóstico de enfermagem, muitos alunos o ignoravam, utilizando assim outros referenciais para direcionamento e implementação das intervenções.

Carvalho et al (2004, p.62) também descreve sua experiência no ensino do diagnóstico de enfermagem, relatando o processo diagnóstico segundo as recomendações de GORDON (1993) e estabelecendo o diagnóstico de acordo com NANDA. Essa autora sugere maiores investimentos na explicação do processo seguido para análise, síntese e interpretação de dados

semióticos já desde o início da graduação, visando maiores níveis de competência com o tema ao longo do curso e depois de formado.

Garcia (2004, p.3), observa que a dificuldade imposta no ato de diagnosticar respostas humanas está realmente no não conhecimento dos passos que devem ser seguidos para sua tomada de decisão. A autora coloca inclusive que a atividade de decisão diagnóstica é habilidade fundamental que deve ser apresentada e trabalhada desde o início do processo de formação do enfermeiro, perpassando não somente pelos estudos teórico-práticos da universidade como também pelos programas de educação permanente das instituições hospitalares depois de iniciado na prática clínica.

Como resultado de poucos investimentos no ensino do diagnóstico de enfermagem, principalmente nos cursos de graduação, podemos nos deparar com enfermeiros recém-graduados e iniciantes que não valorizam o seu julgamento e sentem dificuldade quando tentam colocá-lo em prática.

Um estudo realizado por Nakatani et al (2000, p.29), mostrou falas de recém-graduados em enfermagem frente ao exercício de levantamento diagnóstico diante de dados obtidos de um cliente hipotético. Os enfermeiros iniciantes consideraram o assunto extremamente complexo e assim expressaram algumas dificuldades percebidas:

A análise dos dados é um assunto complexo, por isso é necessário ter base sólida para a realização da mesma; particularmente tenho dificuldades ao fazê-la.

Poderíamos ter tido uma explicação mais clara sobre a realização do diagnóstico de enfermagem durante a faculdade.

Não sei claramente como devo agir quando colete os dados do cliente para fazer o diagnóstico.

Os iniciantes ou novatos ainda não dominam as ferramentas necessárias para o cuidado de uma determinada clientela, sendo assim, cada encontro se apresenta como uma situação nova e estranha, parecida com a de um estreante (SILVA; FERREIRA, 2008, p.108). Em se tratando da tarefa de diagnosticar respostas humanas, o conhecimento ainda não exercitado do tema e a pouca experiência clínica podem trazer repercussões irreversíveis para o cliente (LUNNEY, 2007, p.34).

O estudo da obra de Patrícia Benner (2001, p. 49 – 54) caracteriza muito bem a fase do iniciante por meio do modelo de Deyfrus. O modelo de Deyfrus estabelece que, na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciante, iniciante avançado, competente, proficiente e perito.

Para Benner (2001, p.45), os iniciantes não têm experiência das situações com que possam ser confrontados. Para lhes ensinar e permitir que adquiram a experiência tão necessária ao desenvolvimento das suas competências, são-lhes descritos situações em termos de elementos objetivos tais como: o peso, os líquidos ingeridos e eliminados, a pressão arterial, a pulsação e outros parâmetros objetivamente mensuráveis, que permitem conhecer a condição de um cliente. São-lhes igualmente ensinadas as normas, independente do contexto, para guiar os seus atos em função dos diversos elementos.

As regras impõem aos iniciantes um comportamento típico extremamente limitado e rígido. O centro da dificuldade reside no seguinte fato: tendo visto que os enfermeiros iniciantes não possuem nenhuma experiência na situação a qual vão fazer frente, têm que lhes ser dadas regras para guiar-los em seus atos. Mas o fato de seguirem essas regras poderá não ir ao encontro de um comportamento correto, porque não lhes podem ser indicados quais os atos mais úteis numa dada situação real (BENNER, 2001, p. 49)

O que se pode compilar da problemática elencada até aqui destaca que os problemas no tema do fazer o diagnóstico de enfermagem são relacionados à oposição simples versus complexo, aos problemas do ensino-aprendizado e ao domínio das ações diagnósticas em si.

Há também que se estabelecer que existe a dimensão da investigação cognitiva do diagnóstico que se articula aos elementos já apresentados. O procedimento mental envolvido na realização de um diagnóstico de enfermagem utiliza, segundo Gordon (1993, p.66), a interação de processos interpessoais, técnicos e intelectuais. Os processos interpessoais consistem na comunicação real com os clientes e outros profissionais de saúde, para propósitos de coleta e análise de informações. Os processos técnicos envolvem o uso de ferramentas e habilidades específicas, como a realização de um exame físico. Os processos intelectuais incluem o desenvolvimento da inteligência e o emprego do raciocínio clínico para a coleta e análise de dados semiológicos e a tomada de decisão.

Segundo Gordon (1993, p.199), as etapas para se chegar a um diagnóstico são de cunho procedimental e mental, pois envolvem técnicas específicas de coleta e processamento da informação, para então gerar uma hipótese diagnóstica que pode ser confirmada ou descartada. Todo esse conjunto de atividades necessita da utilização de habilidades de raciocínio, que na enfermagem, caracteriza-se como o raciocínio clínico ou pensamento crítico na área clínica. Assim, é muito importante que as ações de realização do diagnóstico sejam explicitadas e que o profissional seja capacitado para raciocinar clinicamente.

Difícilmente as obras literárias clássicas em enfermagem fundamental trazem a descrição das etapas para realização do diagnóstico, estando muitas vezes o aluno em contato maior com o conhecimento da doença e sua cura. Isso tem muita relação com a situação atual do ensino em enfermagem, que privilegia o estudo do corpo, em sua dimensão biológica, reforçando a fragmentação desse corpo, como citam Stedile, et al (2003, p.2).

Muitas obras até trazem o diagnóstico de enfermagem como fase a ser seguida no processo de enfermagem, porém não é observada uma descrição de sua realização nas condições clínicas apresentadas, assim como sua associação com habilidades e estratégias de raciocínio, e o seu acompanhamento ao longo do processo.

A apresentação insuficiente da descrição das ações para a realização do diagnóstico de enfermagem em obras voltadas para o ensino dos fundamentos de enfermagem pode refletir, na prática das instituições de saúde, na dificuldade da tarefa diagnóstica e na não aplicação desta junto às fases do processo de enfermagem, tornando letárgico o despertar para o seu desenvolvimento.

No tocante aos artigos científicos voltados à temática, concluiu-se, após um levantamento em base de dados eletrônica realizado em junho de 2009 com o descritor “diagnóstico de enfermagem”, que dos 63 artigos selecionados, 33 relacionavam-se a estudos epidemiológicos com diagnósticos de enfermagem e 21 relacionavam-se a estudos de validação tanto clínica quanto de conteúdo de um ou mais diagnósticos em situações específicas. Apenas 09 artigos, dentre os selecionados, tentavam por meio de revisão de literatura e abordagens qualitativas, descrever a realização do diagnóstico de enfermagem que, muitas vezes, relacionava-o como produto de um conjunto de operações mentais.

Destacamos os estudos que abordam a realização do diagnóstico de enfermagem sob o aspecto do raciocínio, porque normalmente estudos desta linha voltam-se mais para a apresentação do diagnóstico enquanto “processo”, diferente de outras abordagens de cunho mais conceitual, clínico ou epidemiológico. Entendemos, no contexto da realização do diagnóstico de enfermagem este “processo” como o processo diagnóstico em enfermagem, método pelo qual o enfermeiro deve utilizar para chegar a uma forma de julgamento diagnóstico.

Além disso, a seleção de artigos de caráter mais descritivo e de relação com modelos que consideram o diagnóstico como um “processo” e fruto de um raciocínio, atendem às concepções teóricas mais atuais sobre a realização do diagnóstico de enfermagem. Segundo Phillips et al (2006, p.57-65), a realização do diagnóstico de enfermagem evoluiu ao longo das décadas. Nos meados de 1970 a descrição do processo diagnóstico pautava-se em

modelos mais estatísticos, em que a tomada de decisão fundamentava-se basicamente na teoria da probabilidade, utilizando principalmente teoremas como o Bayesiano. Em 1980 o diagnóstico começou a ser descrito como atividade cognitiva complexa, de fundo mais racional, tendo como suporte a teoria do processamento da informação e o modelo hipotético-dedutivo. A partir de 1990 até os dias de hoje, atenta-se menos para os modelos anteriores para apoiar teorias do raciocínio intuitivo na elaboração do diagnóstico, tendo como principais aspectos o reconhecimento de significados, o entendimento do senso comum, o conhecimento, a especialização e a perícia.

Do que se verifica como síntese dos limites da maioria de obras literárias e estudos científicos consultados, é uma produção com riqueza de detalhes referentes ao conceito e estrutura do diagnóstico e, por outro lado, a pouca ou quase nenhuma observância ao conjunto de etapas necessárias à realização do mesmo.

Sabe-se que o diagnóstico é importantíssimo para o direcionamento da clínica, dos estudos científicos e do sistema gerencial de enfermagem, porém, ainda encontram-se lacunas na descrição de como ele é realizado.

Apresentada a problemática geral do tema, propomos a delimitação do problema do presente estudo como a insuficiente descrição da realização do diagnóstico de enfermagem, no que concerne a apresentação de etapas organizadas e fundamentadas, que tenha como premissa as características do estudante e desenvolvimento profissional do enfermeiro iniciante.

Para descrever com a forma organizada requerida na problemática, o estudo utiliza uma ferramenta denominada “diagrama”. Segundo Berner (2007, p.123) um diagrama é uma sequência ordenada de passos que deve ser seguida para a realização de uma tarefa, caracterizando-se por ser finito, garantir repetibilidade e gerar instruções bem definidas e não ambíguas.

A descrição de uma determinada atividade, no caso da realização do diagnóstico de enfermagem, sob a forma de escrita puramente narrativa sugere algumas desvantagens para o leitor. A primeira é relacionada à extensão do texto que pode ser longo por demais, implicando em quebra de idéias ou perda da idéia principal. Outra é que a linguagem textual simples não é a melhor estrutura devido ao fato de geralmente ser muito extensa e estar representada sob a forma de listagem enumerada, o que torna difícil sua absorção e a integração mental de pontos relacionados entre si.

O diagrama de fluxo descreve uma determinada tarefa sob a forma de figuras geométricas. Este mapeamento de atividades utiliza símbolos simples, linhas e palavras, de forma a apresentar graficamente sua seqüência de ações, visando definir e implementar meios para o seu aperfeiçoamento. Tem como objetivos principais interagir o usuário com a relação dos elementos do processo, permitir comparações com a realidade vivenciada, determinar as melhorias e facilitar a comunicação. (CUNHA, 2009, p.21)

Assim, observamos que o conceito de diagrama não foi criado para representar um formato de algoritmo e satisfazer as necessidades somente da computação e da administração. Na verdade há inúmeros casos que podem exemplificar o seu uso para padronização do exercício de tarefas. (ALIFERIS, 1995, p.12)

A realização do diagnóstico de enfermagem, independente de sua complexidade, requer o desempenho de uma tarefa seguida por etapas, podendo fazer parte de uma rotina da prática clínica e assim adaptar-se ao formato de um fluxograma. O principal propósito é oferecer recurso interativo do seguimento de etapas, inclusive de operações mentais, de forma compreensível por diagnosticadores iniciantes, tentando, com isso, facilitar a atividade em questão.

O uso de um diagrama de fluxo mostra-se assim como possibilidade de organizar as etapas envolvidas na realização do diagnóstico de enfermagem, minimizando dificuldades

impostas na tarefa, viabilizando a prescrição da assistência e, portanto, do processo de enfermagem.

Diante do problema de pesquisa apresentado anteriormente, encara-se a ordenação das etapas de realização do diagnóstico, no formato de um diagrama, como possível forma de sua resolução, compondo assim, parte principal dos objetivos a serem alcançados pelo estudo.

Cabe, portanto estabelecer o objeto de estudo e pontuar os objetivos no próximo tópico.

1.3 - Objeto e Objetivos do estudo:

Vimos que a tarefa de realizar o diagnóstico de enfermagem é encarada com dificuldade quando desenvolvida por estudantes e enfermeiros iniciantes. Vimos também que a literatura de enfermagem, dispõe de pouco material de descrição organizada das etapas para realização do diagnóstico.

O diagrama configura-se como ferramenta que possivelmente organiza os passos para a realização do diagnóstico, ofertando ao indivíduo diagnosticador meios para se chegar ao diagnóstico de enfermagem.

Portanto são de interesse as etapas de realização do diagnóstico de enfermagem e a sua esquematização por meio de um diagrama de fluxo, visando não somente um detalhamento da tarefa, mas também uma forma de auxílio para a sua execução.

Importante destacar que não se trata da proposição de uma única forma como as pessoas fazem o diagnóstico de enfermagem, assim como também não é uma investigação das formas de raciocínio para fazer o diagnóstico. A pesquisa busca apresentar um caminho possível para o iniciante trilhar na realização do diagnóstico de enfermagem, por meio da proposição de alguns passos em um formato específico.

Então, delimita-se como objeto do estudo, a representação em fluxograma das etapas para a realização do diagnóstico de enfermagem direcionada a estudantes e enfermeiros iniciantes, e selecionam-se os seguintes objetivos para sua concretização:

- Analisar as recomendações para realização de diagnóstico de enfermagem na literatura de enfermagem;
- Propor um diagrama facilitador da realização do diagnóstico de enfermagem dirigido a estudantes e enfermeiros iniciantes;
- Descrever as etapas do diagrama tendo por base suas finalidades, circunstâncias, motivos e explicações.

2 - JUSTIFICATIVAS E CONTRIBUIÇÕES:

Os resultados deste estudo trazem benefícios diretos principalmente ao acadêmico de enfermagem, ao enfermeiro clínico, aos docentes de enfermagem, ao serviço de enfermagem e, sobretudo, ao cliente.

Inicialmente cabe ser justo a realização deste estudo pela já mencionada insuficiente descrição das etapas de realização do diagnóstico de enfermagem em fontes literárias. O conhecimento detalhado desta tarefa aliado a uma esquematização diagramática do mesmo, possibilita acesso aos indivíduos que desejam instrução para o seu exercício.

À medida que o diagrama proposto orienta os passos para a realização do diagnóstico de enfermagem, o alcance dos objetivos do estudo fornece ferramenta ao ensino da tarefa, servindo assim como um instrumento de auxílio acadêmico a ser aplicado pelos estudantes nos campos de prática, principalmente da disciplina de enfermagem fundamental, na qual o diagnóstico compõe um dos tópicos de prioridade no conteúdo ministrado. O uso do diagrama pelo estudante traz como importante consequência a possibilidade de oferecer melhor direcionamento ao ensino de estratégias capazes de chegar ao diagnóstico de enfermagem, aumentando o domínio desta atividade e dos procedimentos habituais envolvidos.

Além do apoio discente, o diagrama e as descrições de seus passos também trazem benefícios para o docente de enfermagem. De posse e entendimento do diagrama como ferramenta que ordena a realização de diagnósticos de enfermagem, o ensino teórico-prático das disciplinas de formação poderá ser melhor abordado em articulação com o raciocínio clínico e a linguagem diagnóstica. Ao instruir e monitorar o aluno na realização do diagnóstico, o professor poderá utilizar o diagrama como forma de orientação da tarefa,

identificando, nas atitudes do aluno, estratégias coerentes com o que propõe a ferramenta e corrigindo possíveis caminhos incorretos.

A possibilidade de descrever as fases seguidas para a realização do diagnóstico apresenta ao enfermeiro clínico iniciante a seqüência ordenada das ações que deverá seguir durante esta tarefa, independente da especialidade clínica, do ambiente de cuidados e do nível de complexidade. Isso evidencia o amplo alcance do uso do diagrama e suas descrições no que se refere à prática, já que o diagnóstico é, segundo Carpenito (2007, p.24), uma atividade de cunho fundamental, devendo transcender todas as formas de trabalho onde este profissional se presta.

O estudo também traz contribuições para o serviço de enfermagem de diversas instituições de saúde, já que instrumentaliza os enfermeiros que desenvolvem o cuidado direto na realização do diagnóstico, e por consequência, na prescrição da assistência, favorecendo seguimento e operacionalização das etapas do processo de enfermagem por meio de sua sistematização.

Segundo a Lei 7498 de 1986 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que regulamenta o exercício de enfermagem no âmbito nacional, em seu artigo 11, inciso I, cabe privativamente ao enfermeiro, “a prescrição da assistência de enfermagem”; e segundo a Resolução COFEN 358/2009, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve existir em todas as instituições de saúde, tanto públicas quanto privadas, estando o enfermeiro responsável pela sua implantação.

Prescrever a assistência, assim como sistematizá-la no âmbito do processo requer, segundo Carnevali e Thomas (1993, p.84), o reconhecimento de um fenômeno diagnóstico. O uso do diagrama como ferramenta para realização do diagnóstico propõe, como se vê, uma viabilização desta tarefa, e com isso, uma forma de organização clínica do serviço adequando-o aos princípios técnico-científicos e ético-legais exigidos para a área.

A preocupação pela explicitação do “fazer” do diagnóstico associado à proposição de uma ferramenta facilitadora resulta certamente numa série de vantagens que convergem não só aos profissionais, acadêmicos e serviços, mas também ao cliente, razão principal do trabalho de enfermagem, seja na esfera do cuidado direto, seja na esfera da gerência dos serviços. Ao contar com um profissional de enfermagem mais apto na realização dos diagnósticos de suas necessidades espera-se uma satisfação maior do cliente envolvido no cuidado, principalmente ao perceber a existência de uma preocupação profissional em resolver os possíveis desconfortos de cunho físico, emocional ou espiritual provenientes do desequilíbrio de sua saúde.

Por fim, não se pode esquecer da contribuição acadêmico-científica. Estudos sobre temáticas que envolvem a descrição das etapas para a realização do diagnóstico de enfermagem são de interesse contemporâneo, tanto na área clínica, quanto tecnológica, sendo alvo de grande número de investigações, principalmente no campo da cognição. Inúmeras habilidades cognitivas e hábitos mentais podem ser reconhecidos nos passos descritos para elaboração diagnóstica, podendo ser isoladamente trabalhados com profissionais e aprendizes de diversos segmentos da enfermagem.

Além do mais, os resultados do estudo contribuem significativamente à enfermagem fundamental e aos núcleos de pesquisa voltados a esta disciplina como o Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Também contribui com os grupos de estudo interessados pelo tema como o Grupo de Estudos em Aprendizagem e Cognição (GEAC) do Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde (NUTES)/UFRJ e o Grupo de Interesse em SAE (GISAE) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)/RJ.

Contribuição de destaque pode ser dada ainda ao Grupo de Pesquisa em Tecnologias e Concepções para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (TECCONSAE) da UFRJ.

Este grupo tem contribuído para a investigação, construção e testagem de tecnologias e concepções essenciais à SAE. Suas repercussões buscam integrar os segmentos de pesquisa, ensino-aprendizagem, e cuidado/assistência em abordagens conceituais sobre a aprendizagem e desenvolvimento do raciocínio clínico, construção do conhecimento, desenvolvimento e aprimoramento de tecnologias essenciais à SAE e ao processo de enfermagem. Entendemos o diagrama como tecnologia essencial à SAE, já que possibilita um meio possível de realização do diagnóstico de enfermagem, além de estimular discussões voltadas às concepções teóricas que envolvem não somente a SAE como também o processo diagnóstico em enfermagem.

3 – MÉTODOS E PROCEDIMENTOS:

O estudo desenvolveu uma proposta de mapeamento das etapas para a realização de diagnósticos de enfermagem por meio de um diagrama, do qual terá, neste capítulo, detalhamento das fases de sua confecção, assim como de sua descrição.

As etapas selecionadas para a realização do diagnóstico de enfermagem, e que estruturaram o diagrama proposto, emergiram de dados provenientes de obras literárias da área de enfermagem que versam sobre o processo diagnóstico. Considera-se assim que a pesquisa em questão se encaixa nos critérios de uma pesquisa secundária, pois, utiliza resultados de estudos primários para sintetizar uma resposta a uma pergunta de pesquisa.

A pesquisa secundária fundamentalmente trabalha com a síntese de informações de pesquisas anteriores para investigar determinado objeto e, portanto, necessita ter seus passos bem declarados para que o leitor tenha o mínimo de dúvidas no seu entendimento. (PRING, p.18, 2007)

Segundo Pring, et al (p.68, 2007) qualquer síntese de pesquisa feita por outros (pesquisa secundária) precisa ser tão explícita em seus métodos quanto a pesquisa primária. Essa abordagem é definida e descrita amplamente como revisão ou síntese sistemática de pesquisa.

O conceito de síntese sistemática é essencialmente tão antigo quanto à idéia de ciência, já que envolve o desenvolvimento de idéias e teorias anteriores a partir de um novo trabalho empírico e conceitual, podendo se aplicar a questões de pesquisas quantitativas ou qualitativas para fins diversos como a investigação de eficácias de intervenções, a avaliação de dados narrativos e a reunião de conceitos para uma compreensão macroconceitual. (PRING, et al, p.70, 2007)

Como os objetivos do presente estudo são analisar as recomendações de realização de diagnóstico de enfermagem existentes na literatura e construir um diagrama de fluxo a luz desses modelos, optou-se por utilizar a síntese sistemática como método desta análise. Assim, este capítulo divide-se na apresentação do atendimento do rigor metodológico em referência e os critérios de seleção das obras, e posteriormente explica a forma de confecção e descrição do diagrama em proposição.

3.1 – Análise dos modelos de realização de diagnósticos de enfermagem:

Dadas as características do estudo, tomou-se por base os passos propostos por Pring et al (p.68, 2007), para a execução de uma síntese sistemática. As etapas aqui citadas buscam posterior correlação com os passos seguidos no estudo:

Etapa 1 - Elaborar uma pergunta de pesquisa: A pergunta de pesquisa direciona o foco do método para a revisão ou desenvolve um processo para encontrar algum tipo de resposta clara.

Etapa 2 - Elaborar um quadro conceitual: A pergunta de pesquisa deve conter algum pressuposto teórico ou ideológico que precise ser esclarecido.

Etapa 3 - Descrever um protocolo de revisão: Especificação de detalhes para a seleção dos estudos que entrarão na revisão.

Etapa 4 - Apresentar os critérios de inclusão: Parte do protocolo deve especificar o que são considerados dados para a revisão – em outras palavras, os critérios para decidir quais estudos devem ser incluídos.

Etapa 5 - Traçar as estratégias de busca: O protocolo também precisa especificar os detalhes da estratégia para buscar pesquisas que atendam aos critérios de inclusão. A estratégia precisa ser exaustiva dentro de limites específicos dos critérios de inclusão.

Etapa 6 - Definir a extração dos dados: Evidencia quais os dados serão extraídos das pesquisas selecionadas para a revisão.

Etapa 7 - Elaborar a síntese: Processo pelo qual os dados são reunidos para responder à questão de pesquisa.

3.1.1 - Etapa 1 do estudo:

Como já registrado no capítulo da introdução o problema do estudo é *a insuficiente descrição da realização do diagnóstico de enfermagem no que concerne a apresentação de ações organizadas e fundamentadas que tenha como premissa as características de aprendizado e desenvolvimento profissional do estudante e enfermeiro iniciante.*

Como alternativa de descrição organizada da tarefa de diagnosticar, o estudo propõe a criação de um diagrama, porém, para isso as ações contidas nesta ferramenta precisam ter uma base que leve em consideração o conhecimento já produzido. Como procedimento de acesso ao conhecimento, optou-se pela síntese sistemática dos estudos sobre processo diagnóstico em enfermagem. Assim, para cumprir com esta exigência e direcionar o foco do próprio método, tem-se a seguinte pergunta: **o que é possível apreender da produção de autores da área de diagnóstico de enfermagem que permita a construção de um diagrama?**

Os motivos pelos quais opta-se pela seleção de estudos que abordam o processo diagnóstico em enfermagem já possui justificativa no escopo do trabalho, mas cabe destacar que relaciona-se ao fato de serem muitas vezes obras que trazem uma discussão sobre a

realização do diagnóstico de enfermagem no âmbito da tarefa e não apenas do seu conceito, estrutura nominal e regra taxonômica, o que deixa claro ao leitor os passos para se chegar a um diagnóstico de enfermagem.

3.1.2 - Etapa 2 do estudo:

Como já colocado acima, encontra-se na busca por estudos que abordam aspectos do processo diagnóstico em enfermagem, uma possibilidade de extração de dados referentes às ações seguidas para se chegar ao diagnóstico. Pressupõe-se que o encontro desses dados possa delimitar as ações do fluxograma e, de fato, organizar a tarefa de se fazer e de ensinar a fazer o diagnóstico de enfermagem.

Os estudos que entraram para a revisão respeitaram as seguintes especificações:

- **Ano de publicação:** 1990 a 2009 – O recorte temporal amplo buscou resgatar possíveis obras teoricamente enquadradas às novas concepções iniciadas a partir da década de 90 conforme publicado por Philips et al (2006, p.57-65) no periódico *Nursing and Health Science*.
- **Idioma:** português e inglês – O recorte lingüístico também amplo teve como objetivo principal abarcar não somente obras com publicação nestes idiomas, mas principalmente resumos listados em bases de dados eletrônicas como MEDLINE e LILACS por conterem materiais com predominância nestes idiomas respectivamente.
- **Abordagem do estudo:** Estudos que abordam o processo diagnóstico em enfermagem – Este recorte procurou diferenciar os estudos sobre diagnósticos de enfermagem encontrados quanto a sua forma de abordagem. Após análise e seleção das formas de abordagem quatro categorias de estudos puderam ser compostas: os estudos sobre conceito do

diagnóstico, os estudos epidemiológicos com diagnósticos, os estudos sobre validação do diagnóstico e os estudos sobre realização do diagnóstico.

3.1.3 - Etapas 3 e 4 do estudo:

Os estudos escolhidos para a revisão obedeceram aos seguintes critérios de inclusão:

- Recorte temporal e lingüístico de acordo com as especificações da etapa 3;
- Estudos sobre a realização de diagnósticos de enfermagem;
- Estudos sobre realização de diagnósticos de enfermagem construídos sob o

aspecto do processo diagnóstico.

3.1.4 - Etapa 5 do estudo:

As estratégias de busca dos estudos que atenderam aos critérios de inclusão aconteceram em dois contextos diferentes: bases de dados eletrônicas e biblioteca.

Bases de dados eletrônicas: Para a pesquisa de obras em bases de dados eletrônicas utilizou-se o portal eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Segundo BIREME (2007, p.5) a BVS é visualizada como base distribuída do conhecimento científico e técnico em saúde registrado, organizado e armazenado em formato eletrônico nos países da região, acessível de forma universal na internet de modo compatível com as bases internacionais.

- **Descritor** – [*diagnóstico de enfermagem*] e [*nursing diagnosis*] - Para o encontro destes descritores de busca utilizou-se a ferramenta “*DeCS-MeSH*” da BVS. Segundo BIREME (2007, p19), o DeCS (*Descritores em Ciências da Saúde*) é um vocabulário controlado da área de ciências da saúde, utilizado para representar os assuntos

dos documentos e para recuperar os mesmos. O DeCS é uma ampliação do MeSH (*Medical Subject Heading*), vocabulário desenvolvido pela NLM (*National Library of Medicine, EUA*). Pesquisar na BVS através do DeCS-MeSH permite a recuperação de referências de documentos considerando o tema destes documentos, independentemente do idioma.

- **Modalidade – Metapesquisa** - A metapesquisa facilita as buscas ao realizar as pesquisas em todas as bases de dados disponíveis na BVS simultaneamente. (BIREME, 2007, p.26)
- **Operador booleano – “AND”** - Segundo BIREME (2007, p. 9), os operadores booleanos são usados para relacionar termos ou palavras em uma expressão de pesquisa. O operador “AND” confere uma intersecção e é usado para relacionar as palavras. Para o descritor [diagnóstico de enfermagem], o operador booleano “AND” recupera documentos que tem as duas palavras simultaneamente nos campos para onde a pesquisa estiver sendo direcionada.

Biblioteca: A procura por material bibliográfico utilizou o acervo disponível da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) por meio de busca na “Base Minerva”. A “Base Minerva” é uma ferramenta eletrônica da UFRJ que rastreia não só o acervo bibliográfico da universidade como também outros documentos de importância para a instituição. O mesmo descritor utilizado nas bases de dados eletrônicas também foi aplicado à busca de material bibliográfico nesta ferramenta, inclusive com o mesmo operador booleano e com os mesmos idiomas. Outras contribuições bibliográficas foram adquiridas por indicação de pesquisadores familiarizados com o tema em reuniões do NUCLEARTE, GEAC e TECONSAE como livros, dissertações de mestrado e teses de doutorado. Todas abordando a realização do diagnóstico sob o aspecto do raciocínio ou processo diagnóstico.

3.1.5 - Etapa 6 do estudo:

Os dados extraídos dos estudos selecionados foram as recomendações de realização de diagnósticos divulgados em cada uma deles, que posteriormente foram lidos analiticamente. Anotações foram produzidas para que comparações fossem feitas, visando o destaque dos pontos em comum. Por fim, objetivou-se a construção de um modelo esquemático que fosse de certo modo uma síntese e uma representação que harmonizasse os elementos destacados da literatura.

3.1.6 - Etapa 7 do estudo:

O modelo síntese baseou-se na leitura, interpretação e reunião dos pontos comuns de todos as recomendações de realização de diagnósticos de enfermagem dos estudos selecionados. A síntese que responderá ao problema estabelecido na revisão será apresentada no tópico seguinte.

A etapa de síntese permitiu que se verificasse a convergência de quatro etapas comuns a todas as obras – ainda que com denominações diferentes – as quais serão detalhadamente descritas e lançadas nos passos do diagrama proposto.

As etapas que emergiram da síntese foram denominadas de: coleta de dados no pré-encontro, coleta de dados no encontro, elaboração de hipóteses diagnósticas e julgamento diagnóstico.

A denominação atribuída no estudo visou garantir a apreensão das características das etapas emergentes da análise das convergências da literatura.

3.2 – Resultados de busca na literatura de enfermagem das recomendações para realização de diagnósticos de enfermagem:

Apresenta-se abaixo o quantitativo e a categorização dos estudos encontrados nos bancos de dados eletrônicos e na biblioteca:

Tabela 1: Quantitativo de artigos encontrados e selecionados em base de dados eletrônica com o descritor [diagnóstico de enfermagem] de 1990 a 2009.

Base de Dados	Artigos Encontrados	Artigos Selecionados
MEDLINE	64	0
LILACS	44	8
SCIELO	18	5
ADOLEC	33	3
BDENF	23	0
TOTAL	152	16

Tabela 2: Quantitativo e tipo de materiais encontrados e selecionados em biblioteca com o descritor [diagnóstico de enfermagem] de 1990 a 2009.

Tipo de Material	Materiais Encontrados	Materiais Selecionados
Livros	13	03
Periódicos	08	0
Dissertações/Teses	04	01
TOTAL	25	04

Tabela 3: Categorização e quantitativo de estudos encontrados nas bases de dados eletrônicas e na biblioteca.

Tipos de Estudo	Quantidade
Estudos sobre conceito de diagnósticos de enfermagem	34
Estudos epidemiológicos com diagnósticos de enfermagem	43
Estudos sobre validação de diagnósticos de enfermagem	79
Estudos sobre recomendações para realização de diagnósticos de enfermagem	20
TOTAL	177

Tabela 4: Categorização e quantitativo dos estudos sobre modelos de realização de diagnósticos de enfermagem selecionados nas bases de dados eletrônicas e na biblioteca.

Modelos de Realização de Diagnósticos de Enfermagem	Quantidade
Descrevem os elementos que devem conter em sua redação	09
Descrevem possíveis caminhos para seu encontro em taxonomias específicas	07
Descrevem ações específicas para realização de diagnósticos de enfermagem	04
TOTAL	20

Apenas 20 (vinte) obras sobre diagnósticos de enfermagem relacionavam-se a modelos de realização do mesmo, e ainda assim, desses, apenas 04 (quatro) abordavam ações desta tarefa, tendo por base a descrição de um processo diagnóstico.

Para construção do fluxograma e descrição das ações de realização do diagnóstico de enfermagem, optou-se pelas 04 obras citadas acima. Apresenta-se um breve resumo das mesmas e seus respectivos autores no sentido de uma melhor compreensão por tais escolhas:

- **Carnevali & Thomas** – Com o livro intitulado “Raciocínio diagnóstico e tomada de decisão terapêutica em enfermagem”, as autoras abordam a elaboração diagnóstica fazendo uma articulação com a memória e a habilidade decisória na clínica. Além disso, descrevem pontualmente as etapas seguidas no processo de raciocínio diagnóstico, inclusive ensinando técnicas de aproximação com o cliente, hierarquização da coleta de dados e métodos de inferência.

- **Marjory Gordon** – A autora propõe em seu livro “Diagnóstico de Enfermagem: processo e aplicação”, uma integração do diagnóstico de enfermagem como categoria e como atividade de pensamento crítico. Aborda a importância do aprendizado de habilidades de raciocínio clínico para o estabelecimento de diagnósticos de precisão, preocupando-se mais com a forma de julgar o diagnóstico. Além de propor um roteiro coerente de coleta de dados, sugere etapas relevantes no processo de elaboração diagnóstica, considerando habilidades intelectuais.

- **Margaret Lunney** – Na última edição de seu livro chamado “Pensamento crítico e diagnóstico de enfermagem” a autora contribui significativamente para o desenvolvimento do conhecimento relativo ao julgamento diagnóstico e sua precisão. Valoriza a tarefa diagnóstica no contexto do processo de enfermagem, disserta sobre teorias da inteligência e também sugere uma seqüência de passos para a elaboração do diagnóstico por meio de articulação com habilidades cognitivas e hábitos mentais. Discute a importância

da acurácia diagnóstica, dos métodos pedagógicos no ensino do diagnóstico e propõe exercícios com base em casos clínicos aventados em seu final.

- **Marcos Antonio Gomes Brandão** – O autor, em sua dissertação de mestrado, identifica em alunos de graduação de enfermagem estratégias de elaboração diagnóstica de cunho metacognitivo. Consegue, com base na fala dos alunos, categorizar o processo diagnóstico em fases específicas, contribuindo demasiadamente para a compreensão da execução do diagnóstico de enfermagem sob o prisma da metacognição.

3.3 - Método de confecção do diagrama:

Para a confecção do diagrama em si seguiu-se o método abaixo:

1. Leitura analítica das bibliografias selecionadas;
2. Construção de resumos sobre as recomendações de realização do diagnóstico divulgados em cada obra selecionada;
3. Leitura analítica dos resumos construídos;
4. Organização sintética de quatro etapas comuns da realização diagnóstica como eixos centrais do diagrama;
5. Hierarquização das etapas comuns;

6. Alocação das ações relacionadas em cada etapa e elaboração de breves descrições para cada ação;
7. União dos quatro diagramas em um diagrama síntese;
8. Realização dos ajustes necessários;
9. Confecção da versão final

3.4 - Método de elaboração das descrições das etapas do diagrama:

Para a elaboração das descrições das ações do diagrama seguiu-se o método abaixo:

1. Conceituação de cada etapa da realização do diagnóstico;
2. Descrição pormenorizada dos procedimentos de cada etapa da realização do diagnóstico tendo por base suas finalidades, circunstâncias, motivos e explicações;

Vale ressaltar que pela não manipulação de dados proveniente de seres humanos o estudo não necessitou de encaminhamento a Comitê de Ética e Pesquisa.

4 – DESENVOLVIMENTO E DESCRIÇÃO DO DIAGRAMA:

4.1 – Desenvolvimento do diagrama:

O diagrama foi construído tendo como tipologia o diagrama de fluxo, que utiliza a simbologia de formas geométricas convencionada por Bento et al (2008, p.310). Entretanto, foi necessário realizar algumas adaptações nesta simbologia para estabelecer maior coerência com o processo diagnóstico e para a compreensão das etapas pelo iniciante.

A simbologia proposta pelo autor em referência apresenta as seguintes traduções para as respectivas formas geométricas:

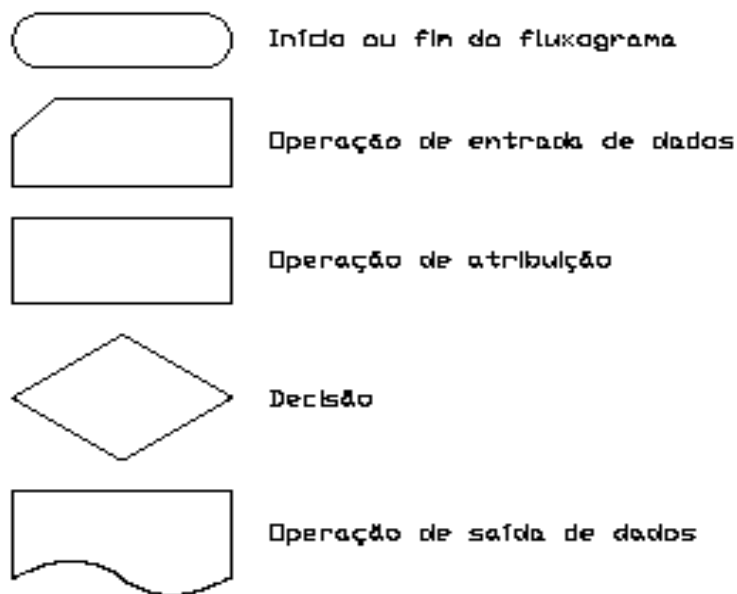


Figura 1 – Representação de significados das formas geométricas convencionadas por Bento et al (2008, p.310) para um diagrama de fluxo.

De modo geral, um diagrama de fluxo se resume a um único símbolo por onde a execução da atividade começa, e um ou mais símbolos finais, onde se encerra. Partindo do símbolo inicial, há sempre um único caminho orientado a ser seguido, representando a

existência de uma única sequência de execução das instruções. Isto pode ser mais bem visualizado, pelo fato de que há sempre um único caminho saindo de uma mesma figura do diagrama¹, apesar de vários caminhos poderem convergir para a mesma. Exceções a esta regra são os símbolos finais, dos quais não há nenhum fluxo saindo, e os símbolos de decisão, de onde pode haver mais de um caminho de saída, representando uma bifurcação no fluxo. (BENTO et al, 2008, p.257)

Para atribuir facilidade de uso e coerência aos passos do diagrama com as etapas do processo diagnóstico em enfermagem fizemos as seguintes denominações na estrutura acima, sem a perda do valor conceitual:

- Figura de INÍCIO/FIM – Denominação das ETAPAS² do processo diagnóstico que possui início e fim ao longo de todo o diagrama.
- Figura de OPERAÇÃO DE ENTRADA DE DADOS – Denominação do PROCEDIMENTO³ que introduz a etapa.
- Figura de OPERAÇÃO DE ATRIBUIÇÃO – Denominação da(s) AÇÃO⁴(ÕES) para execução do procedimento.
- Figura de DECISÃO – Denominação da(s) DECISÃO(ões) que necessita(m) ser tomada(s) para o prosseguimento do fluxo.
- Figura de OPERAÇÃO DE SAÍDA DE DADOS – Denominação da(s) CONCLUSÃO (ões) que deve (m) ser tomada(s) para o prosseguimento do fluxo.

¹ Representação gráfica de um determinado fenômeno pertencente a uma atividade específica. (FERREIRA, 2004, p.316)

² Cada uma das partes em que pode dividir-se o desenvolvimento de um negócio (obra, processo, etc) (FERREIRA, 2004, p.382)

³ Ato ou efeito de proceder. Modo de agir, de proceder; comportamento. Processo, método. Controle da execução de uma ação. (FERREIRA, 2004, p.655)

⁴ Ato ou efeito de agir, de atuar; atuação, ato. Manifestação de uma força, de uma energia, de um agente. (FERREIRA, 2004, p.86)

As quatro etapas de realização do diagnóstico de enfermagem apresentadas no diagrama emergiram da leitura do material bibliográfico pesquisado. Representa um exercício de síntese das contribuições dos autores e guarda coerência lógica com o diagrama elaborado. As etapas foram convencionadas como: (1) **Coleta de dados que antecedem o encontro com o cliente** (pré-encontro); (2) **Coleta de dados no encontro com o cliente** (encontro); (3) **Interpretação dos dados do cliente** e (4) **Formulação do diagnóstico**.

O diagrama se apresenta em PROCEDIMENTOS, AÇÕES, DECISÕES E CONCLUSÕES para cada ETAPA acima, aplicando as formas geométricas correspondentes.

Apresenta-se logo abaixo o diagrama e em seguida a descrição pormenorizada do mesmo.

4.2 – Descrição do diagrama:

Para a descrição do diagrama optamos por utilizar uma forma de escrita direcionada explicitamente ao leitor, com verbos no modo imperativo. A estrutura textual direta e imperativa serve para orientar a leitura em um nível mais instrucional, tendo as etapas como possíveis orientadores para o iniciante chegar a um diagnóstico.

Assim, para cada etapa de realização do diagnóstico de enfermagem do diagrama existem as seguintes categorias: procedimentos, ações, decisões e conclusões.

A descrição dos procedimentos existentes em cada etapa baseou-se em suas finalidades, circunstâncias, motivos e explicações. Por fim, para ampliar o caráter instrucional ao iniciante foram acrescentadas algumas recomendações adicionais nos segmentos que tais informações poderiam trazer mais clareza ou ampliar o conhecimento.

As finalidades, circunstâncias, motivos e explicações foram respectivamente representadas no texto pelas perguntas: “Para quê?”, “Quando?”, “Por quê?” e “Como?”. Tais perguntas foram usadas por Aristóteles para estruturar categorias e relações e são úteis para a construção de esquematizações (SALOMON, 1995). Guardaram relação com o processo de análise desenvolvida para a construção do diagrama.

A descrição das ações, das decisões e das conclusões, existentes em cada procedimento do diagrama, surgiu com as respostas atribuídas às perguntas aristotélicas dos procedimentos a que estavam relacionadas.

Entende-se que a estrutura da tríade pergunta-resposta tanto foi útil à elaboração do diagrama, com também representa um relevante recurso de ensino-aprendizagem aos iniciantes.

O texto descritivo fica assim dividido em três níveis: As etapas do diagrama; os procedimentos de cada etapa; as perguntas aristotélicas e as ações, decisões, conclusões e recomendações.

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

Segundo Carnevali e Thomas (1993, p.47), esta é uma etapa incluída no processo diagnóstico em enfermagem que utiliza informações sobre o cliente em momento anterior ao do encontro com o examinador.

Como iniciante será de extrema importância que você entenda o cumprimento dos procedimentos que compõem esta etapa.

4.2.1.1 – PROCEDIMENTO 1.1: Avaliação indireta do cliente:

- **Finalidades** (Para que serve a avaliação indireta do cliente?)

Para Gordon (1993, p.122) a avaliação clínica indireta, ou seja, aquela realizada antes de encontrar o cliente, denomina-se *assessment inicial*. Este momento é importante, pois, tem a finalidade de fornecer ao enfermeiro uma idéia geral da condição clínica do cliente ou grupo de clientes sob sua responsabilidade.

Segundo Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993); Du Gas (1984); Potter e Perry (2002) os dados coletados na avaliação indireta classificam-se como secundários, diferentemente dos primários que são colhidos diretamente do cliente durante o encontro com o mesmo. Os autores exemplificam algumas fontes secundárias importantes nesta fase como

os exames laboratoriais, os exames de imagem, as informações passadas pelos outros enfermeiros e as possíveis revisões de literatura sobre um determinado caso.

Segundo Brandão (1999, p.94), ao entrar em contato com informações do cliente antes de vê-lo e obter uma idéia geral da sua situação, você poderá focalizar pontos importantes que necessitarão de maior investigação no momento do encontro com o mesmo.

Recomendação 1:

Neste momento procure sintetizar as informações coletadas do cliente que você ainda não encontrou, buscando **generalizar** ou elaborar uma **impressão mais ampla** da situação clínica apresentada. Este exercício poderá te ajudar não somente no encontro de áreas que merecem exame mais aprofundado, mas também na priorização de alguns atendimentos e na aproximação com possíveis diagnósticos. Exemplos de algumas generalizações:

1. “Cliente em pós-operatório de cirurgia torácica com dor incisional e falta de ar, mesmo em uso de medicação analgésica”
2. “Cliente em tratamento de cardiopatia pouco cooperativo, choroso e totalmente dependente para o autocuidado”

Como visto, são afirmativas ou idéias mais gerais comumente usadas em situações de relatos entre profissionais de saúde e na maioria das vezes não permitem a elaboração de conclusões, nem tão pouco, comunicam os detalhes que serão obtidos no encontro. Porém, caso julgue que a idéia geral obtida dos dados da avaliação indireta já foi o suficiente para a realização de algum diagnóstico de enfermagem, formule-o.

Entretanto, se ainda necessitar de uma avaliação direta para complementar a coleta prossiga com o fluxo em direção a etapa de “Coleta de dados no encontro com o cliente” dando prosseguimento ao diagrama.

Alguns cuidados você deve tomar ao generalizar a situação do cliente. Um risco apontado por Carnevali e Thomas (1993, p.49) está justamente na interpretação errônea dos dados da avaliação indireta pelo enfermeiro, levando-o a investir em certos focos de atenção que na verdade não possuem relação com o real problema do cliente, o que induz ao erro diagnóstico. Essas interpretações errôneas podem ser fortemente influenciadas por alguns fatores inerentes a condição do iniciante como a pouca experiência clínica na área de atuação na qual está atuando.

No que diz respeito ao julgamento diagnóstico a partir da avaliação indireta do cliente, Gordon (1993, p.196) ressalta a importância da não omissão da avaliação direta realizada no encontro. Segundo a autora após a avaliação indireta, muitos profissionais podem adquirir o conhecimento da condição clínica a qual o cliente se encontra e diretamente julgar o diagnóstico, porém, tal conhecimento tem grande probabilidade de não ser o suficiente para esta ação, já que a avaliação integral não foi, de fato, concretizada. A única exceção está no encontro de alguma vulnerabilidade do cliente e que tenha sido verificada somente com os dados da avaliação indireta. Isto pode acontecer. Neste caso, você pode realizar já nesta etapa um diagnóstico de risco. Por exemplo:

1. “Cliente em vigência de tratamento com antineoplásicos, internado em enfermaria de quatro leitos e com baixa contagem de leucócitos”

Na situação generalizada acima você pode considerar um diagnóstico de “*Risco para infecção*”

2. “Cliente de 19 anos, diabética tipo I, faltou a três consultas de enfermagem e ainda não possui domínio da técnica de auto-aplicação da insulina”.

Na situação generalizada acima você pode considerar um diagnóstico de “*Risco de glicemia instável*”.

- **Circunstâncias** (Quando realizar a avaliação indireta do cliente?)

Você deve imaginar que pela lógica da avaliação indireta, esta deve obrigatoriamente acontecer antes de encontrar com o cliente, mas, no contexto dinâmico do trabalho da enfermagem, em que circunstâncias deve acontecer esta avaliação?

Dentre as circunstâncias existentes observa-se na prática assistencial uma vasta utilização da passagem de plantão e da leitura de prontuário, por diversos enfermeiros, de diferentes serviços e especialidades. A passagem de plantão faz parte de muitas rotinas institucionais a qual o serviço de enfermagem se insere e a leitura de prontuário é uma estratégia que permite o acesso a um volume considerável de dados clínicos, desde os de cunho social e familiar até os laboratoriais e de imagem.

Provavelmente você já participou de uma passagem de plantão e já leu informações contidas em prontuários, mas talvez, não tenha atentado para a importância que os dados resultantes dessas duas fontes são para a avaliação indireta do cliente e para o processo diagnóstico como um todo.

Segundo Brandão (1999, p.57), ouvir a passagem de plantão e ler informações contidas no prontuário são estratégias diagnósticas que podem assumir um cunho metacognitivo. Tais estratégias destacam-se justamente por fornecer dados que vão compor a já apresentada “idéia geral do cliente” e por focalizar pontos importantes da avaliação direta.

A passagem de plantão é um mecanismo fundamental para a organização do trabalho da enfermagem, pois, assegura a continuidade da assistência prestada através da transmissão de informações entre profissionais que terminam e que iniciam o período de trabalho. Na passagem de plantão é abordado o estado dos clientes, tratamentos, assistência prestada,

intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade de internação que merecem atenção (KURCGANT; SIQUEIRA, 2005, p.446).

No que concerne ao tipo de informação geral que se espera da passagem de plantão em enfermagem, Silva e Campos (2007, p.504) apresentam o resultado de sua revisão da literatura:

Se o exame foi realizado ou não; condições gerais de saúde e/ou sua alteração e a conduta proposta; se o paciente está recebendo algum preparo para o exame a ser feito e andamento do mesmo; presença de soros, drenos, sondas; se já foi liberado pelo médico radiologista; modo de transporte (maca, cadeira, deambulando); informações sobre o material usado e a ser repostado, bem como condições do equipamento.

O evento de passagem de plantão conforma-se de modo a transmitir as informações da melhor maneira possível, de forma rápida, objetiva e concisa (SILVA; CAMPOS, 2007, p.506), determinando um desenho menos detalhado da situação do cliente.

O prontuário fornece um meio de comunicação entre os membros da equipe de saúde mais do que apenas à equipe de enfermagem. Ele facilita o planejamento coordenado e a continuidade dos cuidados, já que assegura ao cliente uma assistência comprometida com a integralidade do atendimento (BRUNER; SUDDARTH, 2008, p.39).

A leitura de prontuário é definida como o momento em que o enfermeiro aproxima-se de informações registradas do cliente desde o primeiro dia de seu contato com a instituição de saúde, por isso use a leitura para elucidar a situação do cliente e não deixe de acompanhar o andamento de intervenções implementadas não somente pela área de enfermagem como também por outras áreas como por exemplo: a medicina, a nutrição, a psicologia, a fisioterapia e outras. Isso lhe auxiliará muito na generalização da situação do cliente e no processo diagnóstico (KURCGANT et al, 2005, p.446).

Recomendação 2:

Seja na passagem de plantão ou na leitura de prontuário, várias formas de comunicação podem ser adotadas, incluindo a verbal e a não-verbal.

Stefanelli (p.54, 1993) esclarece que a comunicação verbal refere-se à linguagem falada, o que sofre influências da cultura e dos costumes das pessoas, implicando em diferenças na apresentação e compreensão. Ainda, neste tipo de comunicação estão implícitas as formas não-verbal e paraverbal, as quais também influenciam na interpretação dos receptores.

Sawada e Galvão (p.122, 1992) definem comunicação não-verbal como uma transmissão de conteúdos, de forma transparente, onde a mensagem é emitida pelos órgãos dos sentidos, através da expressão facial, corporal, dos gestos e do toque. Complementam o pensamento referindo que a comunicação paraverbal está relacionada ao tom de voz, ritmo, suspiros, períodos de silêncio e a entonação dada às palavras durante a conversação. Geralmente não são considerados tais aspectos no diálogo, porém estes podem confirmar ou não o que está sendo dito, desencadeando desentendimentos.

A comunicação é uma competência necessária aos profissionais de enfermagem, os quais devem estar atentos aos conteúdos informativos e resultados do processo comunicativo. Silva e Nóbrega (p.95, 2009) defendem que a comunicação faz parte da interação, sendo esta considerada um instrumento básico de enfermagem e por isso essencial na relação enfermeiro-cliente, principalmente na fase de avaliação inicial ou coleta de dados.

A comunicação eficaz na passagem de plantão torna-se assim condição que resulta diretamente na qualidade da coleta de dados, e conseqüentemente do julgamento diagnóstico. Pretendemos trazer-lhe os fatores que interferem na comunicação existente na passagem de plantão. Atente para a pontuação desses fatores, pois, suas conseqüências são diretamente prejudiciais para a realização do diagnóstico de enfermagem.

Campos e Silva (p.502, 2007); Kurcgant e Siqueira (p.447, 2005) apontam abaixo resultados de estudos que identificaram situações na passagem de plantão que prejudicam diretamente ou indiretamente o processo de comunicação. Observe os achados destacados:

- Na avaliação do comportamento dos profissionais no momento da passagem de plantão um estudo mostrou que os indicadores de comunicação ineficazes foram predominantes em relação aos eficazes, comprometendo a recepção das mensagens;
- Outro estudo de monitoramento desta estratégia mostrou que os ruídos e as interferências atrapalham a passagem de plantão, provocando desconcentração dos profissionais, desatenção e possíveis falhas de compreensão;
- Outro ainda apontou que a ausência de comunicação direta, a falta de clareza dos registros, o pouco tempo dispensado para a passagem de plantão, a superlotação das alas, a documentação insuficiente, os atrasos de colegas e a não valorização da passagem de plantão interferem também no êxito da comunicação.

Os autores acima referidos apontam ainda como aspectos favorecedores no processo comunicativo da passagem de plantão a regularidade do horário, o melhor direcionamento das informações a serem transmitidas e a qualidade dos registros de enfermagem, necessitando fornecer informações claras, sucintas, completas e objetivas evitando-se os excessos e repetições.

Por isso, procure utilizar uma comunicação eficaz tanto na transmissão como na recepção das informações contidas na passagem de plantão, além de ser pontual (focado). Ajude a promover o silêncio no ambiente. Baseie-se em registros de boa qualidade, e que de preferência, sejam claros, concisos e pouco repetitivos. A conduta de relato deve ser também semelhante às qualidades já apontadas para o registro.

Recomendamos também que busque trabalhar a sua motivação de modo a receber e passar o plantão. Segundo Matheus e colaboradores (p.77, 1998), a não valorização desta

estratégia pelos próprios profissionais dificulta a implementação e a manutenção de medidas controladoras do ambiente, como por exemplo: a redução de ruídos e as conversas paralelas, o que contribui drasticamente para uma inadequada comunicação.

Foge ao escopo dessas recomendações se discutir as estratégias motivacionais ou as teorias motivacionais, contudo, tenha em mente que o estado motivacional que o enfermeiro estiver vivenciando na passagem de plantão irá influenciar no tipo de participação que terá. Suas crenças pessoais sobre o valor do evento também são fatores influenciadores.

Brandão (1999) recomenda que a passagem de plantão seja reconhecida como uma estratégia diagnóstica, ou seja, uma ação planejada por meio do uso de ações metacognitivas e cognitivas. Sendo assim, procure adquirir um novo olhar para a passagem de plantão no sentido de entendê-la como parte de um planejamento do processo diagnóstico de enfermagem e, portanto, indutora de impressões e decisões clínicas importantes para a assistência. Neste sentido, o cuidado inclui a passagem de plantão.

Seguindo as recomendações de Campos e Silva (p.507, 2007), procure encarar a passagem de plantão como um momento para educação, reflexão e entrosamento com o seu colega e objetive reavaliar condutas, proporcionar crescimento mútuo e melhorar o desenvolvimento do seu trabalho.

De acordo com Brandão (p.64, 1999) a passagem de plantão acontece muitas vezes de forma passiva, ou seja, o profissional receptor de informações preocupa-se apenas pela audição dos relatos, sem participar ativamente deste procedimento e, portanto, trocar informações, conclusões e possíveis planos de ação que possam surgir imediatamente ao deparar-se com a informação.

Seja ativo na passagem de plantão! Lembre-se que a comunicação eficaz desenvolve-se a partir de adequadas relações interpessoais, onde trocas e compartilhamentos de informações contribuem diretamente para uma maior compreensão dos dados expostos, além,

de motivação e responsabilidade frente ao fenômeno ou situação clínica apresentada (MARIA, et al, p.78, 2003).

Com relação à leitura de prontuário, você deve atentar também para alguns pontos que são importantes no bom andamento do processo diagnóstico.

No sentido de uma maior contribuição para a comunicação eficaz nesta estratégia, é de extrema importância, segundo Weber et al (p. 46, 2004), que o enfermeiro leia os registros de todos os profissionais, pois, isto gera a oportunidade de conhecer as diversas abordagens da equipe, garantindo uma forma de articulação de saberes, aprendizagem e percepção do que interessa mais nas diversas especialidades para, então, promover e construir um trabalho conjunto.

Para que ocorra uma boa integração entre a equipe de saúde, Teixeira (2006, p.35) refere que a mesma deve conhecer o funcionamento e a organização do prontuário do cliente, já que é um imprescindível norteador do tratamento, sendo, portanto, necessário que o registro nele contido seja redigido de forma legível, clara e organizada.

Assim, procure ler as informações contidas no prontuário. A leitura reduzida, a desorganização, a falta de clareza na escrita e os dados insuficientes sobre o cliente podem gerar desgaste físico e mental para o profissional, além de reduzir o tempo que poderia ser utilizado em benefício do cliente.

Um prontuário em papel, ainda que tenha um desenho de organização próprio, não difere em essência de um material textual. Tendo por base os hábitos do bom leitor de Salomon (1995, p.81), apresentamos um conjunto geral de recomendações específicas para a leitura do prontuário:

1. Defina um objetivo para a leitura do prontuário: estabeleça o objetivo tomando por base as informações da passagem de plantão, o tempo disponível, o seu nível de perícia e conhecimento, a informação que você individualmente considera ser aquela da qual você não

pode iniciar o processo se estiver ausente (necessidades pessoais do diagnosticador). Não leia o prontuário sem um propósito claro.

2. Leia os pensamentos clínicos contidos no prontuário: busque as idéias contidas nos registros clínicos. Nas escritas bem elaboradas há um registro do que foi avaliado, julgado e recomendado pelo profissional. Procure pelos eixos semânticos que denotam elemento fundamental do raciocínio clínico, isto é, busque os qualificadores de um dado, como por exemplo: o “aguda” da queixa de “dor aguda”. Tente entender o pensamento geral e não se perca excessivamente em todos os detalhes **nesta etapa inicial**.

3. Ajuste a velocidade de leitura: se o propósito é encontrar o quadro geral orientado pelo objetivo de leitura, então, faça uma leitura mais rápida. Quando tiver de retornar a algum detalhe, leia com mais calma. Não é incomum os iniciantes perderem longo tempo lendo as informações passadas sobre a situação do cliente no pré-encontro, e após isso, lidar com um quadro completamente diferente ao encontrar-se com o cliente. Também, ajuste a velocidade tendo em mente que as situações clínicas são dinâmicas.

4. Avalie o que lê: faça julgamentos sobre a precisão, coerência e clareza dos dados contidos no prontuário. Infelizmente, os registros clínicos podem conter informações incorretas, imprecisas e insuficientes. Avalie (com cautela) a experiência de quem registrou o dado. Procure entender se pela linha de raciocínio ou avaliação do autor do registro o dado pode parecer correto, porém é impreciso, pois, está baseado em uma hipótese incorreta. Avalie a si mesmo, buscando verificar o que está entendendo da leitura, bem como, o seu estado de conhecimento e experiência sobre a informação ali contida.

5. Trabalhe o seu vocabulário: leia e procure consultar dicionários em sua língua e consulte os dicionários de linguagem da saúde. Mantenha uma forma de registro de siglas e abreviações, que pode ser um caderno ou uma nota digital em um dispositivo móvel como celular ou computador de mão. Quando tiver dúvidas pergunte a quem possa fornecer a

informação correta. Não assuma o hábito ruim e incorreto de criar sua “convenção pessoal de siglas e abreviaturas” que só dificultará o entendimento do outro e poderá trazer riscos legais ao seu exercício profissional.

6. Reconheça o valor do prontuário: encare o prontuário como um documento institucional que dispõe de informações do cliente e família, portanto, possui um valor intrínseco. Por outro lado, não perca de vista a necessidade de ter a leitura do prontuário como uma estratégia diagnóstica que pode ser determinante na acurácia. Procure conhecer qual o sistema de organização do prontuário: orientado para a fonte profissional que elabora o registro (seções diferentes por profissões), orientado para problemas (diferentes profissionais utilizam o mesmo problemas como orientador para o registro), ou demais formatos.

7. Estabeleça os momentos de interrupção na leitura: tome por base os objetivos de leitura, a situação do cliente (urgência de abordagem do encontro), o tempo disponível em relação às demais atividades. Se tiver de interromper a leitura repasse mentalmente os principais achados de sua leitura para reter a informação na memória. Planeje quando retornará para ler o restante sem perder a continuidade e garantindo a otimização do seu tempo, por meio do gerenciamento das atividades.

8. Discuta o que leu com colegas: aproveite os eventos formais (passagem de plantão, *round*, entre outros) ou informais para trocar informações e compartilhar avaliações e julgamentos obtidos da leitura.

9. Leia com frequência: à medida que você amplia a leitura do prontuário mais habilidade e familiaridade obterá no uso da estratégia. Procure selecionar prontuário que documentem tipos diferentes de casos. Se tiver oportunidade, acesse e leia modelos de prontuários diferentes do que está habituado a ler.

10. Goste do que está lendo: busque pelo prazer na atividade que está realizando. Julga-se que se você escolheu a carreira clínica e vem investindo na sua construção é coerente

obter dela satisfação pessoal. Quando feita com uma atitude positiva, focada em objetivos e metas a leitura pode trazer uma satisfação maior. Certamente, existem casos que convergem para seu interesse pessoal, então, use-os para uma leitura mais detalhada em um horário que seu planejamento permitir. Aproveite esta oportunidade para se familiarizar mais com o prontuário em si.

Por fim, caso não tenha tempo disponível para uma leitura de todas as informações do prontuário pode seguir a recomendação de Brandão (1999, p.89). Ele recomenda dar preferência aos dados mais recentes ou de maior interesse para a dada situação. Porém, se tiver tempo aproveite para aprofundar-se no sentido de saciar a curiosidade sobre o cliente.

- **Motivos (Por quê realizar a avaliação indireta do cliente?)**

O motivo principal da avaliação indireta é justamente aproximar-se do campo onde os dados do cliente estão inseridos. Esta fase, como já dito, propicia um direcionamento de sua atenção clínica, sugerindo áreas de coleta de dados com pontos de extrema importância até aqueles que você poderá omitir. Como vantagem ao processo de pensamento envolvido na tarefa diagnóstica, Carnevali e Thomas (1993, p.49) apontam que o direcionamento de informações resultante desta etapa pode reduzir significativamente o seu trabalho cognitivo, além de viabilizar maior eficácia e efetividade na observação e no processamento da informação coletada.

Brandão (1999, p.109) refere que a passagem de plantão e a leitura de prontuário são importantes circunstâncias de avaliação indireta, pois viabilizam imagens amplas, mas ainda pouco nítidas do quadro clínico real. Entende-se essas “imagens amplas” como as generalizações mentais da situação do cliente, como já discutimos anteriormente.

- **Explicações (Como realizar a avaliação indireta do cliente?)**

Recordando, para a avaliação indireta do cliente você pode utilizar estratégias de comunicação entre as equipes, como a passagem de plantão; de consulta aos documentos que contém registros sobre condições clínicas, como o prontuário; e de aquisição de generalizações sobre o cliente, como dados sobre o estilo de vida, grupo étnico a qual pertence, ocupação, condições familiares, sócio-econômicas e etc (CARNEVALI E THOMAS, 1993, p.47).

Você também poderá utilizar outras fontes externas ao cliente de importância para a avaliação indireta como os documentos assistenciais a ele relacionados, reuniões de discussão clínica sobre sua condição evolutiva e conversas com membros de convívio do cliente como a família ou outras pessoas significativas (GORDON, 1993, p.122).

Já sabemos que a avaliação indireta do cliente é um procedimento que utiliza de duas estratégias principais, ou seja, a passagem de plantão e a leitura de prontuário. Para a explicação destas estratégias, ou seja, para apresentarmos como elas se processam, buscamos referência a alguns autores.

Segundo Kurcgant (2005, p.48), a passagem de plantão pode acontecer de três modalidades ou formas, variando de acordo com o modelo assistencial do serviço de enfermagem. Segundo a autora as modalidades de passagem de plantão podem ser por tarefa, em grupo, ou em sub-grupo.

a) Passagem de plantão por tarefa:

Esta modalidade de passagem de plantão foi predominante entre as décadas de 70 e 80, momento em que as unidades de internação adotavam a assistência dividida por tarefas,

ou seja, cada auxiliar de enfermagem assumia um determinado cuidado ou um grupo deles, o qual ele realizava em todos os clientes, e o enfermeiro tinha papel de supervisor dessas tarefas, sem o direto envolvimento com o cliente.

Nesta modalidade os profissionais de enfermagem informam sobre as atividades realizadas aos colegas que prosseguem, no plantão seguinte, com as mesmas tarefas. Os enfermeiros comentam pouco sobre o estado geral dos clientes e intercorrências do período, estando presos mais aos assuntos que abordam pendências administrativas e de modo isolado, ou seja, sem compartilhar informações com o restante da equipe.

Este tipo de passagem de plantão apresenta vários pontos negativos. Os enfermeiros têm uma noção insuficiente do estado dos clientes, já que se posicionam de forma distanciada dos mesmos no sistema de trabalho; a equipe não tem conhecimento sobre a assistência integral realizada ou necessária aos clientes, pois as informações não são compartilhadas; os registros de enfermagem, devido ao método de trabalho vigente, apresentam-se pouco freqüentes e incompletos, dificultando o resgate de informações a serem comentadas na passagem de plantão.

Quanto aos pontos positivos, mantêm-se regularidade no horário de saída e entrada dos auxiliares e enfermeiros já que as informações têm como foco os procedimentos e não o cliente internado, configurando tempo menor em suas falas.

b) Passagem de plantão em grupos:

Esta modalidade de passagem de plantão surge em fins da década de 80, momento em que a SAE implantava-se nas unidades de internação sob a forma de histórico, plano de cuidados diários e evolução de enfermagem, o que provocou uma revisão da metodologia assistencial. Nessa época adotou-se o modelo assistencial de cuidados integrais, ou seja, cada auxiliar de enfermagem é responsável pela assistência integral a um grupo de pacientes.

Quanto aos enfermeiros, estes avaliam diariamente os pacientes e são responsáveis pelo planejamento individualizado da assistência.

A passagem de plantão em grupos consta de uma estratégia sob forma de reunião no posto de enfermagem, da qual participam auxiliares de enfermagem e enfermeiros do turno que inicia e do que termina o período de trabalho. Os auxiliares de enfermagem fazem um relato sobre o período, pautando a assistência prestada, enquanto os enfermeiros fazem complementações.

O propósito desta reunião é informar a todos os membros da equipe sobre os estados dos clientes internados, mesmo sabendo-se que cada um é responsável, apenas, por uma parcela deles. Acredita-se que isto contribui para o conhecimento sobre o estado de todos os clientes, melhorando a presteza nas respostas e no atendimento por qualquer membro da equipe.

Os pontos negativos desta modalidade recaem basicamente no prolongamento da passagem de plantão, pois são muitas as informações a serem transmitidas, devido à alta taxa de ocupação das unidades e a complexidade dos tratamentos e da assistência, propiciando relatos extensos. Surgem problemas trabalhistas decorrentes das horas extras, bem como uma descontinuidade da prestação da assistência durante o tempo destinado à passagem de plantão, uma vez que todos os membros da equipe ficam envolvidos, ocasionando insatisfação dos clientes.

Siqueira e Muto (p.404, 1998), após observarem 50 passagens de plantão pautadas nesta modalidade, identificaram conversas paralelas entre os profissionais, saídas aleatórias de membros da equipe para prestação de cuidados pendentes e interrupções por solicitações de outros profissionais e acompanhantes. O tempo médio de duração de cada passagem de plantão foi superior a 15 minutos.

Esta modalidade foi também discutida por Pirollo (1999, p.103), que apontou problemas de duração, interferências e distócias na comunicação nas passagens de plantão.

Vale ressaltar que neste modelo assistencial, a escala de cuidados integrais é diariamente alterada, ou seja, há um rodízio diário de clientes a serem cuidados pelos auxiliares de enfermagem e enfermeiros. Acredita-se que a possibilidade de conhecer diferentes patologias, tratamentos e realizar diversos diagnósticos, planejamentos e procedimentos, auxilia no desenvolvimento técnico e intelectual da equipe.

Apesar do aspecto positivo advindo da idéia do compartilhamento de informações entre todos os membros da equipe, verificou-se que as informações acabavam dispersas, além do tempo prolongado da passagem de plantão.

c) Passagem de plantão em sub-grupos:

Após a década de 90 o modelo de cuidados integrais evolui para um novo modelo de gestão pautado na participação e compromisso dos profissionais e na revisão dos processos de trabalho.

À luz desse propósito altera-se a escala de assistência integral diária para uma escala fixa, em que os clientes são sempre cuidados pelos mesmos enfermeiros e auxiliares de enfermagem de cada turno.

Este tipo de escala de prestação de serviços facilita e agiliza a assistência, dado o conhecimento das individualidades dos clientes pela equipe bem como das respectivas patologias, diagnósticos e tratamentos. Em consequência, há uma diminuição das informações a serem transmitidas na passagem de plantão.

As reuniões são substituídas por duplas de auxiliares de enfermagem de saída e chegada, havendo assim uma sucinta troca de informações relevantes sobre os pacientes cuidados, e os enfermeiros comunicam-se em dupla ou não, dependendo do quantitativo existente.

Esta modalidade apresenta vários pontos positivos. Verifica-se agilidade no processo, dado o melhor direcionamento das informações; o prontuário sedimenta-se como fonte de consulta para respostas ou explicações a serem dadas, uma vez que cada membro da equipe informa apenas sobre alguns pacientes, o que contribui para a coerência das informações; o atendimento durante as passagens de plantão podem acontecer ininterruptamente, visto que apenas dois profissionais de enfermagem estão envolvidos na passagem.

Quanto aos pontos negativos destacam-se algumas dificuldades na ordenação dos profissionais para a passagem de plantão, exigindo coordenação dos enfermeiros, que por sua vez estão entretidos com sua passagem com o outro colega, além da complementação ou captação de informações.

Nota-se que as modalidades de passagem de plantão apontadas por Kurcgant (2005) são bem interessantes do ponto de vista prático, e associam-se diretamente com os modelos assistenciais adotados pelo serviço de enfermagem. Porém, no atendimento aos objetivos deste estudo, há que se correlacionar os pontos negativos e positivos destas modalidades e modelos assistenciais ao processo diagnóstico, avaliando suas implicações diretas para a realização do diagnóstico de enfermagem. Antes de iniciarmos esta abordagem cabe discutir a outra estratégia pontuada como importante da etapa de avaliação indireta do cliente, a leitura de prontuário.

Dois estudos podem ser citados por descreverem como os profissionais utilizam o prontuário do cliente, um realizado por Weber et al (2004) e outro realizado por Brandão (1999), sendo este último analisado sob a perspectiva da aprendizagem metacognitiva.

Weber et al (p. 48, 2004), ao questionar aos profissionais como eles procuravam as informações no prontuário para o julgamento diagnóstico e posterior plano de intervenções, concluiu que a finalidade de leitura do prontuário pautava-se na manutenção de uma continuidade do cuidado prestado, e a busca pelas informações dava-se por meio da leitura da

chamada “evolução”. Os autores ainda complementam que a leitura da evolução acontece em praticamente todos os momentos de abordagem entre o profissional e o cliente, inclusive na alta e nas readmissões, porém não deixa claro o impacto das informações lidas para o julgamento diagnóstico e o tipo de informações que mais interessam aos profissionais.

Segundo Potter e Perry (p.121, 2002) a evolução de enfermagem é um tipo de anotação narrativa das respostas do cliente às ações de enfermagem. Tem como objetivo mensurar o progresso do paciente em relação ao objetivo do tratamento, podendo-se utilizar de escalas, queixas e observações isoladas.

Brandão (1999, p.72) aproxima-se mais deste nível de exploração, ao identificar em alunos de graduação em enfermagem a leitura de prontuários como estratégia diagnóstica na avaliação indireta.

O foco sobre a “evolução”, achado comum com o estudo anteriormente citado, também foi encontrado por Brandão (1999, p.72), referindo que as alterações no quadro do cliente, colocadas pelos sujeitos da pesquisa, também são colhidas a partir de notas narrativas deste tipo de impresso.

O estudo também conseguiu investigar quais são as informações de maior interesse, demonstrando uma predileção por dados mais recentes. O relato dos sujeitos evidencia uma técnica de busca retrospectiva, ou seja, inicia-se a coleta de dados mais atuais para os passados, apresentando como justificativa do critério de prioridade o fato de que as intervenções estão, em primeiro lugar, dirigidas aos eventos mais recentes. Quando a leitura concentra-se em dados mais antigos, objetiva aprofundar a compreensão entre os dados que formam a representação mental da situação-problema.

De acordo com os achados nos estudos acima você deve seguir uma modalidade específica de passagem de plantão guiado pelo modelo assistencial da instituição a qual estará vinculado.

A escolha pelo modelo assistencial e pela modalidade de passagem de plantão que melhora a comunicação profissional, favorece adequado fluxo, recepção e interpretação de informações que são utilizadas pelos aspectos do pensamento crítico, viabilizando um processo diagnóstico com níveis cada vez mais elevados de acurácia e exatidão.

Com relação à leitura de prontuários, como já dito anteriormente, procure ler o maior número de informações possíveis, de preferência as evoluções, e de maneira retrospectiva. É necessário que você conheça as intervenções dirigidas aos eventos mais recentes. Caso não tenha tempo disponível, elenque as de maior importância para o momento.

Recomendação 3:

Segundo Kurcgant et al (2005), NANDAi (2009), Potter e Perry (2002) e Gaidzinski et al (2008), o modelo assistencial de enfermagem mais favorável ao desenvolvimento do processo diagnóstico em enfermagem, independente de qual referencial, deve estar voltado para uma máxima aproximação do enfermeiro com o seu foco de trabalho, ou seja, o homem, além disso, deve utilizar meios para que essa aproximação gere resultados e favoreçam constantes reavaliações. Assim, recomendamos que os modelos assistenciais que priorizam a assistência direta do enfermeiro pautada em metodologias de aplicação do processo de enfermagem, como a SAE, sejam aceitos como favorecedores ao desenvolvimento do processo diagnóstico em enfermagem.

Tendo como referencial Kurcgant (2005), o modelo assistencial que prioriza o cuidado fragmentado e não de forma integral, que considera a qualidade da assistência pelo número de procedimentos realizados, e que coloca o enfermeiro na posição de supervisor e não no cuidado direto, tem como modalidade de passagem de plantão aquela guiada por tarefas, onde as informações trocadas tem relação apenas com o que foi feito, sem, no entanto,

abordarem a situação do diagnóstico, dos cuidados e da resposta do cliente, ou seja, do quadro clínico sob o ponto de vista da enfermagem.

Considerando a proximidade do enfermeiro em relação ao cliente como condição para uma modalidade de passagem de plantão que favorece o processo diagnóstico, encontramos na passagem em grupo e em sub-grupos as principais estratégias viabilizadoras da continuidade de uma assistência que prioriza o cuidado integral, principalmente a feita em sub-grupos, na qual foi verificado menor gasto temporal e menores interferências no processo comunicativo.

O modelo assistencial que tem a passagem de plantão em sub-grupos é regida por uma escala fixa, em que enfermeiros e auxiliares sempre estão responsáveis pelos mesmos clientes. Isso gera o vínculo profissional necessário à criação de uma esfera terapêutica, propiciado pelo conhecimento adequado das condições da clientela, e de um acompanhamento mais próximo de suas respostas frente às intervenções instituídas, o que confere possibilidade ao seguimento de um raciocínio clínico, gerador do processo diagnóstico em enfermagem.

A leitura de prontuário também merece uma análise cuidadosa, no que diz respeito ao modo de leitura. Você deverá encontrar a estratégia de leitura que mais facilite o seu raciocínio para o processo diagnóstico.

De acordo com os dados da literatura você deve conhecer prioritariamente a evolução do quadro clínico do cliente. O acesso a essa informação deixa claro ao examinador se a resposta do cliente frente ao plano terapêutico instituído está ou não de acordo com os resultados esperados. Através desta leitura você já poderá ser capaz de inferir se o diagnóstico ainda existe, se o mesmo foi agravado, ou se já foi resolvido.

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

Após a coleta de dados no pré-encontro com o cliente o diagrama prossegue com a caracterização e descrição dos procedimentos relacionados ao momento do encontro com o mesmo. Esta etapa é seguida quando o conjunto das informações previamente obtidas não são o suficiente para o julgamento diagnóstico de enfermagem, sendo necessário um avanço no processo investigativo. Ainda mais, é importante ressaltar que as dimensões subjetivas da pessoa que é objeto do cuidado de enfermagem impõem a necessidade de não se prescindir do encontro.

O momento do encontro entre o enfermeiro e o cliente tem como objetivo primordial coletar informações clínicas de modo direto e identificar achados por meio de habilidades e técnicas específicas. Estando na condição de um iniciante, você deve conhecer os melhores caminhos para a reunião dessas informações! Por isso, preste bem atenção, principalmente da forma como é estruturada e aplicada esta etapa, pois ela favorece uma interpretação geradora de julgamentos importantes para o processo diagnóstico em enfermagem.

4.2.2.1 – PROCEDIMENTO 2.1: Avaliação direta e geral do cliente:

- **Finalidades** (Para que serve a avaliação direta e geral do cliente?)

Segundo Gordon (1993, p121) a avaliação direta e geral do cliente caracteriza-se por um trabalho contínuo que tem a finalidade de avaliar o estado de saúde do cliente permitindo a aquisição e a interpretação de informações clínicas. Tem como propósito fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica de ajuda entre enfermeiro e cliente que é possibilitada pela identificação de padrões funcionais de saúde alterados. A autora aponta que

a coleta de dados no encontro não possui um término definido, apesar de gerar diagnósticos, revisar diagnósticos existentes ou descartá-los no sentido do direcionamento da terapêutica.

A partir desta definição você já deve ter em mente que a avaliação direta do cliente está sempre acontecendo, mesmo que o diagnóstico já tenha sido encontrado, pois em algum momento ele terá um desfecho, e o cliente evoluirá para uma outra condição clínica, que, talvez, vai merecer um outro diagnóstico.

Além de ser um trabalho contínuo, Abrão et al (p.157, 2005) ainda colocam a avaliação direta e geral do cliente como um processo deliberado e sistematizado.

Segundo os autores é deliberado porque possui propósito e direção influenciados pelo domínio do conhecimento e das responsabilidades do profissional; por uma clara concepção das informações necessárias para o cumprimento do dever profissional frente ao cliente; e pela investigação de focos objetivos que não gastem tempo e energia desnecessários no momento do encontro. É sistemático porque implica num modelo de coleta que segue uma seqüência lógica e ordenada das questões e observações a serem pesquisadas (CIANCIARULLO, p.4, 2000; FERREIRA, p.521, 2004).

A avaliação se qualifica por ser direta e geral. Direta porque resulta de um contato direto entre enfermeiro e cliente, onde informações, muitas vezes relatadas e explicitamente manifestadas são fornecidas. E geral porque obtém informações não focalizadas, ou seja, permeia o contexto geral de apresentação do cliente, tanto do ponto de vista da clínica quanto do ambiente a que está inserido (CARNEVALI; THOMAS, p. 56, 1993).

Segundo Gordon (1993, p.121), a avaliação direta e geral do cliente desempenha um objetivo importante na coleta de dados e no processo diagnóstico como um todo: O atendimento das prioridades do cliente. Para a autora, no momento do encontro o enfermeiro pode deparar-se com o cliente em situação adversa a qual estava segundo se poderia presumir

utilizando apenas os dados coletados no pré-encontro. Isso demanda uma série de medidas imediatas que certamente serão consideradas ao longo da avaliação e do processo diagnóstico.

Em suma, a avaliação direta e geral do cliente possui a finalidade de obter uma visão geral do encontro e ainda de identificar situações que mereçam abordagem imediata, por isso procure entender as circunstâncias, motivos e explicações deste procedimento para uma adequada aproximação com o exercício desta etapa.

- **Circunstâncias (Quando realizar a avaliação direta e geral do cliente?)**

Sempre que a coleta de dados no encontro com o cliente acontecer deve-se realizar a avaliação direta e geral do mesmo. O cumprimento deste procedimento é condição mínima para conhecer a situação geral do cliente e alcançar a próxima etapa do diagrama.

- **Motivos (Por que realizar a avaliação direta e geral do cliente?)**

Segundo Carpenito (p.77, 1997), alguns motivos podem ser elencados para a realização da avaliação direta e geral. Primeiro, porque ela ocorre continuamente desde a admissão até à alta, constituindo assim uma estratégia de monitoramento permanente que possibilita a determinação freqüente do estado evolutivo do cliente. O segundo motivo é porque as informações gerais obtidas servem como guias para a elaboração de inferências pré-diagnósticas amplas, limitando o universo de possibilidades e contribuindo para a realização do diagnóstico. Por fim, e em terceiro lugar, é porque os dados provenientes desta avaliação introduzem a coleta de dados focalizada, já que algumas significações podem ser construídas e dirigidas para as coletas de dados subsequentes.

Considerando a importância desta tarefa, como iniciante você constantemente deve exercitá-la, para isso torna-se necessário compreender como ela pode acontecer.

- **Explicações (Como realizar a avaliação direta e geral do cliente?)**

Como já dito anteriormente, a avaliação direta e geral deve preocupar-se com a situação geral do cliente e com a priorização de possíveis situações que demandem abordagem imediata.

Segundo Carnevali e Thomas (p.99, 1993) e Gordon (p.104, 1993) as condições que necessitam de abordagem imediata são aquelas que chamam a sua atenção logo que entra em contato com o cliente, e isso pode ser conseguido por meio da observação, da entrevista e do exame físico.

Faremos a seguir a descrição do uso dessas três estratégias de coleta de dados. Procure entender a maneira como são utilizadas na avaliação direta e geral do cliente.

Carnevali e Thomas (p.50, 1993) referem que a obtenção de manifestações do cliente que chamem sua atenção na avaliação direta, deve ser introduzida por uma conversa que exponha os objetivos da coleta de dados feita pelo enfermeiro e por uma forma de observação externa do cliente e ambiente.

Em relação à conversa com o cliente, Gordon (p.233, 1993) propõe que exista o que a autora denomina de “conversa inicial”, ou seja, uma estratégia meramente introdutória da entrevista ou do exame clínico em que o enfermeiro deixa claro para quem veio e como poderá contribuir para a melhora ou manejo das respostas do cliente. A autora destaca uma grande contribuição desta estratégia principalmente na sensibilização do cliente frente à coleta de

dados pelo enfermeiro, já que na maioria das vezes, não possui idéia do objetivo ou modo de funcionamento da mesma.

Brandão (p.73, 1999), avança na questão do detalhamento da estratégia afirmando que antes da coleta dos dados subjetivos, ou seja, da entrevista clínica, há a possibilidade (se não a necessidade) de estabelecimento do que ele denomina de “conversa empática”.

Segundo o autor a conversa empática apareceu junto aos sujeitos de seu estudo como um diálogo empático, em que o cliente é abordado de modo menos formal, procurando-se estabelecer uma interação por intermédio de um relacionamento de confiança e proximidade.

Assim, de modo a estabelecer vínculos relacionais procure utilizar a “conversa empática” quando aproximar-se do cliente! Segundo Brandão (p.73, 1999) a conversa empática evita uma busca motivada por interesses puramente diagnósticos, abordando temas gerais que facilitam a comunicação. O diálogo foi visto pelo autor como de um foco genérico e de pouco interesse clínico, envolvendo assuntos da vida do cliente, preferências e práticas sociais. Ainda que não abordem as questões do problema de forma direta, a realização da conversa funciona como que fornecendo chaves de entrada para a entrevista.

Caso o cliente não estabeleça, por algum motivo, comunicação verbal efetiva, a estratégia da conversa empática pode ficar prejudicada. Neste caso, a técnica da observação poderá lhe auxiliar juntamente com o exame físico. Há que se reconhecer que quanto mais empático e delongado forem os contatos do profissional com o cliente, maiores são as chances de reconhecimento de manifestações de natureza não-verbal. Obviamente, que a atitude por parte do profissional deve estar voltada para um interesse de perceber os dados comunicados de forma não-verbal.

A observação do cliente contribui acentuadamente para o encontro das manifestações que constituirão a avaliação geral e determinarão a necessidade ou não de abordagem imediata, sendo descrita por Gordon (p.234, 1993) como uma forma rápida de analisar sinais

físicos externos e dispositivos de uso do cliente como sondas, tubos e infusões por meio da inspeção.

Essa inspeção, segundo Maria et al (p.48, 2003) caracteriza-se como uma observação do estado geral do cliente pelo enfermeiro. A observação corresponde a uma visão do conjunto, feita frontalmente e superficialmente, abordando o nível de consciência, padrão respiratório, estado nutricional, atividade motora, postura, fásceis, higiene, coloração cutâneo-mucosa e etc.

No estudo de Brandão (p.90, 1999) a observação apresenta-se não só como uma inspeção capaz de potencializar a avaliação direta e geral, mas também como etapa prioritária antes de qualquer outra ação, visando principalmente visualizar áreas que demandam assistência imediata antes do prosseguimento da coleta de dados.

Para Carnevali e Thomas (p.53, 1993), quando os achados clínicos da observação apresentam instabilidade fisiológica ou psicológica aparente, estes devem ser avaliados e resolvidos prontamente, objetivando o mais rápido possível a sua melhora.

Tais situações incluem os clientes que no momento do encontro possam estar, por exemplo: com dificuldade respiratória, com rebaixamento do nível de consciência, vomitando, com sinais de choque, em situações de pânico, extrema ansiedade ou violência. Ao deparar-se com esta situação o enfermeiro avança rapidamente para a avaliação objetiva ou subjetiva de modo focalizado no problema em questão, e somente retoma a coleta de dados de forma integral quando consegue chegar à estabilização do quadro crítico.

A escolha por prosseguir na avaliação pelos dados objetivos ou subjetivos dependerá da condição de resposta verbal coerente que o cliente esboça no momento da solicitação pelo examinador, ou será feita a opção caso haja alguma alteração de aspecto fisiológico ou preocupação de natureza psicológica.

Para uma melhor compreensão desta situação lançamos alguns exemplos seguindo os passos do diagrama para o procedimento:

1. Paciente masculino, 76 anos, há dois dias submetido à cirurgia cardíaca, encontrado no leito imóvel, hipocorado, não responsivo aos chamados, pulso acelerado e filiforme, FC = 177 bpm, PA = 60x40mmHg e ritmo cardíaco irregular.

Comentário: O cliente necessita de abordagem imediata? Sim/ Esboça resposta verbal? Não/ Apresenta alteração no estado hemodinâmico, ventilatório ou neurológico? Sim, hemodinâmico/ Tem instabilidade clínica? Sim >> Então, realize o pronto-atendimento da urgência.

Antes de prosseguir com a avaliação e formular o diagnóstico de enfermagem, você deverá estabilizar clinicamente o cliente. Já que o cliente não estabelece comunicação verbal e possui alteração de aspecto fisiológico, a coleta deverá ser iniciada pelos dados objetivos.

2. Paciente feminino, 56 anos, recém informada que possui neoplasia de mama, encontrada no consultório extremamente chorosa, relatando medo de morrer e preocupação com a sua família.

Comentário: A cliente necessita de abordagem imediata? Sim/ Esboça resposta verbal? Sim/ Relata preocupação de natureza fisiológica? Não >> Então, inicie a coleta pelos dados subjetivos.

Neste caso, a cliente estabelece comunicação verbal efetiva e possui preocupação de natureza psicológica. A condição emocional será avaliada ao

longo da coleta de dados no sentido de solucioná-la por meio de um diagnóstico e de uma intervenção.

Brandão (p.77, 1999) identifica a estratégia acima quando verifica na fala dos sujeitos de seu estudo a existência da conversa orientada pelas queixas do cliente. As perguntas são orientadas por meio de um *menu* que envolve critérios de prioridade estabelecidos pelo examinador a partir dos significados atribuídos aos dados coletados. O autor relata que as prioridades eram determinadas tanto pela ocorrência de anormalidades, quanto pela hierarquia das necessidades.

Esteja atento para a situação geral do cliente e, se necessário, estabeleça prioridades! Elas lhe serão úteis para atender prontamente as condições de instabilidade clínica que estão pondo a vida do cliente em risco e/ou indicarão por onde deverá prosseguir na coleta.

Outro foco importante da observação está no ambiente onde o cliente se insere. Segundo Potter e Perry (p.252, 2002), o ambiente de coleta de dados intervém diretamente no registro e compreensão das informações clínicas, interferindo no julgamento diagnóstico e conseqüentemente no plano assistencial.

Tendo em vista que a avaliação direta e geral do cliente envolve também a aquisição de objetivos e o conseqüente uso das técnicas de exame físico, torna-se imprescindível que este seja feito em local privado, com o mínimo de ruídos e interrupções. O exame físico deve ser executado em local que respeite a privacidade do cliente, sendo preferível a utilização de uma sala bem equipada para atender a todos os procedimentos envolvidos. Frequentemente, porém, o exame é realizado no quarto do cliente, onde pode ser necessário o uso de divisórias. Claridade adequada também é necessária para a iluminação apropriada das partes do corpo. Uma sala de exames à prova de sons é a ideal. Na medida do

possível, você deverá eliminar todas as fontes de ruídos estranhos e tomar os devidos cuidados para evitar interrupções por parte da equipe de saúde durante todo o exame.

Quando a coleta de dados não é interrompida por situações emergenciais e o ambiente apresenta condições favoráveis ao encontro, o fluxograma direciona a decisão para o levantamento das informações subjetivas logo após a observação e a conversa empática. A técnica utilizada neste momento é, segundo a maioria das bibliografias pesquisadas, a entrevista clínica.

Segundo Maria et al (p.29, 2005), Gordon (p.157, 1993) e Potter e Perry (p.252, 2001) a entrevista clínica consiste na coleta de informações descritas pelo cliente, que serve para desenvolver confiança e estabelecer vínculo entre o cliente e o profissional, além de identificar dados que vão complementar o exame físico e servir de subsídio para o diagnóstico.

Para Brandão (p.76, 1999) a entrevista clínica tem como finalidade principal a de permitir a obtenção de dados de interesse clínico mais explícitos e necessários à conclusão diagnóstica, podendo ser guiada também por um *menu* ou roteiro construído e, sendo aplicada de diversas formas, inclusive, com a focalização da queixa e atribuição de prioridades.

Uma vez que o roteiro de entrevista clínica esteja estruturado em padrões ou focos relevantes e coerentes com a enfermagem, isto possibilitará a coleta, agrupamento e interpretação de dados para o julgamento diagnóstico, garantindo sua funcionalidade e sua contribuição para a consolidação das bases específicas desta área do conhecimento. A base de defesa deste argumento de interface entre a estrutura de coleta e os procedimentos analíticos e interpretativos repousa nas teorias e modelos conceituais de enfermagem.

As linguagens de enfermagem são construídas tendo por base um modelo conceitual norteador. Um modelo conceitual é um conjunto de conceitos relativamente abstratos e gerais que indicam o fenômeno de interesse central para um disciplina, as

proposições que descrevem amplamente estes conceitos, e as proposições que, de certo modo, estabelecem as relações gerais e abstratas entre dois ou mais conceitos (Fawcett, p.16, 2005).

Por exemplo, a Taxonomia I dos diagnósticos de enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) foi construída e sedimentada sobre o modelo conceitual do Ser Humano Unitário proposto por Rogers, o que justificava o uso dos nove padrões de resposta humana como estrutura organizadora dos diagnósticos.

Portanto, em especial para os iniciantes, uma cuidadosa atenção deve ser posta na seleção de qual modelo focará a coleta de dados de modo a não causar desvios no processo diagnóstico. Sendo mais específico, Rogers não separa o conceito de indivíduo e ambiente, tratando ambos como tipos de campos energéticos que são relacionados (Fawcett, 2005). A consequência natural deste modelo é exigir a construção de um processo de coleta de dados que possui unicidade e negue abordagens reducionistas, como por exemplo, a investigação por sistemas corporais.

Assim, o que não se pode esquecer é que um foco de enfermagem representa um fenômeno relativo à prática clínica e por isso traz dados tanto subjetivos quanto objetivos. Isso quer dizer que em um mesmo foco pode-se explorar dados através da entrevista e do exame físico.

O exame físico é considerado como umas das mais importantes técnicas de coleta de dados e consiste no levantamento de informações objetivas diretamente pelo examinador. (GORDON, p.122, 1993)

Segundo Brunner e Suddarth (p.38, 2008), o exame físico pode ser realizado antes, no decorrer ou depois da entrevista clínica, dependendo dos estados físico e emocional do cliente e das prioridades imediatas da situação. O examinador procura por anormalidades que possam revelar informações acerca de problemas de saúde anteriores, atuais e futuros. O propósito desta técnica consiste em identificar os aspectos do estado físico, psicológico e

emocional do cliente e exige o uso da visão, audição, tato e olfato, nos procedimentos de inspeção, palpação, percussão e ausculta.

Inspeção é o processo de observação do corpo, humor e comportamentos não verbais, que muitas vezes acontece antes da conversa empática ou entrevista; a palpação envolve o uso da mão e sentido de tato para determinar sensibilidade, temperatura, textura, vibração, pulsação, massas e outras alterações na integridade do corpo; a percussão é a batida leve de vários órgãos do corpo e estruturas que produzem vibração e som; e ausculta é o processo de auscultar sons produzidos pelo corpo. (CARPENITO, p.35, 2007)

A maior parte da literatura consultada restringe-se ao conceito de exame físico como técnica de coleta de dados básicos que identifica anormalidades, sem, no entanto, articulá-la como estratégia para fins diagnósticos. As obras que se aproximam deste enfoque não descrevem como essa articulação acontece, deixando lacunas importantes em relação à forma de uso e a finalidade do exame físico na enfermagem.

Brandão (p.81, 1999) aproxima-se mais da questão do processo diagnóstico, quando propõe que além dos achados normais e anormais, o exame físico também desponta para a confirmação de evidências levantadas na conversa, entrevista ou observação, ou seja, confirma a veracidade das informações subjetivas fornecidas pelo cliente e obtidas a partir do uso de outras estratégias.

O que o autor também pôde observar dos resultados de sua pesquisa é que entre os iniciantes que foram seus sujeitos não havia uma ordem seqüencial pré-estabelecida para o exame físico. Geralmente, o exame acontece de modo simultâneo com a conversa, entrevista e observação, e isso seria guiado principalmente pela qualidade da interação promovida pela comunicação do profissional com o cliente, ou seja, à medida que o cliente vai dando oportunidades no processo comunicativo, o enfermeiro vai explorando os focos sem um prosseguimento seqüencial e linear da ordem dos dados subjetivos para os objetivos.

Outra contribuição do estudo de Brandão (1999) recai sobre a verificação acerca da forma com que os sujeitos seguiam o instrumento de coleta de dados. Evidenciou não haver uma ordem céfalo-caudal, muitas vezes proposta nos cursos de graduação. Os sujeitos apresentaram uma forma de exame, e até mesmo de entrevista clínica orientada pelos problemas e determinada pelas queixas do cliente, o que era compatível com um critério de prioridade, já mencionado anteriormente.

O diagrama proposto indica que a investigação tanto subjetiva, quanto objetiva seja realizada através de um menu referencial guiado pelos problemas do cliente, ou seja, o cliente tem prerrogativa quando comparado ao modelo de orientação pré-estabelecido.

Muitas vezes os diagnósticos já instalados podem introduzir a coleta de dados utilizando-se como parâmetros ou focos de avaliação as características definidoras desses diagnósticos, e a partir de uma hierarquização de importância clínica dos mesmos, feita pelo cliente e enfermeiro, a coleta de dados é conduzida. Isso não inviabiliza a utilização do menu referencial, ele é o guia e o instrumento de registro dessa avaliação, somente a forma e a ordem sequencial deste registro que poderá sofrer modificações de acordo com o fenômeno clínico situacional.

Como você pode ver, não há uma única sequência lógica ou ordem para utilização das estratégias de avaliação direta e geral. A escolha pela melhor forma de abordagem está em acordo com o contexto da situação do cliente. À medida que avança na coleta de dados o iniciante vai decidindo quais os focos deverão ser investigados, utilizando assim a melhor estratégia.

Os pontos que deverão ser verificados na avaliação podem estar contidos em um instrumento próprio para coleta, servindo-lhe como guia ou menu referencial.

O instrumento de coleta de dados é um material organizado e objetivo, que visa orientar o levantamento das informações dentro de um roteiro, dividido em categorias coerentes com um propósito específico (ABRÃO et al, p.158, 2005).

Na enfermagem, o instrumento utilizado para coleta de dados clínicos é muitas vezes representado pelo histórico de enfermagem, sendo este um guia sistematizado que levanta informações que objetivam conhecer os problemas de enfermagem vivenciados pelos clientes, para que a assistência seja direcionada ao atendimento de suas necessidades de forma global (GUTIEREZ et al, p.131, 2002).

Segundo Brunner e Suddarth (p.37, 2008), o histórico de enfermagem é a primeira fase do processo de enfermagem, e visa crucialmente determinar o estado de saúde do cliente e identificar um problema real ou potencial através da busca de dados tanto objetivos quanto subjetivos.

Potter e Perry (p. 88, 2002) referem que dados, no contexto da coleta de dados, são informações sobre o cliente, as quais devem ser descritas, concisas, completas, objetivas, não incluir declarações interpretativas e que permitam ao enfermeiro o desenvolvimento de um cuidado imediato. Os dados a serem coletados podem ser objetivos ou subjetivos, históricos ou atuais. Entretanto, consideramos que os dados atuais ou históricos se forem mensurados, são dados objetivos, e se forem descritos pelo paciente são subjetivos, assim sendo:

- a) **Dados objetivos** – informações referentes ao paciente colhidas por meio da observação e da mensuração, comumente, obtidos por meio dos órgãos dos sentidos durante a realização do exame físico: inspeção, palpação, ausculta, e percussão; ou por meio da verificação de sinais vitais, análise de exames laboratoriais e de imagem.

- b) **Dados subjetivos** – dados obtidos no momento da entrevista, onde o cliente expressa a percepção que ele tem de si e de sua condição atual (físico, psíquico ou emocional) e de sua história pregressa.

Um ponto importantíssimo da compreensão do instrumento de coleta de dados é entender a idéia subjacente a estrutura de sua construção. Verifica-se na prática clínica que existem modelos de histórico de enfermagem que são construídos sem levar em conta uma estrutura que o sistematize em áreas ou focos de atenção de enfermagem. Isso quer dizer que nesses casos ainda direcionam a coleta de dados guiada pelos órgãos do sistema, trazendo assim mais a perspectiva biomédica para o contexto da avaliação, o que restringe o campo das significações que o enfermeiro necessita para a geração das inferências e diagnósticos de enfermagem.

Algumas reflexões cabem a estas questões. Cremos que na atualidade grande parte da assistência de enfermagem é calcada no modelo médico-alopata. Tem a fisiopatologia como estrutura conceitual e a cura da doença como meta. Sendo assim, com estes referenciais, a coleta de dados realizada pelo enfermeiro é semelhante a do médico, visto que a base teórica e os objetivos são os mesmos (CRUZ, p.112, 2003).

A enfermagem é uma área de conhecimento complexa, que lida com respostas humanas frente ao desequilíbrio de saúde, e por isso necessita de um olhar que abranja diversas dimensões do comportamento humano. Isso proporciona uma atenção que vai além do foco essencialmente orgânico para avaliar o cliente sob a perspectiva holística, considerando focos de atenção que versem sobre o enfrentamento, a tolerância ao estresse, o padrão de atividade, auto-cuidado, entre outros (CRUZ, p.53, 2006).

Se desejarmos uma coleta de dados propondo atender fenômenos diferentes da medicina, ou seja, a criação de um modelo de enfermagem que evidencie categorias

avaliativas de responsabilidade exclusiva do enfermeiro, devemos associar os dados a serem coletados junto a uma teoria de enfermagem específica (CRUZ, p.87, 2006).

A composição de determinados modelos de avaliação baseado em uma teoria de enfermagem, torna-se uma importante estratégia segundo Nóbrega (p.55, 1990), já que aglutina dados relevantes em grupos e subgrupos específicos, guiando o raciocínio para atender uma demanda teórico-filosófica. Mesmo assim, a autora coloca que não existem instrumentos para a coleta de dados que estejam universalmente aceitos na enfermagem, ficando livre a escolha de qualquer abordagem teórica ou conceitual desde que descrevam os aspectos de um indivíduo e as respostas deste a um estado de saúde.

Garcia (p.78, 2004), ao analisar a importância do histórico de enfermagem como gerador de um processo intelectual que resulta em julgamento clínico, diz que sua estrutura e delineamento deve constar de um método avaliativo que respeite critérios específicos de atendimento aos fenômenos de atuação do enfermeiro.

Assim há disponível na enfermagem diversas formas de estruturação do histórico que atendem especificamente os fenômenos coerentes com a prática clínica do enfermeiro. Este material pode ser construído tendo como base *guidelines*, teorias e instrumentos clinicamente validados para uma determinada população, e pode estruturar-se, por exemplo: em *Padrões Funcionais de Saúde* (GORDON, p.71, 1993), em *Necessidades Humanas Básicas* (HORTA, p.22, 1979), nos padrões de respostas humanas (NANDA, 1998), nos domínios da taxonomia diagnóstica (NANDA, 2008). Além de explorar os focos de maior impacto clínico para o cliente, esses moldes também auxiliam no agrupamento de dados semelhantes ou significativos e no levantamento de hipóteses diagnósticas, o que proporciona muitas vezes, tomadas de decisão sobre alguma demanda do próprio encontro.

Como iniciante é válido que você utilize sempre um modelo de coleta de dados. Ele garantirá que você não esqueça aspectos importantes que de alguma forma podem ter sido

ignorados ao longo da avaliação, além de contribuir para o agrupamento de informações significativas no processo diagnóstico. Somente deve tomar cuidado com instrumentos com focos de avaliação que fogem do eixo filosófico da enfermagem, levando ao surgimento de inferência pré-diagnósticas erradas ou no mínimo distantes dos preceitos da sua área de conhecimento.

Recomendação 4:

Para o desenrolar de toda esta busca por informações, com reconhecimento progressivo de evidências e geração de significações clínicas, observa-se também a influência direta exercida por algumas características do enfermeiro e do próprio cliente na coleta de dados, a saber: a visão de mundo do enfermeiro, o conhecimento do enfermeiro, as habilidades do enfermeiro e a visão do cliente frente à coleta.

Entendendo que tais características influenciam diretamente a relação enfermeiro-cliente que é necessária ao momento do encontro, procure compreendê-las buscando uma reflexão concernente ao procedimento em questão, ou seja, a avaliação direta e geral do cliente.

Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993); Gordon (1993) e Silva (2009), descrevem distintamente tais características:

- a) **Visão de mundo do enfermeiro** – refere-se à opinião do profissional acerca da própria enfermagem, enquanto profissão; da saúde, como condição essencial à vida; do cliente como ser que precisa ser cuidado; e do processo de inter-relação que se estabelece entre enfermeiro-cliente.
- b) **Conhecimento do enfermeiro** – para a realização da coleta de dados o enfermeiro deve possuir conhecimento não só das ciências biológicas, mas também das ciências humanas, que lhe dará condições de planejar uma assistência holística. É

necessário também um certo conhecimento no campo das ciências exatas, pois, o enfermeiro precisa analisar e interpretar os dados, e conhecer os fundamentos necessários para solução de problemas e tomada de decisão.

- c) **Habilidades do enfermeiro** – para o levantamento de dados do paciente são necessárias algumas habilidades, tanto técnicas (procedimentais) quanto interpessoais, as quais permeiam todo o processo de enfermagem, facilitando a comunicação e o desenvolvimento do relacionamento enfermeiro-cliente. Inclusa nessas habilidades a capacidade de ouvir é fundamental, pois contribui como processo terapêutico, permitindo que o paciente se sinta confortável, e expresse com mais facilidade seus valores, pensamentos, sentimentos e preocupações. As autoras referem ainda a criatividade, o senso comum e a flexibilidade, como habilidades essenciais.
- d) **Visão do cliente frente à coleta de dados** – Muitos clientes não têm idéia sobre os tipos de dados que o enfermeiro busca, não possuindo expectativas de qual informação poderá ser compartilhada com este profissional. Eles sabem que falarão sobre condições dentárias e de cavidade oral com o odontólogo e abrirão a boca no momento do exame; sabem que falarão de alimentação e tipos de dieta com o nutricionista; e sabem o tipo de informação que o médico precisará dentro de cada especialidade. Mas sabem muito pouco sobre os dados a serem investigados por um enfermeiro. É necessário que possuam informações a respeito do que será perguntado e examinado e de qual é o propósito deste conjunto de ações.

Pergunte para si mesmo quais concepções tem sobre a enfermagem e o seu papel frente ao cliente; estude os fenômenos relacionados à disciplina de enfermagem, sejam eles de aspecto físico ou humano; seja capaz de ouvir os relatos do cliente; esclareça o cliente sobre

os dados que serão investigados, além de dizer-lhe que tentará ajudá-lo a vencer ou minimizar algumas limitações impostas pelo desequilíbrio de saúde.

A coleta de informações também exige habilidades do enfermeiro na condução da comunicação com o cliente, evitando apenas uma coleta rápida e superficial de dados e um longo encontro do qual o enfermeiro não consegue se desvencilhar.

Os principais fatores descritos por Maria et al (p.30, 2005) e Nóbrega (p.44, 1990) são as crenças e os valores do enfermeiro, o referencial teórico de enfermagem e a habilidade no relacionamento interpessoal, como explica-se a seguir:

- a) **Crenças e valores pessoais do enfermeiro:** Na coleta de dados o cliente vai ser levado a revelar questões muito particulares e pessoais como preferências e problemas sexuais, relações extraconjugais, crenças culturais e religião. Não lhe cabe julgar se as crenças e os valores dos clientes estão de acordo com os seus. Você está realizando a coleta de dados para identificá-los, entendê-los e procurar ajudá-los no manejo dessas condições enquanto estiverem sobre seus cuidados e não para julgar seus valores e crenças, como, por exemplo, a sua religião, suas orientações sexuais ou conjugais. O cliente traz sua bagagem cultural e experiências de vida construídas pelo seu grau de conhecimento, sua linguagem, seu vocabulário próprio, suas expectativas, seus valores e crenças, que podem contrastar frontalmente com os seus, provocando resistência e falta de interesse no processo de trabalho. Tome cuidado para não induzi-lo a pensar que ele está sendo julgado por estar doente, por não ter determinadas condições socioeconômicas ou por ter determinadas reações emocionais. O cliente precisa perceber que você está sendo verdadeiro, que está aberto a partilhar idéias e que é livre de preconceitos. Desse modo, o cliente pode se conscientizar e aceitar sem sofrimentos maiores as

mudanças e reestruturações que se fizerem necessárias em prol de melhores condições de saúde.

- c) **O referencial teórico do enfermeiro:** As teorias de enfermagem devem nortear os focos de atenção da coleta de dados. Se os enfermeiros se basearem apenas no modelo biomédico, eles tenderão a construir instrumentos de coleta de dados dirigidos pelos órgãos em sistemas e as informações coletadas serão uma repetição dos dados médicos. Assim, os enfermeiros serão conduzidos quase que automaticamente ao diagnóstico das doenças, que legalmente é competência médica e só pode ser feito pelos enfermeiros quando delegado por legislação ou norma específica, como ocorre em Programas de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. É comum encontrar instrumentos de coleta baseados no modelo biomédico, acrescidos de itens espirituais, sociais e psicológicos que muitas vezes não são valorizados nem utilizados pelos enfermeiros. Acredita-se que essa prática seja resultante do ensino das teorias de enfermagem de forma superficial, sem incorporação dos seus princípios na prática dos estudantes. Para que isso seja incorporado como uma filosofia profissional procure aprender que as teorias são fundamentais para a prática de enfermagem e acredite nisso, vendo que elas permeiam a prática dos enfermeiros clínicos, gerentes e pesquisadores de enfermagem.
- d) **A habilidade do enfermeiro no relacionamento interpessoal:** A habilidade no relacionamento interpessoal do enfermeiro com o cliente vai depender muito da comunicação entre eles, momento em que a empatia e o envolvimento emocional são fundamentais. A comunicação, como já descrito no tópico anterior desta análise, é um instrumento básico do trabalho de enfermagem e é entendida como um processo dinâmico de compreender e compartilhar mensagens enviadas e

recebidas, em que há um fluxo contínuo e circular de energia, no qual seus elementos interagem e sofrem influências contínuas de uns sobre os outros. As formas verbal e não-verbal, incluindo as expressões faciais do cliente, são extremamente importantes no momento da entrevista e devem ser percebidas no sentido de interpretá-las para uso como dado clínico.

Os fatores discutidos acima são de extrema importância para o estabelecimento de uma relação efetiva no momento do encontro com o cliente, mas, a relação interpessoal especificamente mostra-se de grande valia como processo que favorece adequada coleta e interpretação dos dados do cliente.

Para melhor explicar a situação de estabelecimento do relacionamento optou-se por usar como referencial a Teoria do Relacionamento Interpessoal em Enfermagem de Peplau (1993).

Nesta teoria, enfermagem é definida como um processo interpessoal e terapêutico, consistindo em ações que exigem a participação entre duas ou mais pessoas que se beneficiam desta interação. A relação interpessoal é vista como aquela em que duas pessoas passam a se conhecer suficientemente bem, de forma que seja possível enfrentar os problemas que surgem de forma cooperativa. O enfermeiro é estimulado a considerar a cultura e os costumes das pessoas envolvidas no processo de interação.

De acordo com Monteiro e Pagliuca (p.12, 2008), baseadas na teoria de Peplau, o processo de relacionamento interpessoal do enfermeiro com seu cliente se desenvolve em quatro fases sequenciais claramente perceptíveis, com momentos sobrepostos ou inter-relacionados, quais sejam:

- a) **Orientação:** momento em que o enfermeiro e o cliente têm o primeiro contato, quando ambos identificam e compreendem as necessidades afetadas do cliente.

O enfermeiro pode parecer, muitas vezes, estranho, implicando aceitação do cliente pelo enfermeiro e vice-versa.

- b) **Identificação:** fase em que o indivíduo começa a experimentar a sensação de ser capaz de lidar com o problema que o aflige. Essa transformação diminui os sentimentos de desamparo e cria motivação para o enfrentamento de sua necessidade.
- c) **Exploração:** neste momento o cliente começa a perceber vantagens do encontro com o enfermeiro, isto é, começa a controlar a problema, e recebe ajuda. Como parte de suas atribuições, cabe ao enfermeiro utilizar instrumentos de comunicação, como o esclarecimento, a escuta, a orientação, a interpretação, entre outros, para oferecer recursos favoráveis à adaptação do cliente.
- d) **Resolução:** momento em que as necessidades do cliente já foram supridas pelos esforços conjuntos. Nesta fase, enfermeiro e cliente devem desfazer os laços e pôr fim ao relacionamento terapêutico. Quando a relação é bem sucedida, o cliente afasta-se do enfermeiro, e torna-se independente, forte e amadurecido.

Busque, por meio das formas expostas, propiciar um relacionamento interpessoal com o cliente de modo que possa avaliar se ele esta conseguindo dividir os conflitos com você, se aceita os seus recursos de ajuda e se consegue realizar o desligamento terapêutico de modo a se tornar independente.

4.2.3 – Etapa 3 – AVALIAÇÃO DIRETA E FOCAL DO CLIENTE:

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

Esta investigação focada no problema exige do enfermeiro uma reavaliação dos diagnósticos de enfermagem anteriores, caso existam, para determinar se eles se mantêm ou se já foram resolvidos, priorizando áreas críticas da coleta de dados. Não existindo diagnósticos prévios a coleta segue normalmente por meio de um *menu* referencial ou histórico de enfermagem convencionado pela instituição.

Desconsiderar os diagnósticos em acompanhamento traz uma importante consequência deletéria ao processo de enfermagem quando negligencia a continuidade da assistência, fator vital para alcance de resultados de melhora ou solução de problemas. Sendo assim, procure garantir esta etapa atentando para a descrição dos procedimentos a seguir.

4.2.3.1 – PROCEDIMENTO 3.1: Avaliação direta e focal direcionada pelos parâmetros representados pelas Características Definidoras (CD) e Fatores de Risco (FR):

- **Finalidades** (Para que serve a avaliação direta e focal direcionada pelos parâmetros representados pelas CD/FRs?)

Para fornecer uma resposta aos questionamentos sobre este procedimento, encontramos em Gordon (p.133, 1993) algumas referências que merecem destaque.

Segundo a autora, a avaliação focada no diagnóstico prévio envolve uma coleta de informações sobre as condições críticas do cliente que já foram levantadas por outros

enfermeiros, em momentos anteriores, objetivando direcionar ou focalizar a avaliação clínica. Esta estratégia garante não somente a continuidade do cuidado prestado, como também o tratamento permanente dos diagnósticos de difícil resolução.

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

Dependendo da permanência, ampliação ou ausência das características definidoras e/ou fatores de risco, determina-se respectivamente o estado do diagnóstico em mantido, piorado ou resolvido. Certamente que a questão das características definidoras (sinais e sintomas) e fatores de risco não é uma equação matemática do tipo: 02 características definidoras antigas + 01 característica definidora = a uma piora no diagnóstico. Pessoas não são equações.

Todo profissional clínico precisa incluir em seu raciocínio o peso relativo dos sinais e sintomas na situação em geral e na situação específica do cliente. Em uma situação como essa faz sentido a máxima de que “cada caso é um caso”. Isto deve servir mais de alerta ao iniciante do que propriamente dito de desesperança sobre a possibilidade de aprender com a experiência.

De certo modo, a experiência bem vivenciada contribui com diversos aspectos que ampliam sua familiaridade com situações semelhantes.

A avaliação prossegue levando sempre em conta a condição de saúde do cliente gerada por diagnósticos anteriores. Se os diagnósticos anteriores estiverem resolvidos, deve-se retornar a avaliação guiada por um *menu* referencial, porém, se ainda existirem diagnósticos prévios ou se estes sofreram agravamento, o enfermeiro não poderá rejeitá-los e deverá pesquisar se existem outros novos associados, traçando finalmente um novo plano de cuidados (GORDON, p.131, 1993).

- **Circunstâncias** (Quando realizar a avaliação direta e focal direcionada pelos parâmetros representados pelas CD/FRs?)

Ao terminar a avaliação direta e geral do cliente, generalizações sobre ele já existirão, as situações de urgência já estarão resolvidas, caso existam, e o ambiente já estará em condições mais favoráveis para o exame. Neste momento você deve fazer uma nova pergunta: Existem diagnósticos de enfermagem anteriores? Se existirem, você deverá realizar a avaliação direta e focal!

Em circunstâncias de avaliação inicial, ou primeira consulta, muitas vezes espera-se que o cliente não tenha diagnósticos de enfermagem prévios, já que ainda não foi abordado por nenhum enfermeiro. Neste caso, você realmente deve seguir para a avaliação guiada por um *menu* referencial. Uma dica importante é atentar para considerações críticas provenientes de avaliações de outras especialidades, pois elas podem ser pontos de grande sofrimento do cliente e que merecem uma investigação focalizada. Por exemplo, quando o cliente vem de uma consulta médica com diagnóstico de insuficiência cardíaca, pensamos rapidamente em possíveis respostas que ele possa estar apresentando em decorrência deste mal, como intolerância a atividade, volume excessivo de líquidos, entre outros. De alguma forma, direcionamos a avaliação para estas possibilidades baseados na ocorrência comum dos perfis prototípicos.

Informações sobre existência ou não de diagnósticos de enfermagem prévios ou problemas multidisciplinares, adquirem-se por meio das fontes de pré-encontro (leitura de prontuário e passagem de plantão) ou são fornecidas pelo próprio cliente ou familiar no momento do encontro (GORDON, p. 131, 1993).

- **Motivos** (Por que realizar a avaliação direta e focal direcionada pelos parâmetros representados pelas CD/FR's?)

O sentido da avaliação direta e focal está justamente no direcionamento da coleta de dados para os problemas do cliente. Não se pode coletar dados desconsiderando diagnósticos já levantados por outros enfermeiros, ou problemas críticos informados no momento da consulta. A não focalização da avaliação direta pode acarretar em julgamentos diagnósticos diferentes dos que já existem, prejudicando a continuidade do cuidado e trazendo possíveis danos ao próprio cliente (GORDON, p.132, 1993; LUNNEY, p.53, 2004).

Outro motivo da realização deste procedimento está na manutenção da avaliação diagnóstica, garantindo a continuidade da assistência de enfermagem, como já colocado.

Para Gaidzinski et al (p. 68, 2008) a garantia de continuidade assistencial no atendimento de enfermagem apresenta-se como algo de difícil implementação em serviços de internação e ambulatoriais, mesmo utilizando as etapas do processo de enfermagem. Assim, mecanismos operacionais e de registros devem ser criados no sentido de viabilizar meios para o cumprimento deste indicador.

Procure sempre se preocupar com o que a equipe de enfermagem já registrou ou observou sobre o cliente e dê prosseguimento a partir de então. Você poderá ter novas estratégias terapêuticas para os diagnósticos refratários e/ou julgar novos diagnósticos diante dos dados disponíveis.

- **Explicações** (Como realizar a avaliação direta e focal direcionada pelos parâmetros representados pelas CD/FRs?)

Segundo Gordon (p.131, 1993) e NANDA (p.162, 2008), a reavaliação dos diagnósticos prévios deve utilizar parâmetros derivados das características definidoras ou dos fatores de risco destes diagnósticos. As características definidoras são entendidas como sinais e sintomas dos diagnósticos de enfermagem atuais, e os fatores de risco correspondem às situações vulneráveis apresentadas nos diagnósticos de risco.

A avaliação focal a partir de um ou mais diagnósticos de enfermagem examina criteriosamente as características definidoras ou fatores de risco associados, pois são estes os elementos de definição da resposta humana apresentada pelo cliente e, portanto, focos a serem monitorados (LUNNEY, p.105, 2004).

Para seu melhor entendimento optamos por lançar um exemplo referenciado em Gordon (p.131, 1993):

Cliente com diagnóstico de “Volume excessivo de líquidos caracterizado por congestão pulmonar, ganho de peso em curto período e terceira bulha cardíaca relacionado a mecanismos reguladores comprometidos”

Sendo este um diagnóstico prévio, numa avaliação direta e focal os seguintes parâmetros devem ser examinados:

1. *Ausculata pulmonar e Radiografia torácica* – O exame dos sons pulmonares e da imagem do pulmão evidenciarão a persistência, piora ou melhora da congestão pulmonar;
2. *Peso* – O peso do cliente evidenciará persistência, piora ou melhora do ganho de peso em curto período;
3. *Ausculata cardíaca* – O exame das bulhas cardíacas, assim como do ritmo cardíaco evidenciarão persistência, piora ou melhora da terceira bulha cardíaca.

Ao reavaliar o cliente focado na condição do “volume excessivo de líquido” todos os parâmetros conhecidos e relacionados à regulação fisiológica dos líquidos deverão ser examinados, principalmente os parâmetros 1, 2 e 3.

Se o exame físico constatar normalidade nos três parâmetros do caso ou em qualquer outro conhecido relacionado à regulação fisiológica dos líquidos, houve melhora do diagnóstico frente às intervenções instituídas; caso um dos três parâmetros se mantenha ou outro relacionado apareça, houve a persistência do diagnóstico. Por fim, caso piore o resultado do exame em um dos três parâmetros, o diagnóstico apresentou agravamento.

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

Para o caso acima, já que existe um comprometimento nos mecanismos reguladores, a melhor conduta seria a restrição hídrica acompanhada de controle hídrico (Nursing Intervention Classification – NIC, p.332, 2004), tornando-se gradativamente mais agressiva conforme a evolução diagnóstica e a apresentação dos resultados.

Após implementar a conduta mais adequada deve-se continuar monitorando as características definidoras. Melhoras na ausculta cardiopulmonar, associado à melhora do padrão radiográfico e do ganho ponderal leva a pensar na melhora do diagnóstico de enfermagem.

4.2.4 – Etapa 4 – TRATAMENTO DOS DADOS APÓS ENCONTRO

Você se encontra na última etapa do processo diagnóstico. Aqui mostraremos como os dados coletados são tratados e, finalmente, como eles podem gerar hipóteses que resultem ou não em diagnósticos de enfermagem.

Para o tratamento dos dados coletados na avaliação de enfermagem faz-se necessário a interpretação da informação. Interpretar uma informação clínica é compreendê-la no contexto da situação do cliente, usando não somente as habilidades semióticas, mas também a experiência, o conhecimento e a memória (GORDON, p.148, 1993).

Para um iniciante, interpretar dados clínicos nem sempre se torna uma tarefa fácil, justamente pelo fato de não possuir a experiência de contatos anteriores com clientes nos mais variados estados. Esteja atento aos procedimentos descritos a seguir, e procure buscar orientações para realização do diagnóstico, mesmo não obtendo elevados níveis de competência na sua atividade.

4.2.4.1 – Procedimento 4.1: Clarificação dos dados

- **Finalidades** (Para que serve a clarificação dos dados?)

A clarificação dos dados refere-se à busca por um claro entendimento da informação coletada. Todo dado que tenha gerado dúvidas ou que seja considerado como importante, seja considerado de modo isolado ou contextual com o exame físico, com a equipe de cuidados ou com familiares do cliente, deve ser clarificado (CARNEVALI; THOMAS, p.53, 1993).

A clarificação aumenta a veracidade da informação, visto que muitas vezes, algumas sensações podem ser passadas de forma vaga, abstrata e com termos ambíguos, necessitando assim de novos questionamentos que tornem claro para o examinador o que está

verdadeiramente acontecendo com o cliente. Nos dados objetivos, algumas alterações físicas podem ser encontradas de forma errônea, seja pelo uso indevido da técnica de exame, pelo mau funcionamento de um determinado aparelho ou pela desatenção ao resultado previamente encontrado (GORDON, p.155, 1993).

Assim, a clarificação dos dados tem como objetivo principal a confirmação ou o melhor entendimento da informação clínica que está sendo coletada pelo profissional.

Não se esqueça de sempre clarificar os dados que julgar necessário, ou seja, aqueles em que persistam dúvidas acerca de sua natureza. Este procedimento será crucial para o levantamento das hipóteses e, portanto, dos diagnósticos de enfermagem do caso em questão.

- **Circunstâncias** (Quando realizar a clarificação dos dados?)

A clarificação dos dados deverá ser realizada toda vez em que houver dúvidas ou quando você julgar a informação coletada importante no processo de avaliação. Necessitando de uma confirmação ou de um melhor entendimento da informação, proceda sempre a clarificação.

Depois de clarificados, os dados julgados como importantes são considerados como evidências definidoras. Segundo Lunney (p.22, 2008), evidências definidoras são apenas unidades de dados – por exemplo, a frequência respiratória elevada de uma pessoa – que um enfermeiro coleta durante a sua avaliação. Mas a unidade de dado em si não fornece uma evidência definidora. Para que sejam evidências, as unidades de dados devem ser pertinentes ao cliente e consideradas em relação ao conhecimento do enfermeiro sobre o estado de saúde ou a situação de vida que está sendo avaliada. No caso da frequência respiratória elevada, ela será uma evidencia definidora se tiver importância no contexto da condição de saúde ou de vida do cliente. Vamos seguir o exemplo acima: Se uma pessoa está com a frequência

respiratória elevada porque correu ao invés de caminhar por um percurso, provavelmente ela está apresentando uma resposta fisiológica ao exercício físico extremo, e logo espera-se que melhore se reduzir a carga deste exercício. Mas se encontramos um cliente vítima de trauma torácico ou abdominal com a frequência respiratória alta, devemos clarificar esta informação e considerá-la como evidência definidora, pois ela é importante no contexto de saúde do mesmo.

Recomendação 5:

Nem todas as informações são facilmente clarificadas. Muitas vezes há dificuldade em encontrar uma evidência definidora porque não conseguimos clarificar o que foi dito pelo cliente ou encontrado no exame físico. Caso a clarificação não seja possível com o uso de esforços individuais, torna-se necessário a solicitação de ajuda. A ajuda pode chegar através da leitura de uma referência específica sobre a informação que deseja clarificar, de sessões clínicas com o corpo de enfermagem do setor, e de conversas com familiares ou com pessoas significativas do cliente. Continue solicitando ajuda caso não seja atendido! Nunca ignore uma informação que tenha gerado dúvida, pois ela pode ser importante para o real diagnóstico da situação.

- **Motivos** (Por que realizar a clarificação dos dados?)

Gordon (p.155, 1993) afirma que a clarificação dos dados deve ser realizada porque elimina dúvidas existentes em algum dado coletado e/ou confirma um achado importante para a situação clínica, com repercussões relevantes para o julgamento diagnóstico. A autora ainda aponta que este procedimento previne más interpretações dos profissionais, o que resultaria

diretamente no erro diagnóstico e prejudicaria diretamente o cliente e a efetividade do cuidado planejado.

Sem a clarificação dos dados, os enfermeiros tendem a colocar as suas interpretações junto às informações coletadas com o cliente. Eles podem assumir que sabem o que estão encontrando e depois se surpreendem em ver que estavam totalmente errados. (GORDON, p.156, 1993)

- **Explicações** (Como realizar a clarificação dos dados?)

Gordon (p.155, 1993), apresenta algumas maneiras de clarificar dados, seja no exame subjetivo ou objetivo. Segundo a autora, nos dados subjetivos o enfermeiro deve questionar os termos utilizados pelo cliente que foram confusos para o seu entendimento; e nos dados objetivos a técnica da “dupla checagem” deve ser aplicada, ou seja, repetindo-se o exame utilizado anteriormente, atentando para os passos corretos e prioritários da técnica, ou lançando mão de outra técnica semiológica para o mesmo exame.

Por exemplo, para informações subjetivas, Gordon (p.155, 1993) lança os seguintes questionamentos:

O que você sente quando diz que *está ansioso*?
O que você quer dizer quando diz que *come bem*?
O que você quer dizer quando diz que *se sente fraco*?

Recomendação 6:

Se o cliente não consegue responder aos seus questionamentos, faça-os para você mesmo, e procure entender os significados com base em seus conhecimentos sobre a resposta humana relacionada e/ou sobre a situação contextualizada do cliente que você conseguiu identificar até o momento.

4.2.4.2 – Procedimento 4.2: Atribuição de significados às evidências

- **Finalidades** (Para que serve a atribuição de significados às evidências?)

Segundo Lunney (p.22, 2004), atribuir significado a uma ou mais evidências consiste no reconhecimento de explicações plausíveis para o que o cliente está apresentando no contexto da situação. Na verdade, este reconhecimento já está sendo desvendado desde o momento em que se delimita uma evidência definidora, já que o contexto situacional do cliente levou o enfermeiro a pensar na possível causa desta evidência. Este tipo de tarefa é de cunho totalmente cognitivo, por meio do qual se processa o pensamento ativo, que usa principalmente conhecimentos armazenados na memória. Um enfermeiro pode não notar a sudorese intensa de uma pessoa, a menos que ela pareça incomum no contexto da situação. Se um cliente está no primeiro dia de pós-operatório de uma cirurgia torácica, o significado atribuído será diferente para uma pessoa que há pouco tempo estava em ambiente quente, ou que realizava atividade física vigorosa. Nota-se que as bases de conhecimento da memória são empregadas para comparar as evidências apresentados com normas aprendidas, porém, o contexto de apresentação dessas evidências é sempre considerado.

Benner (p.35, 2001) defende que a percepção de uma situação clínica depende diretamente do contexto. Assim, um dado poderá ter diferentes significações de acordo com o contexto que está inserido. O enfermeiro analisa o contexto e levanta idéias preconcebidas, que, mesmo que ainda não estejam confirmadas, servem para orientar considerações em termos do diagnóstico e da conduta. Refere ainda que a experiência se constrói a partir do melhoramento dessas idéias, ou seja, do desenvolvimento de um conhecimento clínico.

Recomendação 7:

O entendimento cada vez mais amplo do contexto situacional, pelo qual as evidências se apresentam é limitado dentre os enfermeiros iniciantes, porque baseia-se na experiência do indivíduo. Quanto maior a vivência clínica do profissional maior é a sua capacidade analítica do contexto, afetando positivamente na forma como ele atribui os significados a uma evidência (BENNER, p.34, 2001).

O iniciante deriva os significados num nível mais elementar da atribuição, visto que possui um conhecimento armazenado na memória baseado em fatos, prevalências, normas e generalizações. O conhecimento de um iniciante é construído com conteúdos aprendidos em meio acadêmico, muitas vezes seguindo fórmulas e regras de aplicação, diferente de um perito, em que o conhecimento é construído com a experiência e as habilidades perceptivas, continuamente otimizadas e organizadas (BENNER, p.34, 2001).

Busque sempre associar a sua vivência e o seu conhecimento quando for atribuir significados às evidências! Eles lhe auxiliarão a ter uma visão gradativamente mais complexa do contexto da situação do cliente, incrementando sua capacidade em realizar este procedimento. Mas não se sinta frustrado caso não consiga essa associação! Com o tempo de trabalho, o conhecimento clínico vai se construindo e a experiência resultante vai lhe dando bases e condições de significar evidências com maior nível de perícia.

- **Circunstancias** (Quando realizar a atribuição de significados às evidências?)

Os significados das evidências deverão ser atribuídos tão logo as evidências tenham sido levantadas. No âmbito da tarefa, muitas vezes esta atribuição ocorre de maneira tão

espontânea que se torna imperceptível no processo diagnóstico, mas, para uma descrição instrucional é imprescindível que este procedimento esteja explícito. Como iniciante, você deverá reconhecer o momento que consegue realizar a atribuição de significados! Isto será necessário para o alcance dos próximos procedimentos que levarão ao diagnóstico de enfermagem (GORDON, p.156, 1993; LUNNEY, p.129, 2004).

Poderá acontecer de você não obter significado algum das evidências disponíveis. Isto é normal no grupo de iniciantes, pois como visto acima, não somente o conhecimento armazenado na memória auxilia neste procedimento; há também que se considerar a experiência, o que muitas vezes você não possui ainda. Neste caso, não atrase em solicitar novamente ajuda, seja às referências literárias, à equipe de enfermagem, ao cliente, aos familiares e pessoas significativas, ou ao professor, se estiver em ambiente acadêmico (BRANDÃO, p.89, 1999).

Não se esqueça de sempre estabelecer um tempo para reavaliar as evidências que você não conseguiu atribuir significados, pois após um período temporal, você já poderá ter obtido a ajuda necessária ao cumprimento deste procedimento importante ou irá conseguir fazê-lo mesmo sem ajuda.

- **Motivos** (Por que atribuir significados às evidências?)

O motivo pelo qual se deve atribuir significados às evidências está no reconhecimento de uma explicação plausível para a mesma. Ter uma explicação da situação que está levando ao cliente apresentar determinada evidência auxilia o examinador no conhecimento da sua causa principal, e isso é de extrema importância para a realização do diagnóstico de enfermagem. Se você sabe, ou ao menos está próximo de saber o significado de uma

evidência, consegue compreender se ela é uma resposta humana dentro ou fora dos padrões de normalidade, encarando-a ou não como um possível diagnóstico (GORDON, p.157, 1993).

- **Explicações** (Como realizar a atribuição de significados as evidências?)

Carnevali e Thomas (p. 54, 1993) e Gordon (p.157, 1993) sugerem formas diferentes de aquisição de significados em se tratando de dados subjetivos e objetivos. Segundo as autoras, quando a evidência é proveniente de informação subjetiva, os questionamentos de clarificação e de busca de significados devem explorar as crenças, os valores, os sentimentos e os significados que o cliente associa à queixa; e quando a evidência é de origem objetiva deve-se primeiro contextualizar a informação frente ao conhecimento biológico armazenado na memória, para depois investigar os possíveis elementos que interagem com o corpo físico e que podem causar a evidência encontrada.

É difícil explicar de forma concreta como se deve atribuir os significados de uma evidência porque o seu processamento e entendimento se apresenta de forma abstrata. Mas cabe aqui apresentar como os autores a descrevem.

Segundo Carnevalli e Thomas (p.47, 1993), Gordon (p.159, 1993) e Lunney (p.26, 2004) a atribuição de significados, que resulta possivelmente em uma conclusão diagnóstica, requer habilidades perceptivas e cognitivas que vão além do conhecimento clínico. Algumas capacidades devem estar sempre em desenvolvimento como a percepção, a intuição e o que chamamos de inferência.

A inferência é a percepção da informação recebida, e somente se consegue por meio da significação, ou seja, para inferir torna-se necessário atribuir significados para as informações que coletamos na avaliação clínica (GORDON, p.162, 1993).

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

A memória se diferencia em três tipos específicos e evolui com a aquisição da experiência. Temos a memória sensorial, de curto prazo e a memória de longo prazo. A memória de longo prazo divide-se ainda em memória semântica e episódica. A memória sensorial recebe estímulos do mundo interno e externo do indivíduo pelos sentidos (audição, visão, tato, olfato e sinestesia) retendo poucas informações e em curto período de tempo. A memória de curto prazo ou *working memory* somente recebe informações do mundo interno do indivíduo, tornando essa informação mais precisa e significativa, podendo inclusive codificá-la e relacioná-la com conhecimentos previamente adquiridos. Essas duas categorias de memória contribuem para o primeiro estágio de desenvolvimento do uso da memória pelo enfermeiro, que é o estágio denominado de pré-clínico. Neste estágio, os conhecimentos armazenados são de sinais clínicos que formam algumas normas ou códigos adquiridos das disciplinas de formação, caracterizando o iniciante. A memória de longo prazo é denominada de episódica quando armazena eventos específicos da prática e é denominada de semântica quando armazena o conhecimento de uma teoria ou de um fenômeno de enfermagem aprendido. A memória de longo prazo ou *long term memory* dá origem as outras três fases de desenvolvimento do uso da memória pelo enfermeiro, que são os estágios denominados Clínica Precoce ou *Early Clinical*, Melhora da experiência clínica ou *Increased Clinical Experience* e Prática avançada ou *Advanced Practice* (CARNEVALI; THOMAS, p.24, 1993).

O estágio de clínica precoce ou *Early Clinical* caracteriza os primeiros contatos com o cliente em situações clínicas reais. Neste estágio os diagnósticos construídos ainda são baseados na memória de curto prazo, porém com a adição do contato presencial e a aquisição de pouca experiência já consegue unir casos clínicos similares e construir blocos de conhecimentos aplicáveis. O estágio de Melhora da experiência clínica ou *Increased Clinical*

Experience caracteriza o momento em que a experiência vai se aliando ao conhecimento e os diagnósticos vão ficando mais precisos e centrais, e gradualmente o enfermeiro vai conseguindo compreender os mecanismos envolvidos no fenômeno. No estágio de Prática avançada ou *Advanced Practice*, o enfermeiro alcança um nível de perícia compatível com o conhecimento e a experiência adquiridos no decorrer dos estágios descritos. Espera-se que a compreensão dos fenômenos de enfermagem o leva a ter o conhecimento do processo como um todo (conhecimento clínico), resultando em tomadas de decisão rápida do tipo IF (this occurs) – THEN (take these actions) ou SE (isso ocorre) – ENTÃO (tomo esta ação) (CARNEVALI; THOMAS, p.25, 1993).

A inferência, habilidade influenciada pela memória e pelo conhecimento divide-se ainda em inferência analítica e inferência intuitiva.

A inferência analítica, mais utilizada entre os enfermeiros iniciantes, e quando o número de informações disponíveis é pequeno, resulta de um raciocínio e uma análise. É a adaptação na clínica do modelo indutivo-dedutivo, em que o diagnóstico é descrito como sendo algo linear, porém gradativo.

A inferência intuitiva ou não-analítica, mais utilizada entre enfermeiros peritos, quando se dispõe de muitas informações e se tem um curto tempo para a tomada de decisão, é um entendimento sobre a situação do cliente, que em contraste com o modelo analítico, ocorre de forma não detectável ou explícita. É um processo holístico que resulta num julgamento imediato e que não segue uma percepção crítica feita em partes (GORDON, p.158, 1993).

A intuição depende diretamente da perícia (conhecimento clínico/experiência) e do perfil da clientela (especialização), não podendo ser encarada como verdade e sim como possibilidade de investigação. A intuição muitas vezes ocorre por meio da relação empática entre enfermeiro e cliente, em que o enfermeiro se coloca no lugar do cliente para

compreender a experiência ou observa expressões e posturas para compreender um determinado comportamento (GORDON, p.163, 1993; STERNBERG, p.441, 2008).

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

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

4.2.4.3 – Procedimento 4.3: Categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes:

d) Finalidades (Para que serve a categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes?)

Segundo Carnevali e Thomas (p.55, 1993) e Gordon (p.167, 1993) os significados atribuídos às evidências não podem ser analisados de forma isolada. Eles devem ser organizados em grupos, para que a partir de então, haja o levantamento de hipóteses diagnósticas.

Os significados atribuídos às evidências podem possuir semelhanças entre si ou representarem um domínio específico da enfermagem. Por exemplo, quando um cliente portador de neoplasia maligna avançada se queixa de náuseas intensas, cefaléia, dor nos braços e pernas, perda da esperança de melhora e deseja ficar sempre sozinho, podemos agrupar os significados da seguinte forma: Náuseas, cefaléia e dor de extremidades relacionam-se com o *CONFORTO*; perda de esperança de melhora e desejo de ficar sozinho relacionam-se com a *AUTOPERCEPCÃO*; ou poder-se-ia denominar os grupos como *QUEIXAS DE INCÔMODO* e *RELATOS SOBRE PERCEPCÃO E COMPORTAMENTO*, respectivamente; ou de outras formas que seguissem uma organização coerente com os focos de atenção de enfermagem.

Como já foi dito, a enfermagem não deve guiar a sua avaliação pelos sistemas orgânicos. O perfil holístico desta área profissional requer o entendimento do homem por meio do conhecimento dos aspectos que integram o seu equilíbrio natural, quais sejam, biológico, social, emocional e espiritual (GEORGE, p.44, 2000).

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

- **Circunstâncias** (Quando realizar a categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes?)

Tão logo existam significações a partir de evidências levantadas na coleta de dados, deve haver o seu agrupamento, visando, o mais rápido possível, sua associação com áreas específicas da enfermagem para que sejam levantadas as hipóteses diagnósticas e por fim os diagnósticos de enfermagem.

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

- **Motivos** (Por que realizar a categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes?)

A categorização separa significados em grupos específicos. Se esta separação não for realizada tornaremos difícil a organização necessária para o trabalho de levantamento de hipóteses diagnósticas e, portanto, de diagnósticos de enfermagem.

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

- **Explicações** (Como realizar a categorização dos significados atribuídos em grupos com características semelhantes?)

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

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

4.2.4.4– Procedimento 4.4: Geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo:

- **Finalidades** (Para que serve a geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo?)

Segundo Gordon (p.166, 1993) hipótese diagnóstica é uma interpretação alternativa dos dados em um grupo ou categoria específica. Para a autora, levantar hipóteses segue o mesmo caminho das significações das evidências, porém apresenta-se como a significação das informações agrupada.

Assim temos que a geração de hipóteses diagnósticas é influenciada também pela memória, pelo conhecimento e pelo raciocínio inferencial, que ocorre sobre dados que já se encontram significados e agrupados, mas não na dimensão da categoria.

O objetivo de gerar uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo é possibilitar uma aproximação com o diagnóstico atual, que pode ser facilitada quando já se tem em mente quais as possibilidades diagnósticas para um grupo específico.

- **Circunstâncias** (Quando realizar a geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo?)

Neste caso, o levantamento de hipóteses ocorre tão logo haja o agrupamento de significações. A hipótese é o caminho intermediário para a chegada ao diagnóstico de enfermagem, mesmo que seja realizada de forma rápida e imperceptível ao diagnosticador.

Vale à pena destacar aqui, que a geração de hipóteses já pode ter acontecido desde o momento do pré-encontro, com base na memória de longo-prazo e nas generalizações da situação clínica de acordo com o nível existente de aquisição de experiência e conhecimentos, como já explicado no texto.

Como iniciante, e pouco detentor da experiência, pode ser que tenha dificuldades em gerar hipóteses a partir dos grupos de significados. Neste caso deverá novamente solicitar ajuda próxima, seja do seu instrutor direto, como professor ou preceptor, ou de um enfermeiro experiente do serviço. Não desista de encontrar uma hipótese! Continue buscando ajuda e procurando compreender o fenômeno que se apresenta no grupo de significados analisado!

- **Motivos** (Por que realizar a geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo?)

Os diagnósticos hipotéticos mostram-se como possibilidades de uma situação diagnóstica real, por isso devem ser delimitados. Além disso, formular o diagnóstico sem gerar hipóteses é não considerar as possibilidades, dando margem para possíveis interpretações errôneas, com julgamentos pouco concernentes ao quadro real apresentado pelo cliente.

- **Explicações** (Como realizar a geração de uma ou mais hipóteses diagnósticas em cada grupo?)

A geração de hipóteses diagnósticas, como já colocado, caracteriza-se por uma atividade cognitiva que tem como base a atribuição de significados a um determinado grupo de informações, influenciada pelo conhecimento armazenado na memória e pela experiência.

Carnevali e Thomas (p.56, 1993) afirmam que o reconhecimento de uma hipótese pode se dar quando o enfermeiro toma conhecimento das evidências significativas do cliente e as compreende como um conjunto de possíveis fenômenos em uma mesma categoria de informações. Essas possibilidades (hipóteses diagnósticas) possuem referência nos diagnósticos já aprendidos ou experimentados, que se encontram armazenados na memória e que são verificados por meio de uma nova coleta de dados focalizada.

Segundo Gordon (p.156, 1993) a geração de hipóteses diagnósticas ocorre devido a um acesso ao conhecimento clínico que o enfermeiro faz no momento do raciocínio, podendo acontecer em três níveis, de acordo com o grau de pericia: o nível elementar, o nível secundário e o nível terciário. No nível elementar o conhecimento utilizado relaciona-se aos fatos, termos, taxas de prevalência e generalizações, independentes da condição específica do cliente. No nível secundário o conhecimento já é simplificado e compilado em protótipos; e no nível terciário o conhecimento baseia-se nos múltiplos exemplos de situações vivenciadas numa experiência atual com clientes específicos.

Dando seguimento ao exemplo anterior sobre o agrupamento dos dados do cliente com neoplasia maligna avançada, na categoria de *CONFORTO*, podemos levantar algumas hipóteses diagnósticas como *Dor aguda*, *Dor crônica*, *Náuseas* ou *Conforto alterado*. Na categoria da *AUTOPERCEPÇÃO* já podemos pensar em *Desesperança*, *Risco de solidão*, *Sentimento de impotência* ou *Distúrbio de identidade pessoal*. Basta focalizar uma nova avaliação utilizando agora diagnósticos diferenciais, para aceitarmos ou refutarmos tais hipóteses e chegarmos ao diagnóstico ideal.

Compreende-se que você, iniciante, esteja enquadrado no nível elementar e secundário do uso do conhecimento clínico. Explore o máximo de recursos que você pode tirar desta forma de acesso! Não importa se ainda tem uma experiência pequena, seja utilitário das suas habilidades e solicite ajuda nos momentos de dificuldade seja consultando a taxonomia de diagnósticos ou recebendo auxílio direto de um instrutor ou de pessoas da própria equipe.

4.2.4.5– Procedimento 4.5: Estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais:

- **Finalidades** (Para que serve o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais?)

É muito fácil na rotina assistencial diária aceitar o primeiro diagnóstico que vem a mente e depois ajustar os dados do cliente para a confirmação e aceitação desta hipótese. Isso é um grande erro que deve ser minimizado pelo constante exercício de pensar sempre em um número elevado de hipóteses para que sejam refutadas ou confirmadas conforme o contexto da situação, resultando em apenas alguns de extrema relevância, que irão competir entre si. A essas hipóteses competitivas damos o nome de diagnósticos diferenciais (CARNEVALI ; THOMAS, p.61, 1993).

A estratégia de considerar inúmeras diferentes explicações plausíveis para o mesmo fenômeno ou situação clínica objetiva principalmente evitar o fechamento de um diagnóstico prematuro (CARNEVALI & THOMAS, p.61, 1993).

- **Circunstâncias** (Quando realizar o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais?)

Os diagnósticos diferenciais devem ser estabelecidos a partir do momento em que as hipóteses diagnósticas são geradas. Os diagnósticos diferenciais serão necessários para fazer a competição entre as hipóteses, resultando em confirmações ou refutações que deliberam diagnósticos ideais (CARNEVALI; THOMAS, p.61, 1993).

Se você não conseguir estabelecer diagnósticos diferenciais para um grupo ou categoria de significados deve prosseguir na testagem de sua única hipótese, focalizando uma nova coleta de dados em cada um desses grupos ou categorias de significados semelhantes.

- **Motivos** (Por que realizar o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais?)

Como já vimos, a existência de diagnósticos diferenciais a partir de hipóteses diagnósticas em um mesmo grupo ou categorias de significados geram competições entre si, forçando sua refutação ou confirmação (CARNEVALI; THOMAS, p.61, 1993).

- **Explicações** (Como realizar o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem diferenciais?)

Carnevali e Thomas (p.62, 1993) e Gordon (p.157, 1993) referem que para o estabelecimento de diagnósticos diferenciais, devemos recuperar todas as possibilidades diagnósticas, elencando possíveis causas para as hipóteses por meio da memória de longo-prazo. Tem-se como objetivo desta atividade levantar o esgotamento de possibilidades causais para um determinado grupo ou categoria de significados, excluindo, posteriormente, as que não se relacionam com o contexto de saúde ou condição de vida do cliente em avaliação.

Para um melhor entendimento optamos por utilizar um exemplo referenciado em Lunney (p.168, 2004), que representa bem este procedimento:

O enfermeiro vê um grupo de significados de evidências indicando que o cliente ou sua família não estão participando efetivamente da prescrição do regime para o controle da hipertensão arterial. O diagnóstico inicialmente lançado como hipótese é *“Controle ineficaz do regime terapêutico”*.

Mas, logo possíveis diagnósticos diferenciais começam a ser levantados para o caso acima:

- *“Conhecimento ineficaz sobre a importância do regime e as conseqüências da doença descontrolada”*;
- *“Fadiga, astenia, dor ou outros sintomas que impedem o seguimento do regime de tratamento”*;
- *“Baixa auto-estima crônica ou situacional que os fazem perder o interesse pelo regime de tratamento”*;
- *“Tensão do papel de cuidador, que esta sobrecarregado ou possui limites para participar do regime de tratamento”*.

Note que, mesmo que o cliente não tenha apresentado evidências que levasse o enfermeiro a esses diagnósticos, houve a necessidade de levantá-los, simplesmente porque podem ter relação causal com *“a não participação efetiva na prescrição de um regime para o controle da hipertensão arterial”*. Eles serão importantes para refutar talvez uma hipótese que não tenha relação causal com o contexto situacional do cliente, evitando assim, sua possível confirmação prematura e conseqüente erro diagnóstico.

Você pode perceber como os diagnósticos diferenciais são necessários depois que levantamos hipóteses. Eles serão importantíssimos para a formulação de diagnósticos mais precisos, já que o diagnosticador, ao refutar ou confirmar hipóteses, o faz com base no entendimento do fenômeno e não no entendimento superficial de uma causa sem relação direta com o contexto do cliente.

4.2.4.6– Procedimento 4.6: Focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes:

- **Finalidades** (Para que serve a focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes?)

Quando temos hipóteses diagnósticas e diagnósticos diferenciais formulados para um caso clínico em acompanhamento, torna-se necessário a realização da focalização da coleta de dados. Este procedimento possui a finalidade de confirmar ou excluir diagnósticos que estão sendo considerados por meio da coleta de evidências adicionais, focalizando perguntas e formas de exames direcionados a uma ou mais hipóteses diagnósticas. (LUNNEY, p.23, 2004)

O objetivo é saber se a hipótese está ou não correta pela existência de evidências essenciais a sua presença, dentro de um determinado contexto situacional. Se, por exemplo, um cliente em pré-operatório apresenta relato de tensão, boca seca e dilatação pupilar, e o enfermeiro suspeitou da presença de *Medo* ou *Ansiedade*, ele pode realizar a seguinte pergunta na coleta focalizada: Como se sente no momento? Se o cliente menciona medo da morte ou medo do desconhecido no que concerne à cirurgia, o enfermeiro pode começar a confirmar *Medo* como o diagnóstico, eliminando a hipótese de *Ansiedade*.

Não se esqueça! A focalização da coleta após o levantamento de hipóteses e diagnósticos diferenciais é determinante para a confirmação ou exclusão de uma hipótese. Além disso, ela é a sua garantia que trilhou o caminho correto no processo diagnóstico, fazendo-o ter mais certeza de acertos ao invés de erros.

- **Circunstâncias** (Quando realizar a focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes?)

Deve ser feita assim que as hipóteses diagnósticas forem selecionadas. Importante salientar que este procedimento acontece independente de haver ou não diagnósticos diferenciais. Carnevali e Thomas (p.45, 1993) afirmam que a existência de diagnósticos diferenciais auxiliam demasiadamente na confirmação ou exclusão de hipóteses, mas quando não se consegue realizá-los a testagem das hipóteses devem ser mantidas, por meio da focalização da coleta dos dados.

Quando a focalização da coleta de dados não lhe são suficientes para confirmar uma hipótese diagnóstica, refute-a, mas como você é um iniciante, propõe-se que solicite ajuda perguntando a um professor, preceptor ou enfermeiro com mais experiência, pois eles poderão lhe apresentar algum outro dado que o leve a confirmar a hipótese que excluiu. Lembre que esses outros profissionais estão ali para lhe assessorar, e apresentam um nível de perícia superior, em detrimento do conhecimento e experiências adquiridas com o tempo que tem na profissão.

Caso você tenha ainda dúvidas se deve ou não refutar uma hipótese e a ajuda solicitada não foi efetiva para clarear sua mente, não descarte por completo esta hipótese! Mantenha o diagnóstico formulado de forma interrogado estabelecendo um tempo para reavaliação futura. Recomenda-se, neste caso, voltar para a decisão que questiona a existência de diagnósticos prévios e refazer o percurso do fluxograma procurando rever possíveis caminhos que tenha esquecido ou feito de maneira errônea.

Finalmente, se a hipótese é confirmada pela focalização da coleta de dados, formule o diagnóstico de enfermagem.

- **Motivos** (Por que realizar a focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes?)

A importância deste procedimento justifica-se pelo fato de possibilitar, por meio de um novo exame, a confirmação ou refutação de hipóteses diagnósticas viabilizando diretamente a formulação ou não de um diagnóstico de enfermagem.

- **Explicações** (Como realizar a focalização da coleta de dados em cada categoria de significados semelhantes?)

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

Segundo Lunney (p.24, 2004), como o comportamento humano é complexo e o enfermeiro não pode “saber” verdadeiramente o que a outra pessoa está sentindo, é importante que o pensamento do enfermeiro e que os processos técnicos sejam acompanhados por processos interpessoais colaborativos com os clientes e outros profissionais. Na maioria dos casos, o enfermeiro confirma os diagnósticos com o cliente, principalmente quando se trata de uma hipótese de ordem subjetiva. Por exemplo, um enfermeiro pode dizer: “Pelas informações que você forneceu há pouco, parece que você está sentindo medo associado com

a cirurgia. Certo?”. Com base na resposta do cliente, o enfermeiro confirma ou refuta o diagnóstico. Nos casos em que os clientes não podem colaborar com o enfermeiro, porque estão muito doentes, incapazes devido à fase de desenvolvimento, ou mentalmente incompetentes, o enfermeiro pode confirmar diagnósticos com os familiares ou com outros profissionais. Por exemplo, um enfermeiro pode dizer: “Pelas informações que você forneceu sobre seu filho, parece que ele está tendo dificuldade em lidar com o estresse da doença. Certo?”. Para confirmar com outro profissional, um enfermeiro pode dizer: “Pelo exame físico, concluí que a desobstrução das vias aéreas está prejudicada. Você concorda?”. A confirmação de diagnósticos com outros ajuda a assegurar a precisão dos diagnósticos como base para fases subsequentes do processo de enfermagem.

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

A chegada ao fim do diagrama e a formulação de um diagnóstico correto pode ser uma vitória para o iniciante! Esteja feliz por ter chegado até aqui! Mas não esqueça! A tarefa não acabou. Ela é contínua no âmbito do processo diagnóstico. Os diagnósticos aqui formulados deverão ser constantemente monitorados para a delimitação de seu estado evolutivo. Pode ser que permaneçam ou que sejam totalmente resolvidos, e pode ser que os já resolvidos retornem. Ainda assim, não podemos esquecer das hipóteses refutadas!

Esteja atento a mudanças do quadro clínico que manifestem novos diagnósticos ora refutados por você em momento anterior. Por isso, avalie continuamente o seu cliente, procurando totalizar e ao mesmo tempo focalizar o seu olhar para uma cadeia de prioridades estabelecidas entre você, ele e seus familiares (NÓBREGA, p.76, 2008).

Encerrando a discussão da última etapa do diagrama damos fim ao trabalho voltado para a sua descrição instrucional. Cabe agora construir algumas considerações finais que dêem por concluída esta obra.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Para as considerações finais do estudo achamos importante reiterar que se tratou de uma forma representativa em diagrama das etapas para realização do diagnóstico de enfermagem, direcionada a estudantes e enfermeiros iniciantes. Voltou-se ao grupo onde se presume uma maior dificuldade na realização da tarefa em questão.

Delimitamos como objetivos uma análise das recomendações para realização de diagnósticos de enfermagem na literatura, a proposição um diagrama facilitador da realização do diagnóstico de enfermagem dirigido a estudantes e enfermeiros iniciantes, e a descrição das etapas do diagrama tendo por base suas finalidades, circunstâncias, motivos e explicações. Os objetivos foram alcançados, porém, há que se destacar que modificações foram feitas ao longo da produção da dissertação, em especial, as relacionadas ao produto almejado e a amplitude da clientela atendida.

Nas etapas anteriores à qualificação da pesquisa o foco recaía no interesse de produção de um algoritmo para a condução do raciocínio diagnóstico de enfermagem. Entretanto, por decorrência de considerações recebidas, o trabalho foi focado para a produção de um diagrama de realização do diagnóstico focado na condição do iniciante.

Ainda que a mudança não tenha sido uma tarefa fácil de realizar, entende-se que deva constar neste capítulo final para de certo modo expressar a construção contínua de um processo de produção do conhecimento. Nem sempre os produtos intelectuais expressam todos os desafios de sua elaboração, sendo assim, esperamos expressar que as mudanças aconteceram e nem sempre pronto modo, mas, por fim, permitiram que o resultado almejado fosse atingido.

Com relação ao processo de investigação, pela análise das recomendações da literatura de enfermagem a respeito da realização do diagnóstico de enfermagem, encontramos poucos estudos que traziam abordagens que contemplassem a descrição do processo diagnóstico em si, fazendo-nos selecionar quatro obras, as quais formaram a matriz referencial para a construção do diagrama e de sua descrição.

Atenção deve ser dada aos estudos que tem como teor o processo diagnóstico, pois, como vimos, muito se tem produzido sobre o assunto na esfera conceitual, epidemiológica e de validação, e cada vez mais, estudos sobre a tarefa em si têm sido pouco encontrados. A problemática do estudo evidencia que os enfermeiros ainda necessitam de suporte teórico e científico que desvele as etapas e os procedimentos que eles devem seguir para chegar a um diagnóstico de enfermagem, visto atualmente como fase constitutiva do processo de enfermagem e, portanto, estratégia de implantação da SAE nas instituições de saúde.

O diagrama proposto para realização do diagnóstico de enfermagem apresentado no corpo do estudo, a nosso ver, expressa as principais etapas do processo de realização do diagnóstico de enfermagem com seus respectivos procedimentos, ações, decisões e conclusões, resultando no caminho da formulação diagnóstica. Como decorrência natural é esperar que esta ferramenta sirva de suporte instrucional ao indivíduo que se inicia na atividade de diagnosticar e de ensinar este exercício, mostrando-lhe um caminho possível e servindo-lhe como instrumento de controle da própria tarefa.

Cabe aqui também considerar que o conceito de tecnologia esteve presente na construção do diagrama, sendo o mesmo concebido para ser tecnologia aliada ao cuidado. Segundo Carraro (p.113, 2008) a enfermagem estrutura o seu corpo de conhecimentos desde a década de 60, quando começa a utilizar a sistematização das técnicas e, mais tarde, começa a se preocupar com a organização dos princípios científicos, que ainda hoje constroem os modelos conceituais que norteiam a prática. Assim, observa-se que muito já se produziu e se

produz em termos de estudos que contribuem substancialmente para a consolidação deste corpo de conhecimentos. A tecnologia em enfermagem vem para auxiliar na aplicação prática dos modelos conceituais já construídos e consolidados.

Quando colocamos a relação entre a tecnologia e o cuidado, podemos pensar que a tecnologia consiste em conhecimentos e instrumentos interligados que fundamentam e delimitam modos sistematizados de saber-fazer o cuidar humano. Sendo que, a implementação do cuidado requer a incorporação de processos e produtos de expressões tecnológicas do conhecimento (CARRARO, et al, p. 114, 2008).

Vemos o diagrama como produto de expressão tecnológica do conhecimento porque possibilita a aplicação prática de um saber (processo diagnóstico), sistematizado em um fazer específico (diagnosticar). De acordo com os tipos de tecnologias citados por Merhy (p.115, 2002), ele apresenta-se, portanto, como tecnologia leve-dura, já que fornece um conhecimento estruturado (modelo) à prática clínica e ao cuidado de enfermagem.

A descrição das etapas do diagrama foi apresentada de acordo com respostas a perguntas aristotélicas direcionadas a cada procedimento, estando as ações, decisões e conclusões do fluxograma contidas nestas respostas. Para isso, utilizamos não somente as referências das quatro obras centrais selecionadas para a síntese do assunto, mas também autores de outras obras com temas relacionados aos Fundamentos de Enfermagem, ao Processo de Enfermagem e ao próprio Diagnóstico de Enfermagem, que enriqueceram a discussão do assunto, possibilitando inclusive a geração de momentos de recomendação para suporte ao leitor e usuário do diagrama.

Ainda que o estilo de escrita direta utilizada para esta descrição do diagrama e com verbos no modo imperativo possa desagradar a alguns pela assertividade, o tempo verbal foi adotado de modo a reduzir as incertezas do leitor mais provável que é o estudante novato em diagnóstico de enfermagem. Busca-se que o texto auxilie o iniciante na realização do

diagnóstico de enfermagem, e que as recomendações possam, de fato, impactar nas suas tomadas de decisão . Segundo Benner (p.123, 2001), o iniciante ainda não possui o domínio da arte de reconhecer sintomas e mudanças de estado do cliente, necessitando de alguma forma de orientação ou instrução, necessárias à aquisição desta habilidade.

No tocante as limitações metodológicas do estudo, pontuamos, principalmente, a fase de construção da síntese sistemática e da confecção do diagrama. No que concerne a forma de busca das referências literárias, outras obras que pudessem fornecer grandes contribuições para a confecção do diagrama e de sua descrição pormenorizada podem não ter sido encontradas, seja pelo recorte temporal utilizado, pelas palavras-chave ou por dificuldades encontradas no próprio uso das bases de dados.

Com relação à confecção do diagrama, vale ressaltar que o caminho percorrido pelas etapas, procedimentos, ações e conclusões, assim como o uso das formas geométricas, recebeu influência direta da nossa interpretação de leitura das obras pesquisadas, até porque não encontramos outros modelos semelhantes que pudessem ter nos inspirado para esta atividade do estudo, fazendo-nos ter desenhado mentalmente o processo e ter passado para o papel. Outras interpretações poderão ser realizadas a partir da leitura das mesmas obras e fluxos diferentes poderão surgir. Esta fragilidade do diagrama não o torna, portanto, uma ferramenta absoluta para a realização do diagnóstico de enfermagem e sim uma possibilidade de passos para chegar a este fim.

Como recomendação para estudos futuros o diagrama serve como tecnologia a ser testada em ambientes tanto assistenciais como de ensino, merecendo uma análise dos pontos fortes e fracos relacionados com a realidade prática do uso e ensino do diagnóstico de enfermagem dentre iniciantes. Estudos também podem ser criados para validá-lo nesses ambientes e assim utilizá-lo como referência para a atividade diagnóstica, seja por profissionais, acadêmicos ou docentes.

Recomenda-se também que a síntese dos conteúdos provenientes das obras, utilizada para descrever o diagrama, seja compilada, revisada e publicada em forma de material literário instrucional, para que o usuário do diagrama a tenha como leitura de consulta rápida, sendo instruído sobre as etapas constitutivas do processo diagnóstico em enfermagem.

6 – BIBLIOGRAFIA:

ABRÃO, A. C. F. V.; MARIN, H. F.; SUMITA, S. L. N. Elaboração de um Instrumento de Coleta de Dados para Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem em Parturientes. **Revista Actual Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.4, p.414-421, 2005.

ATKINSON, L. D. MURRAY, M. E. **Fundamentos de Enfermagem**. Introdução ao Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989

BENNER, Patrícia. **De Iniciado a Perito**. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem, Coimbra, Ed. Comemorativa, p.41-131, 2001

BENTO. M. B. **Introdução ao algoritmo**. 4 ed. Series de Informática, São Paulo, p. 310, 2008.

BERNER, E. S. **Clinical Decision Support Systems**. Diagnostic Decision Support Systems. 2 ed. Springer Science. AL, p.123, 2007.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAUDE. **Tutorial de Pesquisa Bibliografica/ BIREME**, São Paulo, p. 5-56, 2007

BRANDA-GRUWEL, C. A. J. AARNOUTSE, K. P. **Improving text comprehension strategies in reading and listening settings**, Learning and Instruction, Volume 8, Issue 1, fev. 1998, Pag. 63-81.

BRANDAO. M. A. G. **Uma visão metacognitiva das estratégias diagnósticas de enfermagem**. Rio de Janeiro, 1999. 191p. Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional em Saúde) – NUTES/CCS. UFRJ, 1999.

BRUNNER et al. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas. v.1, p. 56 – 186, 2008.

CAMPEDELLI, et al. **Processo de Enfermagem na Prática**. Ed. Ática, São Paulo, 1989. p.57 - 97.

CAMPOS L. F. SILVA. E. E. **Passagem de plantão na Enfermagem: Revisão de literatura**. Cogitare Enfermagem, Minas Gerais, v.12, n.4, 2007, p. 503-508.

CARNEVALI, et al. **Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing.** Philadelphia. J.B. Lippincot Company, 1993.

CARVALHO, E. C.;GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.. Nursing process: application to the professional practice. **Online Brazilian Journal of Nursing** (OBJN – ISSN 1676-4285) v. 3, n. 2, 2004 [Online] Available at: www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm

CARRARO, T. E. et al. **Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado.** Revista Brasileira de Enfermagem, vol.61 no.1 Brasília Jan./Feb. 2008

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à prática clínica.** São Paulo: E.P.U. p.27-33, 1997.

CARPENITO, L. J. **Compreensão do processo de enfermagem: mapeamento dos conceitos e planejamento do cuidado para estudantes.** São Paulo. Artmed, p. 19, 2007.

CIANCIARULLO et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências.** São Paulo. Icone, p. 33 – 74, 2001.

COFEN. **Lei do Exercício Profissional 7498/86**. Brasília, 1986.

COFEN. **Resolução COFEN-272/2002**. Brasília, 2002.

COFEN. **Resolução COFEN-358/2009**. Brasília, 2009

CRUZ, D. A. L. M.; BRAGA, C. G. A taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnoses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.11, n.2, p.240-244, 2003.

_____. Raciocínio clínico e diagnóstico de enfermagem. In: VIII SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 25., 2006, João Pessoa, Anais...João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem, 2006.

DUGAS, B. W. **Enfermagem Prática**. 4 ed. Rio de Janeiro. Guanabara, 1984.

FAWCETT, Jacqueline. **Contemporary Nursing Knowledge: Analyses and Evaluation of Models and Theories**. Ed. 2, Philadelphia, 2005.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. Positivo, Curitiba, 2004, p. 86-521.

FOX, Emily **The Role of Reader Characteristics in Processing and Learning From Informational Text** Review of Educational Research 79: p.197-261, 2009.

GARCIA, R. T.; NÓBREGA, M. M. L. **Processo de Enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: Instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar**. In: VII SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 2004, Belo Horizonte, Minas Gerais. Anais..... Belo Horizonte, 2004.

GAIDZINSKI et al. **Diagnostico de enfermagem na pratica clinica**. Processo de enfermagem e classificações. São Paulo. Artmed, p.25, 2008.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias em Enfermagem: os fundamentos para a pratica profissional**. Porto Alegre: Artes Medicas, p.32, 2000.

GORDON, M. **Nursing Diagnoses: Process and application**. (3 edition), St. Louis, 1993.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. 2ed. São Paulo: E.P.U, p.3 – 27, 1979.

IYER, TAPTICH E BERNOCHI LOSEY. **Processo e Diagnóstico de Enfermagem**. Porto Alegre. Artes Médicas, p.7 – 85, 1993.

KURCGANT P. SIQUEIRA M. H. **Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias**. Rev. Acata Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.18, n. 4, p. 47-51, 2005.

LEFEVRE. Rosalinda Alfaro. **Pensamento Crítico em Enfermagem: Um enfoque prático**. Artes Médicas. Porto Alegre, 1996. p.56 - 186.

_____. **Aplicação do Processo de Enfermagem: Um guia passo a passo**. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre, 2000. p.103 - 191.

LOPES, M.H.B.M. **Experiência de implementação do diagnóstico de enfermagem (taxonomia da NANDA), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos**. Rev. Latino-Americana Enfermagem. p.108-114. São Paulo, 2000.

LUNNEY, Margaret. **Pensamento Crítico e Diagnósticos de Enfermagem**. Diagnóstico de Enfermagem, Pensamento e Pensamento Crítico. p.21-50, ArtMed, São Paulo, 2004.

MARIA. V. L. R. et al. **Exame Clínico de Enfermagem do Adulto: Focos de atenção psicobiológicos como subsídios para diagnósticos de enfermagem**. São Paulo: Iatria, p.34-78, 2003.

MARINI, Janete Aparecida da Silva. **Metacognição e leitura**. *Psicol. esc. educ.* [online]. dez. 2006, vol.10, no.2 [citado 22 Setembro 2009], p.343-345.

MATHEUS M. C. C. **Passagem de plantão: um estudo da comunicação verbal e não-verbal**. Acta Paulista Enfermagem. São Paulo, v. 11, n. 2, pag. 77

MONTEIRO. M. A. A. PAGLIUCA. L. M. F. **Análise da adequação da teoria do relacionamento interpessoal em grupos conduzidos por enfermeira**. Rev. Escola de Enfermagem Anna Nery, v. 12, n. 3, Rio de Janeiro, 2008

NAKATANI, A. Y. K.; CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. - **O ensino de diagnóstico de enfermagem através da pedagogia da problematização**. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.2, n.1, jan/jun. 2000.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSES ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NOBREGA, M. M. **Diagnóstico de Enfermagem: Uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa, p.65, 1990.

ORDAHI, Lisnéia Fabiani Bock; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; SOUZA, Lúcia Nazareth Amante de. Comunicação entre a enfermagem e os clientes impossibilitados de comunicação verbal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, Oct. 2007

PHILIPS, D.R. et al. **Diagnostic Practise in Nursing: A critical Review of the literature**. Nursing and Health Sciences, v.8, 2006, p.57-65.

POTTER, P. A.; PERRY, G. A. **Grande Tratado de Enfermagem: Clínica e Prática e Hospitalar**. 1 ed. São Paulo: Santos, p. 103-109, 2002.

PRING, Richard, et al. **Educação baseada em evidencias**. Síntese Sistemática de Pesquisa, Porto Alegre, Ed. Artmed, p.57-76, 2007.

PIROLO. S. M. **A equipe de enfermagem e mito do trabalho em grupo** [dissertação. São Paulo (SP)]Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 1999.

SALOMON, D. V. **Como fazer uma monografia**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

SAWADA NO, GALVAO CM. **Comunicação não-verbal: análise proxêmica em situações de pré-encontro**. In: Anais do III Simposio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 1992; Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 1992, p.122.

SIQUEIRA I. L. C. P. MUTO M. **Apresentação e avaliação de um método de passagem de plantão em unidade de internação**. In: Anais do VI Encontro de Enfermagem e Tecnologia, 1998; São Paulo: ENFTEC, 1998, p.9-404.

SILVA L. M. NOBREGA M. M. L. **Fundamentos do Cuidar em Enfermagem**. Coleta de dados: primeira fase do Processo de Enfermagem. Dois ed. Belo Horizonte - Abe, p. 25 – 95, 2009.

SILVA, A. G. I. **Ensinando e cuidando com o processo diagnóstico em Enfermagem**. 1 ed. João Pessoa: Ed. Smith, p.107, 2001.

STEDILE, N. L. R, et al. **Metacognicao e Ensino de Enfermagem: Uma combinação possível?**, Revista Latino-Americana de Enfermagem, v11, n.6, 2003, p.792-799.

STEFANELLI. M.M. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. Dois ed. São Paulo: Rouben, 1993.

TEIXEIRA, Michelle Cecille Bandeira. **A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para odontologia**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.11, n. 1, 2006, p.45-51

VALENTIM, M. L. P. **Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação**. São Paulo: Polis, 176p, 2005. (Coleção Palavra-Chave, 16)

WEBSTER, G. **Nomenclature and classification system development. Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fifth national conference**. p.14-25. St. Louis, 1984.

WEBER, C. I. Compreensibilidade e Clareza na leitura dos prontuários: um estudo de caso de fisioterapeutas que atuam em equipe hospitalar. Revista Brasileira de Fisioterapia.

São Paulo, v.15, n. 2, 2008, p. 154-220