

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

ANA GRACINDA IGNÁCIO DA SILVA

**APRENDIZAGEM DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
NA PERSPECTIVA DA METACOGNIÇÃO**

**Rio de Janeiro
2010**

Ana Gracinda Ignácio da Silva

**Aprendizagem do Diagnóstico de Enfermagem
na Perspectiva da Metacognição**

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Abreu Pinto Peixoto

Co-orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão

**Rio de Janeiro
2010**

Silva, Ana Gracinda Ignácio da.

Aprendizagem do diagnóstico de enfermagem na perspectiva da metacognição/ Ana Gracinda Ignácio da Silva. – Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2010.

xi, 239f. : 31 cm.

Orientadores: Mauricio Abreu Pinto Peixoto e Marcos Antonio Gomes Brandão.

Tese (doutorado) – UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2010.

Referências bibliográficas: f. 176-179.

1. Aprendizagem. 2. Diagnóstico de Enfermagem. 3. Metacognição. I. Peixoto, Mauricio Abreu Pinto. II. Brandão, Marcos Antonio Gomes. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. IV. Título.

CDD 610.73

Ana Gracinda Ignácio da Silva

**Aprendizagem do Diagnóstico de Enfermagem
na Perspectiva da Metacognição**

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Rio de Janeiro
Aprovada em: 10/02/2011

PROF. DR. MAURICIO ABREU PINTO PEIXOTO
PRESIDENTE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

PROF^a. DR^a. 1^a EXAMINADORA MIRIAN STRUCHINER
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

PROF^a. DR^a. FLORENCE ROMIJN TOCANTINS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
2^a EXAMINADORA

PROF^a. DR^a. MÁRCIA DE ASSUNÇÃO FERREIRA
3^a EXAMINADORA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

PROF^o. DR. MARCOS ANTONIO GOMES BRANDÃO
4^a. EXAMINADOR
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

SUPLENTES:

PROF^a. DR^a. ANA CARLA DANTAS CAVALCANTI
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

PROF^a. DR^a. NEIDE APARECIDA TITONELLI ALVIM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Aos meus pais, com muito carinho:

Ao meu pai *In memórian*, a grande referência da minha vida.

**“Neste momento está faltando ele e a saudade dele está
doendo em mim.” (Naquela mesa- Sergio Bittencourt)**

**A minha mãe por seu amor, por compreender minha
ausência.**

Agradecimentos Especiais

DEUS, pela dádiva da perseverança e da paz que acalma o coração nas horas difíceis e, dá coragem para seguir em frente e alcançar nossos objetivos.

Aos alunos, sem os quais esta pesquisa não seria possível.

A minha família pelo apoio, ajuda e compreensão, em especial a minha filha **kellen**, por estar sempre comigo em todos os momentos importantes, alegres ou difíceis.

Ao meu orientador Dr. Mauricio Peixoto, pela seriedade e competência com que conduziu minha orientação, por tudo que me ensinou, por tudo que aprendi e pelos desafios que me fez superar, muito obrigada.

Ao meu co-orientador Dr. Marcos Brandão, pelas contribuições e por todos os momentos em que me ajudou, por sua gentileza e amizade.

A Dra. Márcia Assunção pelas valiosas contribuições nas Bancas de Defesa de Projeto e Qualificação, por toda sua atenção e carinho.

A Dra. Florence Romjin, pelas excelentes contribuições na Banca de Qualificação, por nossas “conversas acadêmicas,” sempre valiosas, pelo apoio e, sobretudo, pela amizade.

A Dra. Miriam Struchiner, pelas excelentes contribuições na Banca de Qualificação, pela atenção e por ter aceitado participar desta Banca.

As Doutoradas Neide Alvim e Ana Carla Cavalcanti, por aceitarem compor a Banca de Defesa.

A todos os professores do curso de Doutorado da **EEAN** que no decorrer das disciplinas contribuíram para construção deste conhecimento.

A Dra. Mary Elizabeth, coordenadora do curso da UEPA, pela acolhida e disponibilidade na fase de coleta de dados.

A professora Mestra Terezinha Vieira, chefe do Departamento de Enfermagem Hospitalar, do qual faço parte, pelo apoio sempre que necessário.

As professoras de Estágio supervisionado em **UTI** pela gentileza e disponibilidade com que me receberam.

Aos meus colegas do **GEAC/NUTES**, aos “mestres Maurício e Marcos com carinho”, aos colegas pela troca de experiência, pela convivência e, em especial, a Jaqueline e Beatriz pelo carinho e amizade.

As colegas de Doutorado da **UEPA**, especialmente a companheira Iaci, pelos momentos compartilhados que certamente, serão inesquecíveis.

Ao professor Ataíde pela correção deste trabalho e pelas dicas importantes

Agradecimentos Especiais

Ao Jorge e Sônia da Secretaria de Pós- Graduação – EEAN/UFRJ - por todo apoio, ajuda e gentileza nestes anos de convivência, muito obrigada.

A minha pequena grande companheira nos dias, noites e madrugadas da elaboração desta tese, “jade”, que nunca lerá este agradecimento, mas a quem serei eternamente grata por sua presença amiga.

E a todos que direta ou indiretamente ajudaram para realização deste trabalho, muito obrigada.

RESUMO

SILVA, Ana Gracinda Ignácio da Silva. **Aprendizagem Diagnóstica em Enfermagem, na perspectiva da Metacognição**. Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

Estudo de aprendizagem diagnóstica sob olhar metacognitivo com objetivo de investigar, analisar e discutir a existência de eventos metacognitivos nos relatos dos alunos concluintes de um curso de graduação, sobre seus processos de aprendizagem diagnóstica. De natureza qualitativa, com abordagem do método fenomenológico científico descrito por Giorgi (1985), as informações foram coletadas por meio de entrevista, seguindo um roteiro semi-estruturado e a partir de um diário clínico elaborado no período de estágio, concomitante, ao período da realização das entrevistas. A análise temática das unidades de sentido permitiu identificar quatro temas: a) Função do diagnóstico de enfermagem (DE) e suas diferenças em relação ao diagnóstico médico (DM); b) Aprender a diagnosticar em Enfermagem e seus constituintes; c) Relações no contexto da aprendizagem e d) Avaliação da aprendizagem diagnóstica. O conjunto de resultados apontou que, a principal função do DE, é orientar as condutas de enfermagem e, portanto, sua aprendizagem é importante para a prática profissional. Que sabem situar as diferenças entre o DE e o DM. Definem a atividade diagnóstica em enfermagem como um processo de avaliar e levantar problemas do paciente, comparar esses problemas com a Taxonomia diagnóstica de Enfermagem e selecionar o diagnóstico mais adequado aos problemas levantados. A estratégia mais adequada para aprendizagem diagnóstica é a prática, mas de forma contínua e gradual ao longo do curso. Reconhecem a importância dos recursos do ambiente de aprendizagem e a cobrança do professor em relação à atividade diagnóstica. Identificam dificuldades inerentes ao processo de aprender a fazer DE como: a própria elaboração e redação diagnóstica, a dificuldade de memorização, o deficiente

embasamento teórico, o pouco tempo dedicado a essa aprendizagem. Fazem relações significativas para aprender a diagnosticar com conhecimentos prévios e experiências de atividade diagnóstica. Verificaram-se eventos metacognitivos como: algum modo de regulação e monitoração da aprendizagem; o reconhecimento de dificuldades e estratégias que facilitam aprendizagem; o planejamento antes da realização da tarefa diagnóstica. Conclui-se que os alunos, ao apresentarem uma concepção sobre DE como um processo em sua natureza, finalidade e importância, estão pensando sobre sua cognição e sobre o seu processo de aprender a diagnosticar, mesmo que de forma incipiente. Além disso, eles indicam operações mentais - observar, comparar, memorizar, associar – como constituintes de seu processo de cognição. Pensam sobre os meios para construir sua aprendizagem. Elaboraram o DE segundo uma teia de relações que envolvem conhecimentos prévios de conteúdos oriundos das disciplinas ou de experiências na atividade diagnóstica, outros profissionais e, sobretudo, estreita inter-relação com o paciente. Emitem julgamentos sobre o processo de aprendizagem reconhecendo, inclusive, sua responsabilidade. Apresentam formas de avaliar sua aprendizagem, relacionada à monitoração externa e interna e, esta, é uma ação de regulação e auto-regulação. Portanto, evidencia-se o processo de aprender a diagnosticar dos alunos e eventos metacognitivos, o que está compatível com os objetivos propostos neste estudo. O conhecimento metacognitivo pode ser estimulado, nos alunos, por questionamentos, elaboração de diário, de pensar alto e de (re) examinar o caminho percorrido na elaboração do DE e isso pode ajudar no processo de aprender a diagnosticar em enfermagem.

Palavras - chave: Aprendizagem. Diagnóstico de Enfermagem. Metacognição.

ABSTRACT

SILVA, Ana Gracinda Ignácio da Silva. **Diagnostic Learning in Nursing through the Metacognition Perspective**. Rio de Janeiro, 2010. Thesis (Doctorate in Nursing). Nursing School Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

This is a study about diagnosis learning through the metacognitive perspective, aiming to investigate, analyze, and discuss the existence of metacognitive events in reports from undergraduate students about their processes of diagnosis learning. The nature of this study is qualitative and it uses a scientific phenomenological approach as described by Giorgi (1985). The data were collected through interviews, following a semi-structured script, and through keeping a clinical diary during the internship concurrent with the period that the interviews were being done. The thematic analysis of the units of meaning allowed us to identify four themes: a) The role of the diagnosis in nursing and its differences in relation to the medical diagnosis; b) Learning how to diagnose in nursing and its constituents; c) Relationships in the learning context; d) Evaluation of the diagnostic learning. The set of results indicated that the main role of the nursing diagnosis is to guide nursing conduct, and, therefore, its learning is crucial for professional practice. The students show that they know how to situate the difference between nursing diagnosis and medical diagnosis. They define the diagnosis activity in nursing as a process that evaluates patients and raises problems related to them, compares these problems with the Nursing diagnosis Taxonomy, and selects the most adequate diagnosis according to the problems raised. They consider practice to be the most adequate strategy for learning diagnosis, but only when it is done continuously and gradually throughout the course. They also recognize the importance of the resources that the learning environment offers, and the professors' demands in relation to the diagnosis activity. They are

able to recognize some difficulties concerning the learning process and the practice of the nursing diagnosis, such as: the actual writing of the diagnosis; difficulties related to memorization, as well as the lack of theoretical basis; and the little time they are able to dedicate to such learning. They establish meaningful connections in order to learn how to diagnose using previous knowledge and experience from diagnosis activity. Some metacognitive events such as: some learning monitoring and regulation; the acknowledgement of difficulties and strategies that facilitate learning; and the planning before the realization of the diagnostic task, were verified. In conclusion, the students who conceive of nursing diagnosis as a process, in its nature, finality and importance, are actually thinking about its cognition and their process of learning how to diagnose, even in an incipient manner. Furthermore, they indicate mental operations – observation, comparison, memorization, association – as part of their cognitive process. They think about the means used in order to build their learning. They develop the nursing diagnosis through a web of relations which involves previous knowledge about subject content or diagnostic activities, other professionals, and, more importantly, a close inter-relationship with the patient. They judge the learning process acknowledging its responsibility. New ways of evaluating the learning related to internal/external monitoring are presented, and this is a regulatory/self-regulatory action. Therefore, the process of learning how to diagnose as well as the metacognitive events are evident, and they are compatible with the objectives described in the present study. The metacognitive knowledge can be stimulated in students through questioning, keeping diaries, thinking aloud, and re-examining the path taken in the development of the nursing diagnosis and how it can help in the process of learning how to diagnose in nursing.

Key words: Learning. Nursing Diagnosis. Metacognition.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – 1a: A história da aprendizagem de Lúcia (Apêndice E).....	188
Quadro 2 - a-s: Distribuição das unidades de sentido sobre, o processo, estratégias e dificuldades de aprendizagem diagnóstica, dos alunos graduandos de Enfermagem (Apêndice F).....	190
Quadro 3 - a-s: Distribuição respostas dos alunos graduandos de Enfermagem, sobre como aprendem DE (Apêndice G).....	210
Quadro 4 - Apresentação síntese dos sujeitos.....	87
Quadro 5 - Distribuição das estratégias de aprendizagem relatadas pelos alunos pesquisados.....	115
Quadro 6 - Distribuição das dificuldades de aprendizagem diagnósticas relatadas pelos alunos entrevistados.....	128
Quadro 7 - Resultados dos Diários Clínicos realizadas pelos alunos de enfermagem.....	154
Quadro 8 - Síntese da estrutura de aprendizagem dos alunos pesquisados e relação com eventos metacognitivos.....	167

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	A APRENDIZAGEM DIAGNÓSTICA EM ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA METACOGNIÇÃO.....	16
1.1.1	Minha trajetória	22
1.1.2	O Problema	24
1.1.3	Objeto de Pesquisa	31
1.1.3	Delimitação do objeto e limitações do estudo	32
1.1.4	Objetivos do Estudo.....	32
	Geral:.....	33
	Específicos:.....	33
1.1.5	Questões Norteadoras:	33
1.1.6	Justificativa e Contribuições.....	33
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	35
2.1	O SABER DA ENFERMAGEM.....	36
2.1.1	O Processo de enfermagem como instrumento para o ensino, assistência e pesquisa em enfermagem.....	38
2.1.2	Sistemas de Classificação Diagnóstica em Enfermagem	40
2.1.3	Elaboração do Diagnóstico de Enfermagem.....	44
2.2	O CONHECIMENTO METACOGNITIVO	52
2.2.1	A aprendizagem do Diagnóstico de Enfermagem na perspectiva da metacognição	63
3	O CAMINHO PERCORRIDO	68
3.1	A FENOMENOLOGIA E A PESQUISA EMPÍRICA	69
3.2	SOBRE O MÉTODO UTILIZADO	70
3.2.1	Leitura do material transcrito:.....	73
3.2.2	Identificação das unidades de sentido:	73
3.2.3	Construção das unidades de significado:.....	73
3.2.4	Construção da estrutura da experiência:	74
3.3	TIPO E ABORDAGEM DO ESTUDO.....	74
3.4	CONTEXTO E CENÁRIO DO ESTUDO	75
3.4.1	Contexto	75
3.4.2	Cenário	78
3.5	SUJEITOS SOCIAIS.....	79
3.6	A COLETA DE DADOS	82
3.7	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	83
3.7.1	Pré- análise: organização do material de análise	84
3.7.2	Análise e interpretação do material	85
3.8	ASPECTOS ÉTICOS	86
4	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	87
4.1	RESULTADOS DAS ENTREVISTAS	88
4.1.1	FUNÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E SUAS DIFERENÇAS COM O DIAGNÓSTICO MÉDICO.	90
A)	Importância do uso do DE na prática profissional da enfermeira.....	90
B)	O Diagnóstico de Enfermagem e o Diagnóstico Médico	96
4.1.2	APRENDER A DIAGNOSTICAR EM ENFERMAGEM E SEUS CONSTITUINTES.....	101
A)	O que é aprender a diagnosticar:.....	101
B)	O DE é um Processo que deve ser aprendido de forma contínua.....	107
C)	A Prática: Estratégia mais adequada à aprendizagem diagnóstica	116
D)	As dificuldades no processo de aprender diagnosticar:	129
4.1.3	RELAÇÕES NO CONTEXTO DE APRENDIZAGEM.....	139
A)	Relação com conhecimentos e experiências	139
B)	O prontuário como instrumento de planejamento para a atividade diagnóstica	145
4.1.4	AValiação da APRENDIZAGEM DIAGNÓSTICA	150
4.2	RESULTADOS DOS DIÁRIOS CLÍNICOS.....	155
4.2.1	FUNÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) E SUAS DIFERENÇAS COM O DIAGNÓSTICO MÉDICO (DE)	156
4.2.2	APRENDER A DIAGNOSTICAR EM ENFERMAGEM E SEUS CONSTITUINTES.....	159

4.2.3 RELAÇÕES NO CONTEXTO DE APRENDIZAGEM	163
4.2.4 A AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM DIAGNÓSTICA	166
4.3 A ESTRUTURA DA APRENDIZAGEM DIAGNÓSTICA DOS ALUNOS EM SEUS ASPECTOS METACOGNITIVOS	168
5 CONCLUSÕES E POSSIBILIDADES DO ESTUDO	171
5.1 Recomendações	174
REFERENCIAS:	176
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	182
APÊNDICE B- O QUE É UM DIÁRIO CLÍNICO?	183
APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA	184
APÊNDICE D- NARRAÇÃO	185
APÊNDICE E- A HISTÓRIA DE APRENDIZAGEM DE CADA UM (exemplo)	189
1- Lúcia	189
APÊNDICE – F IDENTIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE SENTIDO	191
APÊNDICE –G IDENTIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE SENTIDO E EVENTOS METACOGNITIVOS	211
ANEXO A- CASUÍSTICA: TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA	233
ANEXO B – CASUÍSTICA: DIÁRIO CLÍNICO	237
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA EEAN/HESFA	240

1 INTRODUÇÃO

Apresenta considerações iniciais sobre a pesquisa, relacionado com o problema que a motivou, objeto, objetivos e aspectos importantes, para introduzir os resultados desta pesquisa.

1.1 A APRENDIZAGEM DIAGNÓSTICA EM ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA METACOGNIÇÃO

Esta pesquisa é sobre a aprendizagem do diagnóstico de Enfermagem na área hospitalar sob o olhar da metacognição. Considera como conceitos principais: aprendizagem, metacognição e diagnóstico em enfermagem. A aprendizagem é um processo integrado que mobiliza totalmente a pessoa de forma orgânica. É um processo qualitativo, em que a pessoa fica mais bem preparada para novas aprendizagens e resulta na transformação estrutural da sua inteligência (BORDENAVE, 2008).

Há duas formas diferentes de relação entre conhecimento e aprendizagem, já que aprender, em parte, consiste na aquisição de certos conteúdos e por outro lado, é a aprendizagem que antecede o conhecimento, já que a aquisição de conteúdos os modifica ou pode modificá-los (DUTRA, 2002). Para o citado autor, o indivíduo aprendeu algo quando seu comportamento foi modificado. Portanto, aprender não é só apropriar-se de conteúdos. Além disso, a aprendizagem antecede o conhecimento não somente em adquirir uma habilidade, mas, também, no que diz respeito a apropriar-se de determinado conteúdo.

Dutra (2002) defende a idéia de que o conhecimento é uma palavra que empregamos para definir o resultado de um processo de aprendizagem e, portanto, a palavra aprendizagem é utilizada para se referir a determinadas ações realizadas pelo indivíduo, “quando ele tem seu comportamento modificado mediante um esquema ou programa previamente estabelecido” (p.17). Com base nessas concepções, a aprendizagem antecede o conhecimento e uma pessoa possui certos conteúdos se essa se comporta de acordo com isso. “Aprender é tentar um novo modo de proceder, de resolver um problema” (p.18).

A importância de pesquisar sobre aprendizagem está relacionada ao processo de mudança de foco – atualmente centrado no aluno - que se vive desde o final do século XX sendo necessário, ao aluno, capacitar-se para enfrentar tais mudanças. Por isto, saber aprender vai fazer diferença, o que tornam importantes as pesquisas sobre aprendizagem. Ainda mais, conhecer o estilo de aprendizagem do aluno facilita e permite o ensinar (PEIXOTO; SILVA, 2002).

Essa transformação no mundo também tem influenciado a prática do profissional enfermeiro, exigindo dele preparo intelectual para lidar com essas mudanças. O perfil tecnicista vai se transformado em um perfil clínico, em que o enfermeiro é responsável por um julgamento que se consubstancie na identificação de respostas da pessoa pela qual o enfermeiro possui responsabilidade de tratar e levar essa pessoa a alcançar resultados que serão decorrentes da ação de cuidado de enfermagem. Para tal transformação, o processo de formação do enfermeiro é fundamental, não só na visão de transmissão de conhecimentos, mas também, considerando os meios e aspectos que favoreçam a aprendizagem.

De acordo com Peixoto e Silva (2002), o professor, para planejar o ensino, deve levar em conta as características dos seus alunos, estimulá-los para que usem medidas facilitadoras de seu aprendizado. Portanto, pesquisar e difundir o conhecimento sobre aprendizagem é condição necessária para que as decisões desse processo sejam mais benéficas ao aluno - aprendiz.

Aprendizagem não é mais vista como mero produto do processo de ensino, pois, a partir do século XX novas visões educacionais vieram a valorizar as ações ativas do aprendiz. A educação pós-moderna, entre outros aspectos, ressalta que o aluno deve transformar-se em agente do processo, ser capaz de questionar, de procurar respostas para problemas e de oferecer soluções para situações concretas vividas (PEIXOTO; SILVA, 2002).

Dessa forma, pensa-se aprendizagem como o resultado do contato com uma realidade concreta, produto de uma situação vivenciada pelo aprendiz de forma crítica que envolva a compreensão e reflexão sobre o aprendido. Isso quer dizer que aprender, requer planejamento, organização e monitoração da aprendizagem, com objetivo de adquirir uma determinada habilidade.

Outro conceito fundamental para esta pesquisa, porque é sua base teórica, é o de Metacognição, termo introduzido por Flavell em 1970, para definir conhecimento sobre os próprios processos e produtos cognitivos, que abrange a monitoração do sistema cognitivo e emocional do aprendiz. Nessa perspectiva o indivíduo deve refletir sobre seus processos mentais (FLAVELL; MILLER; MILLER, 1999).

A metacognição apresenta dois domínios: Conhecimento metacognitivo, que consiste no conhecimento sobre si mesmo e sobre variáveis (pessoas, tarefas,

estratégias); e Experiências Metacognitivas que consiste nas experiências conscientes cognitivas ou afetivas relacionadas com um dos aspectos da tarefa (PEIXOTO; SILVA, 2002).

A Metacognição, como conhecimento de todas as operações mentais que constituem a cognição, inclui: percepção, atenção, memorização, leitura, escrita, compreensão, comunicação, entre outras. E se preocupa com: o que são, como se realizam, quando se usa uma e outra operação mental e os fatores que ajudam ou interferem na sua operacionalização. O conhecimento metacognitivo envolve duas dimensões: O conhecimento das operações mentais e auto-regulação. Estas duas funções são interligadas, já que uma deriva da outra (PEIXOTO E SILVA 2002).

Os autores citam como capacidades básicas da metacognição e que podem ser aplicadas a qualquer faixa etária: a) prever resultados de uma ação; b) conferir seus resultados; c) controlar sua própria ação ao agir e; d) testar a realidade. Além do que, cada aluno tem uma forma própria de usar estratégias de aprendizagem, planos e procedimentos para realizar determinada tarefa, por isto o interesse prioritário da metacognição é saber como se aprende e como fazer para auxiliar os alunos a aprender melhor.

Peixoto, Brandão e Santos (2007) ressaltam que o objeto da metacognição é o conhecimento em si, seus elementos e atributos como, por exemplo, conceitos e memórias. A metacognição e sua proposta de pensar o próprio conhecimento podem vir a ser uma ferramenta valiosa, pois possibilita ao estudante ter consciência do seu processo de aprendizagem e dos resultados dessa aprendizagem, por meio de atividades que incluem monitorar seu aprendizado sobre o raciocínio diagnóstico em enfermagem em seu processo de formação clínica.

Quanto à relação da metacognição e aprendizagem, é relevante o estudo de Brandão (1999) com alunas de enfermagem. Nele foram investigadas a definição de estratégias e seu emprego e uso, isto é, quando estas alunas pesquisadas usam uma dada estratégia e qual estratégia é usada para avaliar a eficácia das mesmas.

Os resultados indicaram como estratégias diagnósticas usadas pelos alunos: passagem de plantão, leitura do prontuário, conversa com o cliente, exame físico, observação, os testes de hipóteses diagnósticas, questionamento a profissional da equipe de enfermagem, relacionamento entre dados, consulta ao livro e questionamento ao

professor. O autor concluiu que os processos mentais descritos pelos alunos podem ser considerados como estratégias diagnósticas. Esse estudo reforça a crença de que a partir do relato do aluno sobre sua aprendizagem, é possível compreender o processo cognitivo e metacognitivo envolvido.

Cabe aqui discriminar o aspecto sutil, porém, relevante, da distinção entre ações e procedimentos cognitivos e metacognitivos. Do escrito acima, se depreende ser um componente essencial da metacognição a consciência e, na medida em que é utilizada como ferramenta, adiciona-se a intencionalidade. Isto, porém, não nega que haja mecanismos em que, mesmo ausente a intencionalidade consciente, o aluno possa fazer uso de diferentes estratégias de aprendizagem e/ou operações mentais que resultam em aprendizado. Para resolver um problema atual pode o aluno valer-se de conhecimentos prévios, mesmo que de forma inconsciente. Neste caso, porém, falamos de ações e/ou procedimentos cognitivos. Do ponto de vista de um observador externo, a ação cognitiva e a metacognitiva são indistinguíveis. Mas, na metacognição os aspectos internos do aprendiz- a consciência e a intencionalidade- estão presentes.

Falamos anteriormente, que as transformações no mundo têm estimulado os estudos sobre aprendizagem, e que essas transformações também são evidenciadas na enfermagem. Uma delas é o interesse dos enfermeiros na clínica de enfermagem. Sobre isso, Figueiredo e Santos (2004) afirmam que, clinicar em enfermagem se destaca como uma prática diferenciada daquela atrelada e dependente, quase de modo exclusivo, das decisões de outros profissionais da área da saúde e da administração do hospital. As autoras citam a linguagem como exemplo desta dependência quando do uso de: enfermagem de clínica médica geral, cardiológica, oncológica, oftalmológica, ginecológica e outras áreas de saber e fazer da Enfermagem.

Esta diferenciação se caracteriza, sobretudo, pelas ações e decisões fundamentadas no desenvolvimento do processo e diagnóstico de enfermagem. Assim, a enfermagem clínica, da qual as autoras falam, se caracteriza pelo uso do Processo de Enfermagem (**PE**) em todas as suas etapas. Neste sentido, questionam, ainda, sobre o que mudou e o que permanece como saber e prática de enfermagem no contexto hospitalar, além de aplicar o saber médico quando cuidamos do cliente.

Para exercer a prática clínica é importante o uso do **PE**. Este é definido como instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar

ou prever como as pessoas respondem aos problemas de saúde ou aos processos vitais, determinando então, os aspectos dessas respostas que exigem intervenção profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2004; TIMBY, 2001).

Como instrumento metodológico, o **PE** favorece o cuidado, assim como as condições necessárias para que este ocorra. Os elementos que são inerentes a esse processo – diagnósticos, ações / intervenções e resultados de enfermagem – favorecem, também, o desenvolvimento de sistemas de classificação de conceitos que caracterizam a linguagem profissional de enfermagem. Esses elementos descrevem a prática de enfermagem e constituem seu processo específico de trabalho, o qual demanda habilidades e capacidades cognitivas (pensamento e raciocínio), psicomotoras, afetivas, conhecimento e perícia para resolução de problemas (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Para efetivação da enfermagem clínica é, portanto, necessário aprender e, uma característica importante desse aprendizado, é a do raciocínio diagnóstico em enfermagem, pensamento determinado e orientado por regras e critérios. É necessário fazer associações e relações para emitir um julgamento. O raciocínio diagnóstico é um processo que envolve entendimento do mecanismo de classificação de um fenômeno em determinada situação clínica, o processamento de informações que envolvem operações mentais como percepção, memória, conhecimentos, que culminam em um julgamento clínico e com a indicação do Diagnóstico de Enfermagem, processo considerado fundamental, ou seja, básico para o planejamento, a realização e a avaliação do cuidado ao paciente ou cliente. O diagnóstico de enfermagem é uma etapa do Processo de Enfermagem (REIBNITZ; PRADO, 2006).

O diagnóstico possui terminologia desenvolvida por meio de pesquisas, visando uma linguagem comum para nomear problemas na prática da enfermeira que demandam sua atenção. Isso quer dizer que existem elementos inerentes à prática profissional que o Conselho Internacional de Enfermagem (**CIE**) denomina como ações e intervenções de enfermagem e que tem como base, os diagnósticos de enfermagem (**DE**) para alcançar resultados pelos quais a enfermeira é responsável.

São vários os sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem que interagem entre si na execução do Processo de Enfermagem: sistemas de classificação de diagnósticos, de intervenção e de resultados de enfermagem. Eles são considerados instrumentos tecnológicos que fornecem linguagem profissional para o

processo e produto do raciocínio diagnóstico do enfermeiro. Nesses sistemas há formação e inter-relação de conceitos, se constituindo em processo teórico com abordagens indutivas e dedutivas. Estes sistemas ou taxonomias consistem em conhecimentos estruturados em grupos ou classes, tendo como base a similaridade de seus elementos e fenômenos, atendendo a critérios que podem ser de semelhança e de estrutura conceptual já existente (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Os sistemas de classificação mais utilizados dos elementos da prática são: a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (**NANDA**); a Classificação das Respostas Humanas de Interesse para Prática da Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental, problemas de enfermagem do Sistema Comunitário de Saúde de Omaha, intervenções de enfermagem da Classificação de Intervenções de Enfermagem (**NIC**), a Classificação de Fenômenos e de Ações de Enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (**CIPE**) e a Classificação de Resultados de Enfermagem (**NOC**), entre outros sistemas de classificação (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

O sistema de classificação de diagnóstico de enfermagem da **NANDA** é um dos mais divulgados e usados no âmbito mundial. Nele o **DE** é definido como um julgamento clínico acerca das respostas de um indivíduo, família e comunidade a problemas reais ou potenciais de saúde ou a processos de vida. Os diagnósticos de enfermagem constituem a base para a seleção de intervenções de enfermagem para que se chegue aos resultados pelos quais a enfermeira é responsável (**NANDA**, 2006). Isso inclui, não só as respostas à doenças ou problemas de saúde, mas também o ciclo de vida como o nascimento, a gestação, o envelhecer e a finitude do ser.

Além da classificação da **NANDA**, vem tomando importância no cenário mundial a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (**CIPE**), que consiste em um sistema apresentado pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (**CIE**) em 1989. Trata-se de um instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem e possibilitar, entre outros objetivos, a identificação da contribuição desta no cuidado da saúde.

Na **CIPE**, o diagnóstico de enfermagem é um rótulo dado por uma enfermeira para a decisão sobre um fenômeno, que é foco das intervenções de enfermagem. Fenômeno de enfermagem é definido como aspectos da saúde de relevância para a

prática de enfermagem. O foco central é a prática de enfermagem, vista como um processo constituindo dos seguintes elementos: os fenômenos, as ações, os resultados de Enfermagem. O diagnóstico de enfermagem é o título dado pela enfermeira para uma decisão sobre o fenômeno, sendo foco das intervenções de enfermagem e o resultado é a mensuração ou estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos específicos de tempo, após realização de uma intervenção (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

É pertinente mencionar que esta pesquisa se situa no âmbito dos Fundamentos de Enfermagem, assim, é de caráter fundamental ao ensino e prática da enfermagem, por se constituir como elemento básico para construção e desenvolvimento do conhecimento e da aprendizagem da disciplina Enfermagem. O significado de Fundamental, para Carvalho e Castro (1985), corresponde à essência de uma coisa, de algo que é imprescindível para existência dessa coisa, sua garantia e razão de ser. Na enfermagem se constitui das bases de sua prática, das dimensões ético-filosóficas e da dimensão histórica da profissão.

1.1.1 Minha trajetória

Como docente, estimei a atitude diagnosticadora nos alunos, evidenciado inclusive, pela publicação de um trabalho, fruto dessas vivências: Ensinando e cuidando com o Processo Diagnóstico em Enfermagem (SILVA, 2001). Como enfermeira na área hospitalar, cuidando de pacientes em estado de saúde crítico - como os de unidade de terapia intensiva e pacientes cirúrgicos - entendemos que, para cuidar é necessário diagnosticar necessidades e respostas de saúde que são diferentes em cada pessoa, mesmo quando diante do mesmo problema. Essa percepção tem como base o cuidado como objeto da prática de enfermagem, se constituindo em seu construto teórico central. É um conceito peculiar e específico quando se refere a um indivíduo. Cuidar indica ações dinâmicas e inter-relacionadas de um fazer, que ocorra de forma consciente ou inconsciente, fundamentado em uma forma de pensar que, no caso da enfermagem, é o Processo de Enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Além disso, a experiência vivida durante a realização do mestrado, em que foi estudado a avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem na visão do paciente, por

meio da técnica de incidentes críticos¹, também indicou a importância da ação diagnosticadora da enfermeira. Os pacientes entrevistados relataram necessidades não atendidas e a valorização da medicação como o recurso terapêutico visível. Eram melhores cuidados quando a **enfermeira chefe** estava próxima e detectava suas necessidades, providenciando para que fosse atendido, porém essa situação era característica de determinadas enfermeiras (SILVA, 1999).

Esta trajetória profissional, portanto, tem indicado que cuidar, a partir do diagnóstico, possibilita ao enfermeiro voltar seu olhar profissional e pessoal para as necessidades e respostas individuais dos pacientes, tanto em relação a sua situação patológica, quanto aos efeitos dos procedimentos terapêuticos invasivos e que podem passar despercebidos, como por exemplo, formação de flebites que poderiam ser evitáveis ou tratadas adequadamente, prevenindo procedimentos de maior risco para o paciente, como dissecação venosa, intracath, entre outros. Não estamos afirmando, com isso, que essas complicações decorram da falta da identificação de diagnósticos de enfermagem, mas que a sua identificação pode assegurar cuidado mais adequado. Além disso, contribui para o desenvolvimento do saber específico da profissão.

Isso é particularmente importante na área hospitalar, em função da gravidade dos casos que aí ocorrem, a velocidade com que se desenvolvem as complicações e consequências que podem mesmo atingir o êxito letal.

O cuidado de enfermagem pode prevenir complicações, amenizar sofrimentos, dores, inclusive a de procedimentos terapêuticos, na maioria, invasivos. Isso se torna possível por estarmos atentos para as respostas que esses pacientes têm a cada evento de doença, a uma ação terapêutica, ou do ciclo de vida². Esse cuidado, portanto, é um cuidado terapêutico³.

¹ Incidente crítico é definido como um evento negativo ou positivo que os pacientes e/ou seus acompanhantes vivenciaram na experiência hospitalar e caracterizaram como bom ou ruim (SILVA, 1999). É também, um conjunto de procedimentos para coleta de observações diretas do comportamento humano que apresentam significação especial (ZANI, 2005).

² Compreender ciclo de vida o que consiste em nascer, crescer, reproduzir e morrer.

³ O cuidado terapêutico é definido como uma ação que se desenvolve e termina em uma pessoa, observando-se o valor ético e estético, sendo um bem necessário às pessoas (REIBNITZ; PRADO 2006).

1.1.2 O Problema

Ao longo da prática docente, temos percebido que estudantes chegam ao último período do curso de graduação, realizando diagnóstico de enfermagem, como se fossem alunos iniciantes no processo de aprender a diagnosticar. O aluno iniciante se caracteriza por ter atitude de levantar problemas de saúde do paciente e comparar com a taxonomia diagnóstica em enfermagem, sem, contudo, estabelecer um comportamento reflexivo sobre o processo dessa prática. Para eles, fazer diagnóstico é meramente atribuir um rótulo ao paciente, obtido por comparação simples entre a categoria diagnóstica com sinais e sintomas observados. Ou seja, elegem como estratégia diagnóstica a tentativa de superposição dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente com as características definidoras de um dado diagnóstico, como por exemplo, o da taxonomia diagnóstica da **NANDA**.

Neste sentido, o iniciante não consegue compreender as múltiplas relações entre os sinais e sintomas observados e construir uma visão mais abrangente da pessoa que está sendo cuidada. Não consegue entender, portanto, a categoria diagnóstica como uma síntese de uma dada situação de vida a requerer cuidados específicos.

Do aluno concluinte, espera-se que apresente mais do que a capacidade de relacionar sinais e sintomas com a taxonomia diagnóstica de referência. Que apresente pensamento crítico e capacidade para analisar as informações coletadas sob referencial que caracteriza o saber da enfermagem, fazendo relações significativas com os princípios teóricos e práticos desse saber (CARPENITO-MOYET, 2007).

No entanto, é preciso ressaltar que, do ponto de vista da literatura, estudos sobre critérios, parâmetros, definições e classificações do **DE** têm sido desenvolvidos, porém são poucos os estudos sobre como o estudante pode utilizar esses conhecimentos de forma eficaz.

Entretanto, os educadores de enfermagem começaram a se preocupar com a capacitação dos estudantes, para fazer interpretações mais complexas dos dados obtidos nas avaliações dos pacientes e o papel diagnosticador foi introduzido na formação e na prática assistencial do enfermeiro (GAIDZINSKI e col. 2008).

Nessa perspectiva, o estudo de Almeida (2002), sobre competências e o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, mostrou como os docentes e

discentes de graduação de enfermagem percebem essa questão. Essas competências foram definidas como função própria de um profissional e capacidade para desempenhar uma tarefa envolvendo conhecimento, experiência e valores pessoais. Como atributos da competência estão o pensamento crítico, dimensões de competência técnico-científica, humanística, ética, estética e cultural. Assim como, as de relacionamento interpessoal, comunicativa verbal, escrita, computacional, sócio política e educacional.

Na relação com o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, a autora identificou três categorias: saberes e conhecimentos; estratégias de ensino-aprendizagem e contexto institucional do curso. Os saberes e conhecimento são recursos que mobilizamos para agir, afirma Almeida (2002). É ressaltada a necessidade de aprofundar conhecimento para diagnosticar e que ele favorece a interação paciente - enfermeira facilitando o cuidado. A autora mostrou que existem atitudes de apoio e de resistência à proposta dos diagnósticos.

Como exemplo, em seu estudo, Almeida (2002) apresenta o caso de um aluno que fez um diagnóstico de conforto alterado em uma gestante, generalizando-o para todos os pacientes internados. Neste caso, o próprio estudante, ao fazê-lo, reporta que o ato de diagnosticar levou-o, inicialmente, a perceber um evento específico da enfermagem - afastando-o, portanto, do domínio do diagnóstico médico - que antes passava despercebido.

Já em relação à resistência, a autora observou que o diagnóstico de enfermagem é descrito como algo tedioso, não sendo reconhecida sua aplicação prática, uma vez que não observam essa forma de cuidar, nos locais de estágio. E, ainda, que os diagnósticos de enfermagem apenas nomeiam de forma diferente o que já é conhecido.

A resistência também está relacionada com o novo, que requer estudo, quando é mais fácil seguir rotinas e ordens do que ser julgado por um erro cometido. A percepção desses profissionais resistentes (enfermeiros) à proposta dos diagnósticos de enfermagem é de que, estes, não estão bem definidos e se confundem com os diagnósticos médicos, que já estão incorporados para designar situações patológicas, na prática da enfermeira. No entanto, o diagnóstico de enfermagem é diferente do diagnóstico médico. Este está voltado para a patologia, enquanto que aquele foca a

pessoa que está acometida de uma situação patológica⁴. Quanto ao contexto institucional do curso, Almeida (2002) observou implicações curriculares, pois o diagnóstico de enfermagem é complexo e exige conhecimentos pouco trabalhados no currículo.

Para desenvolver esse papel diagnosticador é importante, pois, que o aluno concluinte faça relações do possível diagnóstico de enfermagem com conhecimentos de base fisiológica, sociológica e humana, resgatando, em sua memória, tais conhecimentos ou buscando esses, por reconhecer que são necessários para fundamentar o diagnóstico inferido. É necessário também, que o aluno demonstre, no decorrer do curso, experiência, habilidades, conhecimentos cognitivos e metacognitivos, inerentes à função diagnosticadora de respostas que as pessoas apresentem nas situações de doenças. A disseminação do conhecimento da terminologia, das estruturas e conceitos que formam os sistemas de classificações das práticas de enfermagem é função da universidade, pois o uso dessas classificações demanda julgamento clínico e tomada de decisão e precisam ser ensinados e aprendidos nos cursos de formação (ALMEIDA 2002).

Se a tarefa diagnosticadora exige diversidade de conhecimentos e habilidades, esse problema pode decorrer da pouca fundamentação teórica que esses estudantes apresentam sobre o conceito ou processo de diagnóstico de enfermagem em relação a uma entidade mórbida que delinea um contexto de saúde onde cabe, então, definir um diagnóstico específico à enfermagem.

Assim, é compreensível que, no estágio iniciante, o aluno tenha dificuldade em relacionar o quadro clínico do paciente com esses saberes e, principalmente, com suas consequências para o cuidado de enfermagem. Em síntese, este aluno tem dificuldade em pensar sobre o que está aprendendo, como e para que aprender, que relações significativas são necessárias nesse processo, assim como sua implicação para prática

⁴ Embora de acordo com Almeida (2002) quanto à percepção equivocada de que o diagnóstico médico e de enfermagem se superpõem, discordamos da diferenciação, que em nossa opinião é reducionista, quando afirma que, médicos lidam com doenças enquanto enfermeiros com pessoas. Ambos lidam com o ser humano, sendo, no entanto diferente o foco do cuidado. Oriundo da Gestalt o conceito de figura e fundo é aqui bastante útil. Entendemos que o cuidado de enfermagem tem como figura a pessoa em todo seu ambiente, enquanto toma como fundo a doença. Já o cuidado médico inverte esta relação. Importa aqui ressaltar a visão totalizante de ambos, explicitando-se simultaneamente suas diferenças de enfoque. Diferenças estas, que se bem aplicadas, o diagnóstico de enfermagem pode explicitar e fundamentar o cuidado específico à atuação do enfermeiro.

assistencial do profissional enfermeiro. No entanto, espera-se que o aluno concluinte possa estabelecer esses laços de forma consciente visto que, sua trajetória no curso possa ter lhe propiciado conhecimentos e experiências para tal.

O processo de enfermagem e, dentro deste processo, o diagnóstico de enfermagem, é ensinado na universidade, na qual sou docente, a partir da terceira série - correspondente ao sexto período - e aplicado em estudos de caso nas demais séries. Por isto é razoável esperar que, ao final do curso, estes alunos devam ter desenvolvido, internamente, conceituações e mecanismos de aprendizagem sobre o diagnóstico de enfermagem.

Uma razão possível para que isso não ocorra no aluno é a que se refere ao processo de aprendizagem em si. Tal processo envolve esforço intelectual e persistência consciente, que se expressa como um conjunto de ações e procedimentos de organização, monitoração e controle desse aprendizado, que deve ser realizado conscientemente pelo aluno e com orientação do professor. Assim, é importante investigar sobre esse aprendizado, para conhecer como os alunos representam esse processo.

Como visto, aprender diagnosticar é difícil, porque, conforme dizem Carnevali e Thomas (1993) é difícil para os alunos por não terem um corpo de conhecimentos específicos e nem experiências de atividades diagnósticas. Por isto, destacam a importância de propiciar inúmeras e diferenciadas oportunidades para desenvolver essa habilidade.

Sobre essa dificuldade, Almeida (2002) ressalta que, em muitas ocasiões, realizamos ações sem ter consciência das limitações e dos passos seguidos para realizá-las. A isto chama de controle do pensamento e esse não se dá de um momento para outro e exige mediação do professor para ajudar os alunos a realizarem introspecção, detalhando sobre o quê e o como de seus processos, partindo de situações ou tarefas que lhes foram apresentadas. É por meio do controle do pensamento que tomamos consciência do funcionamento da nossa mente, de nossas falhas e de como qualificamos nosso pensar.

Como demonstra Almeida (2002), nas discussões sobre o diagnóstico de enfermagem surge a confusão entre diagnóstico médico e de enfermagem. Para alguns

dos participantes de seu estudo é mais fácil usar diagnósticos médicos, como por exemplo, a hipertensão, pois é uma linguagem já conhecida.

No que se refere a esta questão, a autora ressalta que a terminologia profissional facilita a comunicação entre os profissionais, promove documentação de sua prática e favorece o desenvolvimento de pesquisas. Neste sentido, afirma que a nomenclatura médica não substitui a de enfermagem, já que sua intenção é justamente valorizar o cuidado de enfermagem, enfocando as respostas do paciente aos seus problemas de saúde. Um objetivo diferente ressalte-se, daquele colimado pelo diagnóstico médico.

Em suas considerações finais Almeida (2002) reitera que o desenvolvimento de sistemas de classificação em enfermagem tem possibilitado uma padronização de terminologia para a profissão e, mesmo que enfermeiras diagnostiquem com precisão ao usarem diagnósticos médicos, estão empregando nomenclatura que não é sua e para a qual não possuem respaldo legal para diagnosticar e tratar.

Uma das motivações deste estudo, como já dito, foi a percepção de que, concluintes do curso de enfermagem, comportam-se em relação ao diagnóstico de enfermagem como se fossem iniciantes no processo de aprendizagem diagnóstica, em desacordo com o que se esperaria desta fase da graduação.

Várias são as estratégias sugeridas para prevenir esta situação. Por exemplo, sugere-se o ensino progressivo do diagnóstico de enfermagem ao longo do curso. Outras estratégias têm sido indicadas, como simulações e leituras de diferentes fontes sobre o assunto. Relevante para o ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem é o estudo de caso. Mas, aqui, importa que nesta atividade seja focado o diagnóstico de enfermagem como um processo, evidenciando, assim, o raciocínio diagnóstico do aluno. Para os alunos é mais importante perceber o processo de pensamento do que a terminologia diagnóstica (ALMEIDA, 2002).

No entanto, focar o **DE** tem se mostrado ineficaz graças a vários aspectos. Um desses é o que Dell'Acqua (2004) descreve em seu estudo sobre a construção da competência clínica para diagnosticar, considerando essa competência uma base importante para formação do enfermeiro. Em seu estudo, a autora mostra que essa competência encontra-se pouco consolidada na cultura de formação superior de enfermagem, o que se contrapõe à competência clínica requerida como identidade profissional do enfermeiro para atender a transformação da dinâmica de sua prática

assistencial. Também refere à fragmentação na aprendizagem dessa competência, representada pela não utilização de referenciais metodológicos para sistematização da ação assistencial em todas as disciplinas do curso, instrumentalizando o aluno para o processo de cuidar.

Almeida (2002) chama atenção que, apesar do engajamento das enfermeiras brasileiras na classificação dos diagnósticos de enfermagem da **NANDA** desde 1986, o seu ensino nos cursos de graduação em enfermagem continua a se dar por iniciativa individual de docentes ou de algumas disciplinas.

Para desenvolver conhecimento e habilidade na atividade diagnóstica, se faz necessário pensamento crítico, experiência e vivências de forma contínua no decorrer da formação profissional. Além disso, o desenvolvimento do pensamento crítico no aluno é considerado fundamental na aprendizagem do raciocínio diagnóstico e, isso, consiste em questionamento contínuo para saber o porquê de suas ações e deixa evidente a relação dessa atitude com o diagnóstico de enfermagem (ALMEIDA, 2002).

Sobre isso, Alfaro-Lefreve (1996) refere que, desenvolver o pensamento crítico por meio do raciocínio diagnóstico no aluno é uma proposta educacional e requer estratégias pedagógicas que estimulem, no aluno, a capacidade de criar, inovar, relacionar, inferir desenvolvendo a capacidade de aprender sobre o produto desse raciocínio como forma de garantir uma prática autônoma e de qualidade.

Diante dessas concepções, parece que, o que não se resolveu, ainda, é que a atividade diagnóstica das respostas da pessoa às situações de doenças e do ciclo da vida, base para o saber da enfermagem e classificação de suas práticas, não estão imbricadas na cultura profissional, tanto na área docente, quanto na área de assistência, que, aliás, devem caminhar juntas. A atividade diagnóstica é ensinada e realizada, pelos profissionais que acreditam na sua importância para qualidade do cuidado de enfermagem e para o reconhecimento da atuação profissional.

Na verdade, aprender diagnosticar envolve um processo de pensamento complexo e consciente em todas as suas etapas. No entanto, pouco se sabe sobre o trajeto cognitivo do aluno na aprendizagem do raciocínio diagnóstico que possa explicar as potencialidades e limitações e que podem influenciar sua aprendizagem.

Sobre o assunto, Almeida (2002) menciona que, trabalhar com diagnósticos de enfermagem, envolve estratégias cognitivas que se referem aos aspectos automáticos e

inconscientes que a pessoa utiliza para desempenhar uma tarefa, mas exige, também, postura metacognitiva de conscientização e reflexão, ou seja, buscar entender o que está fazendo, monitorando seu próprio comportamento.

Entre as recomendações de Almeida (2002), em seu estudo sobre competências, estão as de caráter metacognitivos, como forma de re-examinar o caminho percorrido na determinação do diagnóstico de enfermagem em momento de reflexão. Refletir criticamente contribui para a conscientização dos próprios pensamentos, ou seja, tomarem a consciência daquilo que fazem.

Desse modo, parece que o problema de aprendizagem da atividade diagnóstica dos alunos tem, como um dos pilares, a falta de tomada de consciência do seu processo de pensamento e dos recursos cognitivos que mobilizam a aprendizagem da atividade diagnóstica. Tomar consciência do que sabem e do que não sabem sobre como fazer diagnóstico de enfermagem, do processo de pensamento imbricado nessa ação, refletir de forma crítica sobre as estratégias eficazes para esse aprendizado, monitoramento e controle, fazem diferença na aprendizagem desse diagnóstico e contribuem para desenvolver a habilidade diagnóstica.

Essa afirmativa encontra base no estudo de Almeida (2002), que aponta como uma das condições relacionadas à competência para realizar diagnósticos de enfermagem, o desenvolvimento de postura metacognitiva. Lunney (2004) ressalta que, pensar sobre o pensamento envolve metacognição. Sobre o desenvolvimento de postura metacognitiva, Peixoto e Silva (2002) referem que a metacognição pode ajudar os estudantes na aprendizagem do raciocínio diagnóstico, levando-os a refletir sobre seus processos mentais, o que são esses processos, como se realizam e quando se usa uma e outra estratégia para aprender.

Vale ressaltar estudos que trabalham a metacognição especificamente na área de enfermagem, entre esses, Brandão (2006; 1999), que estudou a interação e metacognição em comunidade virtual de enfermagem; o estudo de Castelo Branco (2000) sobre a construção de escala motivacional para aplicação com estudantes e que teve como um dos indicadores dessa escala, a metacognição. No que se refere ao tema específico, *Aprendizagem do Diagnóstico na Perspectiva da Metacognição* identificamos, na base de dados da CAPES, outros autores entre eles Almeida, (2002) e Stedille (2002). Na literatura internacional destacamos o estudo de desenvolvimento

cognitivo e metacognitivo, na prática de enfermagem, como auto-regulação da aprendizagem teórica (KUIPER, 2004).

Diante dessa realidade partimos do **pressuposto** que, os alunos apresentam conhecimento metacognitivo no seu processo de aprendizagem do diagnóstico de enfermagem. No entanto, a literatura é limitada para fundamentar tal assertiva, especificamente, no contexto do aprendizado do diagnóstico em enfermagem.

Assim, definimos como **questão de pesquisa**: Os alunos apresentam, em seus relatos sobre a aprendizagem do diagnóstico em enfermagem, eventos metacognitivos?

1.1.3 Objeto de Pesquisa

O processo de aprender diagnóstico em enfermagem pode ser estudado em diferentes dimensões, pois, sendo um processo, envolve etapas e vários momentos de reflexão sobre essa ação. Assim, pode ser estudada em sua estrutura, classificações, aplicação prática e no processo mental envolvido na automonitoração e no autocontrole dessa aprendizagem. A perspectiva deste estudo foi conhecer como os alunos da quinta série (último período) do curso de graduação em enfermagem vivenciaram esse processo mental, no seu aspecto individual e sob o olhar metacognitivo.

Nesta investigação foi considerado o aluno como agente de seu aprendizado, assim como a intencionalidade da tomada de consciência que esses alunos relataram no processo de aprender a diagnosticar e os aspectos metacognitivos envolvidos.

Estudar a dimensão metacognitiva do processo de aprender a diagnosticar, possibilita compreender o processo de pensamento envolvido nessa ação. Inclui o conhecimento do COMO e do POR QUE está aprendendo. Neste sentido, cabe a ênfase de Hacker et al (1998) ao referirem ser básico no conceito de metacognição, a noção do pensar sobre os pensamentos da própria pessoa. Isso significa que, o aluno deve descrever como aprende a diagnosticar.

Assim, identificamos como objeto de estudo: **O conjunto de conhecimentos metacognitivos de alunos de enfermagem durante o seu processo de aprendizagem do diagnóstico de enfermagem.**

1.1.3 Delimitação do objeto e limitações do estudo

Tem como recorte empírico a realidade e o contexto de graduandos de um curso superior de enfermagem em uma instituição pública do município de Belém. Como sujeitos deste estudo, os graduandos - por já terem vivenciado o diagnóstico de enfermagem em vários momentos do curso de graduação – e assim, capazes de relatar o processo mental envolvido na aprendizagem do **DE**.

Interessou-nos estudar o conhecimento que o graduando de enfermagem tem sobre sua aprendizagem diagnóstica e a regulação dessa aprendizagem que inclui: a) a organização para a aprendizagem; b) a monitoração do processo de aprendizagem; c) o controle do processo de aprendizagem.

A organização inclui o planejamento que diz respeito à planificação da ação antes do início da tarefa e nos ajustes necessários durante a realização da mesma. Monitorar envolve o processo de saber o que se sabe e como faz determinada atividade cognitiva. Controlar é tomar consciência do por que realizar determinada atividade.

Vale ressaltar que, para este estudo, não está sendo considerado relevante o tipo de diagnóstico ou de classificação diagnóstica e, sim, o que o aluno relata sobre sua aprendizagem diagnóstica, como ser individual. Não se pretende avaliar o seu conhecimento para fazer diagnósticos, nem no aspecto teórico e nem no aspecto prático de aplicação, assim como a capacidade de diagnosticar, correção ou perfeição com que realiza o diagnóstico de enfermagem.

Não foi objeto deste também, investigar sobre outras abordagens de aprendizagem, que muitas vezes coexistem com a metacognição como a aprendizagem significativa, as metodologias ativas, os estilos de aprendizagem, as competências e habilidades para realizar diagnósticos de enfermagem. Esta proposta se preocupa, com a aprendizagem nos aspectos metacognitivos. Ressaltamos, também, que a prática docente, o ensino do diagnóstico de enfermagem e o currículo, embora sejam importantes no contexto de aprendizagem, não são objetos deste estudo.

1.1.4 Objetivos do Estudo

Os objetivos, sempre sob o olhar metacognitivo e ocorrentes durante a aprendizagem do diagnóstico em enfermagem na área de internação hospitalar, em alunos concluintes do curso de graduação, são:

Geral:

- Investigar a existência de eventos metacognitivos em relatos de graduandos de enfermagem sobre seu processo de aprender diagnosticar.

Específicos:

- Descrever como estes graduandos aprendem o diagnóstico de enfermagem e suas dificuldades no processo de aprendizagem;
- Analisar e discutir os eventos metacognitivos, eventualmente presentes nesses relatos.

1.1.5 Questões Norteadoras:

- Como os estudantes graduandos relatam sua aprendizagem diagnóstica?
- Que eventos metacognitivos durante, a aprendizagem do diagnóstico de enfermagem estão presentes nos relatos desses estudantes?

1.1.6 Justificativa e Contribuições

A relevância de investigar a dificuldade de aprendizagem diagnóstica dos estudantes de enfermagem está relacionada ao destaque atual, na participação ativa do aluno no processo de aprendizagem, o interesse dos enfermeiros na clínica de enfermagem, que implica nas transformações que, o conhecimento da enfermagem vem desenvolvendo para construir uma prática social e individual diferenciada (PEIXOTO; SILVA, 2002. FIGUEREDO; SILVA, 2004). Isso inclui tomar consciência e refletir sobre as ações cognitivas e estratégias usadas no processo de aprender, assim como, dos instrumentos e fatores positivos e negativos que medeiam a aprendizagem do diagnóstico de enfermagem.

Além disso, a competência diagnóstica tem de ser desenvolvida pelo estudante, durante o curso de formação, para que ele possa saber mobilizar os recursos cognitivos adequadamente, para identificar corretamente o diagnóstico de enfermagem. A acurácia diagnóstica leva ao planejamento de intervenções adequadas e, conseqüentemente, a visualização de resultados positivos para o paciente. Portanto, a atividade diagnóstica exige mais do que identificar problemas, requer habilidades cognitivas e metacognitivas (LUNNEY, 2004).

Peixoto e Silva (2002) ressaltam que entre as correntes da psicologia que influenciaram na educação, está a metacognição. Para os metacognitivistas, o individuo

deve pensar sobre seus processos mentais. Estes processos incluem: percepção, atenção, memorização, leitura, escrita, compreensão, comunicação entre outros. A diferença do pensamento metacognitivo dos outros tipos de conhecimento, consiste em que o primeiro não surge da realidade externa imediata de uma pessoa. Ao contrário, a sua fonte está atrelada às representações mentais internas da pessoa, sobre essa realidade e isso pode incluir, o que a pessoa sabe sobre essa representação interna, como ela funciona e como uma pessoa se sente em relação a ela (HACKER, DUNLOSKY, GRAESSER, 1998).

A metacognição pode ajudar na aprendizagem de diagnosticar, já que permite pensar a relação teoria-prática no desenvolvimento e controle de habilidades considerando a realidade vivenciada, a tomada de consciência de mudanças e dificuldades, a compreensão e aprendizado do assunto, das tarefas, da organização do pensamento na identificação e resolução dos problemas.

Tudo isso vai ao encontro do pensamento de que a metacognição descreve os diferentes aspectos do conhecimento construído, como o **saber sobre o que sabemos** e o **que pensamos** sobre o fenômeno cognitivo, sendo um discurso sobre o conhecimento como um sistema de pensamento (PEIXOTO; BRANDÃO; SANTOS 2007). Contudo, são poucos os trabalhos de aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, na perspectiva da metacognição, o que demonstra que, este estudo poderá contribuir para identificar eventos de natureza metacognitiva, de facilitação do processo de aprender.

Esta pesquisa pode **contribuir** para pensar a organização de saberes, instrumentos e ferramentas de aprendizagem, que solidifiquem nos futuros profissionais uma forma diferenciada de avaliar, intervir e controlar o cuidado de enfermagem, de forma intencional. Possibilita também, pensar que o processo diagnóstico é importante, para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem, contribuindo com programas de qualidade, auditoria, acreditação hospitalar e educação continuada. Por fim, aprender a diagnosticar em enfermagem e levar isso para a prática profissional resulta em um processo de cuidar sistematizado e organizado em torno das necessidades de cuidado do paciente, o que significa ter um sistema de registros, que possibilite a avaliação da assistência de enfermagem e sua inclusão nos programas acima citados e, consequentemente, maior confiabilidade por esses serviços.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Apresenta as concepções teóricas que orientam e fundamentam a pesquisa. Abordamos: o saber da Enfermagem que enfatiza o Processo de Enfermagem (**PE**) como referência para o ensino, assistência e pesquisa em enfermagem; o Conhecimento metacognitivo e a Aprendizagem do Diagnóstico de Enfermagem (**DE**) à luz da metacognição.

2.1 O SABER DA ENFERMAGEM

Para iniciar o referencial teórico que fundamenta esta pesquisa trazemos alguns aspectos sobre o saber da enfermagem, não tendo, contudo, a finalidade de realizar uma evolução histórica deste e sim, mostrar e contextualizar no âmago este saber. O saber da enfermagem, neste enfoque, se constitui sobre as habilidades que expressam o saber fazer e, ainda, as bases teóricas que medeiam à visão e linguagem profissional.

Almeida e Rocha (1986) fazem uma reflexão sobre a prática de enfermagem, mas especificamente, sua pesquisa que tem como objeto, o saber da enfermagem. Para essas autoras, o cuidado de enfermagem requer, em sua estrutura, o conhecimento que os autores chamam de o saber da enfermagem concretizado em nível técnico e relações sociais. Os saberes focalizados foram: a) técnicas de enfermagem, b) princípios científicos e c) as teorias de enfermagem.

As técnicas são as primeiras “manifestações organizadas e sistematizadas do saber da enfermagem” Almeida e Rocha (1986, p.29) que se constituem de **técnicas de enfermagem**. Essas técnicas são a descrição, passo a passo, do procedimento de enfermagem que deve ser executado, assim como da relação do material que será utilizado.

Esse tipo de saber foi predominante na metade do final do século XIX até às primeiras décadas do século XX e entendido como “capacidade de desempenhar tarefas e procedimentos, estes entendidos como a arte de enfermagem” Almeida e Rocha (1986 p.35). Nesse tipo de saber o objeto da enfermagem tem como foco a tarefa e não o cuidado do paciente. As técnicas de enfermagem representam uma importante área do saber e são enfatizadas no ensino formal de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1986). Os autores referem a estreita relação entre a técnica de enfermagem e disciplinas como a anatomia e fisiologia entre outras, intimamente relacionada às ciências médicas e foram se desenvolvendo acompanhando a especialização médica.

Historicamente, as técnicas foram os primeiros instrumentos utilizados pela enfermagem para manipular o seu objeto de trabalho, hoje - o cuidado de enfermagem - e favoreceram a instrumentalização desse cuidado. Aumentam à medida que aumenta o número de internações no hospital e que as ações consideradas manuais passam das mãos dos médicos para as enfermeiras.

A segunda modalidade de saber foram os **princípios científicos**, encabeçada por educadores de enfermagem norte-americanos. As fundamentações científicas foram orientadas por comitês de especialistas, um de ciências naturais e um das ciências sociais junto com especialistas em física e química (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Os princípios científicos, como saber da enfermagem, se delineou na década de 1950 como fundamentações para as técnicas de enfermagem, com bases, principalmente, nas ciências naturais como, anatomia, microbiologia, fisiologia, patologia e também nas ciências sociais, referem às autoras. Para se tornar científica, se aproxima do saber da medicina e conseqüentemente, com sua autoridade (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Os autores citados chamam atenção, de que desde o início do século XX até a década de 1950 a enfermagem tem buscado, em outras áreas do saber, os conhecimentos para organizar a sua prática, principalmente, os da área biológica, em busca da dimensão intelectual do seu trabalho que começa se delinear.

A terceira forma do saber da enfermagem são as **teorias em enfermagem** que Almeida e Rocha (1986) tomam como o saber atual. Uma procura de autonomia e especificidade da enfermagem, que teve sua ascensão na década de 1970 e enfoca a natureza específica da enfermagem, a formalização de conceitos e teorias, a construção de marcos teórico de referencia, de modelos, entre outros aspectos.

As teorias norte-americanas buscam cumprir essa finalidade e, no Brasil, destaca-se Wanda Horta e o modelo teórico das necessidades humanas básicas que elabora o objeto de enfermagem na forma de necessidades (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Esses autores mencionam que, das técnicas, o saber da enfermagem vai para as teorias, mas estas duas formas de saber não se excluem, pelo contrário, estão presentes no cuidado de enfermagem. As teorias representam certa elaboração intelectual de domínio próprio e ultrapassam, no nível discursivo, as técnicas e os princípios científicos. O saber da enfermagem é considerado pelos autores como o instrumental que a enfermagem utiliza para realizar seu trabalho, sendo legitimado e reproduzido pelo ensino desta prática.

Foi, principalmente, no contexto das teorias de enfermagem que o **PE** se firma como forma de aplicar os princípios teóricos na prática de enfermagem e pela

importância para o estudo em tela vamos enfocá-lo, na perspectiva do processo ensino-aprendizagem na disciplina Enfermagem.

2.1.1 O Processo de enfermagem como instrumento para o ensino, assistência e pesquisa em enfermagem

O Processo de Enfermagem surgiu entre os educadores dos EUA, na década de 1950, como instrumento para guiar a aprendizagem de habilidades de pensamento crítico. Existem três gerações do Processo de Enfermagem: de 1950-1970; 1970-1990 e 1990 em diante (CRUZ, 2008):

1ª. Geração: 1950-1970 foco na identificação de problemas do paciente, de estrutura para organizar o pensamento na identificação de problemas dos pacientes e solução. No ensino, os estudantes começaram a identificar problemas com base na avaliação.

2ª. Geração: 1970-1990 o Processo de Enfermagem em cinco etapas com acréscimo da etapa do diagnóstico e uso do processo de pensamento para tomar decisões assistenciais.

3ª. Geração: Novo modelo de Processo de Enfermagem, com valorização das classificações de diagnósticos, intervenções e resultados, como vocabulário para o raciocínio clínico e novas formas de raciocínio.

O **PE** é definido por Cruz (2008) como instrumento sistematizado para o desenvolvimento de um estilo de pensamento que direciona os julgamentos clínicos, necessários para o cuidado de enfermagem adequado. Prevê assistência pautada na avaliação do paciente, na identificação de diagnóstico de enfermagem, que direcione e define metas a serem alcançadas. É uma referência para planejar e avaliar o cuidado de enfermagem. No Brasil, o processo de enfermagem ganhou destaque desde a década de 1970 com os estudos de Wanda Horta e é considerado um método de solução de problema.

Garcia e Nóbrega (2004) usam três termos para a definição do **PE**: metodologia do cuidado de enfermagem, o Processo de Enfermagem e a sistematização da assistência de enfermagem, com base na Resolução COFEN-272/2002.

Algumas definições desse processo indicam sua abrangência. Assim, Garcia e Nóbrega (2004) mencionam que a metodologia do cuidado de enfermagem é uma

atividade reflexiva realizada por enfermeiros e enfermeiras, com foco na relação dialógica entre pessoas, famílias, grupos sociais e profissionais, para satisfazer necessidades, promover o bem-estar e atenção de enfermagem em parceria com o paciente.

Os principais elementos desse processo são: história de saúde, diagnóstico, plano, intervenção e avaliação de enfermagem. É um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e prever como o cliente responde aos problemas de saúde e a processos vitais que determinam uma resposta e intervenção profissional (GARCIA; NÓBREGA 2004).

Para as autoras é um modo de pensar a prática profissional envolvendo três áreas inter-relacionadas de cognição: o raciocínio e julgamento diagnóstico, o raciocínio e julgamento terapêutico e raciocínio e julgamento ético. Não é um processo totalmente objetivo, pois os valores humanos da clientela e profissionais influenciam na identificação, na forma de resolução de problema e, na relação entre eles.

O PE, portanto, é referência para a prática profissional, uma atividade intelectual e inclui etapas inter-relacionadas como descritas por Carpenito-Moyete (2007); Bub e Liss (2006); Alfaro- Lefevre (2005), e são essenciais para assistência de enfermagem:

- a) Investigação: Inclui Histórico de enfermagem e exame físico. Investiga hábitos individuais e biopsicosociais (coleta de dados: Informações objetivas e subjetivas), do cliente, família e comunidade. Realiza exame físico por meio de técnicas de inspeção, palpação, ausculta e percussão, validando as informações do histórico.
- b) Diagnóstico de Enfermagem: elaborado com base na análise e síntese dos dados coletados para identificar problemas do paciente, necessidades básicas afetadas, grau de dependência, fazendo um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade aos problemas, processos de vida reais ou potenciais.
- c) Prescrição de Enfermagem: planejamento dos cuidados para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas diagnosticados. Medidas decididas pelo enfermeiro para prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.
- d) Execução dos cuidados pela equipe de enfermagem.
- e) Evolução de enfermagem: registro da avaliação do estado geral do paciente, de novos problemas, resultados dos cuidados prescritos e problemas a serem abordados nas 24hs.

Vale ressaltar que o conselho Federal de Enfermagem (**COFEN**) promulgou a resolução nº 272, de 27 de agosto de 2002, estabelecendo que todas as instituições de saúde brasileiras, públicas e privadas, deverão implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (**SAE**), considerando que sistematizar é tornar algo coerente com determinada linha de pensamento (TANNURE; CHIANCA 2006).

Almeida (2002) refere que, em todas as áreas de atuação, existem formas organizadas para atingir objetivos e que, na enfermagem esta forma se dá por meio do Processo de Enfermagem. Este é um método que organiza e sistematiza as ações de cuidado e saber da enfermagem possibilitando a aplicação dos fundamentos teóricos na prática do cuidado individual. Gera uma bagagem de registro sobre o cuidado de enfermagem e, portanto, é um caminho para desenvolver o conhecimento de enfermagem, por meio de pesquisas que fundamentem e corroborem esses cuidados.

Podemos dizer que, por meio do **PE** o enfermeiro tem acesso à informação clínica do paciente e se dá com base em concepções de cuidado e estruturas teóricas. As concepções teóricas envolvidas direcionam a prática de enfermagem. Vale ressaltar que a segunda etapa deste processo, o diagnóstico de enfermagem, envolve processo intelectual acentuado e destacado neste estudo em virtude do foco da pesquisa ser a aprendizagem dessa ação pelos futuros profissionais de enfermagem.

2.1.2 Sistemas de Classificação Diagnóstica em Enfermagem

As classificações de diagnósticos e práticas na enfermagem são movimentos recentes e representam desafios para o processo de enfermagem no sentido de reposicionamento em termos de raciocínio clínico e em considerar possibilidades previamente acordadas. Os elementos do movimento das classificações na Enfermagem são os Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (CRUZ, 2008).

A autora refere que nas ciências e profissões, as classificações de práticas são aplicadas para separar, codificar e ordenar fenômenos de interesse, sendo importante para o desenvolvimento das próprias ciências e profissões. A criação de sistema de classificação formal nas ciências e profissões requer a identificação de seus propósitos e de seus elementos centrais.

Na enfermagem, o sistema de classificações de diagnóstico tem como finalidade:
a) estabelecer linguagem comum para descrever o cuidado de enfermagem em

diferentes locais, b) comparar dados de enfermagem entre populações de clientes, unidades geográficas e tempos diferentes, c) estimular pesquisa em enfermagem pela articulação de dados disponíveis no sistema de informação de enfermagem, d) prover dados sobre a prática de enfermagem que podem influenciar decisões nas políticas de saúde e ensino de enfermagem, e) projetam tendências e necessidades dos pacientes, f) para provisão de cuidados de enfermagem e g) uso de recursos e resultados do cuidado de enfermagem (CRUZ, 2008).

O argumento mais favorável ao movimento da classificação é a padronização da linguagem que facilita avaliação de processos e resultados do cuidado de enfermagem. É um processo simbólico e os símbolos representam coisas que podem ser usadas e modificadas. Além de aumentar a possibilidade de compreensão, sobre aquilo que representa (CRUZ, 2008).

A autora ressalta, ainda, que os sistemas de classificação são instrumentos fundamentais para a linguagem clínica de enfermagem. Além disso, ajuda o enfermeiro a pensar e falar mais claramente no contexto do trabalho, sobre fenômenos clínicos de interesse para a enfermagem e pensar teoricamente sobre sua prática assistencial.

Na evolução do conhecimento de enfermagem, destacamos a década de 1970, quando enfermeiras norte-americanas reconheceram a necessidade de desenvolver uma terminologia para descrever os problemas de saúde diagnosticados e tratados pelos enfermeiros, iniciando a construção de um sistema de classificação diagnóstica para enfermagem.

O Sistema de Classificação de diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (**NANDA**) iniciou sua construção em 1973, visando padronização da nomenclatura que descrevesse situações diagnosticadas e tratadas pelos profissionais de enfermagem. Essa classificação ou taxonomias consistem em conhecimentos estruturados em grupos ou classes tendo como base a similaridade de seus elementos e fenômenos, atendendo a critérios que podem ser de semelhança e de estrutura conceptual já existente (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

As autoras afirmam que essas classificações devem estar em interação com a execução do Processo de Enfermagem, entre os quais: os sistemas de classificação de diagnóstico, os de intervenção e os de resultados de enfermagem. Referem ainda, que esses sistemas de classificação são instrumentos tecnológicos, que possibilitam

padronização da linguagem clínica na profissão e se referem a processo, produto do raciocínio e julgamento diagnóstico, sobre as respostas da pessoa frente a problemas de saúde ou situações do ciclo de vida, para atender às necessidades e aos resultados de cuidado, através de intervenções de enfermagem.

A estrutura taxonômica em vigor, a Taxonomias II da **NANDA** possui três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. É organizada a partir de 13 Domínios e 46 classes. Tem uma estrutura codificada que atende às recomendações da National Library of medicine (NLM) quanto aos códigos dos termos dos cuidados de saúde. É uma linguagem de enfermagem reconhecida que atende aos critérios estabelecidos pelo Committee for nursing Practice Information Infrastructure (CNPII), o que indica que é um sistema de classificação aceito como apoio à prática de enfermagem, por oferecer terminologia clinicamente útil (NANDA, 2010).

Os treze Domínios, sob os quais estão organizadas as classes e conceitos diagnósticos são: promoção à saúde, nutrição, eliminação, atividade e repouso, percepção e cognição, autopercepção, relacionamentos de papel, sexualidade, enfrentamento e tolerância ao estresse, princípios de vida, segurança e proteção, conforto, crescimento e desenvolvimento (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

No entanto, como já mencionamos, existem outras classificações da prática de enfermagem como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (**CIPE**), um sistema apresentado pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (**CIE**) em 1989. Sua construção teve como base amplas pesquisas na literatura da área, também, junto às associações membros da **CIE** visando identificar os sistemas de classificações usados na enfermagem em nível internacional para descrever os elementos de sua prática.

Esta classificação, assim como a da **NANDA**, tem como objetivo estabelecer linguagem comum para a prática de enfermagem, descrever e possibilitar comparação de dados de enfermagem em locais diferentes, estimular a pesquisa, gerar dados para educação em enfermagem, registrar tendências sobre necessidades dos clientes e previsão de tratamento, usando recursos e resultados do cuidado (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A Enfermagem tem uma estrutura teórica e metodológica por meio da qual o cuidado de enfermagem deve ser pensado, executado e avaliado, necessitando que, desde a formação básica e específica do graduando, esse saber seja aprendido e

desenvolvido como habilidade para o exercício profissional. A estrutura teórica de diagnósticos de enfermagem tem sido foco de pesquisas de enfermeiros, principalmente, docentes. Entre esses estudos ressaltamos o estudo sobre a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem no Processo de Cuidar, enfatizando os significados atribuídos por docentes e graduandos de enfermagem à **CIPE**, a partir das dimensões praxiológica, comunicativa, cognitiva (PFEILSTICKER, 2006).

A autora citada mostra, em seu estudo, que a classificação foi revelada como instrumento de organização do cuidado e da qualidade da assistência, que contribui para autonomia e autoconfiança profissional, proporcionando visibilidade das práticas de enfermagem e valorização da profissão. Refere como limites relatados para uso da **CIPE** a resistência à mudança de referencial, a falta de domínio teórico-conceitual para seu uso e a ausência de modelo institucional do Processo de Enfermagem.

Para Lunney (2010), tornar-se um enfermeiro diagnosticador exige, desse profissional, o desenvolvimento de habilidades, características profissionais e pessoais. São duas as proposições que formam a base para o desenvolvimento de competências diagnósticas: nos domínios intelectual, interpessoal e técnico. O diagnóstico em enfermagem requer o desenvolvimento de elementos pessoais fortes, de tolerância a ambiguidade e uso da prática de reflexão.

As habilidades intelectuais envolvem conhecimento do **DE** e processos mentais para usar esse conhecimento. Enfatiza três dos processos de pensamento necessários para diagnosticar com precisão, a saber: habilidades cognitivas de análise, raciocínio lógico e aplicação de padrões (LUNNEY, 2010).

Pesquisas oriundas da ciência cognitiva e de outras disciplinas, também, mostram que os processos de pensamentos podem ser melhorados, ao mesmo tempo, em que, pesquisas na enfermagem mostram que, o raciocínio crítico pode ser aperfeiçoado com educação e esforço. Portanto, alunos e enfermeiros precisam pensar sobre sua forma de pensamento, o que é conhecido como **metacognição** (LUNNEY, 2010).

Para essa autora, as habilidades interpessoais envolvem, principalmente, a comunicação e escutar o paciente e sua família, respeitar opiniões, validar percepções de aspectos essenciais, no processo interpessoal da ação de diagnosticar. A habilidade técnica de realizar levantamento de dados de enfermagem, que sejam válidos e

confiáveis, é a base para uso do diagnóstico de enfermagem. Os pontos pessoais de tolerância à ambiguidade e prática reflexiva precisam ser aperfeiçoados, pois, as decisões em enfermagem são complexas e o uso do julgamento clínico deve ser um processo contínuo de aprendizagem. Todas essas habilidades são essenciais na elaboração do **DE**.

2.1.3 Elaboração do Diagnóstico de Enfermagem

No contexto do **PE**, a determinação do diagnóstico inicia com a coleta de dados clínicos por meio do histórico e exame físico, orientada de diferentes formas. Pode ser realizada na investigação de sistemas orgânicos, por exame céfalo - caudal, a partir de padrões funcionais de saúde e de necessidades humanas básicas. Após esta etapa a enfermeira terá um conjunto de dados que deverá analisar e interpretar à luz de conhecimentos específicos (**NANDA**, 2010). Neste trabalho, a elaboração diagnóstica segue a classificação da **NANDA** tendo em vista que essa é a referência diagnóstica utilizada na universidade, contexto da problemática tratada neste estudo.

O levantamento de dados de enfermagem consiste em dados subjetivos relatados pela pessoa e em dados objetivos, obtidos por meio de exame físico. Existem dois tipos de investigação ou levantamento de dados: investigação completa e investigação localizada. O primeiro abrange todos os aspectos de uma estrutura investigativa de enfermagem como os 11 padrões funcionais para determinar a condição de saúde do indivíduo, família ou comunidade. São indicados, por exemplo, quando do momento de admissão hospitalar do paciente ou quando ele é atendido em casa. Já a investigação localizada foca-se em determinado assunto ou preocupação, como, dor, sono, estado respiratório, ou ainda quando alguma coisa acarreta risco aumentado para determinado problema (**NANDA**, 2010).

O raciocínio diagnóstico associado à investigação de enfermagem inclui: hipóteses diagnósticas, reconhecimento da existência de indícios, geração mental de diagnósticos possíveis e comparação de indícios para diagnósticos possíveis (**NANDA**, 2010).

Alguns autores descrevem formas de raciocínio diagnóstico como Alfaro-Lefevre (2005), para ela o raciocínio diagnóstico, consiste na aplicação do pensamento crítico, na identificação de problemas do paciente e exige conhecimento, habilidade e

experiência. É importante observar princípios, regras e passos como: reconhecimento de pressupostos, sistematização e julgamento baseado em evidências. Eles ajudam a desenvolver a capacidade de fazer diagnósticos precisos (ALFARO-LEFEVRE 2005).

Segundo a citada autora, o raciocínio diagnóstico, de modo geral, consiste na análise de grupos de indicações, elaboração de uma lista de problemas suspeitos, eliminação de diagnósticos similares, escolha dos rótulos diagnósticos mais específicos, declaração dos problemas e suas causas, identificação de pontos fortes e recursos e áreas para melhoria.

Alfaro- Lefevre (2005) recomenda observar princípios fundamentais e regras do raciocínio diagnóstico:

a) Estar familiarizado com o diagnóstico em si mesmo, ou seja, reconhecer seus sinais e sintomas. Recomenda manter referências à mão para comparar com os problemas do paciente. Com o tempo, o enfermeiro lembrar-se-á do diagnóstico porque usa o que lê e não só decora palavras;

b) evitar tendência de ser influenciado por experiências passadas ou por informações em outras fontes. Nem sempre o mesmo problema tem a mesma causa. Por exemplo, uma dor lombar pode estar relacionada com uma artrite, mas pode também estar relacionada com uma crise renal;

c) apoiar-se em evidências: sinais, sintomas, fatores de risco que levaram ao diagnóstico, pois os outros precisam conhecer as evidências para avaliar a precisão do diagnóstico.

Além desses princípios, Alfaro- Lefevre (2005) descreve dez passos para realizar diagnóstico de problemas de saúde:

- 1) Pedir à pessoa ou pessoas significativas para indicar os principais problemas ou preocupações;
- 2) assegurar que foram usadas as cinco fases da investigação, usando para agrupar os dados, tanto um modelo de enfermagem quanto o modelo de sistemas orgânicos. Isso permite ver problemas de enfermagem e problemas médicos;
- 3) determinar o funcionamento normal, alterado, em risco ou possivelmente alterado e criar uma lista de problemas vigentes e potenciais suspeitos;

- 4) considerar cada problema suspeitado e procurar outros sinais e sintomas associados com o problema. O diagnóstico é baseado em evidências clínicas. Quanto mais evidências, mais probabilidade de acertar;
- 5) incorporar ou eliminar problemas, ou seja, decidir se está presente ou não, procurando falhas no seu pensamento;
- 6) denominar o problema usando o rótulo compatível com o indicado na taxonomia. Para tal pode comparar as evidências do paciente com características definidoras do rótulo diagnóstico. Isso trará consistência ao diagnóstico;
- 7) determinar as causas do problema, o que ajudará na determinação de intervenções adequadas;
- 8) se o problema não tiver evidências e sim fatores de risco, listá-lo como problema de risco. Isso é determinante para intervenções de prevenção e controle de saúde;
- 9) informar ao paciente sobre os diagnósticos e estimular sua participação no desenvolvimento do plano de cuidados;
- 10) perguntar à pessoa se existe algo mais que deve ser listado como problema e acrescentar à lista, já que a pessoa o percebe como problema.

É importante, ainda, que o enfermeiro considere o estilo de vida e padrão de enfrentamento dessa pessoa, indagando sobre: a) modificações que o problema causou em sua vida, b) como a pessoa sente que está enfrentando as modificações, c) como se adapta às modificações, d) o que poderá ajudar nessa adaptação e e) que recursos podem ajudá-la no enfrentamento (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

A autora indica, para determinar fatores causadores ou de riscos, a indagação ao paciente sobre: a) os fatores que o paciente ou pessoa significativa identifica como causadores ou contribuintes, b) fatores culturais, socioeconômicos, étnicos ou religiosos que podem estar contribuindo e d) considerar os registros de outros profissionais ou de literaturas, identificando fatores causais ou que contribuam para o problema.

Outra autora que descreve sobre como elaborar diagnósticos de enfermagem é Risner (1986), para quem o diagnóstico de enfermagem é um processo de análise e de síntese do processo de decisão sobre o cuidado de enfermagem. Para a autora, esse processo envolve habilidades cognitivas, capacidade de análise e síntese, de estabelecer

objetivos, de inferir, de estabelecer hipóteses, de decidir sobre determinado curso de ação à luz de um modelo teórico. Para isso a enfermeira usa método dedutivo e indutivo.

Risner (1986), afirma que o processo diagnóstico é composto por duas fases, a saber: a) fase de análise e síntese; b) estabelecimento do diagnóstico. Na primeira fase faz-se a análise dos dados coletados por meio do histórico de enfermagem - entrevista, observação, exame físico - realiza-se a categorização dos achados, seguindo um modelo teórico, observando dados divergentes e lacunas. A síntese é realizada pelo agrupamento de dados em padrões, comparando esses dados a conceitos, normas, estabelecimento de causas relacionado à inferência.

Na segunda fase, explica a autora o estabelecimento de diagnósticos corresponde à construção redacional do diagnóstico tendo como referência uma taxonomia, por exemplo, a da **NANDA**, em que o diagnóstico é constituído de categoria diagnóstica + fatores relacionados + características definidoras.

NANDA (2010) apresenta a descrição do diagnóstico de enfermagem em sua taxonomia, identificando seus componentes:

- 1) Título (rótulo) e definição: descrição concisa do problema;
- 2) características definidoras: agrupamento de sinais e sintomas relacionados com o diagnóstico. Os diagnósticos de risco não possuem esse componente, pois não apresentam evidências;
- 3) fatores relacionados ou de risco: podem causar ou contribuir para o problema.

Os diagnósticos de enfermagem podem ser: a) vigentes (reais), b) de risco ou potenciais e possíveis, que podem ser identificados por meio de três regras:

Regra 1: Diagnóstico vigente: os dados contêm evidências de sinais e sintomas ou características definidoras do diagnóstico.

Regra 2: Diagnóstico de risco: os dados contêm fatores de riscos, mas, sem evidências de características definidoras.

Regra 3: Diagnóstico possível: dados não apresentam características definidoras ou fatores relacionados com o diagnóstico, mas sua experiência diz que o diagnóstico pode estar presente.

Carpenito- Moyet (2007) também ensina como fazer diagnósticos de enfermagem explicando que a afirmação diagnóstica de enfermagem pode ocorrer em

uma, duas ou três partes. As afirmações, em uma parte, consistem de apenas título, como nos diagnósticos de saúde, e de síndrome. Por exemplo, o diagnóstico de saúde **disposição para nutrição melhorada**, e no diagnóstico de síndrome, **síndrome do desuso**⁵. As afirmações em duas partes consistem de títulos e fatores relacionados, como os diagnósticos de enfermagem de riscos e diagnósticos possíveis. Por exemplo, **risco de infecção**, relacionado, ao local de invasão do organismo, e de diagnóstico possível, **paternidade prejudicada**, relacionada às interações inapropriadas⁶ (CARPENITO-MOYET, 2007).

Nas afirmações de três partes, a autora ressalta que estão os diagnósticos que contêm título, fatores contribuintes e sinais e sintomas de diagnóstico de enfermagem real, como por exemplo, **ansiedade** relacionada à cirurgia programada, e evidenciada pelo andar compassado e fala rápida⁷. A redação diagnóstica em três partes contém o problema (título), relacionado à etiologia (fatores contribuintes) e sinais e sintomas (características definidoras). O termo **relacionado** representa o relacionamento entre as duas partes (problema e etiologia), e os fatores contribuintes (etiologia) ajudam a enfermeira, na seleção de intervenções de cuidado, destaca a autora.

No entanto, as concepções sobre a aprendizagem do diagnóstico de enfermagem envolvem mais que conhecimentos de classificações e estruturas diagnósticas. Consistem em atividade intelectual que requer pensamento crítico, inteligência e conhecimento metacognitivo. Sem ter a intenção de reduzir a aprendizagem diagnóstica a esses elementos, destacamos os mesmos, como fundamentais no processo de aprender diagnóstico de enfermagem e descrevemos a seguir.

A) Pensamento crítico

Este é um elemento considerado fundamental na ação de diagnosticar. Almeida (2002) descreve a definição de consenso para pensamento crítico, que é resultante de uma pesquisa Delphi multidisciplinar e patrocinado pela American Philosophical Association (p.35):

⁵ Destaques nosso

⁶ idem

⁷ idem

Pensamento crítico é o julgamento intencional, auto-regulador que resulta em interpretação, análise, avaliação e inferência, assim como explicação das considerações de evidências conceituais, metodológicas, criteriológicas, ou contextuais sobre as quais o julgamento foi baseado.

Almeida (2002) ressalta que, vários autores abordam a necessidade de reformulações no processo ensino-aprendizagem da enfermagem e aponta o desenvolvimento do pensamento crítico no aluno de graduação como estratégia transformadora e essencial no desenvolvimento de competências do futuro enfermeiro. Entre esses autores referidos destaca Waldow (1995), que aponta três dimensões de estratégias para desenvolver o pensamento crítico: atividades de observação (ouvir, ver e sentir); atividade de escrita (diários, questionários, pesquisas, análise e síntese); atividades de ação (simulações, jogos, situação-problema). Nesse caso, o **PE** é tido como uma ferramenta para o pensamento crítico.

O pensamento crítico é um processo mental reflexivo do indivíduo frente a problemas. É um processo influenciado pelo contexto físico e emocional que ajuda na elaboração de julgamentos sobre a existência de problemas e decisões de solução. Pensamento crítico, segundo Lunney (2004), é uma dimensão da inteligência, e para enfermagem se faz necessária no processo diagnóstico. Isso implica conhecer melhor os processos de pensamento.

A autora explica que o pensamento crítico foi objeto de estudo de enfermeiros especialistas que produziram uma definição que serve como base para entender o pensamento crítico em relação ao diagnóstico de enfermagem:

O pensamento crítico em enfermagem é um componente essencial da responsabilidade profissional e da qualidade da assistência de enfermagem. Os pensadores críticos em enfermagem apresentam estes hábitos mentais: confiança, perspectiva contextual, criatividade, flexibilidade, curiosidade, integridade intelectual, intuição, compreensão, perseverança e reflexão. Eles praticam as habilidades cognitivas de análise, de aplicação de padrões, de discernimento, de busca de informação, de raciocínio lógico, de predição e de transformação de conhecimento (RUBENFELD; SCEFFER, 1999 apud LUNNEY, 2004, p. 29).

Os enfermeiros, como todas as pessoas, variam amplamente na capacidade de raciocinar, o que quer dizer que diferem amplamente nas capacidades de pensamentos divergentes, de fluência (capacidade de pensar em muitas unidades de informação), flexibilidade (capacidade para mudar mentalmente de uma categoria de informação para outra) e elaboração (capacidade para identificar muitas implicações a partir de uma

unidade de informação). Essa capacidade, entretanto, pode melhorar por meio de instrução e prática (GUILFORD, 1997, 1979; STERNBERG, 1988, 1997; LUNNEY, 1992 apud LUNNEY, 2004).

O desenvolvimento do pensamento crítico no aluno é considerado fundamental na aprendizagem do raciocínio diagnóstico e isso consiste em questionamento contínuo para saber o **porquê** de suas ações e deixa evidente a relação dessa atitude com o diagnóstico de enfermagem (ALMEIDA, 2002).

Sobre isso, Alfaro-Lefreve (1996) refere que desenvolver o pensamento crítico, por meio do raciocínio diagnóstico no aluno, é uma proposta educacional que requer estratégias pedagógicas estimulando no aluno a capacidade de criar, inovar, relacionar, inferir desenvolvendo a capacidade de aprender sobre o produto desse raciocínio como forma de garantir uma prática autônoma e de qualidade.

Portanto, o pensamento crítico é um aspecto fundamental para promover a atividade diagnóstica adequada e deve ser considerado essencial na aprendizagem da atividade diagnóstica de enfermagem. Outro elemento que os autores referem como importante na aprendizagem diagnóstica é a inteligência.

B) Inteligência

A inteligência na vida cotidiana é autogestão mental. Esta consiste na adaptação proposital, na seleção e na moldagem de ambientes pertinentes à vida e habilidades do indivíduo (STERNBERG, 1988). Para o autor citado, desenvolve-se como uma interação ou relação entre três componentes: o mundo interno do indivíduo, o mundo externo deste e a experiência da pessoa que é resultante do intercâmbio entre os mundos internos e externos.

Lunney (2004) faz relação da inteligência e pensamento crítico com a metacognição, afirmando que esses dois aspectos podem ser melhorados pela metacognição, visto que esta envolve pensar sobre o pensamento sendo um instrumento para o auto aperfeiçoamento. Os dez hábitos da mente e as sete habilidades cognitivas (já citadas) fornecem a linguagem, o significado e a estrutura para o enfermeiro pensar sobre o próprio pensamento.

O processo de pensamento sobre o processo diagnóstico foi chamado de automonitoramento do raciocínio diagnóstico. Como exemplo, pode ser comparado à

pessoa ter um pássaro pousado em seu ombro e sussurrando em sua orelha: “O que você está pensando? Como você está pensando?” (LUNNEY, 2004, p.36).

Isto quer dizer que, fazer diagnósticos de enfermagem, é um processo complexo que envolve várias dimensões de ordem pessoal, técnica, cognitiva e metacognitiva. Essas dimensões devem ser contextualizadas no processo histórico, social, econômico, político, sobretudo, fazer parte de um projeto profissional coletivo para que se torne realidade. Como vimos, a metacognição é um elemento importante do processo de aprender diagnóstico de enfermagem.

2.2 O CONHECIMENTO METACOGNITIVO

Metacognição foi definida por Flavell (1979) como conhecimento sobre a cognição, o fenômeno cognitivo. Apresenta dois domínios: o conhecimento metacognitivo e as experiências metacognitivas. O conhecimento metacognitivo é o conhecimento sobre si mesmo e sobre as variáveis: pessoas, tarefas e estratégias. As experiências Metacognitivas são conscientes, cognitivas ou afetivas relacionadas com um dos aspectos da tarefa.

A metacognição permite ao aprendiz ter um papel ativo na sua aprendizagem como monitorador, organizador, conhecedor e avaliador do seu processo de aprender e, isso, contribui para a aprendizagem, por meio de estudos de monitoração cognitiva, que tratam do conhecimento individual sobre seu conhecimento, de processos de pensamento e de como o sujeito pode monitorar conscientemente seus processos e conhecimentos correntes (FLAVELL, 1999).

O conhecimento metacognitivo se refere ao mundo de conhecimentos adquiridos, relacionados com questões cognitivas. São conhecimentos e crenças que uma pessoa acumulou por meio de experiências e armazenou na memória de longo prazo. Pode ser dividido em conhecimentos sobre pessoas, tarefas e estratégias. A categoria das pessoas inclui conhecimentos e crenças que uma pessoa adquiriu quanto aos seres humanos, como processadores cognitivos.

A categoria das pessoas pode ser subdividida em conhecimentos e crenças sobre diferenças cognitivas dentro das pessoas, diferenças cognitivas entre as pessoas e semelhanças cognitivas entre todas as pessoas, ou seja, propriedades universais da cognição humana. Por exemplo, ter conhecimento que você é melhor em determinada disciplina do que em outra. Ter a crença de que uma pessoa é mais sensível do que a outra ou do que você acredita ou conhece em relação à mente humana.

A categoria das tarefas inclui a natureza da informação que a pessoa tem e processa em qualquer categoria cognitiva, e informações sobre a natureza das exigências da tarefa. Algumas são mais difíceis e complexas do que outras. A categoria das estratégias são meios, que têm mais probabilidade de fazer alcançar objetivos cognitivos (FLAVELL; MILLER; MILLER, 1999).

O pensamento metacognitivo é intencional, objetivo e orientado para o futuro. Comportamentos mentais orientados para o futuro que podem ser usados para fazer ou cumprir tarefas cognitivas. A diferença do conhecimento metacognitivo dos outros tipos de conhecimento consiste em que o primeiro não surge da realidade externa imediata de uma pessoa. Ao contrário disso, à sua fonte estão atreladas as representações mentais internas da pessoa, sobre essa realidade, isso pode incluir o que a pessoa sabe sobre essa representação interna, como ela funciona e como uma pessoa se sente em relação a ela (HACKER; DUNLOSKY; GRAESSER, 1998).

Metacognição é uma consciência do ser, como um ator no seu ambiente, ou seja, um senso de si mesmo, como um armazenador e recuperador ativo de informação. O que é básico nesse conceito de metacognição é a noção de pensar sobre os pensamentos da própria pessoa. Pensar sobre o que a pessoa sabe (conhecimento metacognitivo), sobre o que está fazendo atualmente (habilidade metacognitiva), sobre o estado afetivo ou cognitivo desta (experiência metacognitiva) (HACKER, DUNLOSKY, GRAESSER, 1998).

O desenvolvimento cognitivo foi descrito como um envolvimento de habilidades metacognitivas que movem grande parte de conhecimento consciente e tem controle de seu próprio aprendizado. Estudiosos não estão de acordo, com a exata definição de metacognição. Num **primeiro** momento Flavel, Veenman, Ó Neil e Abedi, Khun afirmam que a metacognição tem dois componentes: primeiro, o estudo das respostas do próprio conhecimento como base para armazenar a informação e quando e onde usar as várias estratégias cognitivas. Segundo, sua própria resposta de acesso para estratégias que direcionem a aprendizagem (monitorando o nível de dificuldade, um sentido para o conhecimento intencional). Essa resposta é desenvolvida e contínua. Aprendizizes eficientes usam uma ou mais estratégias metacognitivas, para compreensão de textos (CUBUKCU, 2008).

Esse autor descreve principais componentes metacognitivos citando autores como Pintrich, Wolters e Baxter (2000) para quem os principais componentes metacognitivos são: conhecimento metacognitivo, controle e regulação de si próprio. O primeiro, o conhecimento metacognitivo, consiste na aprendizagem de estratégias cognitivas para uso e regulação da aquisição do processo de conhecimento. Isso inclui, por exemplo, elaboração de estratégias semelhantes à construção de níveis prévios de

conhecimento ou estratégias de memórias de tal modo, que se lembre de seu pensamento. O segundo grupo da monitoração metacognitiva consiste no controle de estratégias metacognitivas. As atividades principais são os níveis de planejamento e monitoração de atividades de aprendizagem, a evolução de respostas de aprendizagem e adaptação à variação de demandas de tarefas e dificuldades, por exemplo, direcionar o aumento para realização e conquistas.

Em adição, para esses dois grupos que são dominantes na pesquisa e crucial para o processo de aprendizagem um terceiro grupo de estratégias no modelo desenvolvido por Printch e Garcia(1994) citado por Cubukcu (2008) é dedicado para pesquisas de gerenciamento e autogerenciamento. Essas estratégias estão interessadas e preocupadas com o controle das condições gerais, associadas com aprendizagem, por exemplo, o tempo de gerenciamento e, gerenciamento na aprendizagem do meio ambiente.

Esse modelo sugere que a preocupação do desenvolvimento da aprendizagem das demandas das tarefas, empenhadas na monitoração metacognitiva, seleciona e programa estratégia cognitiva apropriada para as demandas de respostas e evolução do desempenho de respostas, que refletem, efetivamente, em estratégias cognitivas.

Em termos de consciência e conhecimento metacognitivo para auxiliar os estudantes a tornarem-se conscientes de estratégias metacognitivas e, para serem reflexivos, devem responder à duas questões: 1) O que eu quero responder com isto? (quais são os meus motivos?) 2) Como eu proponho seguir para obter isto? (quais são as minhas estratégias?) (BIGGS; MOORE, 1993 apud CUBUKCU, 2008).

Outro importante modelo metacognitivo descrito por Cubukcu (2008) é de Winne e Hadwing (1998), que tem quatro estratégias básicas: a) definir tarefa, b) colocar metas e planejamentos, c) representatividade, e) adaptação. Este modelo sugere que aprender gera uma percepção de quais tarefas e pesquisas de avaliação de tarefas, construírem um plano para a tarefa, estratégias de estudos e fazer mudanças em si ou em sua estrutura cognitiva baseada na percepção de seu desempenho. Cubukcu (2008) ressalta estudo de compreensão de estratégias de leitura, por pesquisas de especialistas (peritos) em leitura (BAZERMAN, 1985; PRESSLEY & AFFLERBACH 1995, apud CUBUKCU 2008).

Esses estudos demonstram que bem sucedidas compreensões não ocorrem automaticamente. Tanto sucesso na compreensão depende diretamente do esforço

cognitivo referente ao processamento metacognitivo, que consiste no conhecimento sobre a regulação do processo cognitivo. Durante a leitura, o processo metacognitivo é expresso por meio de estratégias, que são esforço, intencional, essencial, e facilitador na natureza e, o leitor decidido, ou de propósito, ou intencionalmente para regular e melhorar a aprendizagem para textos. Por meio de estratégias metacognitivas, o leitor coloca significadamente atenção, controlando, monitorando e evoluindo no processo de leitura.

Adultos em universidade, leitores que evidenciam deficiências metacognitivas, pode significar um desconhecimento e incapacidade de monitoração do processo mental dele enquanto leitor. Leitores não qualificados podem tornar-se leitores habilitados e aprenderem todo o texto se lhe são dados instrução para estratégias efetivas e ensinando para monitorar e checar sua compreensão da leitura. Para isso é necessário treinamento em aprendizagem da linguagem por estratégias metacognitivas que ajudem os leitores a desenvolver habilidade e aumentar o nível dele na proficiência da linguagem (PALINCSAR, 1986; GREEN & OXFORD, 1995; CARRELL, GAJDUSEK & WISE, 1998 apud CUBUKCU, 2008).

O movimento metacognitivo influencia fortemente as atuais teorias de desenvolvimento cognitivo americano e britânico sobre a conscientização das crianças e a sua compreensão da própria aprendizagem, principalmente, da aprendizagem da língua materna, a fim de melhorar a qualidade da mesma. Isto se aplica, principalmente, às crianças que têm dificuldades na aprendizagem da leitura. (SUTHERLAND, 1991).

O autor ressalta que a abordagem metacognitiva tem ligações próximas das idéias de Vygotsky, que incide sobre o controle consciente da aprendizagem da criança e também, com os processadores de informação, pois estes, tanto como os metacognitivistas, procuram fatores fundamentais para a aprendizagem, embora os processadores de informação não incidam da mesma maneira sobre a consciencialização da aprendizagem e, sim de sua ocorrência.

Sutherland (1991) refere ainda que a base filosófica da metacognição é marcada de tradições fenomenológicas, e hermenêuticas, “a primeira envolve a capacidade para reagir pessoalmente aos acontecimentos e a segunda a extrair significados a partir dos textos.” (p.147).

Efklides (2008) refere que, nos últimos 30 anos, desde que Flavell (1979) introduziu a noção de metacognição dentro da psicologia, três áreas de pesquisa vêm se desenvolvendo: psicologia desenvolvimental, com ênfase em teorias da mente, psicologia experimental e cognitiva, com foco na metamemória, psicologia educacional, com ênfase na aprendizagem da autorregulação, também significativa em trabalhos em neuropsicologia, que conecta a metacognição com funções executivas e pesquisas que conectam metacognição com conhecimento social.

A autora menciona como facetas da metacognição: conhecimento metacognitivo; experiências metacognitivas e habilidades metacognitivas. Aponta que a monitoração e o controle metacognitivo são constituintes essenciais do processo de auto-regulação. O conhecimento e a experiência metacognitiva são o link entre a regulação cognitiva e emocional.

Uma pessoa é consciente das respostas do processo metacognitivo, por exemplo, por meio de experiências metacognitivas, semelhante a uma sensação de conhecimento, sensação de confiança, sensação de satisfação, consciência de não entender, consciência de suas idéias sobre sua cognição (conhecimento metacognitivo). O conhecimento metacognitivo é continuamente enriquecido e atualizado pela integração da informação vinda da monitoração da cognição e por meio da observação de comportamentos, ações e suas respostas, quando trata de tarefas específicas (EFKLIDES 2008).

Ainda segundo a autora, as experiências metacognitivas são o que as pessoas sentem, é algo consciente quando próximo a uma tarefa e processamento de informação. As habilidades metacognitivas se referem ao uso deliberado de estratégias para controle cognitivo e são diferentes do conhecimento e experiências metacognitivas, já que estes são produtos de diferentes processos, em monitoração da cognição. Enquanto que as habilidades metacognitivas contêm estratégias de orientação, de planejamento e de regulação do processo cognitivo

Estudos têm sido desenvolvidos na área da saúde na perspectiva metacognitiva e pela importância que apresentam para esta investigação serão mencionados. Iniciamos com Brandão (1999); Almeida (2002); Stedille (2002); Dell'Acqua (2004), entre outros, que referem a necessidade dos estudantes desenvolverem habilidade diagnóstica e que o desenvolvimento desta habilidade depende, em grande parte, de como o estudante

conduz seu processo de aprendizagem. Além disso, esse processo envolve o uso da metacognição.

Brandão (1999) fez em seu estudo, interface entre a metacognição e o processo diagnóstico em enfermagem identificando estratégias cognitivas e metacognitivas que melhoram a tarefa diagnóstica, pois requer deliberada busca de informações na memória, ou seja, ocorre uma interação entre o novo conhecimento e a estrutura cognitiva pré-existente no aluno. Esse autor refere que o conhecimento metacognitivo é tudo que a pessoa acumula de conhecimento e influencia as três variáveis citadas: ações da pessoa, tarefas e o conhecimento das estratégias. A variável pessoa tem como premissa básica que educador e estudante devem reconhecer suas próprias habilidades e estratégias para aprender. Inclui conhecimentos e crenças do processo cognitivo pessoal.

Esta variável, segundo o autor, envolve o conhecimento das diferenças intraindividuais, interindividuais ou universais. No âmbito clínico, se refere, por exemplo, ao aluno que reconhece sua competência como aprendiz visual. A variável Tarefa inclui duas subcategorias: uma relacionada à quantidade e qualidade da informação disponível para sua realização e a outra associada aos seus objetivos e exigências que influenciará na tarefa a ser desenvolvida. Ambas sofrem influência da experiência vivenciada pelo aprendiz.

Brandão (1999) refere ainda que, o conhecimento das estratégias são informações sobre os meios, processos ou ações que permitirão ao sujeito atingir seus objetivos com maior eficácia numa determinada tarefa cognitiva. Envolve reconhecimento dos processos de aprendizado que são mais úteis à determinada situação, assim como a identificação de falhas no aprendizado. Este autor ressalta ainda que, na área de diagnóstico, predomina o processamento de informação e está relacionada às representações mentais que o indivíduo tenha sobre o cliente - conhecimento conceitual - ao domínio das estratégias - conhecimento procedimental - e, assim, a metacognição é capaz de atuar no processo diagnóstico de enfermagem.

Brandão (1999) chama atenção, também, que a metacognição pode auxiliar o educador a construir ambientes de ensino que se focalizam na aprendizagem estratégica, flexível e criativa. Na consciência das estratégias eficazes, na discussão sobre aspectos motivacionais e cognitivos do pensar. A metacognição usa estratégias associativas (memorização), estratégias de reestruturação (conexão de aprendizagens), de elaboração

e organização. A estratégia de reestruturação requer monitoração, regulação e autoavaliação metacognitivas. O uso desta estratégia possibilita melhor aprendizagem, já que as operações mentais exigem mais que recordação, exige também, inter-relações entre as informações anteriores e as novas capazes de modificar seus significados. O processo diagnóstico parece depender das estratégias de reestruturação, pois requer conexões entre o novo conhecimento e o anterior usando múltiplas informações ricas em significados.

Almeida (2002) se preocupou com as dimensões de competência para fazer diagnósticos de enfermagem e aponta, em sua pesquisa, que essa competência pressupõe mais que o simples uso da Taxonomia como referência. O desenvolvimento dessas dimensões deve caracterizar aprendizagem fundamentada, contextualizada, histórica e reflexiva, demonstrando habilidades cognitivas e metacognitivas da atividade diagnosticadora. Isso significa tornar esse processo consciente e, para tal, é necessário pensar sobre o pensamento e esta ação envolve metacognição.

Stedille (2002) menciona em seu estudo que um grande desafio na formação do enfermeiro é formar profissionais autônomos em relação a sua aprendizagem, visto que, estes se deparam constantemente com situações de tomada de decisão. Isso exige desenvolvimento cognitivo e capacidade de tomar consciência desse processo e de estratégias mobilizadas para resolver problemas, o que consiste em metacognição.

O estudo de Dell'Acqua (2004) sobre competências clínicas voltadas para a prática profissional na enfermagem, também insere o conceito de pensamento crítico e de competência clínica e justifica que existem autores que estudaram e afirmam a relação entre possuir habilidade de pensamento crítico e exercer competência clínica, pois a prática competente depende da habilidade de pensar criticamente.

Para Lunney (2004) a inteligência e pensamento crítico dos enfermeiros são melhorados pela metacognição percebida, então, como instrumento de autoaperfeiçoamento. As habilidades cognitivas e hábitos mentais fornecem base para o enfermeiro pensar sobre seu pensamento.

Outro estudo importante é de Santos (2006) sobre aprendizagem do diagnóstico fonoaudiólogo, que explica sobre este sistema. Para ela, conhecer como operamos sobre os dados da realidade, como planejamos nossas ações e como tomamos decisões é fundamental para resolvermos problemas, sejam do cotidiano ou problemas científicos.

Esta autora traz o modelo metacognitivo de Nelson e Narens onde o sistema metacognitivo inclui o modelo metacognitivo meta nível e tarefa e nível do objeto. Entre esses dois aspectos, se encontram as atividades de regulação e monitoração do fluxo de informação.

Neste modelo, a noção fundamental de monitoração metacognitiva é a de que o meta - nível é informado sobre o nível objeto (informações do nível objeto para o meta-nível) e não modifica este meta-nível, mas modifica, o estado do modelo da situação que está no meta-nível. A qualidade de informações que são enviadas está contida na ação e interação de quatro classes de fenômenos: conhecimento metacognitivo, experiências metacognitivas, objetivos ou tarefas e ações ou estratégias (SANTOS 2006).

A autora explica que o modelo para o sistema metacognitivo envolve dois processos: a) a divisão do processo cognitivo em dois ou mais níveis inter-relacionados, que são meta-nível e meta- objeto; b) o predomínio na relação entre estes dois níveis, em termos da direção do fluxo de informação e dá origem ao controle e monitoração.

Isso significa que a monitoração metacognitiva recebe informação do nível objeto e fenômenos e que estes fenômenos podem ser: conhecimento metacognitivo, experiência metacognitiva, objetivos ou tarefas, ações ou estratégias. E ainda, que é a direção do fluxo que determina a ação de monitoração ou de controle.

Nesse processo, monitorar é saber o quê sabe o que e como faz. A regulação é o processo de pensamento frente a uma mudança de demanda situacional e serve para alocar recursos, determinar a ordem dos passos e designar intensidade ou velocidade para e da tarefa. Controlar é saber que sabe e o porquê faz (SANTOS 2006).

A autora ressalta que a monitoração e o controle da aprendizagem são processos que ocorrem conscientemente e com participação ativa do aprendiz. Isso quer dizer, que a aprendizagem bem sucedida está relacionada a uma atitude metacognitiva e esta atitude, consiste na reflexão sobre a natureza de sua própria atividade cognitiva. Está relacionada ainda, com a habilidade para transferir estratégias conhecidas para novas tarefas.

A atividade metacognitiva pode ocorrer de forma automática, com a repetição das atividades de monitoração e controle, porém, basta que algo diferente aconteça no

decorrer da tarefa familiar, para que antigos e novos processos de monitoração e controle sejam detonados e criar resoluções eficazes à sua conclusão (SANTOS 2006).

Sobre o assunto, Peixoto, Brandão e Santos (2007) trazem outra dimensão teórica que envolve a metacognição: o sistema cognitivo como arcabouço teórico. Esse sistema visa compreender os propósitos da metacognição envolvendo dois níveis: o nível-objeto e o nível-meta. Entre esses dois níveis surge a informação. Esta permite conhecer a nossa capacidade de recordar ou não algo aprendido. O conhecimento no nível meta permite controle sobre o nível objeto. Mas esse fluxo de informação pode ocorrer no sentido inverso, do nível objeto para o nível meta, ou seja, saber se seus esforços estão sendo bem sucedidos.

Para melhor entender é pertinente mencionar que a metacognição vem se desenvolvendo em duas grandes áreas: estudos básicos e forma aplicada. Estudos Básicos compreende a aprendizagem. A Forma Aplicada é uma ferramenta para compreender o processo ensino-aprendizagem (PEIXOTO; BRANDÃO; SANTOS, 2007). Os autores propõem que na forma aplicada, a metacognição seja entendida como tecnologia educacional simbólica. Eles mencionam a etimologia da palavra tecnologia como palavra grega que significa *téchne* que representa a arte e destreza e *logos* como palavra, discurso, fala.

Os autores referem *téchne* como arte de fazer algo, ou seja, aplicação de determinadas regras para fazer algo prático. Mas quando se fala de tecnologia essa definição se torna mais ampla, pois consiste em tratado das artes em geral; um conjunto de processos para determinada arte; uma linguagem peculiar a determinado conhecimento; conhecimentos científicos. Adicionando o termo *logos* à *téchne*, confere significado ao fazer, portanto, tecnologia significa fazer com significado, pensado, com intencionalidade. Com base na concepção discutida pelos autores citados, se pode entender que a metacognição como tecnologia educacional é arte, é processo, é também linguagem, incluindo conhecimentos científicos em geral ou de determinada área do saber.

A metacognição traz muitos benefícios. Entre outros, refere-se à monitoração dos processos de compreensão e redação, ajuda a perceber em que medida o aluno está compreendendo e escrevendo sobre o assunto melhorando o aprendizado, pode determinar o modo de o aluno melhorar o seu desempenho e organizar seu pensamento

e, ainda, prevê o grau de aprendizagem de determinado tópico (PEIXOTO; BRANDÃO; SANTOS, 2007).

Estes autores explicam que para monitorar a compreensão é solicitado ao aluno que expresse suas ações durante a execução, isso o ajudará na resolução do problema. Considera-se que o aluno já tenha conhecimento para a resolução do problema e o “pensar alto” o ajudará na compreensão do problema, sendo este um valioso recurso no diagnóstico médico.

Peixoto, Brandão e Santos (2007) citam outros benefícios do pensar alto como: aumento da capacidade de compreensão e discriminação de conteúdos próximos e a melhora o desempenho de tarefas concretas, resultados semelhantes na resolução de problemas que envolvem interação de múltiplas variáveis. Referem, ainda, que decisão diagnóstica explicadas verbalmente sobre como resolver o desafio, favorece uso de estratégias mais complexas e efetivas.

Os autores fazem então uma comparação com o contexto metacognitivo que é semelhante e comporta diferentes demandas de transcendência, como por exemplo, resgatar um conteúdo aprendido que significa transcender o tempo e responder a uma questão, é uma transcendência interpessoal, já que a comunicação é imprescindível. Assim, seus significados apresentados devem conter um conjunto de sinais compartilhados com o examinador.

Outra contribuição para entender o conhecimento metacognitivo é de Bertolini e Silva (2005). Para elas, a metacognição é um dos conceitos de maior importância dentro da psicologia moderna, principalmente, a psicopedagogia. Essas autoras definem a metacognição como a capacidade do indivíduo refletir sobre seus próprios pensamentos objetivando níveis mais altos de autoconsciência. Isso implica na capacidade da pessoa de conhecer e de auto-regular o seu próprio funcionamento cognitivo visando solucionar problemas. Refere-se ao conhecimento sobre os próprios processos de conhecer, dentro de um planejamento, predição e monitoramento de seu aprendizado.

Referem que a metacognição requer que a pessoa seja capaz de aprender e ir além, pensar sobre seu próprio processo de aprender. A metacognição é o conhecimento sobre o conhecimento e se reflete na forma da pessoa adaptar a atividade cognitiva às demandas da tarefa, às condições do ambiente, à sua própria situação pessoal e histórica, assim como das estratégias de enfrentamento dos problemas. No entanto,

ressaltam que o nível de rendimento escolar do aluno influencia na capacidade de monitoramento de seu próprio processo mental e da seleção de estratégias para apreender novos conhecimentos.

Quirk (2006) é um autor que traz a perspectiva da metacognição na educação médica. Para ele o corrente paradigma com foco no currículo, no ensino e na evolução do agora é efêmera, um novo paradigma emerge, este prepara o estudante de medicina para a vida de aprendizagem, para a vida da prática, onde o denominador comum é a aprendizagem por experiências com o cuidado do paciente. A preparação para essa aprendizagem mudou o foco para o desenvolvimento de uma habilidade para regular e monitorar experiências que promovam futura aprendizagem e melhoria contínua do cuidado. A regulação e monitoração de experiências é metacognição, uma habilidade de pensar sobre o pensamento e sentimento.

O autor ressalta que o movimento em direção à competências em educação médica oportunizou atentar para expectativas metacognitivas para aprendizagem e uma demanda para expert em pensamento e prática médica. É preciso que eles reconheçam o que eles conhecem e o que não conhecem, como eles aprendem, bem como desenvolvem e programam um planejamento para obter o que eles necessitam e, como monitorar seu sucesso.

Especificamente, os estudantes de medicina podem desenvolver habilidades para: a) definir e priorizar suas metas, b) antecipar e avaliar suas necessidades específicas em relação a metas, c) organizar e reorganizar suas experiências para encontrar suas necessidades, d) definir suas próprias diferenças e reconhecer diferenças das perspectivas no outro e e) continuamente monitorar sua base de conhecimento, solução de problema e interação com outros. Isso quer dizer que, quando eles desenvolvem sua expertise clínica, podem aprender a pensar metacognitivamente e agir intuitivamente.

É necessário que as Escolas de medicina preparem seus estudantes para agir deliberadamente ou intuitivamente pelo engajamento metacognitivo na experiência de aprendizagem. Essa experiência requer metacognição, que é a habilidade de pensar sobre seus pensamentos e sentimentos. Nesse contexto, a intuição para decisões médicas torna-se forte, por meio da reflexão e sentimento próprio, duas importantes habilidades metacognitivas (QUIRK, 2006).

Com base nas concepções descritas, a metacognição na aprendizagem do diagnóstico envolve informações, uso do pensamento crítico, tecnologias, memorização, compreensão e outros elementos que constituem um processo mental que necessita ser entendido pelo aluno, para que possa exercer papel ativo em sua aprendizagem.

2.2.1 A aprendizagem do Diagnóstico de Enfermagem na perspectiva da metacognição

A aprendizagem não é o ato somente de adquirir informação. As evidências da aprendizagem estão nas alterações que ocorrem no comportamento das pessoas como resultado da experiência, embora nem todas as mudanças sejam resultado de aprendizagem. Aprendizagem é definida pelas mudanças reais ou potenciais no comportamento (LEFRANÇOIS, 2008).

Como a aprendizagem envolve mudanças no comportamento que resultam da experiência, as teorias de aprendizagem são também teorias do comportamento diz a autora. Essas teorias são tentativas sistemáticas de explicar essas mudanças. Apesar da importância que tem essas teorias para o entendimento de como acontece à aprendizagem, não é foco do estudo e, sim, neste momento, apenas o que pretendemos foi defini-la.

A aprendizagem, também, tem sido um desafio para a enfermagem no que se relaciona à construção e aplicação do conhecimento que direcione a prática profissional. Sobre isso, a literatura tem mostrado estudos que apontam estratégias para formação de profissionais com capacidade de tomar decisões e de serem críticos por meio da aplicação do raciocínio crítico (CARVALHO; JESUS, 1997).

É, assim, que no processo educativo a investigação deve se basear na importância de ensinar a pensar e a formar profissionais críticos e criativos. Isso requer pensamento crítico e, este, facilita o julgamento, pois se fundamenta em critérios, é autocorretivo, sensível ao contexto, bem fundamentado, estruturado, passível de defesa e convencimento (REIBNITZ; PRADO 2006).

As autoras definem julgamentos como determinações que emergem durante a conclusão de um processo investigativo, passando pela compreensão ampliada que é o resultado da deliberação. Já o raciocínio é o pensamento determinado e orientado por

regras e critérios. É preciso estimular as pessoas a usarem esses critérios, fazer associações e relações para emitir um julgamento adequado.

O significado que o enfermeiro dá às evidências depende do conhecimento armazenado em sua memória por meio de um processo de pensamento ativo, que explora o conhecimento na memória para possíveis explicações de dados (LUNNEY, 2004). Sobre essa aprendizagem, ela refere que o aprendizado da decisão diagnóstica pode ser auxiliado quando o aluno precisa consultar uma variedade de fontes, para analisar as evidências clínicas. Neste sentido, então, o diagnóstico se faz apenas após um processo complexo de comparação e interpretação, no qual a inteligência⁸ assume papel de relevo. Essa autora supõe que, como consequência, o relacionamento de novas informações, no caso, do raciocínio diagnóstico com informações já existentes e aprofundamento gradual desse conhecimento, dá consistência aos diagnósticos de enfermagem e permitem ao aluno argumentações de cunho científico sobre os mesmos.

O Diagnóstico de Enfermagem é um julgamento e, ao mesmo tempo, produto do raciocínio e demanda um processo investigativo e deliberativo que precisa ser aprendido no sentido epistemológico e procedimental de sua dimensão. Os estudantes de enfermagem devem aprender essa ação desde a graduação e aperfeiçoá-la no decorrer de sua vida profissional, utilizando e construindo conhecimentos a partir da atividade diagnóstica de enfermagem.

Sobre isso, Kamiyama et al (1979) referem que a preocupação com ensino do diagnóstico de enfermagem não é um problema recente. Há mais de 30 anos a academia e educadores de enfermagem se preocupam com esse aspecto e buscam formas de viabilizar esse aprendizado.

Ressaltam as autoras citadas, que Wanda Horta dizia ser preciso diagnosticar necessidades do paciente para prestar cuidados que respondessem a essas necessidades. Para que tal acontecesse, era preciso que as escolas de enfermagem incluíssem o ensino do Processo de Enfermagem como metodologia de ensino do cuidado.

Vários estudos se preocupam com a aprendizagem da atividade diagnóstica de enfermagem como, por exemplo, Almeida (2002) que investigou em sua tese de doutorado as competências e o processo Ensino-Aprendizagem do Diagnóstico de

⁸ Consideramos neste caso, inteligência como capacidade de resolver problemas ou elaborar produtos importantes em determinado ambiente ou comunidade cultural (GARDNER, 1995).

Enfermagem na concepção de docentes e discentes. Em seu estudo, a autora chama atenção que o ensino do Processo de Enfermagem reflete o desenvolvimento da profissão e que esse ensino, no Brasil, teve início com Wanda Horta na década de 70, fornecendo estrutura de pensamento que permitisse à enfermeira antecipar ou resolver problemas apresentados pelos pacientes.

Ressalta que a disseminação desse conhecimento se dá por meio da educação, visto que o uso de classificações de diagnósticos, intervenções e resultados requer julgamento clínico e tomada de decisão e isso precisa ser ensinado e aprendido nos cursos de formação. Vimos em Almeida (2002), que a introdução do diagnóstico de enfermagem no ensino é uma exigência e merece atenção. E que, há mais de uma década, são realizadas pesquisas que evidenciam necessidades educacionais acerca dos diagnósticos de enfermagem.

A aprendizagem do processo diagnóstico de enfermagem é de vital importância na formação do enfermeiro para a atividade diagnóstica. Esta atividade envolve operações de raciocínio e julgamento clínico para determinação desse diagnóstico. (REIBNITZ; PRADO 2006).

É pertinente, aqui, ressaltar que o processo diagnóstico em enfermagem envolve interação de processos interpessoais, técnicos e intelectuais. Os processos interpessoais consistem na comunicação e interação com os pacientes e outros profissionais de saúde. Os processos técnicos envolvem o uso de ferramentas e habilidades específicas, como a coleta da história de saúde, avaliação e exame físico e, os processos intelectuais, incluem o desenvolvimento da inteligência e uso do pensamento crítico para coleta, análise de dados e, tomada de decisões (LUNNEY, 2004).

Dell'Acqua (2004) em seu estudo sobre competências clínicas voltadas para a prática profissional na enfermagem, considera que competência clínica pressupõe: a) construir tanto o problema como a solução por meio de reflexão e pensamento crítico, b) construção de conceitos e novos saberes teóricos, c) integração e mobilização de recursos adquiridos e criação de novas competências, d) praticar aquisições teóricas e metodológicas, e) refletir sobre o sistema de ação em seu componente racional e consciente, e f) ensinamentos que valorizem a interrogação e a dúvida.

No investimento da aprendizagem da competência clínica, Dell'Acqua, (2004) refere que a representação dos estudantes foi o foco no cuidado específico que aproxima

este e um paciente, conceitos e ações específicas a cada disciplina ou área, com maior ou menor investimento na articulação dessa especificidade enquanto responsabilidade comum, retomada de conteúdos das ciências básicas como base para ação clínica e investimento em técnicas específicas de área ou disciplina.

Dell'Acqua, (2004) constatou que a utilização de referenciais metodológicos para a sistematização da ação clínica não é um investimento feito em todas as disciplinas, promovendo descontinuidade preocupante, pois a especificidade da atuação não abdica de investimentos metodológicos comuns.

Os estudantes apontaram como aspectos facilitadores da aprendizagem clínica o caráter gradual desse investimento, uma postura docente receptiva facilitando a interação e o desenvolvimento. Como aspectos negativos citaram o caráter fragmentado da abordagem, tomada de decisão, às vezes, automática, pouco consenso entre docentes, ênfase procedimental, pressão sobre os alunos, exposição de situações de risco, distanciamento teórico e prático e entre docentes e discentes e poucos espaços de experimentação criativa.

Outro aspecto evidenciado na pesquisa de Dell'Acqua (2004) é que existe relação lógica entre pensar criticamente e exercer competência clínica agregando habilidade de tomar decisão, de aproximar conhecimento e experiência clínica, com base em arcabouço cognitivo, psicomotor e afetivo. Portanto, a autora conclui que, investir no processo do raciocínio clínico representa, ainda, um desafio de formação a ser viabilizado por dispositivos de integração e mobilização de aquisições cognitivas, o que é pouco evidenciada na graduação.

Vimos que o conhecimento metacognitivo abordado por Brandão (1999) mostra estratégias metacognitivas que, os estudantes pesquisados apontaram para aprender a diagnosticar como enfermeiros. Vimos ainda a metacognição como ferramenta educacional e, como tal, o desenvolvimento simbólico da linguagem é fundamental. Que estudos como os de Almeida (2002); Dell'Acqua (2004); Stedille (2002) mostraram a necessidade de relacionar a aprendizagem diagnóstica e de competência clínica, com o pensar sobre a forma como se aprende essa função na enfermagem e, isso, é metacognição.

Como visto, o processo diagnóstico é um elemento importante da expertise em diferentes áreas de atuação profissional e na enfermagem, não é diferente. Isso significa

que é necessário investimento na capacidade de diagnosticar dos estudantes durante a formação, haja vista a complexidade do diagnóstico clínico. Esse processo cognitivo, entretanto, deve ser consciente, no sentido de tornar visível a intencionalidade de cada etapa desse processo.

3 O CAMINHO PERCORRIDO

Descrevemos nesta parte do trabalho o caminho percorrido para realização desta pesquisa o que inclui a abordagem metodológica, as técnicas e os instrumentos utilizados para alcance dos objetivos propostos.

3.1 A FENOMENOLOGIA E A PESQUISA EMPÍRICA

A fundamentação metodológica deste estudo está na fenomenologia aplicada à pesquisa empírica. A fenomenologia é um dos movimentos filosóficos mais importantes e fascinantes do século XX e nasce com a obra **Investigações Lógicas** de Edmund Husserl. O método fenomenológico foi introduzido pela psicologia e daí disponibilizado para demais disciplinas de cunho social e humano, embora alguns aspectos permaneçam, ainda, como domínio de psicólogos e cientistas da área da saúde. Enquanto método é adequado sempre que se queira dar destaque à experiência humana:

“o método de investigação crítico, rigoroso e sistemático da Fenomenologia tem paulatinamente ganho reconhecimento como uma abordagem a pesquisa qualitativa, aplicável ao estudo dos fenômenos importantes em vários campos” (MOREIRA, 2004, P.60).

Para os não filósofos a Fenomenologia é um campo de conhecimento desconhecido e pouco divulgado nos manuais de pesquisa. O termo fenomenologia deriva de duas palavras de raízes gregas: phainomenon que é aquilo que se mostra a partir de si mesmo, e logos que é a ciência ou estudo. Etmologicamente, a Fenomenologia é o estudo ou a ciência do fenômeno e, fenômeno, no sentido mais genérico, significa tudo o que aparece, que se manifesta ou se revela por si mesmo (MOREIRA, 2004).

O método fenomenológico, como ferramenta de pesquisa qualitativa, é mais apropriado para pesquisas que são baseadas na experiência vivida, necessidade de maior clareza no fenômeno, quando o método de coleta de dados é a voz da pessoa que vive um dado fenômeno que só pode ser alcançado diretamente pelo próprio sujeito (MOREIRA, 2004). Por isso foi compatível com o tipo de pesquisa realizada.

O autor cita Giorgi (1985), como um dos mais conceituados fenomenólogos da atualidade e que para este, o método fenomenológico destina-se a empreender pesquisas sobre fenômenos humanos, tais como vividos e experienciados e se dá por meio de descrições de experiências dos sujeitos que vivenciam os fenômenos em estudo. Faz-se necessário enfatizar que o referencial teórico da metacognição aponta abordagem da experiência ou vivência das pessoas, o que tornou este método adequado para tratar do fenômeno em foco nesta pesquisa.

Na aplicação do método fenomenológico à pesquisa, o fenômeno é algum tipo de experiência vivida comum aos diversos participantes. Os aspectos da experiência comum a todos os participantes constituem a essência dessa experiência vivida. A variação imaginativa livre que, no método fenomenológico aplicado à filosofia, leva à essência é substituída pela análise que o pesquisador elabora sobre os depoimentos dos participantes. Essa análise levará às temáticas comuns aos participantes (MOREIRA, 2004).

O enfoque fenomenológico considera a intencionalidade da consciência humana para descrever, compreender e interpretar o fenômeno a ser estudado, numa relação de interação entre sujeito e pesquisador. Na abordagem metodológica da fenomenologia a intencionalidade ou a referência intencional da consciência do sujeito envolvido na pesquisa é tida como fato primário e que apresenta uma direção do fluxo da consciência refletida em vivência intencional concretizada pelos atos e voltada ao seu objeto de indagação (COLTRO, 2000).

Assim, o método fenomenológico caracteriza-se por uma abordagem com refinamento e previsão cada vez maior, usando procedimentos que possibilitam a compreensão do fenômeno, por meio de relatos descritivos da vida social. Utiliza-se fartamente de relatos descritivos das características do fenômeno por meio de reflexão que possibilite a interpretação desses relatos, visando descobrir as características e sentidos menos aparentes (COLTRO, 2000).

Este é outro aspecto que está em plena concordância com o referencial teórico da metacognição, no qual se pauta esta pesquisa. Isso porque a metacognição, tal como a fenomenologia, estuda o fenômeno na perspectiva da intencionalidade e da consciência dos sujeitos sobre o fenômeno em foco. Usa relatos dos sujeitos, os quais são instigados a pensar e refletir sobre as características do fenômeno e, a partir dessa reflexão, descrevem o fenômeno em foco (HACKER; DUNLOSKY; GRAESSER, 1998). A seguir descrever-se-á as etapas do método utilizado nesta pesquisa, de acordo com Giorgi (2005).

3.2 SOBRE O MÉTODO UTILIZADO

A fenomenologia, como corrente filosófica, é a “ciência dos fenômenos” e como abordagem metodológica implica enfocar o estudo sistemático de tudo o que se

apresenta à consciência. A consciência é o meio de acesso a tudo que ocorre na experiência, já que não há nada que possa ser dito ou referido que não inclua implicitamente a consciência (GIORGI, 1985).

Nesta pesquisa não será usada a abordagem filosófica da fenomenologia e sim, a abordagem metodológica científica, que permite sua aplicação aos problemas científicos humanos e apresenta algumas modificações que serão explicadas na perspectiva de Giorgi (1985), que orienta este estudo. Portanto, a opção por esta abordagem implica reconhecer que o **outro**, aquele que vivencia a experiência de aprendizagem diagnóstica, neste caso, é também, um sujeito com vivências e experiências, os quais se expressam no seu modo de ser e agir.

Para Giorgi (1985), é preciso que se compreenda o método fenomenológico antes de poder avaliá-lo em sua aplicação aos problemas científicos humanos e diferenciar o método fenomenológico filosófico do método fenomenológico científico. O método filosófico compreende três etapas estreitamente imbricadas: 1) a redução fenomenológica, 2) a descrição e 3) a busca das essências. Ao tomar o método para trabalhar em nível científico apresentam-se algumas modificações sob condição, no entanto, de que seja respeitado o espírito das pesquisas fenomenológicas. Giorgi (1985) considera três modificações seguintes:

1. A produção de uma descrição concreta e detalhada de experiências específicas, conforme atitude cotidiana de outras pessoas: O método filosófico orienta adotar em primeiro lugar, a redução e descrever o que é dado. Na modificação opta-se por se **voltar para os outros** de forma a evitar eventual objeção de um viés. Também se adota a atitude natural já que na prática não se pode esperar que todas as pessoas do mundo sejam fenomenologistas e, portanto, saibam reduzir. É importante que a descrição seja tão precisa e detalhada o quanto possível e que o número de generalidades ou de abstrações seja reduzido ao mínimo.
2. A adoção da redução pelo pesquisador: Não é possível pedir para o pesquisado descrever a partir de uma perspectiva de redução, porém, a atitude fenomenológica exige que o pesquisador seja capaz, ele próprio, de tal redução em seu trabalho. Giorgi (1985) lembra que pela redução, excluem-se os conhecimentos passados relativos ao fenômeno para se estar inteiramente presente na expectativa concreta. O pesquisador pode afirmar que, a experiência concreta é indicativa daquilo em que o sujeito estava

presente e não que a descrição pretenda ser necessariamente o relato objetivo do que realmente se passou.

Além disso, na análise da descrição, o pesquisador deve permanecer, particularmente, consciente da perspectiva de sua disciplina, a psicologia, por exemplo, bem como do fenômeno que estuda como exemplo, a aprendizagem. O pesquisador pode definir a redução fenomenológica (exemplo, psicológica) e neste caso, a subjetividade daquele que descreve não é excluída.

3. A Busca das essências científicas: O método filosófico procura essências filosóficas que são mais universais e fundamentais do que as essências científicas, cujas perspectivas são normalmente mais estreitas e parecem ser, ao mesmo tempo, mais contextualizadas e dependentes da perspectiva particular e única da disciplina considerada.

Contextualizando o método citado na pesquisa qualitativa, Giorgi (1985) menciona que todo método qualitativo passa por cinco grandes etapas: 1) coleta de dados verbais, 2) leitura dos dados, 3) a divisão dos dados em unidades, 4) a organização e a enunciação dos dados brutos na linguagem da disciplina e 5) a síntese ou o resumo dos resultados para fins de comunicação à comunidade científica.

Giorgi (1985) lembra que as falas dos sujeitos são formuladas na perspectiva da vida cotidiana e, de acordo com a fenomenologia, o mundo vivido não é nem teórico e nem científico. Esse mundo, estando no fundamento de toda ciência por meio da qual ela se exprime, deve ser evidenciado, examinado e descrito diferentemente de forma rigorosa e segundo a perspectiva da disciplina escolhida. Neste estudo a disciplina é Enfermagem, assim como o fenômeno em foco nesta investigação é a metacognição.

O método fenomenológico tem como base o sujeito que vivencia o fenômeno estudado e, como características, a intencionalidade, os motivos e a consciência dessa vivência. Esses aspectos, também, são considerados na metacognição e, portanto, este foi um método adequado para o desenvolvimento desta investigação considerando os objetivos estabelecidos.

O método fenomenológico de Giorgi (1985), parte das descrições dos sujeitos com objetivo de identificar as unidades de significado, que são temas ou essências “contidas nas descrições e reveladoras da estrutura do fenômeno.” (p.123). É um método de análise temática e inclui quatro passos (p.123-124):

3.2.1 Leitura do material transcrito:

No caso deste estudo foi realizada a leitura das entrevistas transcritas e dos diários clínicos. Em seguida, o conteúdo da entrevista foi organizado por cada pergunta do roteiro com as respostas de cada sujeito em planilha no Excel, o que possibilitou ter a visão geral dos relatos dos alunos entrevistados.

3.2.2 Identificação das unidades de sentido:

Com essa visão geral, o pesquisador volta ao início do texto, re lê o material para discriminar as unidades de sentido – trechos do material bruto que podem ser identificados como apresentando algum conteúdo significativo em termos dos objetivos da pesquisa - sempre com foco no fenômeno estudado. Para trabalhar neste método, o pesquisador deve ler o texto quantas vezes forem necessárias até que tenha base para discriminar nele, unidades de sentido. Para analisar o texto, este deve ser dividido em partes e as unidades de sentido tomadas como critério básico, de aspectos que representam determinada realidade complexa, trazida do dia a dia. Essas unidades devem ser discriminadas espontaneamente nas descrições dos sujeitos e o pesquisador considerar essa descrição como exemplo do fenômeno em questão. É essencial para o método que a discriminação seja feita de maneira espontânea antes de qualquer tipo de análise. No caso desta investigação, os textos- base para identificar as unidades de sentido - foram às entrevistas transcritas e os diários clínicos que os alunos entrevistados elaboraram e que, foram lidas e relidas muitas vezes, até a identificação dessas unidades, critérios para a análise.

3.2.3 Construção das unidades de significado:

Delineadas as unidades de sentido, o pesquisador “corre por todas as unidades de sentido e expressa o que elas contêm” Giorgi (1985, p.123). Essas unidades expressam aspectos que apresentaram possibilidades, no caso desta pesquisa, de responder as questões de pesquisa. A partir da análise das unidades de sentido encontramos as “unidades de significado” e são os temas que afloraram desse material. Os temas, portanto, expressam as unidades de sentido significadas, de forma mais direta, da perspectiva que interessa para o estudo e revela o fenômeno a ser estudado.

3.2.4 Construção da estrutura da experiência:

O pesquisador deve sintetizar todas as unidades de significado, de forma a transformá-las em declaração consistente da experiência do sujeito. Essa declaração se chama **estrutura da experiência**. É uma tentativa de descrição integradora do material estudado em um nível mais abstrato, do que as unidades de sentido e significado e que procura desvelar aspectos mais profundos e organizadores do fenômeno estudado. Aqui o autor ressalta que a linguagem do sujeito deve ser transformada em linguagem apropriada com ênfase no fenômeno em estudo, por meio de um processo de reflexão e variação imaginativa. Essas transformações são necessárias, já que as descrições dos sujeitos expressam múltiplas realidades e, ao pesquisador, interessa elucidar aspectos em profundidade para entender determinados eventos, no caso deste estudo, entender como os alunos aprendem a diagnosticar. É a síntese da estrutura do fenômeno estudado, no caso desta investigação, a estrutura da experiência da aprendizagem diagnóstica dos alunos pesquisados e a relação com eventos metacognitivos presentes nos relatos dos sujeitos.

3.3 TIPO E ABORDAGEM DO ESTUDO

Ressaltamos que, guardadas as características de atitude fenomenológica do método, esta análise não é de cunho filosófico, e sim, científico e, portanto, está de acordo com as modificações descritas por Giorgi (1985). É uma pesquisa qualitativa que utilizou o método fenomenológico científico para organização do desenho da pesquisa e para a interpretação dos dados produzidos nas entrevistas.

A escolha do método qualitativo se deve à natureza do objeto de estudo que se caracteriza pela necessidade de entendimento e interpretação contextualizada dos eventos metacognitivos, com foco na descrição da experiência de aprendizagem diagnóstica do sujeito. Isso, porque, a metacognição e a fenomenologia são conhecimentos que se utilizam de características como a intencionalidade, a subjetividade, a tomada de consciência de determinada ação por uma pessoa e, portanto, dialogam entre si, o que contribuiu na construção dos resultados.

Conhecer e interpretar o que os alunos relatam sobre seu processo de aprender a diagnosticar, como uma ação intencional implica estimular a tomada de consciência de

cada um que, sendo algo individual, está repleto de subjetividade, intencionalidade e que é adequadamente tratada por métodos qualitativos.

3.4 CONTEXTO E CENÁRIO DO ESTUDO

3.4.1 Contexto

O estudo teve como contexto o Curso de Graduação em Enfermagem de uma instituição pública de ensino superior no município de Belém-Pará. Na referida instituição este curso é o mais antigo, em 2006, completou 60 anos. Conta com 113 docentes, dentre estes 77 são enfermeiros que atuam em disciplinas específicas do curso, atendendo em média 513 alunos anuais.

O Projeto Político Pedagógico (**PPP**) do curso enfatiza o perfil epidemiológico da região amazônica com suas principais doenças, fatores agravantes e de risco, e adota como princípio filosófico que o enfermeiro deve compreender o homem numa visão holística.

“como ser dinâmico, interagindo com o ecossistema, inserido num processo vital; exercer a profissão como prática da assistência, do ensino, da pesquisa e da administração da assistência; fomentar nas ações educativas um modelo pedagógico que valorize a humanização e a cidadania, desenvolvendo o compromisso com a concretização dos princípios norteadores do SUS com vistas à melhoria das condições de vida da população paraense. A compreensão crítica do ser humano no seu contexto sócio- histórico-político- cultural instrumentalizará o Enfermeiro, tornando-o capaz de intervir nessa realidade e valorizar o impacto advindo de sua intervenção transformadora no contexto social.” (UEPA, 2007, p. 13)

Esse **PPP** enfatiza como perfil profissional o Enfermeiro capaz de provocar mudanças nos atuais modelos assistenciais e contribuir para melhorar as condições de saúde da população. Um profissional ético, político, educador capaz de usar o processo científico de Enfermagem no cuidar, capaz de transformar a realidade por meio de sua ação-reflexão-ação. Incorporar a ciência e arte do cuidar utilizando o processo científico de enfermagem com vistas a contribuir com a melhoria das condições de saúde da população (UEPA, 2007).

Como competências esperadas, os alunos devem ser capazes de atuar no Sistema Único de Saúde (**SUS**), adequar modelos assistenciais aos princípios do **SUS**, apresentar capacidade de interagir com outros profissionais, de pensar criticamente, de propor soluções viáveis e criativas para os problemas. Deve ser capaz, também, de atuar nos diferentes cenários da prática profissional e diferentes níveis de atenção à saúde, identificando necessidades, seus condicionantes e determinantes, considerando os

pressupostos clínicos e epidemiológicos. Enfatiza ainda a capacidade de gerenciar o processo de trabalho em enfermagem, participar do processo de formação de recursos humanos, programas de educação e promoção à saúde, utilizar pesquisa e produção de conhecimento.

O **PPP** define como Metodologia para o processo ensino-aprendizagem a metodologia problematizadora, postulando o diálogo como forma de discussão entre docentes e discentes e a consciência crítica para dar conta de um processo de ação-reflexão-ação.

Requer um perfil docente com experiência e domínio de determinada área de saber, compreensão da ação educativa como um processo dinâmico que exige princípios básicos da aprendizagem e do significado do aprender a aprender. Que vise o desenvolvimento total do aluno nos aspectos cognitivos, afetivo-emocional, de habilidades e formação de atitudes. Ter consciência de sua ação, compromisso com a formação do enfermeiro, com a identificação de estratégias para um aprender significativo dos estudantes. Desenvolver o ensino com a pesquisa, construir sua competência profissional atento às inovações e tecnologias, atualizando seu conhecimento em um processo de formação continuada (UEPA, 2007).

A estruturação acadêmica no **PPP** do curso é organizada em regime seriado com blocos de disciplinas semestrais em turmas diurnas. Utiliza como ambientes de aprendizagem: salas de aula, laboratórios de enfermagem, instituições de saúde formadas por unidades básicas e unidade hospitalar, além das comunidades por meio do Programa saúde da família- **PSF**.

O currículo de formação de enfermeiros vigente atende ao Parecer n^o 1.133/2001, CNE/CES, e a Resolução n^o 3, de 07 de novembro de 2001, que fixam os conteúdos essenciais e a duração do curso. O currículo é integrado e organizado a partir de quinze (15) Eixos temáticos por Blocos semestrais, com suas respectivas unidades temáticas. Para cada Eixo temático são descritas habilidades e competências esperadas.

Os alunos são distribuídos em turmas matutinas e vespertinas com vinte e cinco (25) em cada turno. Para aulas práticas em laboratórios ou instituições de saúde as turmas são divididas em subgrupos de seis alunos (6) em média. O curso encontra-se organizado em cinco séries, cada uma com enfoque central. A carga horária do curso é de 4.460h com tempo mínimo de integralização de cinco anos (5) e máximo de oito (8).

Entre os eixos temáticos do currículo, destacamos aquele onde está inserido as bases teóricas e metodológicas do Processo de Enfermagem:

Nas 2^a série bloco II, está o Eixo Temático: Conhecendo os Fundamentos Teóricos e Metodológicos da Enfermagem, que tem como competências a serem desenvolvidas: “Compreender a assistência de enfermagem prestada ao usuário de acordo com seu estágio do seu ciclo vital, a partir da fundamentação teórica e metodológica da profissão; conhecer e aplicar as teorias de enfermagem, como ferramenta da assistência de enfermagem de acordo com o contexto social a que o usuário estiver inserido; conhecer os procedimentos de atenção às respostas humanas do usuário e família na assistência sistematizada; compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais; conhecer as etapas do projeto e relatório de pesquisa.” (UEPA, 2007,p.40).

O Processo de Enfermagem (**PE**) é visto como abordagem metodológica da assistência de enfermagem e, no seu contexto, nesse momento é enfocada e desenvolvida a técnica de exame físico e entrevista ao cliente, instrumentalizando os alunos para trabalhar com essa metodologia.

Os alunos iniciam o contato com o Diagnóstico de Enfermagem (**DE**) na segunda série (terceiro período) na disciplina Semiologia e Semiotécnica que faz parte do eixo temático dos Fundamentos Teóricos e Metodológicos da Enfermagem. Entretanto é um momento inicial de ouvir falar nas concepções teóricas e metodológicas do processo de diagnosticar e tem por base a taxonomia da **NANDA**. Nessa disciplina, nas aulas práticas no hospital, os alunos realizam a coleta de dados e exame físico com vistas a desenvolver essa habilidade, preparando-os para trabalhar com o Processo de Enfermagem.

Na terceira série, na disciplina Administração da Assistência de Enfermagem (CH 60hs), cujo objetivo é iniciar os alunos na Sistematização da Assistência de Enfermagem (**SAE**) é ministrada a teoria sobre o Processo de Enfermagem, e o diagnóstico de enfermagem da **NANDA**. São também usados exercícios com casos hipotéticos para identificação de diagnósticos, resultados e intervenções. A prática hospitalar ocorre em uma enfermaria de clínica cirúrgica, onde cada aluno aplica o Processo de Enfermagem incluindo o diagnóstico.

Paralelo a essa disciplina ocorre a disciplina Enfermagem nas Clínicas, na qual não se aplicam os conhecimentos sobre o diagnóstico de enfermagem. Nela é priorizado o ensino dos conteúdos básicos da avaliação clínica, priorizando os sinais e sintomas das doenças. Os alunos fazem a coleta de dados, a identificação de problemas e a

prescrição de enfermagem. Além disso, têm as técnicas básicas, medicação em todas as vias, infusões, sondagens, curativos e todos os procedimentos básicos. No trabalho de conclusão dessa disciplina (**TCD**) os alunos fazem um estudo de caso com aplicação do **DE** que já aprenderam na outra disciplina e, dependendo do desenvolvimento do aluno, este estudo é individual, em dupla ou até em grupo.

Em janeiro de 2009, realizamos contato com a coordenação do curso para iniciar a preparação de coleta de dados. Conversamos sobre o projeto de pesquisa e sobre o teste piloto do roteiro de entrevistas. A coordenadora do curso foi muito receptiva e ajudou na seleção dos alunos para participarem do teste piloto do roteiro de entrevista. Agendou um encontro com seis alunos graduandos e, destes, somente três, do sexo feminino, compareceram e com as quais foi realizada a entrevista. Estas alunas, concluintes de junho de 2009, não foram sujeitos da pesquisa. As entrevistas com essas alunas aconteceram nas dependências do curso e foram gravadas. Depois de transcritas e analisadas, foram discutidas com o orientador.

3.4.2 Cenário

As entrevistas com os alunos, sujeitos da pesquisa, foram realizadas na Unidade de Terapia Intensiva (**UTI**) de um hospital público do município de Belém, um dos locais de aprendizagem prática dos alunos. Cabe esclarecer que esse local foi acordado com os alunos participantes da pesquisa por comodidade de locomoção dos mesmos.

As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada e destinada à organização dos prontuários de altas da unidade e cedida pelo funcionário responsável por esse serviço, no momento em que realizávamos a entrevista com cada aluno.

Para ter acesso a essa unidade como pesquisadora doutoranda, fomos, oficialmente, encaminhadas pela coordenadora do curso à unidade de pesquisa da instituição e anexadas a cópia do projeto de pesquisa e a aprovação do projeto no Comitê de Ética sob o protocolo número 22/09 EEAN/HUSF/UFRJ. Após uma semana recebemos a permissão para realizar a pesquisa nas dependências da **UTI**.

Tanto a instituição, quanto a **UTI** não eram desconhecidas, pois fui enfermeira intensivista nessa unidade, de forma que nos sentimos á vontade para negociar horários e lugar para entrevista. Os alunos que estão na última série e no último estágio hospitalar fazem obrigatoriamente estágio supervisionado na **UTI**. Para tal, são organizados em subgrupos de três alunos que realizam assistência sistematizada de

enfermagem ditas de alta complexidade e atividades gerenciais que constituem as ações do enfermeiro nessa unidade.

Em agosto de 2009 foi dado início à coleta de dados com os alunos concluintes, regularmente matriculados na 5ª série do curso, que tem como eixo central: Administração e Assistência Sistematizada de Enfermagem em todas as fases do ciclo vital. Essa fase requer do aluno que cumpram suas atividades curriculares, principalmente, em instituições de saúde em estágios supervisionados e apenas algumas poucas atividades nas dependências do curso, o que fez com que, como pesquisadora concordasse em realizar as entrevistas em uma dessas unidades de estágio.

3.5 SUJEITOS SOCIAIS

Alunos matriculados na quinta série do curso de graduação em enfermagem e que estavam cursando o último estágio supervisionado na área hospitalar. A opção pela área hospitalar se deu por ser área de domínio profissional - como enfermeira e como docente - tendo sido nela que identificamos o problema que deu origem a esta pesquisa.

A seleção se deu em forma de censo, ou seja, todos os alunos abrangidos pelos critérios de inclusão a saber:

- Estar matriculado na 5ª série do curso de graduação e realizando o último estágio supervisionado da área hospitalar;
- aceitar a participação no estudo, após conhecer seus objetivos, realizando as tarefas relacionadas à investigação - entrevista, e elaboração de um diário clínico - durante o estágio;
- assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, após a leitura do mesmo (APÊNDICE A).

Para iniciar o contato com os sujeitos, foi solicitada a coordenadora do curso e coordenadora de estágio, que agendassem um encontro com os alunos para que pudéssemos nos conhecer e explicar sobre a pesquisa, obter a contribuição deles e planejar os encontros individuais. O núcleo de coordenação acadêmica forneceu a listagem de alunos matriculados na 5ª série nos dois turnos (manhã e tarde) e que estavam no estágio hospitalar, um total de 22 alunos.

A reunião com os alunos aconteceu no dia 10 de agosto de 2009 e realizadas no turno da manhã com os que estagiavam neste turno. A outra com os alunos da tarde. As

08h e 30 minutos iniciamos a reunião com sete alunos matriculados no turno da manhã. Ressalta-se que, todos foram meus alunos na disciplina metodologia científicos e, agora nos reencontrávamos no último semestre deles, para a realização desta pesquisa. A reunião com o grupo da tarde foi no mesmo dia e iniciou-se às 14h e 30 minutos. A turma era de 15 alunos, dos quais a maioria também constituída de ex-alunos, no primeiro semestre, na disciplina já citada.

Por conhecê-los, fui bem recebida, o que me deixou confortável para apresentar o projeto enfatizando o objeto, objetivos, questões norteadora e como seria a participação deles. Respondi às dúvidas, principalmente, sobre o que era a metacognição. Expliquei que a participação deles se daria de duas maneiras: uma seria a entrevista e a outra por meio de um diário, ao qual denominei **diário clínico**, porque ele foi elaborado durante o período do estágio hospitalar, ou seja, pela natureza das ações descritas e do ambiente de aprendizagem.

Naquele momento distribuí um texto com orientações de como elaborar esse diário clínico, (APÊNDICE B), que teve como base os diários de aula de Zabalza (2008). Eles julgaram que esta seria uma atividade difícil, pois nunca tinham feito nada parecido, mas aceitaram o desafio. Aqui vale uma breve menção sobre esses diários, antes de continuar, para que o leitor possa se situar nessa atividade.

O diário do qual falamos, pode ser comparado, de certa forma, com os diários de aula usados por Zabalza (2008). Este autor investigou, por meio de diários de aulas, a versão que os professores deram a sua ação didática, no sentido de atribuir significados a estas ações no momento em que ela ocorre. O autor visava conhecer o pensamento dos professores no contexto de trabalho, considerando que essa atuação é dirigida pelo pensamento.

O diário de aula, como concebido por Zabalza (2008), é uma técnica de documentação que não necessariamente precisa ser uma atividade diária e serve à diversas finalidades. Uma modalidade dos diários é o emprego do mesmo como instrumento de pesquisa dos processos de ensino. Como tal oferece ampla variedade de registro de informações para análise, descrição, reflexões sobre fatos vivenciados, sobre problemas evidenciados, sobre emoções e sentimentos, por isso mesmo impregnado de subjetividade e, também, de intencionalidade de quem o escreve.

Numa visão mais geral, o diário de aula possibilita a percepção do próprio trabalho realizado, sua seqüência e leitura mais profunda e pessoal dos acontecimentos, um distanciamento reflexivo do modo de atuar de seu autor e estimula a consciência da ação, a análise e reflexão sobre essa ação.

Finalizamos esta breve descrição com um dos aspectos que nos chamou atenção na pesquisa de Zabalza que foi o entendimento de que, o uso do diário de aula, produziu um efeito positivo sobre a aprendizagem e o desenvolvimento de competências metacognitivas nos estudantes (ZABALZA 2008).

A intenção do uso de um diário na pesquisa foi que os alunos registrassem as ações diagnósticas desenvolvidas no estágio e teve a perspectiva de obter, por meio desse instrumento, informações complementares à entrevista.

Retomando a descrição metodológica, também estavam presentes na reunião acima citada, um docente do estágio supervisionado e a coordenadora de estágio. Esta me forneceu o cronograma de estágio onde constavam períodos e unidades de internação em que os alunos estariam. Esses fazem estágio em forma de rodízio entre as unidades de clínica geral, cirurgia, infectologia, oncologia e **UTI** e são distribuídos em subgrupos, constituído de três a quatro alunos.

Acertamos que as entrevistas ocorreriam no campo de prática por praticidade de locomoção para eles, pois suas atividades curriculares ocorrem, principalmente, nas unidades do hospital. Escolhemos de comum acordo que as entrevistas seriam realizadas na unidade de terapia intensiva (**UTI**) de um determinado hospital, porque, de todas as unidades, é a que nos daria maior privacidade. Além disso, todos os alunos estagiam nessa mesma unidade no mesmo hospital - enquanto que os de clínica são divididos em três hospitais diferentes - e também, porque nessa unidade, os alunos realizam, na maior parte do tempo, as atividades clínicas. As docentes responsáveis por esse estágio supervisionado facilitaram os encontros com as alunas em espaço isolado do fluxo de atendimento, guardando, assim, a privacidade que requer uma entrevista com atitude fenomenológica.

A princípio, todos os 22 estudantes estavam atendendo aos critérios de inclusão e, portanto, sujeitos da pesquisa. No entanto, no decorrer da coleta de dados, foram excluídas do grupo três alunas: uma aluna faltou à maioria dos dias do estágio na **UTI** e as outras duas, por motivos fora de nosso controle, pois só iriam, excepcionalmente,

para o estágio da **UTI** em dezembro. Dessa forma, os sujeitos sociais da pesquisa foram 19 dos 22 alunos matriculados na 5ª série e no estágio hospitalar do curso de graduação em enfermagem e formaram o universo de análise.

3.6 A COLETA DE DADOS

Utilizou-se como técnica e instrumento de coleta de dados a entrevista fenomenológica científica, orientada por um roteiro semiestruturado (APÊNDICE C), e os diários clínicos (APÊNDICE B). A idéia foi que, durante o estágio supervisionado na área hospitalar, especificamente na **UTI**, o diário pudesse ser um instrumento complementar às entrevistas, por ser um documento pessoal que expressa o pensamento de seu autor sobre suas ações, possibilitando conhecer melhor o cotidiano de aprendizagem diagnóstica dos estudantes e eventos metacognitivos presentes.

Poupart (2008) argumenta que, por meio da entrevista, obtém-se o ponto de vista dos atores sociais possibilitando a compreensão e interpretação da realidade desses atores sociais, considerando a própria perspectiva dos atores, ou seja, o sentido que eles mesmos dão as suas ações. Aspectos esses, que foram observados e respeitados quando da interação com os alunos.

O encontro com o primeiro subgrupo de alunos, para início das atividades de coleta de dados, aconteceu no dia 14 de agosto, às 18 horas, já que esse primeiro grupo era do turno da tarde. Naquele dia reunimos por 30 minutos com os quatro alunos do subgrupo em uma sala da **UTI** e esclarecemos as dúvidas sobre a elaboração do diário clínico.

Para essa atividade distribuí folhas de fichário coloridas - azul, vermelho, laranja e verde - para as anotações. A cor vermelha e a azul ficaram com os alunos e as cores verde e laranja com as alunas. A seleção das cores foi realizada nessa reunião, de forma aleatória, pelos próprios alunos e constituiu a primeira forma de codificação, pois a cor era acompanhada de um número que seguia a ordem de chegada dos alunos. Por exemplo, após o nome de cada aluno, se seguia a cor e numeração. A cor verde 1 representava a primeira aluna que ficou com a cor verde e que foi a primeira entrevistada. A verde 2 era a segunda aluna que ficou com a mesma cor e seria a entrevistada e, assim por diante.

Nessa reunião, ainda agendamos as entrevistas com os alunos, de comum acordo com a professora supervisora do estágio e que aconteceram durante a semana ao final da tarde, a partir das 17horas, uma por dia. Isso fez com que, diariamente, estivéssemos na unidade, mas longe das atividades dos alunos para não haver nenhuma intervenção. Essa atividade estratégica se repetiu a cada subgrupo.

Os alunos relataram dificuldades na elaboração dos diários, em relação ao tempo que despendiam para isso e relatar, por escrito, suas ações, mas assim mesmo, continuaram e realizaram seus diários, que foram entregues, no último dia de estágio na **UTI**. Esse estágio tinha duração de dez dias úteis e seis horas diários.

As entrevistas duravam entre 45minutos a uma hora. Antes de começar com as entrevistas, os alunos liam e assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, uma via ficava conosco e devidamente arquivada, a outra ficava com cada aluno.

As entrevistas foram gravadas com permissão dos alunos, em gravador digital para melhor confiabilidade das informações relatadas. Estas entrevistas foram armazenadas no computador, reproduzidas e transcritas pelo pesquisador na íntegra, para proceder a análise. Após transcrição de cada entrevista, retornamos com o aluno entrevistado para que lesse e validasse o conteúdo da entrevista. Todas foram validadas.

O anonimato dos sujeitos foi inteiramente garantido, pois receberam duas codificações de identificação: a primeira foi a cor numerada de acordo com a cor das folhas do diário e ordem de entrevistas. A segunda foi no momento de análise quando cada cor ganhou um nome fictício que iniciava com a mesma letra que iniciava o nome da cor, (por exemplo, **verde 6 - Vilma**). Nesse momento os nomes dos alunos saíram totalmente dos documentos de análise, atendendo aos princípios éticos da Resolução de número 196 de 1996 do **CNS\MS**.

3.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Para realizar a análise do material de pesquisa, utilizamos como técnica a categorização temática, segundo o método fenomenológico científico de Giorgi (1985). O material foi organizado em pré-análise e análise propriamente dita. Na pré-análise

utilizamos planilhas, quadros e narrações. Na análise foram utilizados quadros com as unidades de sentido e temas.

3.7.1 Pré- análise: organização do material de análise

O primeiro passo foi ouvir atentamente as entrevistas gravadas e transcrevê-las na íntegra. O segundo passo foi à organização do material de entrevista e dos diários. Para a organização do material sistematizamos o conteúdo das entrevistas em planilhas no Excel, com perguntas do roteiro, as quais fizeram parte da entrevista. A cada pergunta agrupamos todas as respostas de cada um dos alunos. Essa etapa permitiu uma visão geral do material e suas possibilidades qualitativas. Pela extensão desse material, elaboramos um mural em papel 40 quilos, o que possibilitou olhar sempre que necessário de forma conjunta, tendo como referência os objetivos e questões norteadoras como recomenda Minayo (2006), declarando que, nesta etapa é realizada a avaliação da qualidade dos materiais em função do desenho do estudo, dos objetivos a alcançar e da análise que se deseja efetuar.

A partir do material organizado na planilha de Excel foi possível ter uma visão geral do conteúdo, mas era necessário conhecer detalhadamente cada sujeito, para conhecer como cada um relatava seu processo de aprender. Para isso, foi realizada a leitura exaustiva do material transcrito (ANEXO A- exemplo de casuística), por meio de leitura flutuante⁹ dos textos das entrevistas, para estabelecer, com ele, uma espécie de interação. Essa leitura se estendeu também aos diários clínicos (ANEXO B exemplo de casuística) solicitado ao aluno como material complementar as entrevistas. Os anexos A e B constam de um exemplar de entrevista e diário clínico, respectivamente. Utilizamos a técnica de sublinhar, de anotações nas margens e tudo o que pudesse facilitar o encontro de relações. Isso tudo levou à elaboração de uma narração sobre cada aluno (APÊNDICE- D- um exemplo) constituindo, assim, de uma pré-análise do material. Essa narração possibilitou elaborar a história de aprendizagem de cada aluno, (APÊNDICE E - um exemplo) evidenciando pontos importantes do conteúdo empírico da pesquisa.

⁹ Leitura flutuante consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações.

3.7.2 Análise e interpretação do material

Após a organização do material produzido na coleta de dados e sua narração, na primeira etapa (pré-análise), passamos para a análise temática desse material, sob a orientação do método de Giorgi (2005).

Iniciamos pela leitura analítica do material escrito das entrevistas e diários clínicos dos sujeitos, com foco no fenômeno desta pesquisa, com a finalidade de identificar as unidades de sentido reveladoras do fenômeno em foco, tendo como orientação as questões norteadoras e os objetivos desta investigação.

Aos poucos, no decorrer das leituras foram ficando claras as unidades de sentido que revelavam o fenômeno da pesquisa, indo ao encontro das questões e objetivos. Para organizar as unidades de sentido e analisá-las, essas unidades foram sistematizadas em quadros demonstrativos, de modo a torná-las claras em relação aos objetivos que esta pesquisa propõe (APÊNDICE F- Quadro 2a-s), (APÊNDICE G- Quadro 3a-s).

A leitura exaustiva do material produzido - entrevistas, diários, e quadros - resultou na discriminação de constituintes cognitivos e metacognitivos nas unidades de sentido discriminadas. Com a análise das unidades de sentido foi possível encontrar o significado que elas contêm em relação ao fenômeno estudado.

Seguindo a orientação da análise temática de Giorgi (1985), por meio de reflexão encontramos os temas que emergiram das unidades significadas tendo sempre como foco o fenômeno estudado, que foram: Função do **DE** e suas diferenças com o diagnóstico médico (**DM**); aprender a diagnosticar em enfermagem e seus constituintes; relações no contexto de aprendizagem e avaliação da aprendizagem diagnóstica.

Os temas foram descritos a partir de seus constituintes e tópicos, o que permitiu o entendimento do relato da vivência dos alunos e discutidos á luz do referencial teórico da metacognição. Concluídas essas etapas, fechamos o capítulo de apresentação dos resultados com a última etapa do método - a construção da estrutura da experiência dos sujeitos. Nesta etapa foi realizada a síntese integradora dos temas que descreveu a estrutura do fenômeno estudado.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo atendeu ao disposto na Resolução de número 196/ 1996 do Ministério da Saúde sobre pesquisa em saúde, submetido ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery /Hospital Escola São Francisco de Assis e aprovado sob o protocolo de número 22/09 (ANEXO C). As exigências cumpridas foram da assinatura do termo de consentimento livre esclarecido pelos sujeitos sociais da pesquisa em tela e de preservar a identidade desses sujeitos. Portanto, os nomes apresentados no texto da pesquisa são fictícios.

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Está dividido nas seguintes partes: Resultados das Entrevistas; Resultados dos Diários clínicos e Estrutura da aprendizagem diagnóstica na perspectiva metacognitiva, esta última, uma síntese integrada da estrutura do fenômeno estudado e expressa nos relatos e diários dos sujeitos desta pesquisa. Os resultados das entrevistas e diários dos alunos são descritos, analisados e discutidos por meio de temas.

Representa a terceira e quarta etapas do método utilizado para análise deste estudo, de acordo com Giorgi (1985) e já detalhadas no capítulo de metodologia.

4.1 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Na fase de coleta de informações, como já descrito na metodologia, realizamos 19 entrevistas semiestruturadas com alunos graduandos de Enfermagem que estavam cursando o último estágio na área hospitalar. O objetivo foi investigar e descrever, como esses estudantes de enfermagem aprendem a diagnosticar, interpretar e discutir os eventos metacognitivos eventualmente presentes em seus relatos.

A análise temática do material transcrito seguiu o método fenomenológico científico descrito por Giorgi (1985) e detalhado no capítulo metodológico. Os resultados estão descritos e discutidos por meio de temas e o nome dos entrevistados são fictícios e seguiram um sistema de codificação, conforme já detalhado na metodologia.

De modo geral, os alunos entrevistados estão entre 21 e 52 anos de idade, principalmente na faixa etária entre 22 e 23 anos (n=10). Entretanto, as demais faixas acima de 23 anos (n=6) e abaixo de 22 (n=2) indicam um grupo com características comuns, ao mesmo tempo em que divergem, em virtude da experiência de cada aluno. São constituídos de cinco homens e quatorze mulheres. Dentre eles, somente dois são independentes financeiramente de pais ou maridos. Treze desses alunos estudaram em escola particular. No quadro 3 descrevem-se de forma sintética os entrevistados.

Quadro 4 – Apresentação síntese dos sujeitos

Lucia é uma jovem de 21 anos, solteira, sem filhos. Estudou em escola particular, não trabalha e é custeada por seus pais.
Vera é uma jovem de 22 anos, solteira e sem filhos, que estudou em escola particular, não trabalha e é custeada por seus pais.
Antonio é um jovem de 23 anos solteiro sem filhos. Estudou em escola pública, não trabalha, mas faz estágio remunerado em um hospital público do município de Belém. É custeado por seus pais e por ele mesmo, como bolsista.
Vando é um jovem de 23 anos solteiro, sem filhos, que estudou em escola particular, não trabalha, faz estágio remunerado em um hospital público do município de Belém e é custeado por seu pai.
Acácio é um jovem de 23 anos solteiro, sem filhos, que estudou em escola particular, trabalha como balconista em uma farmácia e custeia a si próprio.
Luz uma jovem de 24 anos, casada e tem uma filha recém nascida. Estudou em escola particular e pública, não trabalha e é custeada por seu esposo.
Violeta é uma jovem de 22 anos, solteira e sem filhos. Estudou em escola particular, não trabalha e é custeada por seus pais. Fez primeiro vestibular para medicina e não foi aprovada, depois fez para enfermagem e foi aprovada.
Luiza é uma jovem de 23 anos, solteira sem filhos, que estudou em escola pública Federal até o primeiro ano do ensino médio e depois estudou em escola particular. Não trabalha, mas é estagiária remunerada em um projeto de saúde, especificamente em ações de enfermagem desde o primeiro ano do curso, no momento também é monitora remunerada da disciplina enfermagem pediátrica e neonatal, e é custeada

por seus pais.
Armando um jovem de 21 anos, solteiro, e sem filhos. Estudou em escola particular não trabalha e é custeado por seu pai.
Vanusa uma jovem de 23 anos solteira e sem filhos. Estudou em escola particular é monitora remunerada na disciplina doenças transmissível e é custeada por seus pais.
Valda uma jovem de 22anos solteira com um filho de um ano e cinco meses. Estudou em escola particular não trabalha e é custeada por sua mãe e padrasto.
Lara uma jovem de 23 anos solteira e sem filhos. Estudou em escola pública, não trabalha é monitora de disciplina como bolsista. É custeada por seus pais, sua tia e com sua bolsa de monitoria.
Lena uma jovem de 23 anos solteira e sem filhos. Estudou em escola particular, não trabalha e é custeada por seus pais.
Arnaldo um jovem de 27 anos solteiro sem filhos, que estudou em escola pública. Não trabalha é monitor da disciplina enfermagem ocupacional, e é custeado por seus pais.
Vitória uma jovem de 22 anos solteira e sem filhos. Estudou em escola particular, não trabalha e é custeada por seus pais.
Vilma uma mulher de 52 anos, solteira com uma filha de onze anos. Estudou em escola pública e particular é graduada em economia e funcionária pública.
Luciana uma jovem de 26 anos solteira e sem filhos. Estudou em escola pública, não trabalha e é custeada por seus pais.
Virna uma jovem de 34 anos casada e com um filho de três anos. Estudou em escola particular, não trabalha e é custeada por seu marido e mãe.
Valdete uma jovem de 29 anos solteira e sem filhos. Não trabalha é monitora da disciplina enfermagem comunitária como bolsista, e é custeada por seus pais.

No conjunto das entrevistas e diários, foi possível identificar concepções sobre a importância e uso do **DE**; identificar os **constituintes** do processo de aprendizagem diagnóstica e a relação dessas concepções e processos de aprendizagem com eventos metacognitivos. Para Giorgi (1985), as unidades de sentido discriminadas são constituintes e não elementos, porque constituinte significa “uma parte determinada de forma que seja apoiada no contexto, enquanto que um elemento é uma parte determinada de tal forma que seu sentido seja o mais independente possível” (p.124-125). Para este autor é uma forma de distinção deste método descrito e utilizado nesta pesquisa, com outros que, também, trabalham com análise de texto, como é o caso da análise de conteúdo. Para esta pesquisa, importa estudar o objeto de estudo de forma contextualizada no processo de aprendizagem diagnóstica.

As questões norteadoras¹⁰ foram sendo respondidas ao longo dos diferentes temas emergentes da análise das entrevistas, abaixo listadas:

- Função do **DE** e suas diferenças com o **DM**.
- Aprender a diagnosticar em enfermagem e seus constituintes.

¹⁰ “Como os estudantes relatam sua aprendizagem?” e “Que eventos metacognitivos, durante a aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, estão presentes nos relatos dos estudantes?”

- Relações no contexto de aprendizagem: conhecimentos, experiências, prontuário.
- Avaliação da aprendizagem diagnóstica.

Os temas que emergiram da análise do material de pesquisa respondem aos seguintes objetivos: descrever como estes estudantes aprendem o diagnóstico de enfermagem e as dificuldades nesse processo. Analisar e discutir os eventos metacognitivos, eventualmente presentes nos relatos destes estudantes. Passamos então, a apresentar os resultados das entrevistas que, estão descritos e discutidos nos temas que formam este capítulo.

4.1.1 FUNÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E SUAS DIFERENÇAS COM O DIAGNÓSTICO MÉDICO.

Este tema, ancorado nos relatos dos alunos, inclui suas concepções sobre a importância do **DE** na prática profissional de Enfermagem e como esses alunos pensam o **DE** em relação ao **DM**. Responde especificamente à questão do roteiro de entrevista: O que você pensa do **DE**? O tema está estruturado em dois tópicos:

A) Importância do uso do DE na prática profissional da enfermeira

Para a maioria dos alunos entrevistados, o **DE** é importante porque direciona e orienta as decisões e condutas de enfermagem em relação à prescrição e intervenções que contribuam para resolver o problema do paciente e, assim, atendam suas necessidades. Além do que, possibilita argumentação científica para a tomada de decisão e ações em enfermagem. É também visto como uma ferramenta importante da qual o enfermeiro pode se valer para direcionar seu trabalho, dinamizar a equipe de enfermagem, controlar se os cuidados do paciente foram realizados e, assim, ter maior domínio do que está acontecendo com paciente, o que significa, também, que permite avaliar o cuidado que é realizado pelos técnicos. Por isso, trabalhar com o **DE** requer maior conhecimento e competência científica do enfermeiro para identificar e tratar problemas, para qualificar sua equipe e pensar criticamente, conforme, expresso nas falas a seguir:

“Ah, eu achei assim que é um instrumento válido, para prestar nossa assistência, para montar as ações de enfermagem para aquele paciente, orientar a prescrição, observar ele melhor.” (Virna)

“Penso que o **D.E** é uma ferramenta muito importante que direciona nosso trabalho de uma forma melhor, muito boa. Porque consegue ter domínio maior do que está acontecendo com o paciente dele, dinamizar a equipe que vai trabalhar com aquele paciente, ele consegue verificar se foram feitas todas as prescrições de cuidado para aquele diagnóstico. Eu penso que, ele é importante por isso. É em minha opinião, uma ferramenta que exige do enfermeiro um conhecimento maior. O enfermeiro que domina o **DE** ele pra mim tem uma competência maior, mesmo sem desmerecer os demais, mas os que dominam o **DE** estão cientificamente mais preparados para trabalhar como enfermeiros, e não como secretário da clínica, como alguém que está lá para encaminhar paciente pra exame, pra pedir pra dar banho. Para mim tem essa característica de dá maior propriedade pra o enfermeiro de realizar aquela assistência, para qualificar a equipe dele pra fazer assistência.”
(Antonio)

O **DE** orienta as decisões e condutas de enfermagem e são diferentes dos **DM**. Este grupo de alunos, assim, representa a concepção sobre a importância de diagnosticar e essa concepção está coerente com duas dimensões importantes na assistência hospitalar: a conduta de natureza clínica aliada à conduta de natureza gerencial. Isso porque, é essa a realidade dos ambientes de aprendizagem. Sobre essa concepção é interessante trazer alguns conceitos para ajudar na compreensão dos termos com que os alunos definem a importância do **DE** na prática profissional.

A **prescrição** é o ato ou efeito de expressar, formalmente, aquilo que se recomenda praticar. Significa ordenar, explicitar, determinar para que se faça algo. Prescrição de enfermagem foi um termo usado desde Wanda Horta como uma etapa do Processo de Enfermagem (**PE**) que compreende um plano assistencial, como um roteiro diário e aprazado, uma forma de coordenar as ações da equipe de enfermagem na execução de cuidados que sejam adequados para atender às necessidades dos pacientes (GUTIÉRREZ; SOUZA; MICHEL, 2010).

A **intervenção** de enfermagem, para essas autoras, está presente na prática clínica e literatura de enfermagem, desde os planos de cuidados até o momento atual, nas classificações de práticas de enfermagem. É, também, uma etapa do **PE** e significa um ato intencional de intervir em determinada questão, influenciando e interferindo em seu desenvolvimento. Pode, ainda, ser entendido como ato de interceder, de usar sua autoridade, seu poder de controle, de emitir e contribuir com idéias e, ainda, estar presente, assistir.

Conduta é o ato ou efeito de conduzir, de agir, de proceder, de viver. Também está relacionado ao encargo de vigiar algo, de inspeção, de fiscalização. Especificamente,

quando se refere à conduta de enfermagem é definida como **ações** que são determinadas ou prescritas pelos enfermeiros para resolução de um problema apresentado pelo paciente (GUTIÉRREZ; SOUZA; MICHEL, 2010).

Com base na literatura, observamos que esses termos estão presentes na história do desenvolvimento da Enfermagem, relacionado com assistência sistematizada e como forma de agir próprio ou de levar outras pessoas a agir, seja por influencia, pelo poder instituído ou poder que vem do conhecimento sobre algo.

Visto como ferramenta, o **DE** é um instrumento que possibilita a ação de enfermagem de forma sistematizada, controlada e orientada por conhecimento científico e específico sobre determinado problema, com chances de contribuir para sua solução. Considerando um instrumento como um recurso empregado para alcançar um objetivo (FERREIRA, 2008).

A **natureza clínica** do diagnóstico está evidenciada na fala dos alunos quando percebem que, trabalhar com o **DE**, traz muitas possibilidades de ajudar e cuidar do paciente, prever o que pode necessitar e possíveis complicações que as ações de enfermagem possam ajudar a evitar. Com a elaboração do diagnóstico avalia-se melhor o paciente e isso possibilita, ao enfermeiro, voltar sua atenção para o problema, suas causas e consequências. Alerta a equipe de enfermagem que deve controlá-lo para que não se agravem. O relato a seguir dá conta de exemplificar esta concepção.

“É eu acho que o **DE** permite traçar intervenções da melhor maneira para que o paciente possa evoluir de maneira satisfatória, positiva, que nossos pacientes evoluam bem, os diagnósticos a gente procura fazer pensando neles para melhorar o prognóstico dos pacientes. Os diagnósticos são importantes porque se nós não tivermos capacidade de traçar diagnósticos não vamos poder planejar boas ações. Eles são à base de nossa atuação com o paciente, então se a gente não souber diagnosticar a gente não vai poder intervir e o paciente não vai ter melhora. Às vezes a gente... ah... o enfermeiro não tem paciente, não tem uma conduta própria o que não é verdade e os diagnósticos estão aí pra isso, pra justamente direcionar e mostrar nossa conduta e vê que a gente também tem conduta e intervenções que ajudem o paciente.”
(Armando)

O diagnóstico facilita decisões clínicas que resultam em ações pertinentes ao enfermeiro de modo a ajudar o paciente. Assim, intervenções adequadas ao problema possibilitam boa evolução do paciente, o acompanhamento dessa evolução favorecendo, ainda, evitar possíveis complicações. E o aluno percebe a abrangência dessa função.

Já a **natureza gerencial** está relacionada à possibilidades da atividade diagnóstica como suporte para o planejamento do que deve ser feito, com vistas a orientar a equipe nos cuidados e, assim, consiste em uma forma de sistematizar o trabalho. Portanto, ele pode contribuir, também, para a organização do serviço de enfermagem. Como forma de organização do trabalho do enfermeiro, o diagnóstico significa um item de organização e isso faria com que o paciente recebesse melhores cuidados e ajudaria no controle administrativo da clínica. Como ilustram as citações a seguir:

“O trabalho com diagnóstico é mais intelectual, sem diagnóstico é mais manual. O diagnóstico serve pra gente pensar sobre aquele problema vê o que pode ocorrer e o que a gente pode fazer pelos problemas que estão no paciente naquele momento, é um trabalho mais digamos assim, inteligente. Colocar em prática é mais difícil, pois tem que definir diagnósticos e tem também que, cobrar do técnico, porque não adianta só saber o **D.E**, tem que cobra do técnico pra resolver aquele diagnóstico.” (Lúcia)

“É uma forma mais organizada do enfermeiro avaliar se o paciente está recebendo cuidados adequados, uma forma de organização do trabalho do enfermeiro e este é um item para a independência, ser organizado no seu trabalho e o diagnóstico é esse item de organização. Isso significa pra mim que o **DE** é uma forma de organização sobre o paciente, no caso assim, é uma organização mais técnica se o paciente recebe ou não cuidados, ele está lá pra vê se o paciente recebeu ou não cuidado, para cuidar do paciente, seria mais uma forma mais administrativa, no caso. Ele pega a parte clínica e dá uma visão administrativa.” (**Luz**)

Estão incluídas nos aspectos descritos pelos alunos, as tendências que a Enfermagem, como, disciplina e área de atuação profissional, apresenta ao longo de seu percurso, em que, uma parte dela, prioriza e se volta para o cuidado, principalmente, àqueles que atuam com pacientes críticos. A outra parte se volta para o gerenciamento desse cuidado, às vezes, se mantendo afastada dele, como nos princípios organizacionais da administração científica. E, nesse contexto, os alunos se dividem, conforme suas próprias particularidades e expectativas profissionais.

Há, contudo que se levar em conta a realidade hospitalar hoje que lida com padrões de qualidade assistenciais, onde, aspectos clínicos servem como indicadores de qualidade e assim programas de Auditoria, Qualidade Total, ou de Acreditação Hospitalar utilizam desses referenciais para julgar a qualidade da assistência de enfermagem na unidade de internação.

Os alunos relatam, ainda, outras possibilidades que caracterizam a importância de trabalhar a partir do diagnóstico e estão relacionadas à dimensão pessoal. O **DE** traz prestígio ao enfermeiro no sentido de que ele sabe o que faz e mostra os resultados de sua ação assistencial, valoriza a profissão e a assistência de enfermagem, já que, elaborar diagnósticos corretamente, faz a assistência ser melhor, evidencia as competências do enfermeiro e é uma forma de autonomia de assistência, além de poder compartilhar seu saber com outros profissionais. Representa, também, um crescimento intelectual, pessoal e profissional, o que significa contribuir para firmar a ciência Enfermagem. Como observamos nos relatos a seguir:

“Eu penso que aquele enfermeiro que sabe fazer **D.E**, sabe fazer prescrição e faz, ele tem mais prestígio, não só prestígio, mas ele sabe o que ele faz e mostra o resultado daquilo, já que o diagnóstico pra mim só serve se for para melhorar o paciente. Prestígio porque existem outras coisas que estão arroladas nesse processo, se o enfermeiro consegue fazer relação entre a doença e o **D.E** o entendimento científico com a ciência, com a fisiologia, ele consegue estabelecer um **D.E** correto.” (Lúcia)

“Vê o que está acontecendo com o paciente, o que ele está apresentando que, o enfermeiro pode tratar e o que eu tenho autonomia pra fazer.” (Antonio)

“Eu acho que mostra a enfermagem como ciência, os diagnósticos têm uma comprovação científica, e o porquê de fazer diagnósticos pra direcionar nossas prescrições, permitido explicar porque eu indiquei aquelas intervenções. Então o **DE** significa firmar a enfermagem como ciência, e embasar a gente naquilo que fazemos. Ele é importante porque dá suporte pra aquilo que você vai fazer. Se você fizer o diagnóstico te abre mais um leque de intervenções, porque quando você pensa no diagnóstico pensa a causa, ao que ele está relacionado, então pensa em várias intervenções que visam tanto às causas quanto as conseqüências, então aumentam abrangência de ações.” (Luiza)

Observamos que, nos relatos desses alunos, a importância de diagnosticar significa possibilidades que envolvem a formação e prática profissional. Entretanto, consideramos que ainda é muito difícil para os alunos definirem, exatamente, os limites de todas as possibilidades indicadas por eles, porém percebem que essa atividade delinea o foco da atuação de enfermagem, especificamente as competências do enfermeiro.

O relato de outra aluna sobre essa importância traz uma sensação afetiva, o que consideramos importante descrever. Ela acredita ser importante trabalhar a partir do **DE**, porque ao se cuidar de pacientes que considera mais delicados, que têm o quadro clínico grave ou mesmo estão em fase terminal, o enfermeiro pode oferecer a esses

pacientes, “os últimos dias mais confortáveis e menos dolorosos possíveis” (Valda), através de suas condutas. Ela se emociona ao falar sobre isso e, em seus olhos, vêm algumas lágrimas. Neste relato, a aluna apresenta entendimento do efeito do cuidado individualizado de enfermagem para o paciente e expressa o seu sentimento em relação a essa experiência, o que pode representar a ocorrência de um **evento metacognitivo**.

É conveniente lembrar que a metacognição, como já mencionado no capítulo teórico, é definida de modo geral como a **cognição sobre a cognição**. Envolve o conhecimento metacognitivo, o monitoramento e a auto-regulação cognitiva. O conhecimento metacognitivo pode ser dividido em três categorias: pessoa, tarefa e estratégias. Já o monitoramento e a autorregulação cognitiva envolvem atividades guiadas pelo conhecimento metacognitivo, que possibilitam informações sobre o progresso em alguma situação cognitiva. Essas informações vêm de experiências metacognitivas que podem ser de natureza afetiva ou cognitiva (FLAVELL; MILLER; MILLER, 1999).

Segundo os autores, as experiências afetivas ou cognitivas pertinentes a uma iniciativa cognitiva pode envolver uma experiência metacognitiva, que inclui sentimentos que a pessoa pode vivenciar. A experiência metacognitiva pode ser longa ou breve, simples ou complexa em seu conteúdo.

Esse parece ser o caso que envolve a aluna Valda, ou seja, em uma dada situação de aprendizagem do cuidado individualizado, ela situa a importância de diagnosticar para a prática profissional e demonstra que essa foi uma experiência afetiva, mesmo que breve e simples em seu conteúdo, ao relatar sua emoção com a vivência dessa situação.

As experiências metacognitivas, segundo Flavell, Miller e Miller (1999), podem ser úteis em várias situações cognitivas, por exemplo, perceber subitamente que você não está entendendo o que está lendo, o que pode conduzir à ações adaptativas. Neste caso, reler a passagem e repensar o que já entende ou pedir ajuda, entre outras ações.

Alguns alunos, ao falarem sobre o **DE**, expressaram concepções que envolvem comparação ou reflexão sobre o **DE** e o **DM** significando dúvidas e certezas, como descritas no próximo tópico.

B) O Diagnóstico de Enfermagem e o Diagnóstico Médico

Optar por incluir este tópico na apresentação dos resultados deste tema se justifica pela dependência que, a maioria dos alunos, ainda apresenta do **DE** com relação à patologia do paciente, presente em grande parte de seus relatos. Seja de forma contextual, seja como peça fundamental, esses dois diagnósticos estão expressos nesses relatos de forma inter-relacionada e, por alguns, até de forma equivocada, porém a maioria dos alunos soube diferenciar, com clareza, esses dois diagnósticos.

A relação entre esses dois diagnósticos foi definida de várias formas. Aprender **DE** foi definido como um divisor de águas que mostrou uma certeza - a diferença entre esse diagnóstico e o **DM**. Segundo os alunos, eles aprenderam que existe uma classificação diagnóstica em enfermagem e que esses diagnósticos são diferentes do **DM**. Como ilustra o relato.

“A disciplina se não me engano foi no terceiro ano, bloco II, aí foi quando nós aprendemos **DE**, que temos diagnósticos padrões para não tirar da cabeça, então a gente aprendeu que os **DE** são diferentes dos diagnósticos médicos.” (Luiza)

Mas, nem sempre pensaram assim. Antes de conhecerem a classificação diagnóstica de enfermagem, os alunos tinham dúvidas se o **DE** era o mesmo que o **DM** e, descobriram aos poucos, que o **DE** era diferente, era próprio da enfermagem, e isso lhes deu a certeza de que a enfermagem não é subordinada a nenhuma outra profissão e, sim, que trabalha em equipe. Hoje, esse grupo de alunos percebe que há uma evolução em termos de pensar o **DE**, pois antes, quando se falava de diagnóstico, se pensava só no **DM** e aos poucos o **DE** vai evoluindo. A citação, a seguir, exemplifica esta afirmação.

“É porque, primeiro eu fiz vestibular pra medicina e depois pra enfermagem, aí eu passei em enfermagem e eu tinha outra visão da enfermagem, quando chegou na parte do diagnóstico eu pensava que será o diagnóstico, é o mesmo do médico, depois eu fui conhecendo como é, que é diferente que é próprio da enfermagem, aí a partir daí foi que eu mudei minha visão. Eu achava que o enfermeiro grosso modo era secretário do médico, depois não, eu vi que o enfermeiro tem seu conhecimento próprio, não só depende do médico, ele não está subordinado a nenhuma outra profissão, aliás, nenhuma outra profissão, e sim uma questão de trabalhar em equipe.” (Violeta)

Outra questão que envolve a concepção sobre a diferença entre o **DM** e o **DE** é que, o primeiro, é definido como uma coisa fechada, ou seja, o paciente tem uma doença, por exemplo, pneumonia. Vai ter esse diagnóstico até sua alta, já o segundo não

é assim. É mais amplo, abrange outras coisas e está sempre relacionado a algum aspecto ou situação que podem mudar e, portanto, é dinâmico. O **DE** se modifica no decorrer do tratamento do paciente e isso está relacionado com a melhora ou agravamento de sua saúde e com a natureza clínica desse diagnóstico. Exemplificado no seguinte relato.

“comecei a fazer o **DE** e percebi que era muito importante, porque dá pra fazer uma avaliação muito grande no paciente, saber se ele melhorou ou não melhorou, porque às vezes a gente percebe que os diagnósticos se modificam no decorrer do tratamento, ao final do tratamento ele quase não tem mais nenhum, ou às vezes ele agrava e aumenta os **DE**, então a gente consegue acompanhar a evolução do paciente e perceber se o paciente evoluiu ou não, então pelo diagnóstico a gente consegue se basear o que o paciente tem, se teve agravamento da doença ou se teve melhora” (Acácio)

Outro aspecto de comparação entre o processo diagnóstico de enfermagem e o processo diagnóstico do médico, é que este, é considerado pelos alunos, o mais objetivo, fechado e, portanto, menos complicado para escrever. O médico avalia o paciente e dá o diagnóstico, mas não precisa explicar o porquê, enquanto que a enfermeira escreve o diagnóstico, tem que dizer a que está relacionado (causa) e explicar evidências daquele diagnóstico (características definidoras). O relato a seguir ilustra essa questão.

“O médico avalia o paciente e dá o diagnóstico de pneumonia, ele deu o diagnóstico de pneumonia, mas ele não vai explicar porque que ele disse que é pneumonia, ele que avaliou e disse é pneumonia. A gente não, a gente tem que escrever porque, relacionado à que, explicar detalhadamente porque a gente chegou aquele diagnóstico. Acaba que sendo um pouco complicada a coisa de explicar o diagnóstico detalhadamente, acho que aí é que está a maior dificuldade do escrever.” (Vera)

Isso significa que o aluno não percebe que, ao avaliar o paciente, o médico em sua anamnese está desenvolvendo um **raciocínio clínico** que identifica problemas, suas causas, as evidências e isso explica e embasa o diagnóstico concluído por ele, o que consiste em uma **dúvida** sobre o processo diagnóstico que envolve ambos diagnósticos.

No entanto, ao ser questionada sobre isso, Vera toma consciência que também já faz tudo isso quando avalia escreve na evolução do paciente todas as evidências de problemas e condições de saúde, detalhadamente, o que já justifica e embasa o **DE**. Como mostra o relato a seguir.

“Isso, a gente também coloca na evolução, na nossa evolução vão os problemas do paciente, o que ele está apresentando detalhadamente, a gente aprende a colocar tudo que ele tem.” (Vera)

Embora a aluna, naquele momento, tome consciência do que representa a evolução que realiza, após a avaliação do paciente, não reconhece isso como parte de seu raciocínio diagnóstico. Contudo, a argumentação da aluna é coerente quando aponta que, na evolução, já estão às evidências do problema do paciente (característica definidora) e, possivelmente, os fatores de riscos e causais daquele problema.

Lunney (2004) ressalta que, desde a introdução do diagnóstico nas etapas do **PE** na década de 1970, se enfatizou a necessidade do raciocínio clínico, pois era preciso que o enfermeiro soubesse mais que identificar problemas, era necessário saber interpretar esses problemas como um conjunto sistemático de dados. Essa autora refere, ainda, que a tarefa diagnóstica é complexa e exige diversidade de habilidades necessárias para a interpretação das respostas humanas. Essa tarefa é difícil e complexa em função da grande diversidade existente entre as pessoas e requer que o conhecimento do enfermeiro que, embasa sua ação diagnosticadora, envolva informações que o encaminhe para prestar atenção, com base em idéias estabelecidas sobre o que deveria acontecer em várias situações.

Outra concepção, quanto à relação **DE** e **DM**, é a de que o primeiro é algo recente, se comparado com a medicina, por exemplo. Portanto, se a enfermagem quer trabalhar com a atividade diagnóstica isso deve ser mais trabalhado na academia, como relata uma das alunas.

“A gente tem prática, por exemplo, que a gente não vê que não faz **DE**. Acho que se a gente está querendo trabalhar a partir do **DE**, já que é uma prática recente em relação à medicina, então tinha que trabalhar mais na academia, nas práticas, em todas.” (Vilma)

De forma coerente esta aluna reconhece, também, que quando se faz a evolução de um paciente no hospital o faz acompanhando sua evolução em relação à sua doença e não em relação ao **DE**. A consciência dessa realidade, no contexto de aprendizagem e contexto profissional parece que aponta um **evento metacognitivo**. Esse evento parece que está relacionado ao conhecimento metacognitivo da categoria tarefa, que envolve o conhecimento a respeito das implicações de processamento cognitivo das informações e exigências de cada tarefa, neste caso, a tarefa de diagnosticar (FLAVELL; MILLER; MILLER, 1999).

Sobre a tarefa diagnóstica, Lunney (2004) chama atenção, para situações clínicas que indicam uma necessidade de enfermagem ou de outros serviços de saúde e variam

em muitos domínios da condição humana: biológico, psicológico, social, cultural e espiritual. Tais variações fazem das tarefas diagnósticas entidades complexas, que exigem diversidade de habilidades necessárias para interpretação.

Um dos equívocos na questão de diferenças e certezas entre esses dois tipos de diagnósticos pode ser observado no relato de uma aluna quando afirma que, ao consultar o prontuário depois que faz sua avaliação, compara as informações sobre o paciente para tirar dúvidas e verificar se conseguiu **definir aquela patologia** do paciente. Do contrário, se sente fracassada e não consegue definir o **DE**. Ela se questiona:

“Não eu primeiro vou falar com o paciente porque gosto de testar meu conhecimento, eu vou lá fazer o exame, anamnese, observar tudo e depois alguma dúvida eu vou comparar basicamente com o que está no prontuário, porque na medida em que eu não consigo definir aquela patologia do paciente eu me sinto fracassada. Como fazer **DE** se não souber a patologia?” (Vilma)

Há também a comparação entre as formas de diagnosticar, no sentido de que o enfermeiro não pode solicitar exames que lhe propicie embasar o seu diagnóstico. Ele não conta com esse recurso, enquanto que o médico pode se fundamentar melhor para diagnosticar, como relata este aluno:

“o **D.E** é diferente do diagnóstico médico, tipo assim o diagnóstico médico ele vê os exames laboratoriais, se cerca de várias formas, assim, através dos meios diagnósticos e diz se o paciente tem pneumonia, o nosso diagnóstico não, por exemplo, o paciente tem dificuldades de troca gasosas, toda nossa avaliação vai ser clínica em cima dos fatores relacionados aquela situação.” (Antonio)

Neste caso, especificamente, apesar de certa coerência no que o aluno questiona há também uma falta de clareza de que os exames dos pacientes não são propriedades de um profissional e, assim, mesmo solicitado pelo médico, se for o caso, o enfermeiro pode tomá-lo por base. Para isso, deve estar preparado para saber interpretar aqueles exames que forem necessários para o esclarecimento dos diagnósticos sob sua responsabilidade.

A comparação com o **DM**, também, foi um aspecto levantado no estudo de Almeida (2002), onde um dos alunos defende que não há porque criar nova linguagem para a enfermagem e, sim, utilizar a que já está colocada e reconhecida pela equipe multiprofissional. A autora se coloca contra esta posição, com a qual concordo plenamente, visto que, conceitualmente a proposta do **DE** é centrar a atenção da equipe de enfermagem em respostas do paciente que necessite de cuidado específico de

enfermagem, ressaltando, também, que não se posiciona contra a patologia, mas que não é esta o foco do cuidado de enfermagem.

Portanto, as dúvidas relatadas pelos alunos podem decorrer de uma falha de aprendizagem das dimensões que envolvem essas duas atividades, que apresentam forte relação e dizem respeito ao cuidado da mesma pessoa com a finalidade de oferecer cuidados, que visem a resolução de seus problemas de saúde. Entretanto o processo diagnóstico na enfermagem é diferente do da medicina, entre outras coisas, porque, quando é possível, as pessoas, foco de atendimento de enfermagem, devem ser parceiros, na análise dos dados e no processo diagnóstico. Isso porque experiências e reações da pessoa têm significados especiais para cada um e são identificados com a ajuda do enfermeiro (NANDA, 2010). A seguir passamos descrever e discutir o segundo tema, que trata do processo de aprender a diagnosticar, no relato dos alunos.

4.1.2 APRENDER A DIAGNOSTICAR EM ENFERMAGEM E SEUS CONSTITUINTES

Este tema responde aos questionamentos do roteiro de entrevista sobre: O que é aprender **DE**? Quando aprendeu **DE**? Como aprendeu? Dificuldades? Estratégias para aprender a diagnosticar? Está estruturado com os seguintes tópicos: O que é aprender a diagnosticar; o **DE** é um processo que deve ser aprendido de forma contínua; a prática é a estratégia mais adequada à aprendizagem diagnóstica; as dificuldades no processo de aprender a diagnosticar.

Os alunos iniciam a aprendizagem diagnóstica na terceira série do curso que corresponde ao quinto e sexto período letivo. Fato este, que muitos alunos acreditam ser tardio, pois para eles, deveria iniciar desde a primeira série. Sendo o **DE** o conhecimento que demarca a área de atuação do enfermeiro e base para as intervenções de enfermagem, a percepção dos alunos sobre iniciar essa aprendizagem, desde a primeira série faz sentido, pois é dessa forma que, como linguagem profissional, ela será a base da formação do enfermeiro e como tal será desenvolvida e aprendida.

Desses alunos, oito (n=08) sabiam fazer diagnóstico de enfermagem, cinco (n=05) informaram que sabiam às vezes, dois (n=02) tinham dúvida, e quatro (n=04) informaram que não sabiam. Tal conhecimento tem deficiências ou limitações, reconhecem os alunos, sendo mais presente o conhecimento de alguns diagnósticos que eles reconhecem como mais comuns: os de riscos, os relacionados ao conforto, higiene e mobilidade.

A) O que é aprender a diagnosticar:

Para esse grupo de alunos, aprender a diagnosticar resulta de um processo formal de ensino aprendizagem que acontece, principalmente, nas práticas e estágios, com base em literaturas pertinentes, sobretudo, em dois manuais diagnósticos: da **NANDA** e da Carpenito, por meio de comparação e encaixe dos problemas identificados no paciente, com os diagnósticos classificados nos citados manuais. As falas a seguir expressam esta concepção.

“A professora dizia, vocês identificam o problema e, vão lá naquele livro, na Carpenito, e identifiquem o diagnóstico relacionado com o problema que vocês identificaram.” (Valdete)

“A gente via os problemas do paciente e procurava o diagnóstico no livro, conforme o problema que a gente tinha identificado no paciente a gente ia procurar no livro quais os diagnósticos que se **encaixava** com aquele problema, era **comparar**, com o livro para poder registrar no prontuário do paciente.” (Vando)

“Nós pegávamos os dados do paciente e fazíamos comparação com o livro.” (Luz)

“Nós víamos a história, íamos até ele colhíamos nova história pra vê se confirmava e através dessa história dele a gente identificava o diagnóstico, mas recorrendo ao livro. Ela fez até uma planilha identificando os diagnósticos, só que ela utilizou bastante a **NANDA** e eu particularmente não compreendo muito como chegar ao diagnóstico através da **NANDA**, eu não tenho muita afinidade e a gente fazia na planilha o **DE** que identificava, mais as características definidoras, eu acho que era esse o nome, alguma coisa assim, e confirmava na **NANDA**.” (Lúcia)

“A gente vinha para a prática e avaliava o paciente. Ah, eu vou converso com ele faço evolução dele. A gente ia para o livro, por exemplo, se a gente detectasse que o paciente estava com desconforto respiratório, ah por quê? Tinha um livro lá que ela levava e também no hospital tinha um, era da **NANDA**, e pesquisava nele. A gente pegava os dados do paciente e comparava no livro com os possíveis diagnósticos, e mostrava com a professora e discutia com ela, era legal!” (Luciana)

Se considerarmos os significados dos termos comparar e encaixar, vemos que comparar é estabelecer confronto entre, é confrontar. Já encaixar é colocar uma peça em outra preparada para recebê-la, é intercalar, inserir, vir a propósito, calhar, ajustar (FERREIRA, 2008).

Entretanto, ao estabelecer uma comparação entre os problemas identificados no paciente e a classificação diagnóstica, os alunos realizam várias operações mentais que parece, não se dão conta. Por exemplo, para identificar problemas eles têm que proceder uma avaliação clínica do paciente, com foco em possíveis problemas decorrentes do seu estado mórbido. Essa avaliação requer dele conhecimento e habilidade relacionada à realização de um exame físico voltado para possíveis problemas deste paciente. Significa dizer que, para tal, é necessário primeiro, ativar conhecimento prévio e identificar problemas e só então, realizar a dita comparação.

Mesmo nesta comparação, várias são as operações mentais realizadas. Os dados coletados são separados em grupos por semelhança e este é um processo de análise. Então, os alunos fazem o que é para eles a comparação, que também é uma ação mental.

Neste caso, para verificar semelhanças e diferenças entre os grupos de informações previamente construídos com o **DE** classificado nos manuais. Dessa comparação surgem hipóteses diagnósticas ou possíveis diagnósticos que estão nos manuais e que se encaixam nos agrupamentos elaborados. Neste momento, o aluno está utilizando operações mentais como associar, relacionar, inferir seguido de um processo de síntese que conclui o raciocínio diagnóstico.

Portanto, grosso modo, a definição citada pelos alunos, com a utilização dos termos comparar e encaixar não é adequada porque não expressa todo o processo de pensamento e operações mentais envolvidos na aprendizagem diagnóstica. E isso significa que eles não se dão conta desse processo, como também, não pensam sobre isso.

O pensamento é fundamental no processo de aprendizagem, porque é por meio dele que se constrói o conhecimento. O pensamento lógico se caracteriza por operar mediante conceitos, raciocínios e pensar, sempre responde a uma motivação externa (do ambiente) ou interna (do indivíduo). Assim o pensar é uma resolução de problema para satisfazer determinada necessidade. O processo de pensar se representa como uma totalidade coerente e organizada nos seus diversos aspectos, modalidades, elementos e etapas (WIKIPEDIA, 2010).

As operações mentais são aplicadas, primeiro, aos objetos e eventos presentes e concretos, para depois aplicar as operações mentais em si, ou seja, o pensamento sobre o pensamento das operações formais. Neste tipo de atividade cognitiva que envolve, entre outras, a comunicação oral e escrita de informações, a compreensão, a percepção, a atenção, a memória, o raciocínio lógico, hipóteses e possibilidades. O conhecimento metacognitivo permite pensar sobre essas habilidades e seu uso (FLAVELL; MILLER; MILLER, 1990).

Tomando como parâmetro, ainda, que aprendizagem é o que acontece em uma pessoa como resultada da experiência, evidenciando mudanças comportamentais (LEFRANÇOIS, 2008). A concepção do grupo de alunos entrevistados não revela mudanças significativas no que concerne ao entendimento do raciocínio envolvido na atividade diagnóstica.

A aprendizagem não é somente o ato de aprender, mas inclui a forma como se aprende a aprender e é nessa forma que cada um vivencia o seu processo de

aprendizagem para alcançar seu objetivo. É assim que se conquista a autonomia para gerenciar seu processo de aprendizagem e que torna esse processo mais prazeroso (PEIXOTO; GUIMARÃES, 2005).

Ampliando um pouco mais a concepção de aprender a diagnosticar, os alunos relatam alguns constituintes da aprendizagem da atividade diagnóstica que inclui algumas ações mentais como: avaliar, observar e interpretar dados referentes às condições clínicas de saúde e doença do paciente, por meio de um processo de interação, com ele. Da memorização dos diagnósticos, ou seja, de serem capazes de trazer à memória os diagnósticos considerados, por eles, como mais comuns. Esses são aspectos básicos que, no seu conjunto e de forma inter-relacionada, levam a um determinado diagnóstico. O que pode ser evidenciado nos relatos a seguir.

“A gente teve uma disciplina onde a gente treinou na prática e, aí assistia o paciente e elaborava o diagnóstico e a prescrição de enfermagem, para aquele paciente. É o que é passado na universidade, a gente observava o paciente e verifica alguma alteração que ele tenha e daí, a partir disso, a gente monta o diagnóstico, vai dizer o diagnóstico dele.” (Lúcia)

“Avaliava o paciente, a partir disso evoluía o paciente e aí extraia as complicações e o que seria diagnóstico, aí ia para o livro. Tinha um livro lá da **NANDA**, e pesquisava nele.” (Luciana)

“dependendo da situação, já tenho alguns diagnósticos na memória, que são básicos, mas na maioria deles sinto dificuldade de fazer, às vezes eu recorro aos livros, a **NANDA** ou Carpenito. (Lara)

Ao utilizar esses termos, entendemos que os alunos examinam atentamente os pacientes e, ao avaliar, conferem um dado valor ao que observaram. Ao interpretarem os dados referentes a essa avaliação, fornecem um sentido ao resultado de suas ações de observação e avaliação declarando, assim, o sentido atribuído.

O enfermeiro, no cotidiano, lida com a interpretação de dados que resultam na identificação de necessidades dos pacientes, as quais ele tem que atender. Nesse sentido, “os diagnósticos de enfermagem são interpretações científicas dos dados levantados, usados para orientar o planejamento de enfermagem, a implementação e avaliação.” (NANDA, 2010, p.29).

Para que possam cumprir essas ações é necessário que aconteça, entre aluno e paciente, uma ação de interação, ou seja, que eles sejam capazes de agir de forma recíproca. Esta ação é particularmente fundamental na atividade diagnóstica de

enfermagem, visto que esse processo em enfermagem é diferente da medicina, porque sempre que é possível, a pessoa, foco de atendimento de enfermagem, deve estar envolvida, como parceira dos enfermeiros nesse processo (NANDA, 2010). A finalidade das classificações diagnósticas é apreender padrões de linguagem própria da profissão que devem ser utilizadas na formação e prática profissional para decidir o foco de atendimento de enfermagem (NANDA, 2010).

Além desses aspectos, os alunos relatam também que aprenderam conceitos e as partes que formam a estrutura diagnóstica. Significa que, para essa aprendizagem, é necessária base teórica que possibilite aprender conceitos operacionais, os termos técnicos da classificação diagnóstica e como utilizá-los na prática de diagnosticar. Como mostra os relatos:

“Bom, o professor fez exposição oral com uso de retroprojeter, e foi explicando por conceito, o que é uma intervenção, o que é um problema, o que é um diagnóstico, mas por conceitos.” (Vanusa)

“A gente teve primeiro em si, conceito de diagnóstico, as partes que formam o diagnóstico, então a gente teve a noção da construção em si.” (Arnaldo)

A aprendizagem de conceitos sobre determinado fenômeno, neste caso, o **DE** tem como finalidade o entendimento contextualizado da estrutura que envolve a atividade diagnóstica dentro da disciplina Enfermagem e assim, proporcionar ao aluno embasamento que, o prepare para lidar com a realidade que envolve tal atividade.

Sobre isso é pertinente algumas considerações teóricas. Um encontro clínico, descrito em detalhes, pode dar origem a um conceito por meio de análise. Conceitos são termos que se referem aos fenômenos que ocorrem na natureza ou no pensamento e são formulados em palavras para comunicar o significado de determinadas realidades e de fenômenos observáveis ou não. Pode ser uma palavra, duas ou uma frase. Quando são operacionalizados tornam-se variáveis que, podem ser testadas. São ainda formulações mentais ou idéias que representam as experiências e, assim, seus significados devem ser entendidos dentro da estrutura teórica da qual fazem parte (MCEWEN; WILLS, 2009).

Conceitos são tidos, também, como instrumentos que permitem entender determinada realidade, são representações mentais, simbólicas e possibilita imaginar e compreender os fenômenos (GUTIÉRREZ; SOUZA; MICHEL, 2010).

Na enfermagem, grande parte dos conceitos são originários ou derivados de outras disciplinas, por exemplo, aqueles que incluem as necessidades humanas da

hierarquia de necessidades de Maslow; as do funcionamento corporal provenientes da fisiologia. Os conceitos emprestados da medicina são observados claramente na prática clínica da enfermagem, principalmente, nas áreas de atendimento a pacientes críticos. Há também, os conceitos desenvolvidos diretamente a partir da prática e da pesquisa de enfermagem, como é o caso das classificações diagnósticas. (MCEWEN; WILLS, 2009).

A influência de outras disciplinas, como a medicina é percebida em muitos dos relatos dos alunos deste estudo. Isto parece ser responsável pela fundamentação de algumas afirmações que eles apresentam em relação à aprendizagem da atividade diagnóstica em enfermagem, relacionando esta atividade ao conhecimento de doenças ou elaborando roteiros de históricos que são, certamente, fundamentados na anamnese médica.

Mas, apesar de ter uma classificação diagnóstica que serve de referência para nominar o **DE**, muitas vezes os alunos não conseguem identificar, nessas classificações, uma categoria que, segundo eles, encaixe com o problema identificado no paciente. Neste caso, falam com suas palavras dos parâmetros identificados, como ilustram as transcrições:

“É tem o modelo só que nem todos os lugares se fecham nele, nem todos os diagnósticos, às vezes você vê algo a mais e lá não tem, não tá contemplado lá. Eu já vi professores dizer, não você pode, contar o que tá acontecendo, não pelo modelo fechadinho lá da **NANDA**.” (Vera)

“É tipo procurar no livro, e não tem aquela situação, não é porque não tenho no livro que nós vamos ficar sem escrever, não, eu vou e escrevo exatamente o problema do paciente.” (Lena)

A concepção de relatar problemas que o paciente apresenta, ou seja, as evidências clínicas, o relato dos pacientes e suas queixas, parecem que funciona como uma forma de isenção da interpretação e julgamento clínico desse conjunto de coisas, justificando a ausência do raciocínio clínico que envolve o processo de diagnosticar.

Em síntese, aprender a diagnosticar para esses alunos, consiste em um processo mental de comparar problemas identificados nos pacientes com os manuais diagnósticos e, assim, fazer relações que levem à inferência diagnóstica e que resulta em decidir pelo **DE** que melhor se encaixar a esses problemas. Isso envolve uma dependência dos manuais diagnósticos. Nos seus relatos não se evidencia o conhecimento do processo de raciocínio que envolve um julgamento clínico. Significa, também, interagir com o

paciente de forma intencional para observar e identificar seu problema de saúde, com objetivo de direcionar a atenção para esse problema, o que resulta em um ou mais **DE** segundo modelos de classificação instituídos. Portanto, para o aluno, é um processo teórico e prático em que, diagnosticar significa nominar um conjunto de problemas apresentados pelo paciente, tendo por base a classificação dos manuais diagnósticos. Contudo, no uso da classificação diagnóstica, como referência, há de se ter certa autonomia de relatar o problema, individualizando-o, o que não é possível quando da aderência restrita aos termos diagnósticos padrão.

Como visto a aprendizagem diagnóstica, como descrita por esses alunos, envolve um processo mental cognitivo de observar, avaliar, analisar, memorizar, comparar, interpretar, relacionar e raciocinar clinicamente. Alguns desses processos são percebidos pelos alunos, mas não concebidos como um conjunto de ações que formam o raciocínio diagnóstico e, sim, pensado de forma fragmentada. A aprendizagem diagnóstica acontece na vivência, por meio de práticas que devem ser orientadas pelo professor, guiadas por classificações diagnósticas que expressam uma linguagem própria da disciplina Enfermagem. O segundo tópico deste tema trata do processo de diagnosticar como passamos a descrever.

B) O DE é um Processo que deve ser aprendido de forma contínua

Para os alunos, a aprendizagem diagnóstica é um processo, no contexto de um processo maior, que é o **PE**. Os alunos entrevistados sabem disso e situam o **DE** na aprendizagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem (**SAE**), onde aprendem as etapas que formam o **PE**, inclusive a etapa diagnóstica - esta sempre definida por eles, como a mais difícil.

Os alunos entrevistados contam que, sua aprendizagem diagnóstica, iniciou pelo embasamento teórico. Naquela época a aula teórica sobre o assunto foi ministrada em uma disciplina, denominada Administração da Assistência de Enfermagem e, de forma geral, ao longo do curso por meio de trabalhos acadêmicos e estudos de casos clínicos. Eles relatam que foi nessa disciplina que mais pensaram em **DE** e aprenderam que existiam outros problemas do paciente necessitados de cuidados de enfermagem e esses problemas constituíam o **DE**.

Nessa disciplina, aprenderam a **SAE** passo-a-passo. Nas aulas expositivas ministradas por meio de slides e apostilas lhes foram explicado o **PE**. Estudaram cada etapa do processo, desde o histórico, o diagnóstico, o planejamento e as intervenções. Porém, esse conteúdo foi ministrado em forma de seminários e eles avaliaram que essa metodologia não favoreceu a aprendizagem. Cada grupo ficou responsável por apresentar uma etapa do processo. A professora complementava e ajudava a integrar essas partes. Conforme exemplificado abaixo:

“Eu lembro que ela explicou sobre o processo de enfermagem, sobre o histórico, e a gente teve seminários, cada subgrupo ficou com uma fase do processo de enfermagem para explicar como era esse processo, quais eram as partes desse processo: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação, avaliação. Então, esses foram todos seminários, nós tivemos apresentação de cada fase, estudamos se não me engano na LeFevre, que ela fala todo processo e como se faz, o que é importante fazer, exemplificava. A professora complementava quando alguma coisa ficava confusa ou alguma parte do processo era mais complexa, que gente aprende por parte fica meio confusa às vezes pra juntar essas partes, então ela ajudava a gente fazer a junção dessas partes com exemplo. A parte que ela achava que ficava meio confusa ela complementava.” (Luiza)

“a gente via todas as etapas da **SAE**, mas quando chegava na parte do diagnóstico, era o mesmo problema, porque a gente tinha aquela dificuldade mesmo. A gente teve a teoria, os alunos apresentavam cada etapa, como seminário, aí em cima da apresentação o professor explicava, ele explicava cada etapa. O seminário foi de todo o processo de enfermagem. A parte de diagnóstico os alunos repassaram o que eles entenderam. Eles disseram o que era o **DE** falaram deram exemplos, foi só isso, ah, e a professora se tivesse alguma dúvida, ela explicava, mas a senhora sabe seminário ninguém pergunta nada, dificilmente.” (Valdete)

Sobre o diagnóstico, especificamente, os alunos aprenderam a estrutura diagnóstica: o rótulo eles entenderam como se fosse o problema apresentado pelo paciente e que está relacionado à causa (fatores relacionados ou de risco) e embasado pelas evidências (características definidoras). A professora explicou os conceitos de intervenção, problema, diagnóstico, resultados esperados e os tipos de diagnósticos. Estudaram como usar os manuais da **NANDA** e da Carpenito. Foi explicada, também, a diferença entre diagnóstico de risco e diagnóstico real. Os relatos a seguir ilustram esse processo.

“Bom, a professora deu uma aula expositiva falando a respeito do diagnóstico é como, quem resolveu fazer esse estudo é aonde foi desenvolvido os primeiros diagnósticos, e aí fizemos casos em sala de aula e depois a gente foi à prática. A gente ia olhando porque têm umas classificações, definições, tem primeiro que conhecer os diagnósticos, primeiro conhecer o livro.” (Lúcia)

“Primeiro ele começou a explicar pra gente as palavras, interpretar as palavras, o que é riscos, é o que pode acontecer, ele falava, não o que acontece, aí ele ia explicando as palavras, ele foi falando, que mais, deixa lembrar, ah, relacionado a o que podia ser relacionado e o que poderia ser evidenciado, aí ele foi explicando o que poderia ser e que às vezes a gente não sabe.” (Valda)

“A gente teve primeiro em si, conceito de diagnóstico, as partes que formam o diagnóstico, então a gente teve a noção da construção em si.” (Arnaldo)

Entretanto, essas aulas foram avaliadas por esses alunos como confusas, muito rápidas, superficiais e vagas. A teoria ministrada não era muito interessante. Cansativa, em virtude de ser a última aula da tarde e, também, do método usado - aula expositiva com retroprojeter - ficando a metade da sala escura, o que facilitava adormecer. Na avaliação sobre a aprendizagem teórica do processo de aprender a diagnosticar, os alunos sabem detalhar suas limitações, o que revela a presença de **evento metacognitivo**.

Lunney (2004) refere que, o processo diagnóstico de enfermagem envolve uma interação de processos interpessoais, técnicos e intelectuais. Esse conhecimento afeta a precisão da interpretação das respostas humanas. Inclui quantidade e tipos de conhecimento armazenado na memória sobre o conhecimento das respostas humanas, do contexto clínico envolvido, assim como de relações interpessoais.

Vale aqui ressaltar que a mente é um instrumento rico e variado que engloba diferentes ações mentais, que são relacionadas, como: ações de compreender, memorizar, relembrar, considerar e inferir. Isso requer o uso de diversas estratégias cognitivas, por exemplo, repetição, o uso de dicionários, entre outros, mas uma diferença fundamental é a forma como esse material é organizado para facilitar a compreensão e como selecionar as estratégias que facilitam entender determinada tarefa, o que envolve conhecimento metacognitivo (FLAVELL; MILLER; MILLER, 1990).

Para esses autores, o conhecimento metacognitivo é adquirido gradualmente e de forma específica em determinados domínios, respectivamente. Envolve reconhecer e reagir, adequadamente, a um tipo de conhecimento, saber categorizá-lo como difícil ou não, se exige atenção, detalhamento, se necessita de ajuda, se precisa de especificações

mais claras e detalhadas. Este é um julgamento que parece fazer esse grupo de alunos, quanto ao seu aprendizado diagnóstico.

Nos relatos se evidencia que eles aprenderam o que o **DE** representa dentro de um processo de trabalho sistematizado. Entretanto, observa-se em seus relatos, que não atendeu às expectativas e isso se deve, porque não parece ter sido desenvolvida a fundamentação do raciocínio clínico que envolve essa atividade. O raciocínio clínico, a meu ver, é um instrumento cognitivo que direciona a interpretação de situações clínicas e orienta as intervenções necessárias, portanto, fundamental para aprender a atividade diagnóstica.

O raciocínio diagnóstico consiste em um processo de tomada de decisão que inclui a coleta de dados e a interpretação que resulta na identificação do **DE**. A análise consiste na separação do material em partes e sua avaliação crítica, definindo seus elementos e suas relações. Constitui-se de: a) categorização dos dados e b) identificação de divergências e lacunas. Já a síntese combina esses elementos e inclui: a) agrupamento das evidências em padrões, b) comparação dos dados com teorias, modelos, normas, e conceitos, c) inferência ou hipóteses e d) verificação das causas (RISNER, 1999).

Um estudo com 11 enfermeiras sobre raciocínio clínico mostrou que elas buscam informações relevantes sobre a pessoa que necessita de cuidados de forma contínua e que esse comportamento é influenciado pela experiência e valores que atribui ao cuidar. Isso significa que o raciocínio clínico desenvolve-se a partir do conhecimento profissional e é influenciado pelo ambiente externo e interno da enfermeira, resultando no envolvimento, ou não, e na tomada de decisão da mesma, sobre a pessoa a ser cuidada (CERULLO; CRUZ, 2010).

Os elementos de um processo de raciocínio diagnóstico incluem de modo geral: a coleta de informações orientada para o problema; seleção de um grupo de sinais e sintomas de alta prioridade para iniciar o diagnóstico; recuperação de possíveis diagnósticos explicados ou imediatamente de pacientes, na memória de longo tempo; utilização de futuros reconhecimentos associados com a recuperação de concepções diagnósticas, de guias para observação de pacientes e situações; comparação de dados de pacientes e situações para futuro reconhecimento de concepções diagnósticas, de guias para observação de pacientes e situações; trabalhar o diagnóstico se os dados são

adequados para futuros reconhecimentos e de recuperação de diagnósticos (CARNEVALLI; THOMAS, 1993).

No processo de aprender a diagnosticar, os alunos relataram que eram trazidos pela professora da disciplina do **DE** estudos de casos para serem trabalhados em sala de aula, em grupo e, nesse momento, não percebiam a importância de diagnosticar. Em seguida, iam para as aulas práticas.

A prática gerou muitas expectativas nesses alunos, e trouxe a clareza do por que aprender a diagnosticar em enfermagem. Uma das alunas relatou que foi nas aulas práticas que aprendeu **DE**, interagindo com o paciente, observando o seu problema e o que esse significava para ele. Diante de um paciente com problemas respiratórios percebeu a gravidade do problema e se questionou sobre o que a enfermagem poderia fazer por ele? Foi então que ela me disse um tanto emocionada, que compreendeu a importância de se trabalhar, a partir de um diagnóstico, porque ele daria a resposta ao seu questionamento e passou a interessar-se mais em aprender **DE**. O confronto com a realidade foi capaz de inquietá-la, emocioná-la e mobilizar seus conhecimentos para contribuir com a melhora daquele paciente. Este relato está impregnado de **experiência metacognitiva**, como no exposto abaixo:

“Por exemplo, paciente que está com desconforto respiratório, aí às vezes no estudo de caso não dá o é a devida importância lendo aquilo em sala de aula, mas quando a gente vê aquele paciente, ele tá lá e sem respirar é tão grave pra ele e a gente dá mais importância e faz uma prescrição, alguma coisa que seja mais efetiva pra ele.” (Lúcia)

Os alunos perceberam que aprender **DE** significava aprender um processo e que este - o diagnóstico - era mais do que uma etapa do **PE**. Eles descreveram que, de início, a professora mandava fazer um quadro (planilha) com os problemas identificados no paciente, diagnósticos, intervenções e resultados esperados. Este momento era como se fosse um exercício prático para que eles pudessem, então, ir para a atividade diagnóstica com o paciente.

Cada aluno ficava responsável pela avaliação diagnóstica de um paciente e tinham que realizar etapas ou passos que resultassem em **DE**. Essas etapas consistiam em: Fazer visita ao paciente; elaborar seu histórico por meio de entrevista; ouvir suas queixas; fazer o exame físico (para uns alunos, céfalo caudal, para outros, direcionado ao problema); observar coisas anormais (tendo como parâmetro o que era

fisiologicamente normal); detalhar os problemas; registrar na evolução do paciente; comparar problemas com possíveis diagnósticos nos manuais utilizados na universidade (**NANDA** e Carpenito); verificar os que mais se encaixavam aos problemas; decidir pelo **DE** que considerou mais adequado aos problemas identificados. Ilustramos com os seguintes relatos:

“De início teve aula teórica, aí depois a gente veio para prática. Quando a gente fazia a visita, a evolução de enfermagem tinha contato com o prontuário, e fazia análise sobre a condição dele, aí vamos lá vê qual a característica que estava relacionada, a gente ia para o livro da Carpenito e confirmava-o. Depois ia passar para o prontuário e terminava o diagnóstico dele, e depois fazia a prescrição e as intervenções.” (Arnaldo)

“Avaliava o paciente, a partir disso evoluía o paciente e aí extraía as complicações e o que seria diagnóstico, aí ia para o livro. Tinha um livro lá da **NANDA**, e pesquisava nele.” (Luciana)

“A gente sabia quais eram as estruturas que faziam parte e a gente foi aprendendo mais na prática, como chegar naquelas estruturas. Primeiro fazer o histórico, tem que fazer a anamnese do paciente, fazer a coleta de dados clínicos, para chegar ao diagnóstico.” (Vera)

Cada aluno relata esse processo de uma forma própria, mas todos têm clareza de suas etapas e concordam que ele deve ser contínuo. Apresentamos o processo de aprender a diagnosticar dos alunos e suas especificidades:

Violeta coleta os dados do paciente e, a partir daí, observa os possíveis diagnósticos no livro da Carpenito e da **NANDA** tendo como base a anormalidade que o paciente apresenta.

Vilma, na prática, ia para o hospital e lá avaliava o paciente, identificava seu problema e procurava o **DE** que se enquadrasse naquele problema. Em algumas práticas fazia estudo de caso e trabalhos que “jogavam” para que fosse elaborado o **DE** e a professora corrigia.

Valda relatou que foi ensinado que deveriam “vê” a doença do paciente, fazer exame físico céfalo podálico e aquilo que estivesse relacionado a alguma coisa que chamasse atenção no paciente. Então deveria consultar o livro de diagnósticos e verificar se poderia ser um **DE**, como mostra um dos relatos da aluna:

“Aí a gente foi pra prática aí ele deu um estudo de caso pra gente, à gente fez e elaborou junto com ele os **DE**, ele deu um paciente bem complicado, com leucemia. Ele deu um paciente para cada uma e a gente ia coletar os dados, fazer o histórico dele, admissão, e depois fazia o diagnóstico com ajuda do professor e do livro.” (Valda)

Antonio, na prática do hospital, avaliava o paciente, acompanhava o caso dele, fazia prescrição de cuidados. Dessa forma, percebeu que naquele momento, treinava a clínica e a administração, visto que os planos que elaborava serviam também, para direcionar o trabalho da equipe de enfermagem.

Arnaldo fazia visita dos pacientes, evolução, leitura do prontuário e elaborava o **DE** que devia ser coerente com a patologia do paciente. Essa coerência é explicada, porque ele devia analisar os sinais e sintomas que o paciente apresentava vindo da patologia. A avaliação desses sinais e sintomas determina necessidades humanas básicas que sugerem o **DE**. Fazia exame físico, avaliava as necessidades e características do paciente e se apresentava alguma necessidade. Fazia anotações sobre isso e verificava na Carpenito os diagnósticos adequados, a prescrição e as intervenções com o paciente.

Este aluno traz um aspecto diferente dos outros, o uso do referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas (**NHB**) como forma de ajudar a organizar e interpretar o resultado da avaliação clínica do paciente, assim como delimitar a atuação profissional em situações problemáticas, que requerem cuidados multiprofissionais, como visto em seu relato:

“Quando a gente fazia a visita, a evolução de enfermagem tinha contato com o prontuário do paciente, e fazia análise sobre a condição dele. Os sinais e sintomas que são relacionados às necessidades humanas básicas, no caso são do enfermeiro, enquanto que para o médico vai importar à patologia. A gente fazia o exame físico avaliava as necessidades, se tinha algum risco.”
(Arnaldo)

Valdete fazia entrevista, perguntava as queixas, fazia exame físico, observava procedimentos, vias invasivas, sinais vitais, mas não conseguia fazer o **DE** sem olhar o livro. Era ele que embasava a análise dos problemas e a identificação do diagnóstico. Baseava-se na papeleta, na prescrição médica e na de enfermagem, só copiava e, às vezes, tentava pensar no diagnóstico, mas não encontrava.

Lena fazia o histórico do paciente, exame físico para identificar o problema e traçar o diagnóstico com auxílio do professor e, então, traçava as intervenções necessárias. Atualmente sabe construir **DE** com toda sua estrutura, rótulo, fatores que contribuem e características definidoras.

Vando avaliava o paciente como um todo, fazia leitura de seu prontuário e sua evolução a partir dos sinais clínicos e da observação. Pensava, também, na patologia de base e imaginava quais problemas o paciente apresentava e produzia o diagnóstico. Quando não conseguia identificá-lo no livro não podia inventar, então, nesse caso, falava sobre todos os parâmetros que identificava no paciente.

Vera tem como ponto de partida a avaliação total do paciente, escreve na sua evolução todas as evidências de seu problema e condições de saúde e que, isso, justificava e embasava o **DE**. Essa avaliação resultava no plano de cuidados.

Luciana, na prática da disciplina, avaliava o paciente por meio de entrevista e exame físico. Registrava sua evolução, identificava as complicações e elaborava o **DE** com auxílio do manual da **NANDA**. Às vezes, o mesmo paciente tinha vários diagnósticos, mas neste caso, ela tinha que escolher o problema principal. Para fazer o **DE** observava no paciente às condições em que se encontrava, se ele apresentava vias invasivas, sinais de infecção local, se estava sondado, o funcionamento da sonda e a presença de resíduos. Observava presença de desconforto respiratório, sua perfusão periférica, entre outros aspectos. Isso representa para ela que, diagnosticar, é uma ação consciente, entretanto, às vezes faz tudo isso e nem registra e, neste caso, ainda diz que não faz diagnóstico.

Essa aluna levanta outro aspecto importante, porque há enfermeiros e enfermeiras que identificam problemas e cuidam do paciente com base nesses problemas. Entretanto, isso não é considerado diagnóstico, visto que as informações não são sistematizadas, devidamente analisadas e nominadas com a linguagem científica das classificações diagnósticas, porém essa é uma realidade vivenciada pelos alunos nos ambientes de aprendizagem. Como se observa nos relatos:

“É tem o modelo só que nem todos os lugares se fecham nele, nem todos os diagnósticos, às vezes você vê algo a mais e lá não tem, não tá contemplado lá. Eu já vi professores dizer, não você pode, contar o que tá acontecendo, não pelo modelo fechadinho lá da **NANDA**.” (Vera)

“É tipo procurar no livro, e não tem aquela situação, não é porque não tenho no livro que nós vamos ficar sem escrever, não, eu vou e escrevo exatamente o problema do paciente.” (Lena)

Sintetizando esse processo observa-se que há **pontos comuns** relatados pelos alunos. Entendem o **DE** como um processo que envolve coleta de dados, exame físico e comparação com manuais diagnósticos. A observação de procedimentos invasivos e

complicações são necessárias para o **DE**, mas é entendida como um procedimento extra, não incluso no exame físico. Implica, ainda, no conhecimento da entidade mórbida como pré-requisito essencial para sua construção.

Alguns alunos relataram **outros aspectos** como: o uso do referencial das **NHB** para organizar e agrupar as informações coletadas dos pacientes. Descrever o problema quando não conseguir, no manual, um diagnóstico que encaixe nos problemas identificados.

Neste caso, contar, com suas palavras, o que está acontecendo com o paciente, para alguns alunos, é uma forma de diagnóstico que deve seguir uma regra importante, ou seja, ser pertinente e válido. Isso significa que, quem ler, deve entender o que está acontecendo com o paciente e que se outra pessoa for avaliá-lo, vai identificar o mesmo problema, além do que deve orientar intervenções de enfermagem que resultem em melhora do paciente.

A partir dos relatos dos alunos, observamos que o processo diagnóstico implica em avaliar um paciente, identificar seu problema de forma direta, de acordo com as evidências, analisá-las e compará-las com os manuais diagnósticos, nomeando cada conjunto de evidências. Esse processo consiste em um ato intencional, o que Flavell, Miller e Miller (1999) definem como:

“A intenção é um estado anterior, uma representação mental que tem um papel mediador causal entre os desejos e as ações. Portanto, um conceito adequado de intenção envolve dois componentes: (a) um comportamento não-acidental relacionado a desejos e diferenciado dos resultados; e (b) um estado mental anterior de pensamento e planejamento da ação futura.”
(p.174)

Com base na descrição dos alunos, entendemos que o processo de aprender a diagnosticar envolve um processo mental cognitivo de observar, avaliar, analisar, memorizar, comparar, interpretar, relacionar e raciocinar clinicamente. O processo diagnóstico acontece na vivência por meio de práticas orientadas pelo professor e de forma contínua. Consiste no uso da classificação diagnóstica como referência, mas com certa autonomia de relatar o problema quando não conseguir adequar este problema aos termos diagnósticos padrão. Um processo que acontece por meio de estratégias que facilitam a aprendizagem e das quais passamos a falar.

C) A Prática: Estratégia mais adequada à aprendizagem diagnóstica

A aprendizagem diagnóstica é um processo que requer o uso de várias estratégias, com a finalidade de tornar mais acessível ao intelecto, o conteúdo e habilidades que são inerentes e essenciais a essa atividade. Entre as estratégias mencionadas pelos alunos a **prática diagnóstica** é aquela mais adequada para essa aprendizagem. Outras, também, são apontadas por eles, entre elas, as estratégias cognitivas. Entretanto, relatam a existência de uma estratégia não cognitiva, porém de suma importância: os recursos do ambiente de aprendizagem. Todas as estratégias relatadas estão apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 5 - Distribuição das estratégias de aprendizagem relatadas pelos alunos pesquisados

Estratégias de Aprendizagem Diagnóstica em Enfermagem	
Estratégias cognitivas	Estratégias não cognitivas
Prática: avaliação clínica do paciente	Recursos do ambiente de aprendizagem: impresso com DE da SAE .
Estudo de casos clínicos	
Leitura/consulta do manual diagnóstico	
Uso de palavras-chave para acionar na memória a sequência da estrutura diagnóstica	
Conhecer sobre a doença do paciente e saber relacionar com o DE .	
Uso do pensamento dedutivo	

A prática é a estratégia que mais facilita o aprendizado diagnóstico, segundo esse grupo de alunos. Alguns enfatizam a aula prática, outros se referem às práticas e estágios em geral, mas todos justificam essa escolha argumentando que a atividade diagnóstica não pode ser só vista e aprendida na teoria. É necessário fazer avaliação clínica e ver como esses diagnósticos acontecem no paciente para desenvolver a habilidade diagnóstica. Estes alunos se referem ao desenvolvimento da capacidade de realizar a atividade diagnóstica e sabem que, para tal, é necessária a relação teoria e prática. Para alguns alunos, isso significa estudar a teoria e, amanhã, a prática. Como observado no exemplo a seguir.

“O que me facilita mais aprender **DE** é a parte prática, a aula prática, não só a teoria, pois se você não vê isso no paciente não desenvolve. É estudar a teoria e amanhã ir pra prática.” (Antonio)

A partir da prática, os alunos, também aprenderam a recorrer a outros tipos de apoio, além do livro e do professor - os demais profissionais - que cuidam do paciente. Com isso, consideram que, quanto mais cedo iniciar a aprendizagem diagnóstica no

curso e, mais diluída nas diversas disciplinas que dão conta das áreas de saber da enfermagem, mais fácil seria a aprendizagem, porque se daria de forma contínua.

Sendo a prática a estratégia mais adequada para aprender a diagnosticar, eles pensam que, assim como é cobrado que se faça a avaliação e evolução do paciente, deveria ser também, obrigatório elaborar o **DE**. Para esse grupo de alunos, não adianta saber todas as categorias diagnósticas que existem, se não se aplicar isso no paciente. Eles consideram que essa é uma atividade que, quanto mais se treina, melhor consegue fazer. Portanto, o treino é importante, o que pode ser evidenciado na citação a seguir:

“Eu acho que a melhor maneira de aprender é fazer então a princípio quando lá na disciplina administração da assistência eu fazia muito, mas nas outras práticas a gente acaba fazendo esse preestabelecido e não fazer **DE** como devia fazer.” (Arnaldo)

O que esse aluno relata é que reconhecem a prática como uma estratégia cognitiva, da qual, se beneficiam mais para aprenderem a diagnosticar. Isso indica conhecimento metacognitivo de que, diagnosticar, é uma tarefa difícil e, para aprender, requer treinamento, prática que deve ser desenvolvida de forma contínua ao longo do curso.

É importante mencionar que estratégias são procedimentos que se aplicam intencionalmente para conseguir uma meta fixada. O aprendiz deve compreender o que está fazendo e o porquê está fazendo. Isso exige dele, reflexão consciente, um **metaconhecimento** sobre os procedimentos utilizados, assim como escolha de recursos adequados à tarefa a ser realizada e aprendida (POZO, 2010).

Os alunos demonstram saber disso, porque falam de uma prática gradual e distribuída ao longo do curso, que resulte em aprendizagem, ou seja, aquela que inicia a partir das primeiras práticas e acontece em todas as disciplinas do curso, de forma contínua. Eles argumentam que, a cada disciplina, a cada problema, é preciso conhecer os diagnósticos possíveis de acontecer. Por exemplo, ao cuidar do paciente na enfermaria de cardíacos, eles, como alunos, deveriam conhecer os **DE** possíveis para esse tipo de paciente. Desta forma, eles aprenderiam mais do que concentrado em uma única disciplina. Conforme os relatos a seguir:

“Ah, avaliando o paciente por sistemas, por procedimentos que ele fez, ou seja, identificando mesmo os problemas e vendo os diagnósticos, e está sempre utilizando essa maneira, porque a gente faz uma vez, aí no outro semestre às vezes não faz, seria a prática mesmo.” (Vanusa)

“Seria mais bem aprendido se a cada disciplina, a cada problema a gente fosse conhecendo os diagnósticos para aquela situação. Se a gente vai cuidar de um paciente cardíaco, então vamos conhecer os **DE** do paciente cardíaco, a gente fixaria mais do que visto em uma só disciplina, e não aplicar.”
(Lúcia)

Este aspecto também foi descrito no estudo de Almeida (2002), os alunos com quem trabalhou em sua tese de doutorado, apontaram o ensino progressivo ao longo do curso, como um favorecedor à aprendizagem diagnóstica, na perspectiva de que o conhecimento sobre o diagnóstico vá sendo retomado, sedimentado e aprofundado nas diferentes disciplinas.

Além desse aspecto facilitador, parece que esses alunos, também, estão falando de basear o conteúdo que precisam aprender para cuidar de um paciente com problemas cardíacos, por exemplo, no **DE**, e não só nas patologias. Não quero dizer com isso que conhecer as patologias não seja importante. Certamente que é, mas os enfermeiros tratam das respostas, das reações dos pacientes portadores de patologias e, isso, é o que deve ser mais evidenciado em sua aprendizagem, de maneira que esse conhecimento vá se desenvolvendo e sedimentando, em cada área do saber e de prática de enfermagem.

Relatou-me uma das alunas entrevistadas, com certa surpresa, que não sabia que duas pacientes, com mesmo tipo de câncer, podiam ter respostas diferentes. Ela aprendeu isso cuidando de duas pacientes nessa situação e evidenciou que a patologia era única - da patologia sabia tudo - mas teve que cuidar de formas diferentes dessas pacientes. E isso ela não sabia.

Faz sentido dizer, que existem algumas variáveis importantes para propiciar condições de aprendizagem prática: a quantidade da prática e sua distribuição temporal. “Quanto mais praticamos algo, mais provável será que o aprendamos” (POZO, 2010, p.91). A variável prática é essencial a qualquer aprendizagem, principalmente, quando envolve aprendizagem procedimental, que requer o alcance de um nível de perícia e resultados complexos. A variável temporal, também relevante, está relacionada a como se distribui essa quantidade de prática. A prática distribuída em sessões de aprendizagem é mais eficaz do que a prática intensiva em determinado tempo. Além dessas variáveis, o tipo de prática, também, pode afetar a sua eficácia, ou seja, a natureza qualitativa da prática que está relacionada ao tipo de processo de aprendizagem como uma prática reflexiva (POZO, 2010). Segundo esse autor, na prática reflexiva o aluno deve compreender o que está fazendo e, assim, alcançar uma aprendizagem mais

significativa. Essa é uma forma de aprendizagem onde o **conhecimento metacognitivo** pode ajudar bastante.

Neste caso reconhecemos que o conhecimento metacognitivo envolvido está relacionado às **categorias pessoa e estratégia**. Da categoria pessoa, inclui conhecimentos e crenças adquiridas quanto aos seres humanos como processadores cognitivos (FLAVELL, MILLER; MILLER 1999). Mais especificamente ainda e, considerando os autores citados, esse conhecimento metacognitivo da categoria pessoa está relacionado à subcategoria dentro da pessoa, que reconhece em que situação aprende com mais facilidade. É o caso destes alunos, que reconhecem aprender melhor na prática do que na teoria, embora considerem a teoria também importante. Quanto à categoria estratégia, os alunos têm conhecimento sobre os meios ou estratégias que, têm mais possibilidades de lhes fazer alcançar os objetivos cognitivos.

Outro aspecto, que alguns dos alunos relatam sobre a prática, é cuidar do paciente que diagnosticam. Segundo eles, nem sempre acontece, porque às vezes, estão lá só para aprender a fazer o **DE** nos pacientes portadores daquela patologia. No outro dia, já vão para outro tipo de unidade para aprender a fazer diagnóstico em pacientes com outro tipo de patologia ou com algum tipo de procedimento, por exemplo, cirurgia. E esta situação talvez explique, pelo menos em parte, porque os alunos atrelam o **DE** com a patologia do paciente.

Esses alunos falam em criar laços com o paciente, cuidar dele e não só fazer o **DE**. Aliás, esta não é a proposta desse diagnóstico, que tem como preceito fundamental ser base para o cuidado, para a intervenção de enfermagem. Isso significa estabelecer compromisso de cuidado com os pacientes, vivenciar de fato, essa experiência e, assim, visualizar as necessidades do paciente, atendê-las e avaliar seus resultados. Os relatos a seguir ilustram essa questão:

“Na prática sobre **D.E** a gente não aplica, está lá pra aprender fazer diagnóstico, eu não vou assistir o paciente, eu faço o diagnóstico dele e posso até deixar registrado lá, mas eu não vou acompanhar a clínica dele.” (Lúcia)

“Na prática, a própria assistência em si, a gente vai aprendendo vai familiarizando com as características que o paciente apresenta então à medida que a gente vai executando, a gente vai tendo mais facilidade. Porque, é pra gente construir um diagnóstico a gente precisa ter contato com o paciente, avaliar esse prestar assistência que, você vai visualizar as necessidades dele. Só dessa maneira que vai construir o diagnóstico.” (Arnaldo)

Outra estratégia relatada pelos alunos é o exercício prático quando aliado à teoria. Neles estão incluídos, estudos de casos levados para sala de aula e os estudos de casos realizados na prática. Estes últimos são considerados pelos alunos um exercício mais eficaz. Os estudos de casos trazidos pela professora eram realizados em grupo, cada grupo fazia o estudo e, a partir daquele estudo, elaboravam o diagnóstico e a prescrição, mas não entendiam o valor que aquilo tinha como refere o relato a seguir.

“Todas as aulas a professora trazia livros da **NANDA** e tudo e a gente fazia um estudo de um paciente, por exemplo, a gente tinha um relato dele, uma evolução dele e a partir daí a gente podia elaborar algum tipo de diagnóstico pra ele, com consulta na **NANDA**, mas aí assim, no caso desse a gente não dá a devida importância.” (Lúcia)

Aqueles desenvolvidos na prática foram melhores, porque estão lá diante do paciente, em contato com a realidade. No hospital tem outras coisas que podem interferir, por exemplo, às vezes o paciente pode estar incomodado, têm os outros que estão olhando e, se não tiver uma proteção adequada, pode incomodar o paciente. Enfim, ocorrem várias coisas que fazem parte da realidade e torna mais completo o estudo de caso no hospital do que na universidade. Até porque eles consideram que, assim, percebem a necessidade de aprofundar o estudo e procurar mais conhecimento. Evidenciado no relato da mesma aluna.

“quando tu estás lá com o paciente, o paciente que está com desconforto respiratório, aí às vezes no estudo de caso não dá o é a devida importância lendo aquilo em sala de aula, mas quando a gente vê aquele paciente, ele tá lá e sem respirar é tão grave pra ele e a gente dá mais importância, mas quando a gente está aqui, a gente tem outras coisas que estão interferindo.” (Lúcia)

Os estudos de casos clínicos muito utilizados, como estratégia de aprendizagem na formação do enfermeiro, sem dúvida, são exercícios que iniciam o aluno na forma de identificar problemas, agrupá-los, analisá-los à luz de um referencial teórico, chegar a um julgamento clínico e até uma tomada de decisão.

Fazem parte, portanto, de aprender o processo de identificar e resolver problemas, entretanto, guarda certa relatividade quanto a sua eficácia, isso se devem a, meu ver, na forma de como é conduzido e os alunos percebem isso e, por esse motivo, preferem trabalhar com problemas reais, porque precisam ter uma postura concreta, avaliar e decidir dentro de uma realidade que, por meio dos resultados de sua ação, lhe dará respostas sobre o desenvolvimento de seu conhecimento. E nesta postura pode ser reconhecido um **evento metacognitivo**.

Nesse processo, o uso do referencial teórico das **NHB** como estratégia ajuda a organizar e interpretar o resultado da avaliação clínica do paciente, assim como, delimitar a atuação profissional em situações problemáticas, que requerem cuidados multiprofissionais, como nos relatos abaixo:

“Quando a gente fazia a visita, a evolução de enfermagem tinha contato com o prontuário do paciente, e fazia análise sobre a condição dele. Os sinais e sintomas que são relacionados às necessidades humanas básicas, no caso são do enfermeiro, enquanto que para o médico vai importar à patologia. A gente fazia o exame físico avaliava as necessidades, se tinha algum risco.” (Arnaldo)

“Pensava nas **NHB** afetadas a partir do exame físico, pelo menos era assim que eu organizava meu pensamento pra chegar ao diagnóstico, assim era mais fácil.” (Vando)

Os impressos padronizados dos **DE** da **SAE**, também, são mencionados como estratégia de aprendizagem por alguns alunos. Esses impressos existem nas unidades onde a sistematização da assistência de enfermagem está implantada e utilizam o **PE** com forma de organizar e direcionar o trabalho de enfermagem. Para realização da fase diagnóstica, em geral, existe um impresso padronizado com os diagnósticos mais frequentes naquela unidade e suas respectivas intervenções. É uma forma de facilitar o trabalho do enfermeiro e seu tempo. Esta estratégia está relacionada com o ambiente de aprendizagem, se constituindo em um recurso desse ambiente que os alunos podem usar para ajudar sua aprendizagem diagnóstica, conforme apresentado:

“A **SAE** é uma estratégia importante tanto pra nós que somos alunos quanto para os profissionais enfermeiros, eu acho que é uma estratégia muito boa, que eu particularmente utilizo bastante. Na verdade ela ajuda aprender porque já está feito, inclusive em todos os impressos da **SAE** tem um espaço pra outros diagnósticos que não estejam lá. Eu utilizei esse espaço poucas vezes, na maioria das vezes eu utilizo os que já estão prontos. A gente tem que conhecer a história do paciente porque ele está ali, e através da história dele, das queixas a gente vai identificando na **SAE** aquilo que, forem relacionados a ele.” (Lara)

Entretanto, esta é uma estratégia polêmica entre os alunos. Alguns consideram que não auxilia, porque torna as pessoas cada vez mais mecânicas, ou seja, às vezes a pessoa já nem avalia o paciente como deveria. É fazer sem pensar. É como estivesse no piloto automático nem pensou porque está fazendo aquilo, já está marcando. Para outros é uma estratégia interessante que tem foco no **DE**.

Isso, porque o **DE** listado no impresso representa os mais comuns que ocorrem naquela clínica e, quando se deparam com situações não previstas, se acomodam e parece que perdem a capacidade de pensamento para analisar o problema. Não se esforçam para elaborar outros diagnósticos, porque isto inclui ter que realizar uma análise detalhada do caso para trazer conclusões a partir dessa análise que seria o diagnóstico. Como observamos nestes relatos:

“Na prática, estágio tem o impresso, em função da correria, do dia a dia, é mais fácil marcar, com isso a gente perde muito a prática de fazer diagnóstico, e deixa passar outros diagnósticos que podem ser importantes para o paciente.” (Vando)

“Para aprendizagem eu creio que a **SAE** não auxilia porque, isso só torna as pessoas cada vez mais mecânicas, e o que acontece às vezes a pessoa já nem avalia o paciente como devia, já olha o paciente está e, ah ele está fazendo analgésico tem vários procedimentos invasivos, aí ele já vai ao problema e é só marcar, risco para infecção. Então o processo de enfermagem não está sendo realizado, eu creio que é muito complicado dessa maneira.” (Armando)

“Eu acredito que tendo o impresso facilita fazer o diagnóstico, mas não tanto de pensar o diagnóstico, porque ele já está lá pronto, mas talvez se não tivesse o impresso você talvez não lembrasse direito, porque você não vê com tanta frequência, se tiver o impresso ótimo fica mais fácil de fazer e de lembrar.” (Luiza)

Outra estratégia relacionada ao ambiente de aprendizagem relatada pelos alunos é que essa atividade fosse praticada em todos os hospitais, em todas as práticas. O que eles vivenciam, no entanto, é que existem hospitais em que esta atividade é obrigatória, em outros não. Existem, ainda, unidades dentro do mesmo hospital que realizam a **SAE** e outras unidades do mesmo hospital que não realizam. Vejamos relatos que exemplificam essa questão.

“Acho que o que faria aprender melhor é se tivesse assim para fazer em todos os hospitais em todas as práticas. Acho que a prática é a melhor forma de aprender, mas a gente vem ensinam a assistência, a fazer, mas o diagnóstico, não. Na prática de centro cirúrgico é obrigatório fazer o **DE**, então a enfermeira já diz, olha vamos fazer o **DE** e a gente tinha que ir com ela e fazer, em outras não, vai deixando sem e fica por isso mesmo. Então acho que esse é o momento de a gente aprender, porque se a gente não fizer professora, não aprende. Tudo é uma questão de praticar.” (Virna)

“Por exemplo, aqui no **CTI** eu estava até conversando com a enfermeira, que o pessoal não dá muito valor para o processo de enfermagem, para o **DE**. Não sei lhe dizer bem por que, eu particularmente não vejo explicação pra isso.” (Armando)

Essa realidade relatada pelos alunos parece retratar uma atividade que não é obrigatória, que não faz parte da atuação profissional do enfermeiro, algo que fica a critério dele, da importância que dá ou não a essa atividade ou do conhecimento que tem ou não, para realizá-la. Para o aluno, aprender, a partir da prática profissional, é aprender o saber profissional representado nas atividades de sua competência, aqui, no sentido de seu âmbito de fazer. Ausubel (2003) denomina isso no contexto da aprendizagem significativa, de aprendizagem representacional que, ocorre, quando o significado dos símbolos se refere a objetos, acontecimentos e conceitos e tem para o aprendiz, o significado que os referentes possuem.

Os ambientes de aprendizagem devem propiciar a exploração máxima das capacidades cognitivas e isso requer a presença de uma série de atividades e recursos que o aluno possa utilizar como ferramenta para coletar e interpretar informações, receber orientações, interagir com outras pessoas para analisar e sistematizar essas informações, refletir sobre seus processos mentais para ser capaz de controlá-los e aperfeiçoá-los de forma gradual e contínua (STEDILLE, 2002).

Para essa autora, um ambiente de aprendizagem flexível permite que o aluno interaja de acordo com suas características e, assim, maximiza as estratégias mentais que possam ser úteis à resolução de problemas. Neste caso, o conhecimento passa a ser um instrumento a serviço do aluno, capaz de ajudá-lo a identificar variáveis presentes em determinada situação e como é possível controlar essas variáveis.

Outra situação destacada pela autora é o modelo profissional onde os alunos não observam essa competência nas enfermeiras assistenciais, nem mesmo aquelas que atuam nos campos de estágio. Sobre isso, ela destaca que, pesquisadores da área de educação têm discutido sobre o descompasso entre a formação acadêmica e a prática vivenciada no mundo do trabalho. Entre esses pesquisadores cita Chaves (1996); Angelo (1994); Bagnato (1999); Geib (1999); Ern Backes (1999).

O mundo do trabalho local onde acontece a prática profissional, se constitui de um dos ambientes de aprendizagem do aluno. Sobre isso, Brandão (1999) refere que, no ambiente de aprendizagem, é que se apresentam os princípios, conceitos, as bases e instrumentais da enfermagem fundamental na construção do contexto adequado “ao aprender e ao cuidar de enfermagem” (p. 12). Para o autor, construir um cenário adequado à aprendizagem do cuidar representa competência e instrumentos básicos para

que ocorra um processo mental, que possibilite aprender a cuidar e o próprio exercício do cuidar.

O ambiente de aprendizagem é, também, onde alunos e professores vivenciam a atividade diagnóstica, portanto, esse é um contexto de orientação e possibilidades de experiências que, de fato, desenvolvam competências e habilidades para diagnosticar e os alunos apresentam concepções sobre isso.

“Como às vezes o professor não cobra, e a gente fica com vários pacientes, eu não faço porque não me pedem, e estou fazendo outras coisas, e como não é necessário para determinados hospitais que não tem SAE implantada, a gente não faz.” (Antonio)

Para resolver problemas de saúde onde os alunos se deparam, continuamente, nos ambientes de aprendizagem é necessário que estes ambientes propiciem uma flexibilidade cognitiva, que privilegiem o desenvolvimento de operações mentais e, nesse sentido, o professor tem um papel fundamental. Deve construir situações de aprendizagem que possibilitem aos alunos desenvolver habilidades a serem utilizadas para resolver problemas em diferentes situações, fora da sala de aula (STEDILLE, 2002). Os alunos deste estudo percebem esse papel no professor e sentem necessidade que ele, o professor, assuma essa postura no processo de aprendizagem da atividade diagnóstica.

Para Stedille (2002), ainda, o professor deve criar ambientes onde a dúvida predomine, questionando e ajudando o aluno a ultrapassar relações de dependência, potencializando o ato educativo dentro de uma ação participativa, criativa, relacional, reflexiva, e identificar quando o aluno necessita de instruções adicionais para avançar em uma atividade. Portanto, para a autora, o professor que se propõe a construir conhecimento de forma dinâmica, necessita avaliar, de forma contínua, sua visão de aprendizagem e, assim, criar ambientes de aprendizagem que facilitem a construção individual e coletiva como resultado direto da reflexão conjunta sobre o mundo real.

Quando há uma preocupação com o desenvolvimento **metacognitivo** do aluno, o professor deve se esforçar para que ele desenvolva um pensamento auto-regulado de seu aprendizado e orientar o aluno no ato de pensar sobre o pensar para avaliar a qualidade das estratégias de pensamento e o desempenho correspondente (STEDILLE, 2002).

Outras estratégias referidas por alguns alunos foram: Saber as palavras-chave, a patologia de base, consulta aos livros da Carpenito e da **NANDA**, uso do pensamento dedutivo, aulas reflexivas e o uso de ferramentas computacionais.

Alguns dos alunos relatam que o professor enfatizou que existem duas palavrinhas que não poderiam esquecer, ou seja, o título diagnóstico estava **relacionado** ao (fator causal ou de risco) e **evidenciado** por, (sinais e sintomas). Conforme exemplificado nos relatos a seguir:

“quando a gente começa o diagnóstico existem duas palavrinhas_chaves, o professor falava que, era o diagnóstico título, relacionado ao fator e, evidenciado por alguma coisa que, ele falou que a gente nunca poderia esquecer essas duas palavras, relacionado e evidenciado, então, o paciente apresenta dor aguda? Apresenta vamos ver a que está relacionada essa dor aguda, a que tu achas que está relacionada? É por procedimento invasivo, é uma lesão, é um trauma?” (Armando)

“eu não sei o nome das partes, mas é alguma coisa, relacionado a tal coisa, evidenciado por aquilo, como se fosse assim essa seqüência, eu deduzo, eu vou ligando as idéias para colocar o diagnóstico.” (Vitória)

Neste caso, o uso associativo de palavras-chave, como estratégia, aciona na memória a seqüência estrutural da redação diagnóstica, visto que, o diagnóstico é composto de partes, dispostos em uma seqüência e inter-relacionadas. Parece que nessa orientação há a finalidade de estimular que os alunos possam ter “insight” codificador no sentido de perceber relações que mobilizem o raciocínio e a memória, entre outros, para relacionar e embasar o diagnóstico identificado.

Esse tipo de estratégia, grosso modo, pode estar incluído, em um tipo denominado por Flavell, Miller; Miller (1999) como estratégias de elaboração, e que são estudadas no contexto de uma tarefa de aprendizagem de pares associados, onde os sujeitos têm que aprender pares de itens, de modo que, quando uma palavra for apresentada a sua memória, eles possam recordar da outra. Segundo esses autores, pesquisas mostram que a elaboração pode ser um método eficaz de cimentar itens juntos na memória.

Para aprender a construir o diagnóstico, alguns desses alunos consideram que o conhecimento sobre a doença e sua relação com o **DE** consiste em estratégia de aprendizagem importante, como evidenciado nas falas a seguir:

“Quando eu conhecia um pouco da doença, e dos termos técnicos, era mais fácil fazer o diagnóstico.” (Luz)

“Bom, se eu chego ao paciente e não consigo identificar o diagnóstico pra ele, mas eu sei a patologia de base, então eu vou até o livro e lá tem um quadro que tem as patologias de base e os possíveis **DE** que são relacionados a ele, no caso, na Carpenito, aí eu consigo chegar. Então eu procuro a doença, a patologia de base e por essa patologia eu já direciono o diagnóstico.” (Lara)

A relação **DE** e **DM**, já tratada anteriormente, é visto, pelos alunos como estratégia de aprendizagem, isso porque, na prática, é o que eles vivenciam, é o que nos ambientes de aprendizagem é valorizado.

Sobre essa relação Almeida (2002) se posiciona contrária à vinculação do **DE** à patologia, pensamento, do qual, compartilho também. Para essa autora o **PE** e o **DE** especificamente, trazem conceitualmente uma proposta inversa que é a de valorizar o cuidado prestado pela equipe de enfermagem, tendo como foco as respostas que pacientes apresentam a diferentes problemas de saúde. O que é proposto, ressalta a autora, é ampliar a visão que se tem do paciente e, mesmo reconhecendo os limites impostos pela linguagem, na definição de fenômenos complexos ela é necessária.

A consulta ao manual diagnóstico é outra estratégia que acompanha os alunos em todos os momentos da aprendizagem da atividade diagnóstica, muitas vezes, numa relação de dependência, sem o qual, o aluno não se sente seguro para diagnosticar. Essa relação se dá em um processo de comparação e adequação das evidências clínicas do paciente com o manual, como expressa as falas a seguir:

“Sem dúvida os livros a Carpenito, a **NANDA** olhar, pesquisar acho que me ajudou também na prática em si, os estágios que eu fiz me ajudaram bastante.” (Violeta)

“Nós pegávamos os dados do paciente, e fazíamos comparação com o livro, por exemplo, ele estava com um problema de úlcera de pressão, então ia à parte de pele, da Carpenito, na parte tecidual, e procurava qual o diagnóstico que tinha pra úlcera de pressão e, geralmente transcrevia.” (Vera)

Essa situação de dependência do manual diagnóstico gera em alguns, um sentimento de ansiedade e inquietação que pode gerar uma percepção equivocada do papel do manual de classificação, no processo de fazer diagnóstico, como no relato a seguir.

“Eu fico ansiosa dessa maneira, porque eu acho que como a gente vê o diagnóstico do médico, na minha visão, eles fazem aquele diagnóstico do conhecimento dele embasado em conhecimento científico, mas, eles têm que fazer na vivência deles na prática. É isso que eu questiono com o professor, porque que a gente tem que ir à **NANDA**, na Carpenito ou em alguma literatura?” (Vilma)

O uso do pensamento dedutivo, também, foi apontado por alguns alunos como estratégia de aprendizagem. Eles explicam esse pensamento pelo fato de que o aluno parte da avaliação total do paciente, em busca de um problema específico que se configure em um **DE**. Esse diagnóstico está sempre relacionado às condições que o paciente apresenta frente à determinada situação maior e, por isso mesmo, é dinâmico, ou seja, pode mudar durante a internação, de acordo com a melhora ou piora do seu estado de saúde e, para esses alunos, isso é um processo de pensamento e análise dedutivo que ajuda a fazer o diagnóstico. Os relatos a seguir exemplificam essa concepção de alguns alunos.

“Acredito que saiba fazer **DE**, porque o diagnóstico é dedutivo, a gente avalia o paciente e a partir dessa avaliação elabora um plano imaginando qual o diagnóstico pra ele. Está baseado no que ele tem e nas condições do paciente, se ele passou por um processo de intervenção cirúrgica, por exemplo, a gente deduz que ele tem risco de infecção, é um exemplo.” (Vera)

“Nós avaliamos o que o paciente está apresentando, se ele está acamado, se tem uma mobilidade prejudicada, obviamente se deduz que, pode formar uma úlcera, que aumenta o risco de infecção, então a gente vai prestando atenção em coisas que pode ofender o paciente, seu quadro clínico e chega ao diagnóstico para fazer nossas intervenções.” (Luiza)

Há nas falas das alunas uma definição equivocada do tipo de pensamento, visto que se observa em seu relato o mundo real predominando em suas tomadas de decisões, seja diagnóstica ou terapêutica. Por isso, é pertinente mencionar que o raciocínio empírico- dedutivo, a que elas se referem, começa com o possível mais do que com o real: primeiro, o sujeito tem uma teoria, entre tantas outras existentes sobre o assunto, portanto, essa teoria é uma possibilidade entre tantas, mais do que uma realidade. Segundo, a realidade empírica prevista ou deduzida a partir da teoria inicial é também uma possibilidade entre muitas. Assim, a realidade concreta entra em cena quando o sujeito tenta verificar sua teoria, procurando a realidade prevista por ela. Se não são encontradas, novas teorias e novas realidades derivadas de teorias são previstas, e isso vai acontecendo de forma contínua. Esse é um pensamento que vai de encontro ao pensamento científico, também chamado de raciocínio hipotético- indutivo que subordina o real ao possível, que analisa dados do problema e elabora hipóteses, de que uma teoria ou explicação possa ser correta deduzindo que certos fenômenos empíricos devem ou não ocorrer (FLAVELL; MILLER; MILLER, 1999).

Esse grupo de alunos, também, mencionou estratégias que, para eles, ajudariam na aprendizagem teórica dos **DE** como ferramentas informatizadas para serem usados nas aulas teóricas como substituição de aulas tradicionais, de seminários que, às vezes, os alunos apresentam por apresentar, mas, muitas vezes, não entendem e que despertam menos interesse. Porém, não souberam explicar de que modo essas estratégias poderiam acontecer nas aulas. Mencionam também como outra estratégia, aulas mais reflexivas, que façam pensar e não ficasse preso só no livro. O relato, a seguir, sintetiza o pensamento desses alunos quanto a essas estratégias.

“Também nas aulas teóricas acho que poderia ter várias ferramentas pra isso, até informatizadas, não ficar só naquelas aulas tradicionais, nos seminários, que às vezes os alunos apresentam por apresentar, mas muitas vezes não entendem, e que despertam menos interesse na gente. Acho que fazer as aulas mais reflexivas, e fazer com que a gente pensasse mesmo e não ficasse preso só no livro. Aí ele está com febre, eu vou lá e vê qual é, ah é hipertermia ou alguma coisa assim. Seria em cima dos problemas, por exemplo, na hipertermia, chegar até na parte da fisiologia, porque ocorre a febre? Quais os mecanismos? Que fizesse com que a gente pensasse o que é normal para gente e o que pode ser patológico.” (Valdete)

As estratégias de aprendizagem descritas guiam o pensamento e as etapas do processo de aprendizagem da atividade diagnóstica e, não aparecem nos relatos dos alunos de forma isolada, mas acompanhada de explicações e justificativas que refletem a perspectiva **metacognitiva**, olhar pelo qual se guiou este estudo. Sabem selecionar estratégias mais adequadas, como a prática e os estudos clínicos que emergem dela, porque interagem com a realidade do paciente ao ponto de gerar, neles, algum sentimento de que aprenderam e isto representa um **conhecimento metacognitivo**.

Ao falar da relação com o manual diagnóstico os alunos reconhecem a dependência em relação a ele e que isso gera um sentimento negativo. Esta experiência pode ser considerada um evento **metacognitivo**. Os alunos reconhecem também, recursos do ambiente de aprendizagem e julgam esses recursos como facilitadores ou dificultadores da aprendizagem diagnóstica, expressando quando esse é um ambiente propício à aprendizagem e quando não é consubstanciando, também, em **conhecimento metacognitivo**. Como todo processo de aprendizagem, este também se apresenta aos alunos com algumas dificuldades, que estão descritas a seguir.

D) As dificuldades no processo de aprender diagnosticar:

Aprender a diagnosticar é uma atividade difícil. Os alunos entrevistados reconhecem e apontam as principais dificuldades nesse processo e que estão sintetizadas e apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 6 - Distribuição das dificuldades de aprendizagem diagnósticas relatadas pelos alunos entrevistados

<p>Elaborar o DE: Fazer uma anamnese completa no paciente. Identificar o problema e o problema principal. Pensar no que vai fazer, assim, saber identificar o que o paciente tem. Diante do problema nomear o diagnóstico. Falta de relação entre fisiologia e a prática clínica; entre o DE e a patologia.</p>
<p>Escrever enunciado diagnóstico: Redação longa, diagnóstico muito extenso, escrever segundo os princípios, da NANDA e da Carpenito. Não saber como escrever. Não saber a questão do relacionado e evidenciado por. Relacionar os sinais e sintomas ao diagnóstico. Manusear o livro da Carpenito e NANDA</p>
<p>Dificuldade em memorizar: Quantitativo de diagnósticos e, informações. Lembrar os termos técnicos do livro.</p>
<p>Embasamento teórico deficiente: Que resulta em conhecimento insuficiente.</p>
<p>Tempo: Muito pequeno na prática.</p>
<p>Associar: Teoria com a prática.</p>
<p>Excesso de atividades: Assistenciais para fazer no hospital (<i>procedimentos</i>).</p>

Os alunos consideram que é difícil aprender a diagnosticar por vários motivos. Inicia com a dificuldade de elaboração diagnóstica, relacionada a vários aspectos que vão desde problemas de natureza individual, - dificuldade de realizar anamnese completa e a falta de clareza sobre quais problemas devem identificar - até os relacionados ao conhecimento específico sobre o processo diagnóstico.

Para Stedille (2002), identificar o tipo de dificuldade no desenvolvimento cognitivo é um primeiro passo para a mobilização de recursos cognitivos e tecnológicos, para superar essas dificuldades. A dificuldade em fazer anamnese correta e completa é uma dificuldade individual que demonstra falta de requisito mínimo para a elaboração diagnóstica, visto que, a primeira etapa do processo, é avaliar o paciente. Isso também resulta em que, muitas vezes, o aluno abra mão de elaborar o diagnóstico ou de elaborá-lo conforme o processo aprendido. Como mostra o relato:

“A dificuldade talvez seja o fato de, nós não fazermos uma anamnese completa no paciente, aí acaba faltando dados que poderiam ajudar fazer o diagnóstico. Acho que a gente peca nisso, a dificuldade de fazer anamnese.” (Vitória)

Outra dificuldade na elaboração diagnóstica está relacionada à identificação do problema do paciente, saber identificar o que apresentava e que podia configurar um problema de responsabilidade da enfermagem. Os relatos a seguir ilustram essa dificuldade.

“Saber quais eram os problemas não ficava muito claro pra gente e até hoje acontece, qual é o problema principal? O que deveríamos procurar no livro, não saber o que procurar exatamente.” (Lena)

“Muitas vezes é a dificuldade de pensar no que vai fazer, assim, saber identificar o que o paciente tem, e algumas necessidades são básicas e outras não, algumas são gerais e outras não. É ir ao individualizado mesmo, e aí é que complica um pouco.” (Vera)

Essa dificuldade pode representar que os alunos ainda não sabem o foco de sua atuação, apesar do uso da linguagem de necessidades básicas. Isso torna ainda mais importante que aprendam Enfermagem a partir do **DE**, que define o foco de cuidado profissional.

A dificuldade de identificar o problema do paciente acaba acarretando outra dificuldade, a de fazer o diagnóstico. Isso, porque os alunos não fazem essa atividade com frequência, de forma contínua e sentem dificuldade para relembrar ou de encontrar e nomear um diagnóstico que englobe os problemas identificados no paciente. As falas a seguir exemplificam tal situação.

“Acho que a maior dificuldade em fazer, primeiro porque a gente ficou muito tempo sem fazer, em muitas clínicas que a gente passou nem lembrava o **DE**, não é que foi esquecido, mas, quando se está muito tempo sem ver uma coisa, a gente demora um tempo pra relembrar como fazer aquilo, até voltar, por exemplo, agora que você pediu pra gente fazer o diário, estou tendo mais atenção. Se eu não tiver a ficha, mas tiver o livro na mão, minha dificuldade seria lembrar o possível diagnóstico.” (Luiza)

“É o processo em si da sistematização que a gente faz até chegar ao diagnóstico, que é desde a coleta de dados, até a gente pensar no problema que identificamos e chegar ao diagnóstico.” (Vando)

“Maior dificuldade mesmo é em diagnosticar o problema e saber relacionar e falar que diagnóstico, que problema ele está apresentando e o que fazer. Saber identificar o diagnóstico diante do problema, nomear o diagnóstico.” (Valdete)

Essa dificuldade traz uma questão contraditória, já que a prática foi considerada, pelos alunos, a estratégia mais adequada à aprendizagem, porém, esta, não acontece de forma contínua, o que contribui para as dificuldades dos alunos em aprender a diagnosticar e, de certa forma, também, decorre do fato desses alunos não saberem identificar os problemas que são de sua área de atuação. Isso significa que eles aprenderam a pensar tendo como referencia outro ordenador, que é diferente do **DE**.

Outra dificuldade que os preocupa é não saber relacionar a prática clínica com a fisiologia e também o **DE** com a patologia. No primeiro caso, resulta em que o aluno, diante de situações que lhe exija esse conhecimento, não seja capaz de interpretar aquele problema e visualizar o que pode representar para o paciente, assim como sobre a atuação de enfermagem. Parece que este é um conhecimento importante para subsidiar o raciocínio diagnóstico, visto que dá parâmetros normais e anormais para o enfermeiro se embasar e direcionar sua avaliação e julgamento clínico, como se observa no exemplo a seguir.

“Às vezes a falta de relação entre fisiologia e a prática, por exemplo, você vai verificar o exame do paciente, ele tem uma alteração de uma gasometria, por exemplo, verifica que ele tem uma alteração em nível do co^2 coisa assim, mas tu não sabes o que aquilo vai levar entendeu, e às vezes isso aí dificulta muito, essa relação, por isso é que a gente tem que estar estudando o tempo todo, quando a gente chega num entrave desse e tu não sabe chega lá e olha uma coisa que tu não sabes aonde isso vai levar o paciente, não sabe o que significa e principalmente as conseqüências. Aí que vem o se aprofundar, cada dia a gente estuda uma coisa diferente e procura conhecer mais porque da próxima vez que acontecer a gente já sabe.” (Lúcia)

A dificuldade de relacionar a patologia com o **DE** relatada por alguns alunos faz parte da dependência que eles apresentam em relação ao **DM**, indo de encontro à proposta daquele diagnóstico, que é a de focar a resposta do paciente à situações de saúde e, assim, não necessariamente, partir da patologia para identificar essas respostas. Como exemplifica o relato desta aluna.

“Associar aquela patologia e levar para aquele diagnóstico, tipo assim, traçar o **DE** relacionado à patologia.” (Vilma)

Essa dificuldade mostra a importância dos conhecimentos prévios para a construção de novos conhecimentos e para lidar com as experiências que demandem o uso desses conhecimentos. O que vai ao encontro do que Stedille (2002) escreve sobre isso. Para essa autora significa que novos conhecimentos se ancoram a outros já previamente construídos e, quando aqueles conhecimentos são frágeis ou

mecanicamente aprendidos, haverá maior dificuldade para estabelecer relações e construir novos conhecimentos.

O outro grupo de dificuldades importantes, que a maioria dos alunos relatou, está relacionado com a redação diagnóstica em todos seus componentes. Uma das dificuldades são as partes que se relacionam com a categoria diagnóstica, a causa (relacionado) e as evidências (características definidoras). Isso quer dizer que o aluno tem que entender as causas que estão levando o paciente a apresentar aquele diagnóstico, assim como a evidência que o sustenta. Para isso, do conjunto de informações sobre o paciente, ele tem que agrupar e analisar, raciocinar de modo que construa inferências sobre diagnósticos e sobre o que o fundamenta e, essa, é uma deficiência cognitiva que todos eles apresentam.

Na verdade, os alunos ao avaliarem os pacientes, fazer seu histórico, exame físico, evolução, em geral, já levantam e registram esses aspectos, no entanto não se dão conta que essas informações podem conter as causas e evidências que embasam o **DE**. Parece que essas etapas são externas a esse processo e, assim, se tornam ansiosos quanto a essas questões. Até porque isso resulta em outra dificuldade, a escrita do diagnóstico extensa que eles não conseguem memorizar e, portanto, de lembrar quando necessitam. Alguns desses alunos reconhecem que até conseguem identificar o problema, mas o difícil é mesmo escrevê-lo. Segue alguns relatos.

“Dificuldade de fazer o diagnóstico com aquela questão de relacionado a evidenciado foi um entrave no início, depois que foi feito umas três a quatro vezes assim já ficou claro o que era relacionado no livro, o que o livro queria falar pra mim. Era o diagnóstico, tema central, que era relacionado alguma coisa, alguns os sinais e sintomas evidenciados por alguma coisa que estava chamando atenção fisiologicamente. É uma dificuldade porque a gente percebe que é um diagnóstico muito grande, porque é diagnóstico de várias etapas do paciente porque vai complementar e falar de todo um parâmetro do paciente, eu não sei também, se é pelo próprio costume por eu estar iniciando essa parte, e quando as pessoas com certo manuseio com certo tempo de fazer todo dia acaba gravando, mas é dificultoso devido ao tamanho, o tema como diagnóstico relacionado a evidenciado a fica muito grande.” (Acácio)

“A dificuldade que eu tenho é da forma de redigir o diagnóstico que é muito extensa. A gente pra formular o **D.E** tem que pensar de forma mais abrangente, porque tem que pensar no problema, o texto mesmo do diagnóstico, e aí relacionar com fatores causais, o que está evidenciando aquele diagnóstico.” (Vando)

“O de relacionar os sinais e sintomas ao diagnóstico, aquela primeira parte do diagnóstico, de não saber ligar um problema a causa, entendeu, acho que é isso.” (Valda)

“Eu tenho medo de relacionar a sintomas errados, diagnóstico relacionado a sintomas errados, aí prefiro comparar no livro. Mas com o tempo a gente já vai só confirmar. Ah ele tem um sintoma, ele está dispnéico que é que eu vou procurar?” (Valda)

Apesar dos alunos saberem teoricamente a estrutura do diagnóstico, na prática eles sentem dificuldade em transformar as informações do paciente em diagnósticos que fazem parte das classificações usadas. A dificuldade de memorização, apontada pelos alunos, está relacionada à quantidade de diagnósticos e, também, à pouca prática dessa atividade. Na verdade, ninguém consegue pensar sobre o que não sabe, mas consegue pensar se tiver armazenado boas informações sobre o assunto, o que, parece ser a deficiência de alguns desses alunos. Vejamos o exemplo a seguir.

“Justamente por causa da quantidade de diagnósticos, eu não sei se esse é o critério pra saber se o aluno está preparado, mas pelo menos eu considero que sim, imagina aprender todos aqueles diagnósticos, pra mim é humanamente impossível memorizar, então eu acho que sempre a gente vai ter que recorrer ao livro para tirar dúvida. A chefia do hospital acaba selecionando aqueles diagnósticos que são mais comuns naquela clínica, na clínica cardiológica a gente vai vê os diagnósticos relacionados à circulação, a respiração, a SAE é uma estratégia importante, para superar essa dificuldade.” (Lara)

“Eu aprendi fazer **DE**, mas, não me preocupei em decorar os diagnósticos, eu sabia que era relacionado aquilo, mas não me vinha na cabeça, não sabia como escrever segundo os princípios que eu tinha de me basear, da **NANDA** e da Carpenito. Mas acredito que passado um tempo, do próprio trabalho, no dia a dia a gente acaba memorizando o diagnóstico.” (Acácio)

Alguns alunos relatam a memorização, principalmente, dos diagnósticos considerados por eles básicos, e que estão relacionados, entre outros, aos riscos, conforto, higiene, mobilidade. Como exemplificado no seguinte relato.

“Eu sinto certa dificuldade para fazer alguns **DE**, mas dependendo da situação, já tenho alguns na memória, que são básicos.” (Lara)

As habilidades cognitivas são importantes em grande parte das atividades cognitivas incluindo a comunicação oral de informações, a persuasão oral, a compreensão oral, a compreensão da leitura, a escrita, a aquisição da linguagem, a percepção, a atenção, a memória, a solução de problemas, o raciocínio lógico, a cognição social e várias formas de autoinstrução e autocontrole (FLAVELL; MILLER; MILLER, 1999).

O desenvolvimento da memória consiste em como se vai estruturar e armazenar de maneira inteligente, o input. É também uma operação de busca e recuperação inteligente, além disso, é um tipo de monitoramento e conhecimento dessas operações (armazenamento e recuperação), um tipo de **metamemória** (HACKER; DUNLOSKY; GRAESSER, 1998).

Sobre isso, é importante mencionar o que os estudiosos da memória distinguem entre as atividades de armazenamento e recuperação. As primeiras colocam a informação na memória, enquanto que a segunda as resgata. A recuperação do conhecimento armazenado significa reconhecer recordar e reconstruir esse conhecimento. O armazenamento e a recuperação na prática são interdependentes e isso depende de alguns aspectos como a forma de organização da informação, quando ela é armazenada, quais as pistas de recuperação e com que sucesso ela será recuperada posteriormente (FLAVELL; MILLER; MILLER 1999).

Nesse caso, a interpretação de dados é necessária devido ao fato de que a memória tem limites de armazenamento de informações e uma ação envolve inúmeras informações que fazem com que ela aconteça. É pertinente, ainda, mencionar que existem dois tipos de recuperação da memória: o reconhecimento e a recordação. A pessoa pode reconhecer algo como familiar, semelhante a algo experimentado anteriormente, um tipo de representação na memória. Enquanto que recordar é um processo de recuperar a representação armazenada na memória. Na recordação o trabalho de recuperação é maior e mais individual. Assim, após reconhecer algo como familiar procede-se a recordação de informações adicionais sobre ela (FLAVELL; MILLER; MILLER 1999).

Quando se armazena um conjunto de informações para realizar uma prova, por exemplo, se considera essas informações, se codifica, estuda, memoriza e isso pode ser nominado de aprendizagem. Sua recuperação significa “reconhecer, recordar e reconstruí-las” (FLAVELL; MILLER; MILLER 1999 p.190).

As dificuldades relatadas pelos alunos colocam em evidência que a memória é uma das operações mentais importante para o processo de aprendizagem diagnóstica. Significa relembrar o que foi armazenado anteriormente, recuperar e reconstruir essas informações. Para isso, fatores externos podem ser utilizados como a de fazer anotações, usar gravador, armazenar seus pensamentos em um computador ou por meio

da ajuda de outras pessoas no processo interno de recordar. Na prática, o armazenamento e a recuperação são interdependentes (FLAVELL; MILLER; MILLER 1999).

O livro com a classificação dos **DE**, em um momento, é um recurso para superar a dificuldade de memorizar os diagnósticos, em outro, passa também, a ser uma dificuldade na medida em que os alunos não sabem manuseá-los, seja porque não entendem seu conteúdo, ou porque não sabem relacionar os problemas com os diagnósticos classificados, e suas partes componentes. Como exemplifica os seguintes relatos.

“às vezes chegava à frente do livro e não sabia ler o livro, aquele livro totalmente estranho pra mim, então foi depois que eu comecei a ver como fazer o diagnóstico e pegar prontuários pra ver como fazia diagnóstico, aí que eu fui começar entender como lia o livro, porque às vezes eu pegava o livro e não entendia nada, daquele livro, de relacionar. Então uma grande dificuldade é de manusear o livro.” (Acácio)

“a gente tinha que seguir todas as etapas e ficávamos pensando, não sabíamos relacionar a parte de diagnóstico para mim era a pior, porque quando a gente tinha que ir lá para aquele livro, aí o livro dizia assim, o paciente está com, hipotermia, ah ele está com hipotermia, aí tinha hipotermia relacionado com a patologia de base, aí eu perguntava: a gente pode colocar qual que é essa patologia? Não. Por quê? Ninguém sabia me explicar! Só que era uma classificação e que ninguém podia mudar, eu não entendia por que.” (Valdete)

“Acho que a dificuldade era encontrar a característica que era mais marcante para aquele paciente, porque a gente via a dele, mas tinha de confirmar pra dá o diagnóstico completo, será que a **NANDA** tem a característica relacionada com a presença de cateter, de algum dreno? A gente já está confirmando. E como elas são várias características manifestadoras, aí tinha dificuldade de encontrar no livro.” (Arnaldo)

Parece que a relação dos alunos com os manuais diagnósticos não tem trazido o conhecimento necessário para ancorar as informações dos pacientes nesses conhecimentos e possibilitar a identificação e elaboração diagnóstica. Isto pode ser, porque os alunos têm dificuldade de organizar essas informações coletadas, ou porque essas informações são incompletas e inconsistentes. Outra questão a ser levantada, a partir dessa dificuldade, é talvez, a falta de raciocínio que leve o aluno a fazer inferências com base nas informações produzidas na avaliação do paciente. Na verdade, eles realizam uma atividade de comparação, mas não sabem o que fazer com esse processo. A organização de informações é fundamental para o desenvolvimento de formas de raciocínio sobre o problema, além disso, comparar informações é uma

operação mental seletiva e exige visão e análise do conjunto que envolve determinada realidade (STEDILLE, 2002).

Outra dificuldade, como o tempo insuficiente, está relacionada, a dificuldade com a redação diagnóstica, a qual os alunos percebem como uma atividade que requer um tempo determinado para isso e que interfere nas atividades assistenciais. O tempo insuficiente está também relacionado com o pouco tempo dessa prática nas atividades curriculares de prática e estágio, conforme os relatos a seguir ilustram.

“só que é o **DE** é muito grande é uma coisa que às vezes você perde muito tempo, e se estiver num local como o CTI e não tiver experiência, e você tem que fazer um monte de procedimentos em pacientes graves, e tem que parar pra fazer um diagnóstico muito grande perde muito tempo, e você não tem todo esse tempo nos locais.” (Acácio)

“então, eu acho esse processo da redação do **D.E** exige muito da gente, tempo de pensamento. Acredito professora, que com tempo a gente acaba pensando melhor, se não tem tanto tempo a gente acaba perdendo uma questão, o insight que a fisiologia pode dar às vezes, mas a gente tem que fazer rápido, então a gente escreve e depois que a gente vai pensar, poxa poderia ter sido isso, porque tem relação com isso, à fisiologia explica tal e tal coisa, então pra sentar e fazer sai bem melhor, claro que pra pessoas como eu que sou iniciante, às vezes a gente deixa passar alguma coisa que poderia explicar melhor esse diagnóstico.” (Vando)

A falta de tempo é uma dificuldade que leva os alunos a separar a assistência da atividade diagnóstica, indo de encontro a toda proposta de prestar assistência a partir do **DE**, como podemos observar no relato da aluna.

“Você fica muito ocupada fazendo outras coisas, prestando assistência e por mais que você esteja vendo e até fica pensando no diagnóstico, que possivelmente ele tem, não faz, não registra, e acaba que não aprende, não desenvolve este conhecimento. Então a gente até avalia o paciente, mas não faz o diagnóstico, vai logo para assistência. A gente avalia faz a evolução e a assistência.” (Virna)

O pouco embasamento teórico é, também, uma dificuldade, segundo os alunos, e resulta em outra dificuldade, a de associar teoria com a prática clínica diagnóstica. O relato a seguir exemplifica.

“o embasamento teórico que a gente tem é muito pequeno, até porque como lhe falei a nossa teoria em sala de aula ela não foi dada, eu poderia dizer assim porque ele disse isso aqui precisa aprender na prática, vou dá uma noção pra vocês dos tipos de diagnósticos, como se estrutura um diagnóstico, mas o como vocês vão aprender mesmo é lá na prática porque é um pouco complicado. Então se a gente tivesse um embasamento teórico seria bem melhor, acho que já levaria os alunos para o campo de prática um pouco mais preparados, eu no primeiro dia estava totalmente travado, não tinha embasamento nenhum, eu sabia que tinha diagnóstico de possibilidade, diagnósticos por síndrome, mas conhecer que tem é diferente de saber usar.” (Armando)

A dificuldade de associar teoria e prática faz com que, a maioria dos alunos pesquisados, não se sintam capazes de exercer essa atividade, além do que, não conseguem identificar uma relação significativa entre teoria e prática diagnóstica e isso é complicado e confuso porque, o que se vê na prática é diferente do que se vê na teoria, na universidade. Os relatos a seguir ilustram esta afirmação.

“Eu acho que **DE** não é uma prática, não é uma coisa consolidada na academia, quando a gente chega ao hospital é completamente diferente. Começa no terceiro ano, vim para o hospital, quando a gente chega aqui à gente fica meio perdido, eu acho que é uma coisa que a faculdade deixou meio que um pouco solta pra gente.” (Violeta)

“diante do paciente, até que a gente identifica o problema, mas na hora de estabelecer o diagnóstico fico confusa, porque o que a gente vê na universidade é bem diferente do que a gente vê na prática é como se não houvesse relação entre o que a gente está vendo, o que a gente poderia usar, e o que a gente vê lá na teoria.” (Valdete)

Por outro lado, os alunos valorizam mais as técnicas do que fazer o diagnóstico, considerado algumas vezes como atividade burocrática. Um princípio que os alunos, de modo geral, justificam para isso é que a técnica é mais rápida de aprender e não tem que pensar muito, diferente da atividade diagnóstica. Conforme as seguintes citações.

“Mas como acadêmico a gente gosta da parte de mexer fazer, passar sonda, fazer curativo, e essa parte escrita mais burocrática a gente não faz muito. Não, é que a parte que a gente tem que escrever, a gente gosta mais de fazer, quer aprender tudo, se vão mexer na bomba quer aprender.” (Vanusa)

“Quando a gente chega pra fazer estágio, eu acho que tanto nós como os professores dão prioridade para fazer procedimentos do que de preencher uma ficha de diagnóstico.” (Luiza)

Os alunos tentam superar suas dificuldades de aprendizagem usando recursos que eles identificam ao redor, no ambiente de aprendizagem, tais como: os impressos sistematizados do **DE** dos hospitais que, padronizam os diagnósticos mais comuns, em determinadas unidades; elaborando apenas diagnósticos básicos ou mais comuns na clínica; comparando com o manual diagnóstico; tirando dúvidas e confirmando com o professor, e recursos individuais, no caso, estudando. Como exemplificam alguns relatos.

“Eu peço auxílio para o professor que está me acompanhando.” (Antonio)

“Estudando” (Armando)

“Utilizando os impressos da SAE.” (Acácio)

“Com ajuda do manual e do impresso” (Vando)

O professor é um personagem importante no processo de aprendizagem descrito pelos alunos. É uma referência para superar dificuldades. É aquele que, orienta, ajuda, dá as palavras-chave, questiona, discute, confirma, tira dúvidas e responde. É quem deve “cobrar” dos alunos a atividade diagnóstica, pois se não são cobrados não fazem. Os relatos a seguir exemplificam isso.

“Aí era com ajuda da professora, eu falava com ela. Aí eu falava pra ela, professora o paciente está na lista de relacionado e têm estas três opções, ele é pós- operatório, ele é isso, e isso, qual das três opções é correta? Se for relacionado a isso vai ficar redundante, aí ela ia direcionando, vamos ver qual é a prioridade.” (Vanusa)

“determinadas disciplinas, o professor cobra, avalia o paciente junto com a gente e outro não.” (Antonio)

É o professor, ainda, que deve organizar a aprendizagem, no sentido de selecionar o que aprender e solicitar trabalhos, demonstrar como avaliar os pacientes, identificar problemas, possíveis diagnósticos e planos de cuidados. É com ele que confirmam se o diagnóstico elaborado está correto. Tem, ainda, a função de instigar ao raciocínio, de pensar no problema identificado e de como chegar ao possível diagnóstico.

Verificamos, que as dificuldades para aprender o **DE** envolvem aspectos cognitivos e do contexto de aprendizagem. Essas dificuldades são de natureza individual, como deficiência de conhecimentos e habilidades para diagnosticar, neste caso, relacionadas ao tempo, ao ambiente de aprendizagem e rotinas institucionais, entre outros.

O relato dos alunos sobre essas dificuldades, em alguns aspectos, apresenta **conhecimento metacognitivo**, visto que, de certa forma, tomam consciência dessas dificuldades e sabem contextualizar as mesmas no seu processo de aprendizagem.

Os alunos evidenciam, também, a existência da priorização da técnica sobre o intelectual e sabem identificar meios de superação de suas dificuldades reconhecendo, porém, as possibilidades e limites de cada um. O relato consciente e intencional dessas dificuldades e, os motivos delas, apontam para a existência de algum **conhecimento metacognitivo**.

4.1.3 RELAÇÕES NO CONTEXTO DE APRENDIZAGEM

Este tema apresenta, os relatos dos alunos sobre as relações com conhecimentos, experiências e recursos do ambiente de aprendizagem que, de algum modo, possam auxiliá-los na aprendizagem diagnóstica. Responde às questões do roteiro de entrevista: **Fez relação com outros conhecimentos e experiências? Como fez essa relação? Como se planeja para aprender a diagnosticar?** Eles apontaram formas de se relacionar com diversos aspectos e pessoas que fazem parte do ambiente de cuidado do paciente. E, está estruturado nos seguintes tópicos: Relação com conhecimentos e experiência e o prontuário como instrumento de planejamento para atividade diagnóstica, aspectos esses, que parecem importantes para aprender diagnosticar.

A) Relação com conhecimentos e experiências

Quando estão na atividade diagnóstica, a maioria dos alunos relata que, fazem relação com conhecimentos que aprenderam ao longo do curso e com algumas situações vivenciadas com outro paciente, ou seja, relacionam o **DE** com experiências anteriores, de pacientes que cuidaram com problemas semelhantes, como observado no relato a seguir.

“Eu sempre procuro lembrar o que eu estudei o que eu vejo também (*em outros pacientes anteriormente*), porque são muitos pacientes e alguns têm características semelhantes.” (Antonio)

Esses alunos reconhecem que diagnosticar não é um ato isolado e que, para que essa atividade aconteça, são necessárias interações com outros profissionais, conhecimentos prévios e experiências vividas nas práticas e estágios ao longo do curso e, que essa relação, fortalece a assistência de enfermagem. Exemplificado no relato a seguir.

“Quando a gente faz o **DE** a gente pensa no trabalho do médico, pensa em patologia, em outros conhecimentos e disciplinas, tudo isso ajuda a cuidar melhor do paciente.” (Luiza)

Apresentam uma ação intencionalmente consciente de recordar, buscar na memória conhecimentos e fatos aprendidos para aplicar em determinada situação. Para

eles, a relação com experiências da atividade diagnóstica consiste em pensar no problema que já viu anteriormente e nas ações que precisa, ou que pode realizar para resolver aquele problema e que, fazem parte de sua experiência. Como no relato a seguir.

“Faço relação com outros conhecimentos, porque é o que dá embasamento para chegar ao diagnóstico e intervenções.”(Armando)

As estratégias cognitivas, principalmente as de elaboração e organização, auxiliam o aluno a estabelecer relações entre seus conhecimentos prévios e os conteúdos novos, assim como entre as partes do próprio conteúdo novo (BERTOLINI; SILVA,2005). Como já descrito no tema anterior, as estratégias de elaboração são usadas no contexto de uma tarefa de aprendizagem onde os alunos têm que aprender pares de itens, de modo que, quando uma palavra for apresentada a sua memória, eles possam recordar da outra. Já as estratégias organizacionais consistem em organizar itens em categorias ou em agrupamentos por sentidos.

Trabalhar com agrupamentos aumenta as possibilidades de recordação do conhecimento. A recordação de um item pode estimular a recordação de outro semanticamente relacionado, porém esse agrupamento tem de ser realizado intencionalmente e, dessa forma, contribuir para o desenvolvimento da memória. (FLAVELL; MILLER; MILLER, 1999).

Isso significa que a recordação de experiências anteriores, para esses alunos, ajuda a não cometer os mesmos erros, assim como levar o aprendizado de uma situação para outra com características semelhantes, com uso da ação mental de memória. Como ilustram também os relatos a seguir.

“Comparando com experiências anteriores você pensa, ah eu já fiz aquilo não deu certo, ah eu já fiz aquilo e deu certo, então a gente pode fazer a mesma coisa ou então não, elas servem também para melhorar.” (Luiza)

“Ah, eu busco na minha memória, por exemplo, se eu pegar o paciente que por acaso ele apresente as mesmas características de outro paciente que já atendi, eu já lembro, ah, para aquele paciente eu elaborei aquele possível diagnóstico, aí eu vejo, eu acho que para esse daqui também dá, aí vou usar para este também, no caso se adéqua ou não.” (Vitória)

Nos casos mencionados acima, parece haver uma intencionalidade de recordar essas experiências, com a finalidade de aproveitar o conhecimento aprendido com elas e

aplicar na nova situação, pois reconhecem pontos comuns que, podem favorecer uma tomada de decisão sobre diagnósticos e cuidados respectivos. Esta parece ser uma ação, onde se evidencia um **evento metacognitivo**.

Para Flavell, Miller e Miller (1999), monitorar e avaliar a capacidade de memória envolve conhecimento metacognitivo relacionado à tarefa, que se refere a conhecimentos adquiridos e questões cognitivas. São conhecimentos e crenças acumulados por meio de experiências e armazenados na memória em longo prazo e que diz respeito às ações mentais. Os autores acima, citando Markman, (1981 a) mencionam que, qualquer tipo de material pode ser memorizado, mas somente os materiais organizados como palavras, frases, parágrafos e histórias podem ser compreendidos.

Quanto à compreensão sobre os conhecimentos e experiências que os alunos relatam recordar, ao comparar uma situação com outra já vivenciada, alguns deles referem que se lembra da doença de base, comum aos dois pacientes e, assim, comparam os sinais e sintomas, tomando isso como um parâmetro de avaliação para a atividade diagnóstica em enfermagem, mas não souberam explicar o que esses dados representaram no contexto da atividade diagnóstica de enfermagem. Como ilustra o relato a seguir.

“Sempre faço relação com casos de pacientes anteriormente atendidos, já aconteceu de vê pacientes e comparar com outros que já vi antes, ou então ele tem a mesma doença de base então ele pode ter os mesmos sinais e sintomas ou pode ter o sintoma clássico daquela doença de base, então já dá para fazer um parâmetro de comparação com paciente visto anteriormente com o visto agora.” (Acácio)

Uma das possíveis explicações para isso pode ser uma deficiência do conhecimento adquirido sobre o **DE**. Vale a pena ressaltar, que um sistema de conhecimento bem desenvolvido facilita a recordação, ativando relações, associando conjuntos de itens com relativa facilidade. Além disso, é capaz de sustentar estratégias, processos metacognitivos e o processamento de materiais em um nível categórico mais abstrato, isso por sua vez ajuda na recuperação (FLAVELL; MILLER; MILLER, 1999).

Para esses autores, a relação entre o conhecimento e a memória pode ser bastante complexa. Mencionam que estudantes universitários, com alto nível de conhecimentos iniciais, aumentaram sua recordação como resultado da instrução. Isso quer dizer que certa quantidade de conhecimentos pode ser necessária, antes que a pessoa possa usar a experiência para ajudar a recordação.

Por outro lado, uma aluna se referindo à relação com casos parecidos, como por exemplo, da mesma cirurgia, um tipo de dor, uma patologia, relatou que foi em um desses momentos que descobriu algo que não sabia: que duas pessoas, com o mesmo problema pudessem ter reações diferentes. Isso significa que, esta aluna mudou seu foco de atenção, por exemplo, da patologia, para a resposta dessas pessoas - físicas, mentais, emocionais - com uma mesma situação mórbida, descobrindo nesse momento, talvez, o que realmente pode fazer para ajudar aquela pessoa, se aproximando do que se propõe o **DE**. Como mostra o relato a seguir.

“aconteceram várias vezes, a gente encontra casos parecidos, por exemplo, pacientes que fizeram a mesma cirurgia, ou então que apresentam um tipo de dor, ou a mesma patologia. Aí eu pensava da forma que tratei o paciente anterior, e fazer relação com o outro paciente que apresenta as mesmas coisas. Às vezes quando a gente via no mesmo estágio, até fazendo uma evolução pensava lá naquele paciente, às vezes não considerando a pessoa, mas pensando na mesma patologia. Até que uma vez cuidei de duas pacientes com a mesma doença, mas elas eram diferentes. É que eu não pensava que a pessoa com câncer, por exemplo, pudesse ter uma reação diferente de outra pessoa com a mesma patologia.” (Valdete)

Quanto à relação com conhecimentos anteriores, alguns alunos sabem que fazem relações, mas afirmam que essa relação não é percebida naquele momento. Ocorre de forma automática, natural, espontânea na busca inconsciente de conhecimento que ajude a diagnosticar, mesmo que não se dê conta disso. Uma relação que acontece de forma automática, porque já está um pouco na mente, mesmo de forma inconsciente, sabe que usa conhecimento de algum lugar para fazer o diagnóstico. É o que se observa nos exemplos a seguir.

“Para fazer o **DE** a gente associa com o que aprendeu ao longo do curso, com todos os conhecimentos anteriores. É meio que automática, espontânea, algo natural, você não pensa, ah, vou buscar lá em tal disciplina, é uma coisa parece que vai acumulando e uma hora você junta tudo que conheceu e põe lá.” (Vera)

“Faço relação com a disciplina enfermagem nas clínicas, e um pouco de cada disciplina. Se eu fiz aquele diagnóstico é que, de algum lugar eu já tinha visto, eu já tinha relacionado, mas se tiver é no inconsciente, parar pra pensar, eu não me lembro não. Bom com experiências, só se for bem próxima distante não” (Vanusa)

Os estudiosos da memória compartilham com os piagetianos, que a memória é a “cognição aplicada” (FLAVELL; MILLER; MILLER, 1999, p.207). Para esses autores, a maioria das coisas lembradas são eventos ou corpos organizados e significativos de informações estruturadas. Nesse sentido, afirmam os autores que as

informações significativas e estruturadas não são simplesmente copiadas na memória no momento de serem armazenadas e nem só reproduzidas no momento de recuperação. O que ocorre é a compreensão e a codificação na memória, a construção interna da informação na memória, que pode ser recuperada como um processo de reconstrução. Essa construção e reconstrução são geralmente mais automáticas, involuntárias, inconscientes e que levam à inferências, que permitam representação plena, integrada e significativa daquilo que eles vivenciam. Conhecimentos se tornam mais fáceis de recordar se a pessoa descobre ou cria conexões significativas entre eles.

Isso pode explicar, por exemplo, o que relata uma aluna quando faz relações com conhecimentos e, embora não se lembre especificamente de quais, explica que, se ela define prioridades, como a de atender primeiro os problemas que envolvem risco de morte e depois os de conforto, essas prioridades estão embasadas em conhecimentos que ela adquiriu na universidade. Por exemplo, o relato a seguir.

“Penso, quando vou fazer um **DE**, depois do diagnóstico vem à prescrição, então penso em colocar primeiro os mais importantes, os que garantem a sobrevivência dos pacientes e conforto e algumas prioridades. Eu sempre faço diagnóstico pensando na prescrição, o que vai ser feito com o paciente. Acho que foi o conhecimento que eu adquiri durante a universidade.” (Valda)

Apesar da aluna não citar o tipo de conhecimento que a leva a atender primeiro as necessidades prioritárias do paciente e a considerar essas necessidades como as relacionadas ao risco de morte, ela está falando do modelo teórico das **NHB**, da hierarquia de necessidades, modelo bastante divulgado na universidade, neste caso, da universidade onde estudam esses alunos. Isso pode significar que, a aluna assimilou esse conhecimento de tal forma, que ele faz parte de sua bagagem de conhecimentos e, quando diante de determinada situação, a associação com esse conhecimento se torna tão natural que ela nem se dá conta de que está fazendo uso de um conhecimento organizado e estruturado em sua memória.

Os conhecimentos que os alunos relatam são, principalmente, com a fisiologia, a anatomia, a patologia, a microbiologia, a enfermagem nas clínicas e diversas outras matérias que cursaram. Como observamos a seguir.

“Eu tento levar em consideração tudo aquilo relacionado, à fisiologia para saber o que está causando aquilo, e conhecer também sua doença de base. No caso assim se ele tem diabete provavelmente ele pode ter um problema de perfusão periférica.” (Acácio)

“A gente tem que fazer relação com disciplinas do primeiro semestre, anatomia, fisiologia, ou a gente não pode ver que alguma coisa está errada, se a gente não conhecer, por exemplo, a gente vê os exames, ele está com baixa de plaquetas e de hemácias, então se ele estiver com respirador à gente já tem que ficar atento porque, se ele tiver queda na respiração, com essa baixa de hemácias e hematócritos, não tem hemoglobina, ele não vai conseguir oxigenação, não tem como transportar.” (Violeta)

Para esses alunos a base teórica é fundamental para trabalhar com **DE**. Para isto, eles procuram lembrar sobre conceitos, sinais que caracterizam aquele evento, as causas, patologias relacionadas, porque acreditam que, dessa forma, terão base para o diagnóstico e intervenções. Reconhecem que a atividade diagnóstica precisa se relacionar com um leque de conhecimentos, entretanto os alunos percebem, também, o quanto essa relação é difícil com a prática clínica, porém acreditam que, ter esses conhecimentos, pode ajudá-los a entender o que está acontecendo com o paciente.

Além disso, reconhecem que, quando eles estão com dificuldades na atividade diagnóstica, relembrar conhecimentos sobre a doença e as disciplinas da área básica, ajuda na superação dessas dificuldades, isso, porque sabem da importância de todos os conhecimentos que viram na universidade, para elaboração do **DE**.

Considerando o que os alunos expressam sobre a relação com conhecimentos e experiências de atividade diagnóstica prévia, podemos afirmar que reconhecem a necessidade e a existência dessas relações, embora, muitas das vezes, não percebam em que momento essas relações acontecem ou devam ser realizadas. Isso significa um resgate inconsciente na memória de aprendizagens que os ajudam nas dificuldades e na tomada de decisões clínicas.

Essas relações, no contexto da aprendizagem, exigem do aluno um processo de recordação que envolve a recuperação de conhecimentos aprendidos, seja em forma de conceitos, estruturas e outros aspectos teóricos, seja pelo conhecimento que é resultado das experiências específicas da atividade diagnóstica na assistência de enfermagem. Se este processo se dá de forma intencional, podemos afirmar que caracteriza um **evento metacognitivo**.

A qualidade dos conhecimentos adquiridos pela pessoa influencia significativamente, o que elas armazenam e o que elas recuperam. Da mesma forma, informações com pouco sentido para as pessoas que não se encaixam em sua estrutura

de conhecimento e não são assimilados com facilidade em seus esquemas cognitivos, podem ser difíceis de armazenar e recuperar (FLAVELL; MILLER; MILLER 1999).

Continuando com a discussão sobre as relações que os alunos fazem durante o processo de aprender a diagnosticar, passamos a discutir as relações com recursos do ambiente de aprendizagem e que sustenta um aspecto metacognitivo importante, - o planejamento para a realização da tarefa de diagnosticar.

B) O prontuário como instrumento de planejamento para a atividade diagnóstica

Neste tópico, os alunos entrevistados relatam como se organizam para a aprendizagem diagnóstica. Apontam que se planejam antes da tarefa diagnóstica, principalmente, com a **leitura do prontuário** do paciente, com objetivo comum de se interessarem sobre o histórico clínico do paciente, o seu problema, a doença, as evoluções de enfermagem anteriores, os procedimentos que o paciente foi submetido, por exemplo, cirurgia, assim como peculiaridades como drenos e seus débitos com vistas a direcionar o que deve perguntar a esse paciente. Isso significa planejar como o aluno fará a abordagem do paciente e sua avaliação. Como acontece de forma consciente e intencional, indica um **evento metacognitivo**.

Entretanto, cada aluno tem uma forma de visão e de lidar com esse instrumento. Alguns pensam isso como uma etapa preliminar e relevante. Assim, eles lêem de forma intencional o prontuário antes de avaliar e diagnosticar um paciente, porque isso lhes dá parâmetros que possibilitam conhecer o problema desse paciente que deve ser foco de sua avaliação, além de facilitar a interação entre eles, como ilustra os relatos a seguir:

“Primeiro é lendo sobre ele no prontuário, para saber qual o problema dele, e o que eu vou perguntar pra ele, só isso.” (Lúcia)

“Eu vejo o que vou precisar pra fazer o diagnóstico dele, então eu penso que vou precisar avaliar o paciente no momento, precisar vê o diagnóstico médico, histórico anterior, o histórico da doença, com a leitura do prontuário.” (Antonio)

“Primeiro vou pegar o prontuário, para pensar em alguma coisa e direcionar, o que de mais importante devo ver no paciente, aí que eu vou avaliar o paciente.” (Acácio)

“Acho uma das coisas importantes para, realizar **DE** é conhecer a patologia dele, ah ele fez uma cirurgia de mastectomia, então eu já sei que eu tenho que

dá atenção especial. Porque a partir da patologia eu vejo o que o paciente pode apresentar, ou já está apresentando, então eu tenho que atentar para aquilo, lê o prontuário.” (Vitória)

“Olho a patologia de base dele, leio a história clínica dele para conhecer o paciente, aí já conhecendo sua história clínica e a patologia de base, ou procedimentos que ele fez, o que ele está fazendo ali no hospital, vejo tudo isso, para poder chegar nele e, fazer o exame físico direcionando para o problema dele.” (Vanusa)

“O planejamento é ir com o paciente, e conversar sobre o que está acontecendo com ele e, quando não dá pra ser assim, o paciente não tem condição de responder, você vai naquilo que está no prontuário, e já pensa ah se ele estiver intubado vai ter mais diagnósticos de riscos, já vai com algumas idéias em mente.” (Lena)

Para esses alunos, a leitura do prontuário é a primeira relação que eles estabelecem com o paciente. Por meio desse instrumento eles, principalmente, conhecem quem é aquela pessoa, porque ela está ali, a que foco deve dar mais atenção, e do que vai precisar para avaliá-lo. Em Brandão (1999), o prontuário foi definido como estratégia de pré- encontro com o paciente.

É conveniente mencionar que o Conselho Federal de Medicina (CFM), pela resolução de número 1.638/02 define o prontuário como “documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo” (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, 2006).

Ainda, segundo o documento acima citado, o prontuário, para a equipe assistencial, possibilita maior interação entre os profissionais que acompanham o paciente, portanto é um instrumento de comunicação. É, também, um documento de valor jurídico referente ao atendimento prestado.

Dentre as atividades do enfermeiro estão os registros no prontuário do paciente, e sua leitura como forma de registrar a assistência de enfermagem prestada, os cuidados que devem ser realizados pela equipe de enfermagem e manter certo controle sobre tudo que está acontecendo em relação a cada paciente sob sua responsabilidade. Com relação aos registros de enfermagem, retrata a qualidade do atendimento prestado, refletem o

preparo profissional e favorecem a continuidade e avaliação da assistência (POSSARI, 2007).

Alguns alunos vão além da leitura do prontuário. Utilizam outros recursos como forma de se planejar para a atividade diagnóstica e, assim, usam o prontuário como principal instrumento, mas acrescentam outras formas de relação como, a conversa com o enfermeiro sobre o caso e intercorrências do paciente, para que já saiba os pontos que deverá dar mais atenção em sua avaliação. Além disso, pensam, também, no material necessário para a realização do exame físico do paciente. E uma aluna se preocupa em avisar ao paciente do que vai fazer. Conforme os relatos a seguir:

“Vejo o material de bolso, caneta, caderninho de anotação, eu leio o prontuário dele primeiro, para conhecer quem é o paciente, nome, idade, diagnóstico médico, tempo de internação, prescrições, procedimentos que tem de fazer.” (Arnaldo)

“Eu vou, me preparo com equipamentos que eu preciso para fazer o exame do paciente, vou até o paciente e falo com ele que vou fazer sua avaliação, não vou chegar e vou mexer com ele sem ele saber por quê. Ah, eu gosto de olhar antes o prontuário até para ver como o paciente estava, às vezes faço avaliação e depois olho para ver se confere.” (Virna)

“Avalio o que vou precisar de material para exame físico, planejo como vou fazer o exame, o que eu vou procurar, vejo a impressão diagnóstica dele, a patologia, então o que eu vou atentar mais, tem as peculiaridades que a gente tem de considerar, se ele fez uma cirurgia e está com dreno, tem que se planejar de como vai fazer, pra chegar lá e procurar as coisas mais relevantes, algumas coisas olho no prontuário” (Violeta)

“Eu converso com o enfermeiro para vê se o paciente teve intercorrências, se ele apresentou algum problema, também leio o prontuário, a leitura das evoluções anteriores pra poder chegar ao paciente.” (Armando)

“Eu procuro antes de fazer a visita ao paciente, saber o caso dele, ou no prontuário ou com o enfermeiro do setor aí já com o caso em mãos, eu começo imaginar quais possíveis problemas aquele paciente pode ter, traço hipóteses e confirmo quando vou fazer minha avaliação” (Vando)

Além de procurar conhecer previamente o paciente, os alunos se planejam para a atividade diagnóstica, se preocupando com o material adequado para o exame físico a ser realizado e outras fontes de informações também, o que caracteriza uma preocupação com a forma de conduzir sua atividade diagnóstica.

Planejar-se para realizar uma atividade significa se organizar em termos de itens, informações, tipo de abordagem, entre outros aspectos e, isso, é uma ação de monitoramento e auto-regulação cognitiva e se desenvolvem, simultaneamente, com o

conhecimento metacognitivo que informa o que pode lhe ajudar aprender (FLAVELL; MILLER; MILLER, 1999).

No que se refere, especificamente, à aprendizagem, a metacognição assume dois significados que são: a avaliação de recursos e a metacognição em ação. A avaliação de recursos envolve as reflexões pessoais sobre o seu conhecimento atual e competências necessárias sobre as características das tarefas e suas dificuldades e, também, sobre as estratégias que podem ser utilizadas para realização da tarefa. Enquanto que a metacognição em ação envolve reflexões pessoais sobre como se organizar e planejar antes de iniciar uma tarefa, assim como avaliação dos resultados obtidos (PARIS; WINOGRAD, 1990).

Outros alunos utilizam o prontuário para coletar as primeiras informações do paciente, mas não reconhecem esta etapa como de planejamento. Alguns dizem que fazem isso de modo inconsciente, embora reconheçam que lhe ajuda a pensar em como direcionar sua atenção e avaliação do paciente, como no relato a seguir.

“Assim, eu não me lembro de nenhuma situação que eu planejei fazer **DE**. Mas quando a professora pede que eu examine um paciente se ele já tiver prontuário, eu gosto de ler o que já tem escrito sobre ele” (Lara)

Uma aluna relatou que, se o paciente está internado há vários dias, ela procura saber como ele estava no dia anterior, tanto pelo prontuário, como pela passagem de plantão. Isso a ajuda em sua interação com o paciente e facilita identificar os problemas que precisa prestar mais atenção, apesar de não reconhecer essas ações como de planejamento. O relato a seguir exemplifica essa questão.

“Não me planejo não. É claro que se não conheço o paciente, leio o prontuário dele para saber o que ele tem a sua patologia, como ele está, porque senão, eu vou chegar lá sem saber nada sobre o paciente, então eu tenho que saber a história dele. Agora se ele está internado vários dias na clínica, então eu sei como ele estava ontem, como ele está hoje, você vê na passagem de plantão, como ele está, se teve alguma alteração.” (Luciana)

Tem aqueles alunos, ainda, que não reconhecem nenhuma forma de planejamento para a atividade diagnóstica. Apresentam outras formas, como pensar em metas que deverá alcançar, por exemplo, a de identificar possíveis problemas, diagnósticos e elaborar um plano de cuidados, enquanto que outra aluna afirma que não se planeja para fazer **DE**. Simplesmente, ela vai com o paciente e coleta os dados, identifica problemas e faz o diagnóstico. Como mostramos nos relatos a seguir:

“Não me planejo conscientemente, mas avalio o paciente pensando, o que eu vou ter que fazer depois, eu vou pensando que eu vou ter que evoluir o paciente depois fazer o diagnóstico dele e montar o plano dele. Então já vou sabendo o que eu vou ter que fazer, olhando esses pontos, com uma meta de avaliar o paciente, fazer evolução dele, traçar o diagnóstico e montar o plano.” (Vera)

“eu não me planejo para diagnosticar, eu vou lá coletar os dados vejo os problemas e faço o diagnóstico.” (Valda)

“Ah, eu não planejo, eu vou lá fico olhando meio que, mas se eu tenho que avaliar, se o paciente for admitido, aí eu ia lá ia vê como ele chegou, se chegou com sonda, o volume da diurese dele, se ele chegou consciente, orientado, se ele chegou com alguma lesão. Se ele estava em condições de conversar vou direto falar com ele.” (Valdete)

Portanto, a maioria dos alunos reconhece o prontuário como o instrumento, por meio do qual é possível tomar conhecimento prévio de informações que ajude a conhecer quem é o paciente, sua história clínica e, assim, ter alguma base para se planejar e direcionar a atenção aos aspectos relevantes do problema do paciente.

Isso significa que, para esses alunos, essa é uma ação que realizam de forma intencional e reflete sua preocupação com a forma de abordagem ao paciente e com determinado objetivo, o de orientar sua forma de avaliação, portanto nos parece que, nesse caso, há um **evento metacognitivo**.

Como visto a maioria dos alunos, antes de iniciarem a atividade diagnóstica, procuram conhecer previamente o problema do paciente e essa informação é retirada principalmente, do prontuário dele, o qual, reconhecem como instrumento importante para planejar a aprendizagem dessa atividade, já que esses contêm informações sobre o paciente que permitem conhecê-lo, facilitando sua aproximação com ele.

4.1.4 AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM DIAGNÓSTICA

Este tema inclui respostas aos questionamentos do roteiro de entrevista sobre:

Como sabe se aprendeu o DE? Como sabe se o DE que fez está correto?

Sobre isso, a maioria dos alunos entrevistados relatou que monitora sua aprendizagem, confirmando com o professor se o **DE** elaborado está correto ou não e pelos resultados que o paciente apresenta, aos cuidados de enfermagem e foram baseados em **DE**.

A avaliação da aprendizagem diagnóstica depende da aprovação do professor, porque esse grupo de alunos julga que, não sabe fazer o **DE** completamente. Reconhecem que só sabem os diagnósticos, considerados por eles como mais comuns, por exemplo, o risco para infecção relacionado à presença de procedimentos invasivos como, a punção venosa, sondagens e os diagnósticos relacionados à nutrição, conforto, higiene e mobilização. Conforme ilustra os relatos.

“Ah, é depois que eu elaboro um **DE**, eu li achei que ficou bonito, se adequou aquele paciente, aí eu pego e mostro para o professor e ele concorda se quiser ajeitar alguma coisa ajeita, mas é assim que eu acho que está certo.” (Vitória)

“Olha, meu termômetro seria o professor, eu faço o diagnóstico e aí se surge alguma coisa que ele questiona isso aqui não se enquadrava em tal patologia, isso, e isso, então já sei que tenho de ir atrás, o professor diz que tenho de pesquisar aquilo.” (Vilma)

Como já vimos anteriormente, o professor é um personagem importante na aprendizagem diagnóstica, como orientador e facilitador dessa atividade e, na avaliação da aprendizagem, não é diferente. O professor é importante para o aluno no que se refere a sua aprovação, quanto aos diagnósticos que elabora, em função da insegurança desses alunos.

Entretanto, para o professor estimular a metacognição, deve multiplicar as situações abertas de investigação, as resoluções de problemas complexos, levando o aluno a escolher entre várias alternativas e antecipar consequências de suas escolhas, para que possa conduzir suas próprias operações cognitivas (RIBEIRO, 2003).

Outra forma de monitorar a avaliação da aprendizagem, segundo alguns alunos tem como base os resultados do paciente em resposta à prescrição de enfermagem. Tem como critérios dois pólos, o positivo e o negativo. Se os resultados forem positivos, o

aluno avalia que houve aprendizagem, do contrário, se forem negativos, ele julga que não aprendeu. Como ilustra os relatos a seguir:

“Eu acho que aprendi e continuo aprendendo diagnóstico, quando a gente vê que, através de nossas intervenções o paciente evolui da maneira esperada por nós é porque, o diagnóstico está certo.” (Armando)

“É vendo que o plano de cuidado está tendo efeito, você está tendo a conduta certa e a conduta é, e o paciente está reagindo àquela conduta, senão tem que mudar o plano e o diagnóstico também você vai vê de outra forma, mas se uma conduta não está dando certo você tem que reavaliar pra vê o que há.” (Vera)

Sobre isso, uma das alunas, Lúcia, chama a atenção que deve ser levado em consideração que na prática existem fatores inerentes ao paciente ou ao ambiente de cuidado que influenciam nas respostas do paciente, sendo necessário considerar esses fatores também. Como em seu relato abaixo.

“Se daquele diagnóstico surge uma prescrição e se aquela prescrição dá resultado então o diagnóstico está correto. Mas às vezes não dá certo tenho que pensar um exemplo, o diagnóstico mais real é o da úlcera de decúbito ele tem uma úlcera de decúbito no calcâneo então ele não tem ainda ele está com aquela pele avermelhada mais fina e ela começa ficar mais seca e faz uma úlcera, antes de se tornar seca e formar a úlcera a gente já observa e intervém põe uma proteção, mas mesmo aquela proteção não deu jeito então o diagnóstico tá certo, ele tem integridade da pele potencialmente prejudicada, mas a sua prescrição não deu resultado esperado, porque, cada paciente é um paciente e o que você espera que vem às vezes não venha.” (Lúcia)

O que esses alunos relatam é, sem dúvida, uma forma de monitoração da aprendizagem, onde o nível operacional envia informações que, para eles, representa mais que a melhora ou não do paciente, mas está relacionada diretamente, também, com aprendizagem ou não da atividade diagnóstica que orientou sua conduta de cuidados. Um exemplo de **evento metacognitivo**.

Há, ainda, alunos que usam **outro parâmetro** de avaliação, além de confirmar com o professor. Esses confirmam também no **manual diagnóstico** ou avaliam pela facilidade que apresentam em encontrar o diagnóstico adequado no livro. Como se observa no relato do aluno a seguir.

“Bem eu acredito porque avalio o paciente, as necessidades humanas básicas do paciente e construo mentalmente, depois eu vou passar para o meu rascunho, e a partir daí confrontar o que eu criei, com aquele que acredito que tem lá na Carpenito. Aí eu chego vou avaliar, exatamente é isso daí, então acredito que sei.” (Arnaldo)

Essas formas de regulação da aprendizagem estão externas ao aluno. Na verdade, ele se pauta na avaliação de outra pessoa (o professor) e nos resultados de sua ação de cuidado no paciente. Não estou dizendo, com isso, que não são válidas, mas que não fazem parte de uma auto-regulação.

Outras formas de avaliação da aprendizagem relatadas pelos alunos foram: fazer o diagnóstico sem olhar no manual; pensar mentalmente no diagnóstico quando está avaliando o paciente; pelo grau de dificuldade que enfrenta diante de determinada situação e se apresenta, ou não, dúvidas; se é capaz de levar a aprendizagem de uma experiência para outra semelhante; quando respondem ou não aos questionamentos da professora; com base em suas convicções de que sabe ou que não sabe fazer determinado diagnóstico ou se falta argumentação em favor do diagnóstico que elabora. Alguns relatos a seguir ilustram essa questão.

“Eu percebo que aprendi, quando no próprio exame do paciente, na avaliação do paciente já começa passar na minha cabeça os diagnósticos, meu subconsciente já começa a raciocinar, a pensar pra começar produzir esse diagnóstico, aí eu digo, ah esse aí eu já aprendi” (Acácio)

“não me sinto seguro pra afirmar, é esse o diagnóstico e confrontar com certeza, e argumentar. Eu sei como se faz, mas dizer que eu sei fazer realmente, eu ainda não sei. O **DE** é muito abrangente, eu não tenho capacidade de fazer sozinho, mas sei melhor do que quando comecei.” (Antonio)

Esses alunos mencionam formas de auto-regulação interna, pois sua medida cabe a processos intrínsecos, onde os desafios que lhes impõe, são julgados e regulados por eles mesmos. Sobre isso, Bertolini e Silva (2005) mencionam que, a auto-regulação da aprendizagem parece ser um aspecto importante para a autonomia que se pretende dar aos alunos.

Citando Bzuneck (2001), os autores referem que alunos auto-regulados são participantes ativos de seu processo de aprendizagem, são motivados e apresentam sólidas crenças de auto-eficácia, além de possuir conhecimento sobre estratégias de aprendizagem, assim como de saber quando usá-las.

Observa-se que as formas de monitoração da aprendizagem que os alunos apontam, são do cotidiano da prática, estão diretamente relacionadas com a vivência da atividade diagnóstica e a capacidade de lembrar e aplicar o conhecimento que aprenderam daquela experiência; relacionado aos questionamentos do professor no campo de prática, se ele sabe ou não responder; também relacionado ao momento em

que está avaliando o paciente e, nesse momento, passa em sua mente o possível **DE**, ou seja, seu subconsciente já começa a raciocinar e produzir hipóteses diagnósticas e àquelas relacionadas à dependência e independência dos manuais diagnósticos.

Há ainda os alunos que reconhecem nunca ter pensado nisso e até reconhecem que não sabem diagnosticar. Outros mencionam que, hoje, sabem um pouco mais do que quando iniciou a aprendizagem diagnóstica. As falas a seguir exemplificam.

“Nunca parei pra pensar nisso, mas quando eu percebo que não sei fazer o diagnóstico, sem usar aquele suporte do impresso ou do livro, então eu sei que não aprendi fazer **DE** sozinho.” (Vando)

“Se eu aprendi? Ah professora acho que isso é pouco gradativo, eu penso que eu ainda não aprendi completamente apesar de ter praticado e estudado um pouco acho que deveria ter estudado mais na verdade, e eu acho que eu ainda não domino o **DE**, porque eu fico preso a algumas coisas, ao folheto da **SAE**, ao livro, eu fico dependendo da avaliação do professor. Eu continuo fazendo com a mesma estrutura, mas aí com mais um pouquinho de segurança, não com tanta segurança, tenho sempre que confirmar. Eu acho que pela maturidade que a gente vai tendo ao longo da faculdade, faz agente dominar com mais facilidade, mesmo que no caso do diagnóstico a gente não domine perfeitamente, mas sei melhor do que quando comecei.” (Antonio)

“Bom se eu for utilizar o parâmetro da literatura que dizem do diagnóstico para ajudar o paciente, eu não aprendi. Eu aprendi fazer mecanicamente, aí eu vejo os problemas, eu aprendi desse jeito, preso a literatura, comparar, sem fazer relação com o paciente e com as vantagens para o paciente, eu não aprendi.” (Valdete)

“Eu sinceramente eu acho que não aprendi ainda, assim a fazer **DE**. Eu sinto dificuldade, eu queria ser mais rápida, ser mais dinâmica em fazer, mas até eu ligar uma coisa à outra também, de como o paciente está e achar um diagnóstico para ele, ainda sou muito indecisa.” (Virna)

No que se refere à metacognição, o controle e a regulação dos processos da cognição consistem em mecanismos de auto-regulação utilizados pelos alunos na realização da aprendizagem. Essas atividades de regulação são o planejamento, que envolve a percepção dos fins a alcançar, a adequação de estratégias para o alcance de metas e a previsão de consequências das ações. Assim como, a verificação dos resultados das ações, o que resulta em monitoração das próprias atividades, revisão e avaliação de estratégias de aprendizagem. Tudo isso indica conhecimento metacognitivo para coordenar e controlar, intencionalmente, a aprendizagem para resolução de problemas (FIGUEIRA, 1997).

Portanto, parece que existe uma inter-relação dos constituintes do processo de aprender diagnóstico, das concepções de que é na prática que aprendem a diagnosticar e

que o diagnóstico deve orientar condutas de cuidados com os principais instrumentos que os alunos mencionam utilizar para avaliar sua aprendizagem.

4.2 RESULTADOS DOS DIÁRIOS CLÍNICOS

A realização dos Diários pelos alunos aconteceu no período em que eles faziam estágio supervisionado hospitalar na **UTI** e concomitante ao período das entrevistas. Os Diários apresentaram uma característica diferente das entrevistas. Nestas, as perguntas podiam ser repetidas, esclarecidas e, portanto, as informações apresentaram maior precisão. Nos Diários, os alunos elaboraram sozinhos e parece que isso fez diferença, pois os alunos apresentam diferentes formas de expressão que podem ser consideradas limitadores desse instrumento como coleta de dados.

Por outro lado, esse Diário permitiu que cada um se expressasse da sua maneira própria, o que favoreceu a livre expressão dos alunos. Para análise dos Diários escritos pelos alunos utilizamos como referencia os mesmos temas que emergiram dos dados das entrevistas, com a finalidade de complementar as informações contidas nessas temáticas e, assim, possibilitar que os dois instrumentos pudessem conversar entre si, embora considerando as limitações já referidas.

Elaboramos um quadro síntese que representa os constituintes temáticos identificados nos diários. Esse instrumento foi elaborado pelos alunos em forma de relato de atividades diagnósticas e assistenciais.

Quadro 7 - Resultados dos Diários Clínicos realizadas pelos alunos de enfermagem

QUESTÕES NORTEADORAS	TEMAS	Constituintes temáticos
<p>Como os estudantes relatam sua aprendizagem?</p> <p>Que eventos metacognitivos, durante a aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, estão presentes nos relatos dos estudantes?</p>	<p>FUNÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) E SUAS DIFERENÇAS COM O DIAGNÓSTICO MÉDICO (DM):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importância do uso do DE na prática da enfermeira • O DE e o DM: Dúvidas e certezas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação. - Planejamento. - Organização. - Comparação. - Associação.
	<p>APRENDER A DIAGNOSTICAR EM ENFERMAGEM E SEUS CONSTITUINTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que é diagnosticar • O processo, • Estratégias • Dificuldades 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação - Exame físico - Evolução - Uso do impresso da SAE - A Prática - Recordação - Memorização
	<p>RELAÇÕES NO CONTEXTO DE APRENDIZAGEM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimentos e experiências. • Prontuário como instrumento de planejamento para atividade diagnóstica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exames complementares - Experiências anteriores - Interação com o paciente - Com a patologia do paciente
	<p>AValiação DA APRENDIZAGEM DIAGNÓSTICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Regulação - Auto- regulação

A seguir, passamos a apresentar, nos temas que emergiram das entrevistas dos alunos, respectivas informações que resultaram da análise dos diários e ressaltando as limitações que esse instrumento apresentou.

4.2.1 FUNÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) E SUAS DIFERENÇAS COM O DIAGNÓSTICO MÉDICO (DE)

Lembramos que este tema inclui dois tópicos: a importância do uso do **DE** na prática profissional da enfermeira e; o **DE** e o **DM**: dúvidas e certezas. Poucos alunos descreveram coisas que pudessem ser reconhecidas como a importância do **DE** na prática profissional da enfermeira, porém esses alunos referiram algum aspecto que possibilitou inferir sobre o tema: Para alguns alunos, o **DE** permite avaliação do paciente e, assim, conhecê-lo melhor; outros alunos referiram esse diagnóstico como facilitador do planejamento de cuidados específicos e alguns mencionaram o **PE** como um instrumento organizador da assistência, principalmente, na rotina agitada da **UTI**.

Consideramos que, de certa forma, são concepções que orientaram os alunos na descrição de suas atividades diagnósticas e que vão ao encontro dos relatos de muitos alunos em suas entrevistas. Entre esses alunos, nos chamou atenção, o relato de duas alunas: **Violeta** e **Valda**.

No relato de Violeta sobre uma paciente que ela cuidou e que estava grave, conta que foi avaliando os aspectos hemodinâmicos, de conforto, de segurança e, aos poucos, elaborando alguns diagnósticos que lhe deram base para planejar cuidados adequados a essa paciente. A aluna realizou seu diário clínico com clareza e encadeamento lógico de idéias usando uma linguagem teórica da enfermagem, a **NHB** e do **DE**, exteriorizando sensações afetivas e cognitivas como um trecho de seu diário exemplifica.

“Fiquei responsável por uma paciente grave, na hora de fazer o **DE** fiquei um pouco receosa na hora de fazer o diagnóstico por causa da condição dela. Eu fui observando à paciente, ela estava cianótica, com a função respiratória alterada, dor, e outros problemas, a partir da avaliação hemodinâmica da paciente, dos desconfortos dela, é que fui elaborando os diagnósticos e assim planejei os cuidados que ela necessitava.” (Violeta)

A outra aluna, Valda, descreveu que, na rotina agitada da **UTI**, na execução de procedimentos com vários pacientes graves, percebeu que o **PE** ajudaria a organizar e

nortear as ações de enfermagem e o **DE**, especificamente, possibilitaria conhecer o paciente e organizar o pensamento para tomar decisões quanto aos seus cuidados. Conforme o trecho do seu diário.

“Percebi que muitas ações, favorecida pela experiência das enfermeiras eram tomadas antes de serem planejadas por escrito. Contudo a **UTI** é muito agitada e desgastante e o **PE** ajudaria nortear as ações de enfermagem e organizar o pensamento para a tomada de decisão, na solução de problemas ou na diminuição de riscos potenciais e também para que a gente possa aprender.” (Valda)

As alunas fizeram essa reflexão no momento em que cuidavam dos pacientes, descrevendo sentimentos, possibilidades de ajuda e cuidado aos pacientes graves, assim como, visualizando o papel do **DE** e do **PE** como instrumentos que podem favorecer melhor planejamento e organização da assistência de enfermagem e, isso, parece ser um **evento metacognitivo**. Além disso, está compatível com a concepção que os alunos apresentaram em suas entrevistas.

Consideramos importante trazer para discutir este tema, complementando o que já foi dito anteriormente nos resultados das entrevistas, Efklides (2008), que menciona, entre outros aspectos, a relação da metacognição com a cognição no aspecto individual e social e a relação da metacognição com o afeto, o que nos parece coerente com a experiência relatada por essas alunas e seus sentimentos de receio frente às situações críticas, do sentimento de agitação, do imprevisível do cotidiano da **UTI**, assim como, a sensação de desorganização e de saber que o **PE** e, especificamente, o **DE** pode favorecer a organização da assistência e, conseqüentemente, a aprendizagem.

A autora ressalta que as experiências metacognitivas, ao contrário do conhecimento metacognitivo, consistem na ligação entre a regulação cognitiva e a emocional. Por meio de experiências metacognitivas, a pessoa toma consciência do seu conhecimento e sentimentos, quando entra em contato direto com tarefas e processamento de informações relacionadas a essas tarefas. Isso representa, segundo a autora, a interface entre a pessoa e a tarefa, a tomada de consciência das características da tarefa, da fluência do processo cognitivo em direção à meta a ser alcançada, do esforço despendido no processo cognitivo e resultado desse processo.

O sentimento metacognitivo, ressalta a autora, são sentimentos de familiaridade, de confiança, de dificuldades em relação à tarefa e o conhecimento necessário para realizá-la. Entretanto, a autora chama atenção que sentimentos

metacognitivos, ao contrário da experiência metacognitiva, são de natureza não-analítica.

Quanto às relações entre o **DE** e o **DM** foi possível verificar que, a maioria dos alunos, valoriza o conhecimento da patologia e atrela muitas vezes, o conhecimento da doença como ponto de partida para elaboração do **DE** indo ao encontro, do que já foi discutido nos resultados das entrevistas.

4.2.2 APRENDER A DIAGNOSTICAR EM ENFERMAGEM E SEUS CONSTITUINTES

Este foi um tema que os alunos, de modo geral, a partir da descrição de suas atividades diagnósticas, nos possibilitaram identificar o **processo** já relatado na entrevista e será descrito com os tópicos que o constitui, de acordo com a identificação deles nos diários analisados. Este processo se constitui de etapas como: observação, exame físico, avaliação, leitura do prontuário e resultando no **DE**. E a prescrição, de acordo com o impresso da **SAE**.

A observação foi sempre uma etapa que introduziu a descrição da atividade diagnóstica, o momento da primeira interação com o paciente. De modo geral, até pela especificidade do ambiente (**UTI**), os alunos observavam o nível de consciência, presença de sedação, tipo de comunicação, presença de vias invasivas, procedimentos realizados ou a ser realizados, a existência de drenos, sondas, respiradores. Nessa etapa de observação, os alunos iam pensando e construindo mentalmente um raciocínio que levasse à possíveis diagnósticos. Na maioria das vezes eles, primeiro, prestavam assistência aos pacientes e depois completavam sua avaliação, o que, também, coincide com o relatado das entrevistas. Exemplificamos com trechos dos diários a seguir:

“O paciente de hoje está grave, sedado, intubado, em anasarca, anuria. O **DE** que pensei logo foi o risco de aspiração relacionado ao nível de consciência diminuído.” (Vanusa)

“Segui com o raciocínio da ferida operatória, e fui buscando na memória mais detalhes. Deixei a evolução a minha vista para me ajudar. Notei um acesso venoso e comecei a procurar mais procedimentos invasivos, porque certamente haveria um *risco para infecção*.” (Violeta)

A avaliação continua com a etapa do exame físico feito por alguns alunos, de forma completa, céfalo caudal e por outros alunos orientados para problemas específicos. Alguns mencionam relação com conhecimento anterior quando estão descrevendo esse exame, outros expressam sentimentos diante do que veem e, outros têm como base e ponto de partida a patologia do paciente. Como nos exemplos a seguir:

“Fiz o exame físico, com ênfase na avaliação do nível de consciência, de uma senhora que tem câncer ósseo que teve a perna amputada. Para fazer o diagnóstico, com relação à consciência da paciente lembrei a prática do centro cirúrgico que, tive na terceira série, onde aprendi sobre a escala de avaliação do nível de consciência.” (Lena)

“Um senhor idoso acima de 70 anos a imagem que tive dele na primeira vez foi de pena, apresentava caquexia evidente e uma desidratação aparente, devido a isso ao invés de iniciar o exame clínico pela cabeça fui logo para as extremidades ósseas confirmando o que já suspeitava presença de placas eritematosas nos dois joelhos, calcâneo e nas mãos, e já apresentava um ferimento no halux direito.” (Acácio)

“A primeira atividade foi o exame físico completo céfalo caudal, de uma paciente com várias patologias” (Vitória)

Os alunos, de forma geral, completam suas informações no prontuário para saber sobre a patologia, balanço hídrico, evoluções, impressos da **SAE**. O impresso de diagnósticos da unidade é utilizado, tanto para consultar e tirar dúvidas, como para registro dos diagnósticos que elaboram e intervenções que indicam. Estando sempre em consonância com os **DE** e cuidados já listados nesse impresso. Os trechos dos diários a seguir exemplificam.

“Avaliamos uma paciente, evoluímos e em seguida elaboramos os **DE** e respectivos cuidados, a instituição possui um impresso com diagnósticos e prescrições de cuidados, o que torna mais prática essa atividade.” (Vera)

“Neste dia acompanhei uma paciente em 1º. dia pós-operatório de biópsia encefálica, ao realizar a visita observei que a paciente apresentava disartria e plegia de **MSD** e membros inferiores, com auxílio do impresso eu fiz o diagnóstico e a prescrição.” (Luiza)

Alguns alunos deixam claro, em seus relatos, a prática da atividade e os impressos do **DE** e prescrição de cuidados da **SAE** como **estratégias** de aprendizagem diagnóstica e, alguns, apresentam um julgamento sobre o uso dos impressos. Como ilustramos com trechos dos diários, a seguir:

“Vi que havia uma folha com **DE** da **SAE** com alguns diagnósticos que eram esperados em um paciente de **CTI** e suas respectivas prescrições, achei um instrumento prático, porém um pouco geral e que o enfermeiro só preenchia aqueles, não contemplava as particularidades de cada paciente.” (Antonio)

“Acompanhei uma paciente em segundo dia pós- cateterismo e primeiro dia pós- angioplastia, este paciente evoluía bem, sem intercorrências, mas ao realizar sua avaliação observei que, ele apresentava perda da pele nos locais de fixação do esparadrapo, o que me levou a pensar em dois diagnósticos: integridade da pele prejudicada e risco para infecção, essa prática é que ajuda aprender.” (Luiza)

Os alunos mencionaram algumas **dificuldades** como a de não saber interpretar exames complementares, como a gasometria, por exemplo, que eles consideram importante saber e ajudam no **DE**. O trecho do diário, a seguir, apresenta essa questão.

“Recebi os resultados de exame e me chamou atenção uma gasometria. Eu não tinha habilidade com aquele exame, mas pude perceber que havia algo de errado, então solicitei a presença da pediatra da criança.” (Lúcia)

Encerrando este tema, há alunos que não reconhecem ter realizado atividade diagnóstica e outros que incluíram no diário o dia de sua entrevista com a pesquisadora, com comentários que refletem algum tipo de aprendizagem influenciado pela pesquisa em tela. Esses alunos argumentam que, apesar de avaliarem os pacientes, realizarem seus cuidados, evoluções de enfermagem e até identificarem problemas não realizaram **DE**, mesmo tendo na unidade o impresso para tal.

Outros alunos reconhecem que até pensaram em diagnósticos, mas não realizaram por falta de cobrança dessa atividade ou por dar prioridade aos procedimentos técnicos. Observam que, é como se o diagnóstico fosse separado da assistência. Como se observa nos trechos dos diários a seguir:

“Assim, apesar de ter percebido essas e outras coisas nos pacientes que assisti, não realizei as atividades da **SAE**, registrei no prontuário só as observações e atividades realizadas.” (Lúcia)

“Ainda não foi possível neste momento realizar uma ação diagnóstica. A meu ver está faltando uma cobrança nesse sentido, nos fazer pensar que realizar o **DE** é importante, para prestar boa assistência.” (Virna)

Parece que os alunos tentam dizer que esse conhecimento não é valorizado na prática e, portanto, não realizado juntamente com o cuidado, porque é algo que teoricamente está atrelado a ele, mas na prática é visto de forma separada, à parte desse cuidado. Lembramos, neste caso, que informações com pouco significado para as pessoas não são assimiladas com facilidade em seus esquemas cognitivos (FLAVEL, MILLER; MILLER, 1999).

Os alunos que se referiram ao dia da entrevista relatam que, a pesquisa, o falar sobre aprendizagem do **DE** fez pensar de novo nessa atividade, refletir sobre o que não sabem em relação a isso e que deveriam saber. Buscar seus livros diagnósticos esquecidos em casa para voltar a abri-los com a intenção de estudar sobre o assunto, de recuperar o tempo perdido. Os alunos demonstram, com isso, que a pesquisa de alguma forma mexeu com eles no sentido de pensar e se dar conta de suas limitações e potencialidades em diagnosticar. Significa que a pesquisa trouxe para eles algo que já

estava esquecido, assim podemos dizer que esses alunos, de alguma forma, se beneficiaram, em parte, com ela. Os trechos de alguns diários exemplificam isso.

“Hoje foi minha entrevista com a professora Ana Gracinda sobre a aprendizagem diagnóstica de enfermagem. Nossa nunca tinha parado tanto tempo conversando e sendo perguntada sobre essa temática! Foi interessante, creio que depois disso o **DE** será algo mais pensado.” (Vera)

“Durante a prática estimulada por esta pesquisa percebi que, o **DE** além de ser uma linguagem comum para identificação de problemas pode ser utilizado para melhorar a passagem de plantão, que nem sempre são fidedignas oralmente.” (Valda)

“Hoje realizei minha entrevista com a professora Ana Gracinda e ao final da mesma refleti bastante sobre se eu sei realmente fazer **DE**. Percebi que com a falta de prática só consigo me lembrar de alguns e fiquei até um pouco decepcionado com a minha dificuldade de elaborar o diagnóstico sem ajuda do impresso. Esta situação me encorajou a estabelecer certo desafio, a de elaborar pelo menos dois **DE** por dia sem ajuda do livro ou dos impressos.” (Vando)

As reflexões acima estão repletas de **conhecimento metacognitivo**, visto que há intencionalidade na tomada de consciência das limitações de aprendizagem e de superá-las. Portanto, os alunos, em sua essência, descrevem o processo da aprendizagem da atividade diagnóstica de forma bem simplificada, em meio às descrições que fazem da avaliação do paciente, pelo qual ficaram responsáveis da assistência. No entanto, os pontos a que eles se referem vão ao encontro de aspectos que abordaram nas entrevistas.

Tem alunos que descreveram todos os diagnósticos que elaboraram no estágio e como eles chegaram a tal diagnóstico, embora, de forma superficial, pode ser percebido certo raciocínio clínico envolvido, como por exemplo, Lara. Veja um trecho de seu diário.

“Risco para função respiratória alterada relacionada às secreções excessivas e espessas.” (Lara)

“Para chegar a esse diagnóstico observei que o paciente estava com certo desconforto respiratório, o que pode levar a algumas consequências, se o quadro não for revertido, portanto meu ponto de partida foi à observação.” (Lara)

Essas características diferenciadas dos relatos são responsáveis pela fragmentação das informações dos diários e, por outro lado, possibilitou que cada um se expressasse de acordo com suas concepções pessoais, o que está refletido na forma com que organizam as informações e fornecem significados a elas.

4.2.3 RELAÇÕES NO CONTEXTO DE APRENDIZAGEM

Neste tema, alguns alunos descreveram relações com conhecimento de exames complementares e com o prontuário do paciente. A maioria dos alunos descreveu em seus diários as atividades assistenciais e diagnósticas que realizaram no estágio, durante a realização da coleta de dados desta pesquisa, concomitante, com as entrevistas realizadas com esses alunos. Em virtude da falta de detalhamentos e reflexões pela maioria dos alunos sobre o que realizaram, será descrito, os aspectos evidenciados, compatíveis com o tema e tópicos respectivos.

A maioria dos alunos inicia seus diários mencionando a apresentação da unidade no primeiro dia de estágio na **UTI**. Nessa apresentação os aspectos mencionados eram em relação à **estrutura e rotinas** da unidade, apresentação dos **pacientes**, principalmente, em relação à **patologias** dos mesmos. Como se observa nos trechos dos diários a seguir:

“Iniciou o estágio supervisionado na **UTI**, a professora nos mostrou o local, falou das rotinas, nos apresentou aos técnicos de enfermagem, falou de alguns pacientes e suas patologias.” (Lara)

“Iniciamos nossa prática supervisionada na **UTI**. Começamos pelo reconhecimento do local da prática, bem como dos pacientes de todos os leitos e a orientadora explicou a patologia de cada paciente com suas complicações, inclusive, [...]. Nesse dia não tivemos acesso a **DE** e nada foi comentado sobre o mesmo.”(Vilma)

Atitude parecida, também foi encontrada na tese de Almeida (2002), onde, docentes e alunos que participaram da sua pesquisa, afirmaram que as enfermeiras do hospital universitário - uma das referências empíricas da autora - tinham um caderninho de anotações que continham os diagnósticos médicos, mas não os de enfermagem. Observa-se assim, como em sua maioria, o trabalho das enfermeiras e docentes é dependente do diagnóstico médico. O que parece não ser diferente nesta investigação.

A relação com conhecimentos anteriores foi descrita, especificamente, em relação à interpretação de exames complementares como algo que pode auxiliar o enfermeiro a entender o que está acontecendo com o paciente, prever consequências para a condição de saúde dele e identificar **DE** que possa ajudar na resolução de problemas dos mesmos, o que corrobora a importância de aprender esse conhecimento,

já mencionado no tema anterior como uma das dificuldades que apontaram. Os trechos de diários a seguir ilustram esse fato.

“Hoje aprendemos interpretar um exame de gasometria, então pude perceber um paciente com desequilíbrio metabólico que resultava em troca de gases prejudicada.” (Lúcia)

“Analisando o prontuário de um paciente, era de um garoto, observei no resultado de seu hemograma, que estava com hemácias e hematócritos baixos. Isso me fez lembrar a hemoglobina e, logo da função respiratória, afinal, sem hemoglobina suficiente, o oxigênio seria deficiente, a respiração seria prejudicada, logo esse paciente tem um risco para a função respiratória alterada.” (Violeta)

Nos exemplos acima, as alunas apresentam um raciocínio para explicar as relações de alguns exames como meio de auxiliar a identificação de possíveis diagnósticos, foco de atenção e cuidados de enfermagem. Parece que, o que as alunas reconhecem, é que podem fazer mais pelo paciente do que encaminhá-lo para outros profissionais. É como se questionassem a importância de diagnosticar para enfermagem:

“Logo percebi que seria difícil executar os procedimentos sem conhecer o paciente, sua patologia, suas necessidades, seus riscos potenciais, fui para o prontuário onde fica os **DE** no impresso.” (Valda)

O prontuário do paciente foi um instrumento citado nos diários por todos os alunos como forma de conhecer sobre o paciente e, assim, possibilitar a atividade diagnóstica, visto que, na **UTI**, a maioria deles fica sedada.

Essa ação é realizada de forma intencional para coletar informações que subsidie a atividade diagnóstica como um instrumento de planejamento, conforme identificado nas entrevistas com esses alunos. Os trechos dos diários a seguir ilustram essa questão.

“Iniciamos com a leitura do prontuário para conhecer o caso clínico do paciente, depois nos dirigimos até ele para realizar a avaliação.” (Antonio)

“Hoje chegamos a nossa prática em **UTI** e, cada aluno assumiu os cuidados de um paciente. Li o prontuário do paciente e fui fazer avaliação dele. Ao terminar o exame físico fiz algumas anotações sobre o paciente, e então fiquei preocupado com a elaboração dos diagnósticos, pois há algum tempo só elaborava diagnósticos seguindo os impressos padronizados, e fiquei tranquilo ao saber que naquele hospital também tinha os impressos com **DE** mais comuns.” (Vando)

Alguns alunos, além do prontuário, citaram em seus relatos, também, a previsão e organização do material a ser utilizado para o exame físico, no processo de avaliação do paciente, como no exemplo a seguir.

“Para fazer o diagnóstico vi o material como caneta, papel, luva de procedimento, procurei conhecer sobre a doença do paciente e de posse destes instrumentos, eu fiz a visita de enfermagem para elaborar o **DE**.”
(Arnaldo)

Na prática observamos que os alunos não registraram, com detalhes, seu planejamento para diagnosticar. Parece que isso acontece de forma automática e sem muita consciência. Por outro lado, há uma intencionalidade referida quanto à leitura do prontuário. Este é declarado como um instrumento que auxilia conhecer o paciente, sua história clínica, os procedimentos submetidos, ou seja, seu passado, presente e possibilidades futuras quanto a seu estado de saúde e de permanência na **UTI**. Isso pode ser considerado um **evento metacognitivo** que vai ao encontro do que foi referido nas entrevistas sobre essa ação.

Conforme já mencionado anteriormente, o prontuário é um conjunto de documentos que contém informações sobre a assistência prestada a um paciente pela equipe multiprofissional que cuida dele, de modo a garantir a continuidade da assistência e que serve para fins legais e científicos (POSSARI, 2007).

Sob a perspectiva da metacognição é necessário lembrar que o planejamento é considerado uma ação de auto-regulação em que o aluno se prepara de forma consciente e se organiza para uma atividade, prevendo o que será necessário para realizá-la (FLAVELL; MILLER; MILLER, 1999).

4.2.4 A AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM DIAGNÓSTICA

Nos diários clínicos, a maioria dos alunos não expressou nenhum registro sobre a avaliação de sua aprendizagem. Para alguns, se deu em relação às dificuldades em fazer diagnóstico; sobre os efeitos dos cuidados no paciente; sobre a tomada de consciência de que não realizou a atividade diagnóstica de forma adequada; a tomada de consciência de que não aprendeu a diagnosticar por falta da prática dessa atividade. O trecho de um diário, a seguir, fala da avaliação com base no resultado do cuidado ao paciente.

“Percebi na senhora que assisti que ela estava melhorando, se esforçando no desmame ventilatório, comunicativa e, quando fiz o seu curativo da ferida operatória percebi melhora, informei a ela, que me abriu um sorriso, isso quer dizer que meu diagnóstico e prescrição estavam certos.” (Lúcia)

Para outros, a atividade diagnóstica desenvolvida na prática acadêmica, foi deficiente para a aprendizagem reconhecendo sua falta de esforço em aprender essa atividade ou percebendo que, por falta de prática, não a desenvolveu adequadamente. Como alguns trechos de diários exemplificam.

“Assim, para mim neste período a atividade diagnóstica de enfermagem não foi devidamente praticada, pois no decorrer da prática, principalmente nos últimos dias, pois percebi que não me esforcei na elaboração diagnóstica de enfermagem e sim era mais um preenchimento da ‘folha da SAE’.” (Antonio)

“Percebi que aprendi como é o processo para elaboração de um diagnóstico, porém com a falta de prática, só consigo lembrar alguns.” (Vando)

Outro aluno mencionou que a experiência de escrever um diário o fez perceber que só sabia diagnosticar com auxílio do manual diagnóstico. Neste caso, mesmo pensando e relacionando conhecimentos básicos com a doença do paciente, não conseguia escrever isso em forma do **DE**. Já outra aluna, escreveu em seu diário uma avaliação sobre o ensino diagnóstico. Para ela, a universidade não prepara os alunos para essa atividade e, por isso, lhe falta conhecimento sobre as doenças, sobre anatomia, sobre fisiologia que a ajudem nesse aprendizado. Esses alunos avaliam sua aprendizagem tendo como parâmetro o conhecimento da doença, isso significa que esse é o foco que eles têm entendido e apreendido sobre diagnosticar.

Quanto aos alunos que não mencionaram avaliação da aprendizagem, elaboraram seus diários de modo geral, descrevendo atividades assistenciais e

diagnósticas sem, contudo, se preocuparem com a relação dessas atividades e sua aprendizagem diagnóstica.

Alguns realizaram avaliação da atividade de elaboração do diário clínico, como uma atividade que ajudou na reflexão sobre os casos dos pacientes e que facilitou identificar deficiência de aprendizagem, como exemplifica os trechos dos diários de alguns alunos.

“Foi muito bom, o diário fez pensar na questão diagnóstica, eu era muito desatento em relação aprender realmente o diagnóstico e, não só me basear no livro, me fez prestar atenção que eu não sei de cabeça alguns diagnósticos que eu deveria saber afinal estou saindo da universidade.” (Acácio)

“O diário tem sido uma experiência boa, nunca tinha pensado nessa possibilidade de estar fazendo um diário clínico, eu acho interessante, a gente acaba percebendo nossos vícios e como a gente está inconscientemente no automático.” (Armando)

A avaliação descrita nos diários coincide com a relatada nas entrevistas. O quantitativo de alunos que não mencionaram essa avaliação ou a fizeram de forma superficial pode estar relacionado com a limitação que apresentou o instrumento, onde o elaboraram sozinho e entregaram no final da prática. Entretanto, mesmo reconhecendo suas limitações, ele ativou, em alguns, a reflexão sobre o cuidado, sobre a atividade diagnóstica, suas possibilidades e dificuldades na prática hospitalar.

Em síntese, podemos dizer que para esses alunos, o **DE** no contexto profissional da **UTI**, possibilita avaliação criteriosa do paciente em estado crítico, fornece base para o planejamento do cuidado que mantenha esses pacientes hemodinamicamente estáveis, confortáveis e seguros. Favorece o uso de uma linguagem profissional e a organização do pensamento clínico, com uso de um modelo teórico, como por exemplo, o de **NHB**.

4.3 A ESTRUTURA DA APRENDIZAGEM DIAGNÓSTICA DOS ALUNOS EM SEUS ASPECTOS METACOGNITIVOS

Apresenta a estrutura do fenômeno estudado e atende a quarta etapa do método utilizado. O quadro abaixo representa a síntese dessa estrutura, com base nos resultados descritos nos temas apresentados.

Quadro 8- Síntese da estrutura de aprendizagem dos alunos pesquisados e relação com eventos metacognitivos.

TEMAS	EVENTOS METACOGNITIVOS
<p>1-FUNÇÕES DO DE E SUA DIFERENÇA COM O DM: constituintes</p> <ul style="list-style-type: none"> . Orientação para condutas de enfermagem. . Dinamiza a equipe de enfermagem. . Controle da execução de cuidados pela equipe de enfermagem. . Ferramenta como instrumento, recurso, para alcançar objetivos assistenciais. . Prestígio como visibilidade e reconhecimento da contribuição de enfermagem na recuperação do paciente. . Valorização da assistência de enfermagem, pela qualidade. . Autonomia da assistência. . Compartilhamento do seu saber e fazer com outros profissionais. . Crescimento intelectual, pessoal e profissional. . Contribuição para a ciência Enfermagem. . Divisor de águas que diferencia o DM. . Valorização da doença inclusive para realizar o DE. 	<p>Regulação da atividade diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Reconhece a importância e objetivo do DE. . Monitoração dos cuidados prestados. . Reconhece benefícios pessoais, profissionais e de cuidados oferecidos. . Reconhece diferenças entre o DE e o DM.
<p>2-APRENDER A DIAGNOSTICAR EM ENFERMAGEM: Constituintes</p> <ul style="list-style-type: none"> . Avaliar, observar, interpretar, interagir, memorizar. . Processo que deve ser aprendido de forma contínua: teoria e prática diluídas nas diferentes disciplinas do curso e gradativamente. . Etapas inter-relacionadas: coleta de dados (entrevista, exame físico, prontuário), identificação de problemas, evolução, comparação com manuais diagnósticos e elaboração do DE. . A Prática: Estratégia mais adequada à aprendizagem diagnóstica. . As Dificuldades no processo de aprender a diagnosticar: Redação diagnóstica, memorização, manusear o manual diagnóstico, associar teoria e prática do diagnóstico, tempo para aprender e pouca prática. . Supera dificuldades com ajuda do professor e da SAE. 	<p>Visão de Processo mental cognitivo: raciocínio.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Identifica constituintes cognitivos. . Identifica etapas de processo mental a seguir. . Reconhece estratégias adequadas ao aprendizado. . Identifica dificuldades para aprender e recursos de superação.
<p>3-RELAÇÕES NO CONTEXTO DE APRENDIZAGEM: Conhecimentos e experiências: ao longo do curso de disciplinas básicas (Patologia, fisiologia, anatomia, microbiologia), NHB; Enfermagem nas clínicas, interações com pacientes e outros profissionais.</p> <p>Formas de planejamento: Consulta ao prontuário,</p>	<p>Organização e Monitoração da aprendizagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Transferência de conhecimentos prévios para ajudar no entendimento do conhecimento novo. . Planejar antes de iniciar a tarefa.

conversar com o enfermeiro, material necessário para exame físico, avisar o paciente e passagem de plantão.	
<p>4-AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM DIAGNÓSTICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Confirmação com o professor. . Resultados apresentados pelos pacientes às intervenções de enfermagem. . Independência dos manuais diagnósticos. . Insights sobre hipóteses diagnósticas no momento de avaliação do paciente. . Capacidade ou não de transferir aprendizagem de uma experiência para outra situação. . Respostas aos questionamentos do professor. . Convicção própria. 	<p>Regulação da aprendizagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Acompanha a aprendizagem com efeitos de sua ação . Autoregulação de parâmetros mentais envolvidos no processo de aprender a diagnosticar. . Regulação externa da aprendizagem

Os sujeitos descreveram uma estrutura de aprendizagem diagnóstica que envolve concepções e constituintes de um processo. É um processo, predominantemente mental e acontece em etapas inter-relacionadas, cuja ordem de realização varia conforme as circunstâncias. São elas:

- Avaliação (observação e exame físico).
- Histórico do paciente (entrevistas e consulta ao prontuário).
- Evolução do paciente (registro).
- Análise (agrupamento de informações por sentido atribuído).
- Identificação do **DE** mais adequado ao problema do paciente, obtido pela comparação do conjunto de dados com aqueles presentes nos manuais diagnósticos.
- Elaboração do plano de cuidados.

Os alunos apresentam, mesmo de forma limitada, conhecimento metacognitivo como a monitoração de cuidados prestados, mesmo sem ser-lhe cobrada tal ação. Sabem reconhecer o que sabem e o que não sabem sobre o **DE**, assim como estratégias e dificuldades para sua aprendizagem. Planejam-se de forma intencional para a atividade diagnóstica e relatam parâmetros mentais que lhe dizem o quanto sabem sobre diagnosticar, uma espécie de auto-regulação. Não há relato de ações e procedimentos docentes dirigidos para o desenvolvimento metacognitivo ou de habilidades diagnósticas. Não avaliam os resultados dos **DE** que elaboram na prática e nem acompanham o desenvolvimento de suas habilidades diagnósticas, tal como ocorre no desenvolvimento de habilidades técnicas para realizar procedimentos.

Além disso, esses aspectos estão situados em um contexto fenomenológico, visto que apresentam características de intencionalidade e tomada de consciência do processo de aprendizagem diagnóstica, do sujeito que vivencia essa experiência e, que, a representa segundo o significado que atribui no seu processo de aprendizagem.

5 CONCLUSÕES E POSSIBILIDADES DO ESTUDO

O foco desta investigação foi à presença de eventos metacognitivos no relato dos alunos sobre sua aprendizagem diagnóstica. Para tal foi necessário conhecer como esses alunos vivenciaram o processo de aprender a diagnosticar no aspecto individual e sob olhar metacognitivo, conforme anunciado no primeiro objetivo e questão norteadora.

Investigando sobre o conhecimento deles defendemos a **tese** de que os alunos aprendem de diversas formas, mas têm como essência, o desenvolvimento de operações mentais como: avaliar, observar, comparar, interpretar, interagir e memorizar. Essas operações mentais são aplicadas nas seguintes etapas: levantamento de dados – histórico e exame físico – identificação de problemas, evolução, comparação com manuais diagnósticos e escolha do **DE** mais adequado. Esse processo envolve, também, uso de estratégias, de manuais diagnósticos, de consulta ao professor, ao prontuário do paciente e ações procedimentais.

A metacognição como cognição sobre a cognição (Flavell, 1979), envolve o pensamento sobre as operações mentais que constitui o processo de aprender relatado por esses alunos, dessa forma, pode **contribuir** para que os mesmos entendam o que cada operação mental representa no contexto da aprendizagem de diagnosticar, como se dá esse processo e como podem realizá-lo de forma mais eficaz.

Aprender diagnosticar para os alunos envolve ainda, o uso de recursos do ambiente de prática/estágio que são, também, de aprendizagem e, em certo sentido, alguma reflexão. Usam os impressos da **SAE** como recursos de aprendizagem para realizar algumas etapas, mas fazem críticas à forma de apresentação desses formulários, assim como a forma de utilização por enfermeiros e professores. Na perspectiva do **DE**, os alunos seguem os modelos e as rotinas da prática profissional, mesmo quando em desacordo com as orientações docentes. Isto é, realizam-no quando presente nos procedimentos habituais, ignorando-o, em caso contrário. Há ainda, no relato dos alunos, algumas situações em que até o docente, embora tendo um discurso teórico compatível com a utilização do **DE**, não o segue em seu ambiente de prática. Neste caso a metacognição se faz presente na reflexão que os alunos apresentam sobre os

ambientes de aprendizagem, identificando os aspectos em que contribui e os que não contribuí para o desenvolvimento da habilidade de diagnosticar.

Os alunos pesquisados reconhecem a importância do **DE** na prática profissional do enfermeiro no que se refere à natureza clínica e gerencial e, portanto, é necessário, que o mesmo seja aprendido de forma contínua, gradual e, disseminado em todas as disciplinas. O **DE** é uma ferramenta ou instrumento que direciona as condutas de enfermagem, por isso, importante na prática profissional do enfermeiro para planejar a assistência individualizada e organizar o trabalho da equipe de enfermagem, possibilitando o controle da qualidade da assistência de enfermagem oferecida. Portanto, deveria ser valorizado e ensinado na universidade, do início ao final do curso, gradualmente e em todas as disciplinas.

Os alunos pesquisados, porém, relataram que sabem alguns diagnósticos, considerados por eles, como os mais comuns, o que leva a crer que esses alunos, embora concluintes, são ainda iniciantes na atividade diagnóstica, se considerarmos o que menciona Carpenito (2007). Para essa autora, na aprendizagem diagnóstica, espera-se que os concluintes sejam capazes de fazer **DE** mais complexos do que os iniciantes e capacidade para confirmar e tratar esses diagnósticos.

O segundo objetivo enfocou os eventos metacognitivos presentes nos relatos desses alunos. Para isso foi necessário estudar como o aluno se organizava e monitorava seu processo de aprendizagem diagnóstica. O motivo, para a isso, é que este problema é um problema de aprendizagem e, a literatura estudada sobre a metacognição e descrita no capítulo de referencial teórico, leva a acreditar que esta possa ser um auxiliar, uma ferramenta que pode ter algum papel no processo de aprendizagem. Para saber sobre isso foi preciso verificar a presença de eventos metacognitivos nos relatos dos alunos e, assim, responder a segunda questão norteadora.

O motivo de saber sobre isso é a **tese** de que a metacognição tem um papel positivo no processo de aprendizagem. Se ela está presente pode auxiliar neste processo. O conjunto de resultados mostrou que os alunos apresentaram algum grau de metacognição, embora pequeno e que não existe esforço institucional para o desenvolvimento metacognitivo neles. Dessa forma, esta tese é limitada no sentido empírico, embora, na literatura estudada e descrita no capítulo teórico, favoreça inferir,

neste caso, que o pouco conhecimento metacognitivo ou a falta dele pode explicar, pelo menos em parte, a aprendizagem deficiente que esses alunos apresentam.

Outro aspecto importante foi à verificação de que os questionamentos e os diários clínicos, instrumentos utilizados para coleta de informações nesta pesquisa, estimularam algum conhecimento metacognitivo que os levou a pensar em seu processo de aprendizagem. Fazer julgamentos sobre o que sabem e o que não sabem sobre o **DE**, apontar dificuldades e reconhecer fontes delas, assim como, formas de superação. Pensaram nas relações significativas com conhecimentos prévios e seu papel na construção de novos conhecimentos, no papel das experiências e como se organizavam antes de iniciar a tarefa diagnóstica. A elaboração do diário clínico pelos alunos, em que pese suas limitações, influenciou a reflexão e a tomada de consciência sobre o **DE** e como eles relataram - resgatar livros de diagnósticos esquecidos ou guardados. Escrever diários é uma das estratégias apontadas por Waldow (1995), para desenvolver o pensamento crítico e este, é um elemento fundamental do raciocínio diagnóstico.

Realizar as entrevistas com os alunos e alunas, sujeitos sociais desta pesquisa, foi muito proveitoso e prazeroso, porque eles compartilharam suas vivências, experiências, conhecimentos, dúvidas, a satisfação e o desapontamento que fizeram parte do processo de aprender **DE** ao longo do curso de graduação. Isso propiciou conhecer o processo de pensamento de cada um e foi possível construir um conhecimento a partir do principal sujeito do processo de aprendizagem, o aluno, assim como identificar eventos metacognitivos.

Sob o olhar metacognitivo os alunos revelaram aspectos importantes desse processo de aprender como as perspectivas e os desapontamentos em relação ao aprendizado da atividade diagnóstica. Se, por um lado, reconhecem que as práticas e estágios não lhes propiciaram o desenvolvimento de habilidade para diagnosticar, ao mesmo tempo, reconhecem também, que não houve esforço intelectual, por parte deles, que resultasse no domínio desse conhecimento que deveriam apresentar ao final do curso de graduação e que reconhecem não apresentar.

Souberam diferenciar, teoricamente, o **DE** do **DM**, embora tenham essa certeza, têm dúvidas sobre como lidar com essas duas realidades e, assim, valorizam o conhecimento da doença como algo imprescindível para o **DE**, algo como um

referencial teórico e, nenhum dos alunos relatou qualquer relação com os domínios e classes que organizam teoricamente esses diagnósticos.

A prática é muito importante para eles. É nela que aprendem a diagnosticar, eleita como a estratégia mais adequada para aprender, porque é nela que acontece a interação com o paciente, que observam seus problemas, consequências, e possíveis complicações. É nesse momento que vivenciam essa atividade e são capazes de perceber e sentir o que isso representa para o paciente e para eles, quanto alunos, futuros profissionais e como pessoas, porque não parafrasear a Dra. Wanda Horta, para definir o que eles sentem que são: “gente que cuida de gente”.

Como **possibilidades** do estudo, apontamos que, mesmo a pesquisa tenha sido realizada em determinado contexto, pode mostrar semelhanças com outros contextos e, assim, suscitar novas questões e novos estudos sobre aprendizagem diagnóstica na perspectiva tratada. Além disso, a metacognição pode ser uma ferramenta de aprendizagem para estimular o raciocínio do aluno frente ao processo de aprender, na escolha de estratégias e na identificação e superação de dificuldades.

Entre as estratégias metacognitivas possíveis citamos: ler várias vezes as informações da situação a ser analisada; organização das informações; pensar alto sobre como fazer uma tomada de decisão; pensar e planejar várias formas de resolver um problema; dividir um problema em partes menores; definir metas; avaliar as ações propostas; checar seu próprio entendimento sobre o problema; estabelecer objetivos próprios; pensar sobre estratégias cognitivas que está utilizando e sobre outros possíveis de serem usadas; pensar sobre o que precisa aprender e organizar o seu tempo (STEDILLE, 2002). Estas são algumas das possíveis formas de ajudar o aluno a alcançar o conhecimento metacognitivo, sobre aprender a diagnosticar e como usar esse conhecimento.

5.1 Recomendações

Como recomendações importantes e que foram relatadas pelos alunos, e, embora já mencionadas ao longo do texto, consideramos importante apresentá-las de forma sintética:

- Rever a forma e conteúdo apresentado aos alunos sobre o **DE**, principalmente, o processo de raciocínio envolvido;

- diluir o conteúdo diagnóstico nas diversas disciplinas ao longo do curso, de forma gradual e contínua;

- do mesmo modo, o **DE** deve ser desenvolvido em todas as práticas, garantindo, assim, o desenvolvimento de habilidades diagnósticas;

- o professor deve criar ambiente e oportunidades de aprendizagem diagnóstica, no contexto da ação de cuidar.

A nosso ver, ressalta-se ainda a necessidade de: a) estimular, nos alunos, o aprender a aprender como forma de autonomia na busca de informações que possibilitem aprendizagem diagnóstica, principalmente, no consumo de artigos científicos, b) questionar os alunos, suscitando neles, respostas que vão além do conhecimento de conteúdo e avance para o conhecimento metacognitivo, propiciando que entendam as operações mentais envolvidas no processo diagnóstico, c) utilizar instrumentos como a elaboração de diários pelos alunos que motivem a auto-regulação e automonitoramento dessa aprendizagem, d) investir no conhecimento do raciocínio diagnóstico, e) embasar os conteúdos teóricos e práticos a partir do **DE**.

REFERENCIAS:

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 284 p.

_____. **Pensamento crítico em enfermagem: um enfoque prático**. Porto Alegre: Artmed, 1996. 385 p.

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986. 128 p.

ALMEIDA, M. de A. **Competências e o processo ensino- aprendizagem do diagnóstico de enfermagem: concepções de docentes e discentes**. 2002. 244 f. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.

AUSUBEL, D. P. **Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva**. Tradução Lígia Teopisto. Lisboa: Paralelo, 2003.

BERTOLINI, E. A. S.; SILVA, M. A. de M. A metacognição e motivação na aprendizagem: relações e implicações educacionais. **Revista do IPEB**, v. 5, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://176ra.ipeb.edu.br/portal/publicações>> Acesso em: 27 jun. 2008.

BORDENAVE J. D. **Estratégias de ensino- aprendizagem**. 29. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008. p. 312.

BRANDÃO, M. A. G. **Uma visão metacognitivas das estratégias diagnósticas de enfermagem**. 2006. 194 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

BRANDÃO, M. A. G. **Associação entre a interação e a metacognição: características e perspectivas de uma comunidade virtual de enfermagem**. 1999. 194 f. Dissertação (Mestrado em Tecnologias Educacional nas Ciências da Saúde) - Núcleo de Tecnologia Educacional- NUTES, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

BUB, M. B. C.; LISS, P. E. Metodologias do cuidado de enfermagem. In: KALINOWSKI, C. E. (Coord.) **PROENF: Programa de atualização em Enfermagem Saúde do Adulto**. Ciclo 1. Modulo 2. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 9 - 55.

CARNEVALI, D. L.; THOMAS, M. D. **Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing**. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1993. p. 1-96

CARPENITO-MOYET, L. J. **Compreensão do processo de enfermagem: mapeamento de conceitos e planejamento do cuidado para estudantes**. Porto Alegre: Artmed, 2007. 600 p.

CARVALHO, V.; CASTRO, Z.B. Marco conceitual para o ensino e a pesquisa de enfermagem fundamental: um ponto de vista. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, n. 38, p. 76-86, jan./mar. 1985.

CARVALHO, E. C. de; JESUS, C. A. C. Raciocínio clínico na formulação de diagnóstico de enfermagem para o indivíduo. In GUEDES, M. C. ARAÚJO, T. L. de A. (Org.). **O uso do diagnóstico na prática de enfermagem**. Brasília, DF: ABEn, 1997. 118 p.

CASTELO BRANCO, Elen Martins da Silva. **Construção de uma Escala Motivacional de Atitude**. 2000, 134f. Dissertação (Mestrado) - NUTES- Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, UFRJ, Rio de Janeiro, 2000.

CERULLO, J. A. da S. CRUZ, D. de A. L. M. Raciocínio clínico e pensamento crítico **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, jan./feb. 2010.

COLTRO, A. A fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 11, jan. /mar. 2000.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. **Prontuário médico do paciente: guia para uso prático**, 2006, p.94.

CRUZ, D. de A. L. M. da. Processo de enfermagem e classificações In: GAIDZINSKI, R. R. et al. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 25-37.

CUBUKCU, F. Enhancing vocabulary development and reading comprehension through metacognitive strategies. **Issues in Educational Research**, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2008.

DELL'ACQUA, M. C. Q. **A construção da competência clínica: da concepção dos planejamentos de ensino às representações da aprendizagem entre graduandos de enfermagem**. 2004. 188 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

DUTRA, Luiz Henrique de A. **Epistemologia da Aprendizagem**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. 136p.

EFKLIDES, A. Metacognition defining its facets and levels of functioning in relation to self-regulation and co-regulation. **European Psychologist**, v. 13, n. 4, p. 277-287, 2008.

FERREIRA, A. B. de H. **Minidicionário da língua portuguesa**, 7. ed. Curitiba: Positivo, 2008.

FIGUEIRA, A. P. C. Metacognição e seus contornos. **Revista Iberoamericana de Educación**, p. 1-20, 1997.

FIGUEIREDO, N. M. A. de; SANTOS, I. Introduzindo a enfermagem clínica no ambiente terapêutico hospitalar. In: SANTOS, I. et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 3-20.

Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. **American Psychologist**, 34, 906-911.

FLAVELL, John H. Cognitive development: Children's Knowledge about the Mind. *Ann. Rev. Psychol.* 1999.50:21-45.

FLAVEL, J. H.; MILLER, P. H.; MILLER, S. A. **Desenvolvimento cognitivo**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 336 p.

GAIDZINSKI, R. R. et al. Gestão de pessoal de enfermagem e o sistema de assistência de enfermagem. In: GAIDZINSKI, R. R. et al. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 47-61.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**. v. 2. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 37-63.

GARDNER, H. **Inteligências múltiplas: a teoria na prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 250 p.

GIORGI, A. Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria, prática e avaliação. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petropolis (RJ): Vozes, 2008. p. 386-407.

GIORGI, A. Método fenomenológico. In MOREIRA, Daniel Augusto. **O Método Fenomenológico na Pesquisa**. São Paulo: Pioneira Tomson Learning, 2004, p. 123-139.

GUTIÉRREZ, M. G.R. de; SOUZA, M.F. de; MICHEL, J. L. M. Intervenções de Enfermagem: Desatando nós conceituais. In: GARCIA, T.R; EGRY, E. Y. **Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 118- 126.

HACKER, D. J.; DUNLOSKY, J.; GRAESSER, A. C. **Metacognition in educational theory and practice**. London: LEA, 1998. 407 p.

KAMIYAMA, Y. et al. Ensino do processo de enfermagem em doenças transmissíveis: experiência de integração hospital-escola. **Enfermagem Novas Dimensões**, v. 5, n. 1, p. 23-30, 1979.

KUIPER, R. A.; PESUT, D. J. Cognitive and metacognitive reflective reasoning skills. **Journal of Advanced Nursing**, v. 45, n.4, p. 381-391, 2004.

LEFRANÇOIS, G. R. **Teorias da aprendizagem**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

LUNNEY, M. **Pensamento crítico e diagnóstico de enfermagem**: estudos de casos e análises. Porto Alegre: Artmed, 2004. 384 p.

LUNNEY, M. Levantamento de dados, julgamento clínico e diagnósticos de enfermagem: como determinar diagnósticos precisos. In: **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**. NANDA Internacional Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 29-42.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para a enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

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

MOREIRA, Daniel Augusto. **O Método Fenomenológico na Pesquisa**. São Paulo: Pioneira Tomson Learning, 2004, 152 p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION–NANDA. **DIAGNÓSTICO de enfermagem**: definições e classificação. Porto Alegre: Artmed, 2006. 312 p.

_____. 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PARIS, S.; WINOGRAD, P. How metacognition can promote academic learning and instruction. In: JONES, B.; IDOL, L. (Orgs.). *Dimensions of thinking and cognitive instruction*. New Jersey: Erlbaum, 1990.

PEIXOTO, M. A. P.; BRANDÃO, M. A. G.; SANTOS, G. dos. Metacognição e tecnologia educacional simbólica. **Rev. Educ. Med.** v. 31, n. 1, p. 67-80, jan./abr. 2007.

PEIXOTO, M. A. P.; SILVA, R. N. M. B. S. **Aprendizagem**: estratégias e estilos. Rio de Janeiro: ABT, 2002. 142 p.

PEIXOTO, M. A. P.; GUIMARÃES, M. T. **Aprender a aprender**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

PFEILSTICKER, D. C. **A classificação internacional para a prática de enfermagem no processo de cuidar**: significados atribuídos por docentes e graduandos de enfermagem. 2006. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

POSSARI, J. F. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. 3. ed. São Paulo: Iátria, 2007.

POZO, J. I. **Aprendizes e mestres**: a nova cultura da aprendizagem. Porto Alegre: Artmed, 2002.

POUPART, J. Entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008. p. 43-91.

QUIRK, M. **Intuition and metacognition in medical education: keys to developing expertises**. New York: Springer Publishing Company, 2006. p. 1-17.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. do. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006. 239 p.

RIBEIRO, C. Metacognição: um apoio ao processo de aprendizagem. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 16, n.1, p.109-116, 2003.

RISNER, P. B. Diagnosis: analysis and syntesis of data In: GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CHRISTENSEN, P. J. **Application of theories, frameworks, and models**. 2. ed. St. Louis: Mosby Company, 1986. p.124-149.

SANTOS, G. **A aprendizagem do diagnóstico fonoaudiólogo clínico na perspectiva da metacognição**. 2006. 200 f. Dissertação (Mestrado em Tecnologias Educacional nas Ciências da Saúde) - Núcleo de Tecnologia Educacional - NUTES, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, A. G. I. da. **Ensinando e cuidando com o processo diagnóstico em enfermagem**. Belém: Smith Produções Gráficas, 2001, 131 p.

SILVA, A. G. I. da. **Satisfação do usuário e a qualidade da assistência de enfermagem**. Belém: Imprensa Oficial do Estado, 1999, 93 p.

Sternberg, R.J. (1988). **Mental self-government: a theory of intellectual styles and their development**, *Human Development*, 31,197-224.

STEDILE, N. L. R. **Intervenção metacognitiva como estratégia de aprendizagem em prevenção de problemas de saúde**. 2002. 193 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002.

SUTHERLAND, P. **Desenvolvimento cognitivo actual**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996. 288 p.

TANNURE, M. C.; CHIANCA, T. C. M. A. Seleção do referencial teórico de Orem para a sistematização da assistência de enfermagem. **Nursing**, São Paulo, v. 100, n. 8, p. 104-109, set. 2006.

TYMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ. Projeto Político Pedagógico do curso de graduação em enfermagem. Belém, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Sistema de Bibliotecas e Informação. Manual para elaboração e normalização de dissertações e teses. 4. ed. Rio de Janeiro: SIBI, 2008.

ZABALZA, M. A. **Diários de aulas.** Portugal: Porto Ed., 2004.

ZANI, A. V. **Incidentes críticos do processo ensino-aprendizagem do curso de graduação de enfermagem segundo percepção dos alunos e professores.** 1991. 191 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

WALDOW, R. V. et al. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar:** a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WIKIPEDIA, a enciclopédia livre. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Pensamento>, Acesso em: 18 de novembro de 2010.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Resolução Nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **intitulada** “Aprendizagem do Diagnóstico de Enfermagem na perspectiva da Metacognição”, que tem como **objetivos**: “Estudar, na perspectiva metacognitiva, a aprendizagem do diagnóstico em enfermagem na área hospitalar, de alunos concluintes do curso de graduação. Mais especificamente, objetiva identificar como e por que, os alunos realizam o automonitoramento, e controle dessa aprendizagem; interpretar e avaliar os processos metacognitivos relatados por esses alunos, e como eles influenciam na aprendizagem do diagnóstico de enfermagem. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando o método fenomenológico científico.

A pesquisa terá duração de um ano e seis meses, com o término previsto para dezembro de 2010, no entanto a **coleta de dados** ocorrerá entre os meses de agosto e dezembro de 2009.

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

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

Sua **participação** nesta pesquisa se dará em três aspectos: Em primeiro lugar consistirá em responder à perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista. A entrevista será gravada em gravador digital de voz para posterior transcrição- que será guardado por cinco (5) anos e apagadas após esse período. Em segundo lugar, produzir um diário clínico com registro de sua reflexão sobre sua aprendizagem do diagnóstico de enfermagem. Cabe ressaltar que os dados contidos neste diário serão utilizados única e exclusivamente para fins desta pesquisa, e os docentes responsáveis pelo estágio não terão acesso à eles e portanto não influenciarão nos conceitos a serem atribuídos a você. Em terceiro lugar deverão autorizar o acesso da equipe de pesquisa à sua avaliação quanto a aprendizagem de diagnosticar em enfermagem, que é feita de rotina e de forma independente desta pesquisa.

Você não terá nenhum **custo** ou **quaisquer compensações financeiras**. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para área de enfermagem fundamental; cognição e aprendizagem do diagnóstico de enfermagem. Do seu ponto de vista; sua participação poderá aumentar o seu autoconhecimento, sua capacidade de reflexão e de pensamento crítico. Além disso, estará vivenciando o gerenciamento do seu processo de aprendizagem, o que facilitará que você transfira para outro contexto, o que você aprenderá neste vivenciado durante a pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone, email e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Desde já agradecemos.

Ana Gracinda Ignácio da Silva- Escola de Enfermagem Anna Nery- UFRJ

Pesquisador principal- Doutoranda

Celular: (21) 97764033. (91) 81264662

E-mail: anagracinda@terra.com.br

Dr. Maurício Abreu Pinto Peixoto

Orientador

Celular: (21) 87515765

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

Rio de Janeiro, 13 de maio de 2009

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

Sujeito da Pesquisa: _____

(assinatura)

APÊNDICE B- O QUE É UM DIÁRIO CLÍNICO?

Prezado aluno,

Obrigada por aceitar participar deste estudo elaborando um diário clínico durante seu período de estágio hospitalar. Para orientação desta atividade de pesquisa, colocamos alguns aspectos:

O QUE É UM DIÁRIO:

É um documento pessoal que serve para diversas finalidades. No caso deste estudo, o diário é um instrumento de pesquisa, com a finalidade de descrever como os estudantes aprendem fazer Diagnósticos de Enfermagem.

Como será elaborado durante atividades clínicas no estágio hospitalar, especificamente na atividade diagnóstica, optamos pela denominação de “Diário clínico”.

FUNÇÃO:

Elaborar um diário nos faz pensar sobre a ação que realizamos de forma mais profunda, pois, permite refletirmos sobre o nosso modo particular de atuar, sendo ainda uma forma de aprender mais sobre esta ação, já que possibilitam a tomada de consciência da ação, e análise desta ação. É um “livro de bordo”. São elementos fundamentais para aprendizagem (ZABALZA, 2004).

COMO USAR: “Livro de Bordo”

Será utilizado no período de prática hospitalar como um recurso para se **pensar** sobre sua aprendizagem de diagnósticos de enfermagem.

Será o **registro de sua experiência** clínica de diagnóstico de Enfermagem.

Devem **contar** como realizaram a atividade diagnóstica de enfermagem ao cuidar de seus pacientes. Podem se orientar pelos seguintes **aspectos:**

Como planejou esta ação;

Sua seqüência;

Que estratégias usaram;

As relações que fez com outras experiências e conhecimentos anteriores;

Principais dificuldades e como superaram estas dificuldades;

Como sabem que os diagnósticos estavam corretos;

Como se sentiu ao realizar a ação diagnóstica.

Pode acrescentar tudo o mais que quiserem relatar sobre sua aprendizagem diagnóstica.

Solicito que o realizem quantos dias puderem e achar necessário.

Entregar ao pesquisador na data acordada com você.

APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS:

**SEXO \ IDADE \ ESTUDOU EM COLÉGIO PARTICULAR OU PÚBLICO
\TRABALHA? \ QUEM CUSTEIA SEUS ESTUDOS? \ ESTADO CIVIL \ FILHOS?
QUANTOS?**

O QUE VOCÊ PENSA DO **DE**?

VOCÊ SABE FAZER DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM?

QUANDO APRENDEU?

COMO TE ENSINARAM?

FOI DIFÍCIL?

QUAL FOI A DIFICULDADE?

COMO ENFRENTOU AS DIFICULDADES?

E VOCÊ FEZ O QUE TE ENSINARAM?

PORQUE NÃO FEZ?

QUAIS ESTRATÉGIAS CONSIDERAM MAIS ADEQUADAS PARA APRENDER DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM?

VOCE FEZ RELAÇÃO COM OUTROS CONHECIMENTOS E EXPERIÊNCIAS? COMO FEZ ESSA RELAÇÃO?

COMO SE PLANEJA PARA APRENDER A ATIVIDADE DIAGNÓSTICA?

COMO SABE SE APRENDEU O **DE**? (CONTROLE, MONITORAMENTO, GERENCIAMENTO DA APRENDIZAGEM)

É IMPORTANTE APRENDER DIAGNOSTICAR? (O QUE ACHA)

APÊNDICE D- NARRAÇÃO

LÚCIA

Uma jovem de 21 anos, solteira, sem filhos. Estudou em escola particular, não trabalha e é custeada por seus pais.

Hoje, Lúcia sabe fazer **DE**, mas reconhece que com limitações de conhecimento mais aprofundado sobre estruturas conceituais e metodológicas do assunto, apesar de entender, de compreender como se faz.

Ainda apresenta também dificuldade em relacionar exames complementares com o que aquilo significa para o paciente, com as conseqüências para o paciente, e a isso atribui conhecimento deficiente da fisiologia que considera fundamental para realizar **DE**. Entretanto, também reconhece que estuda pouco, que precisa aprofundar seu conhecimento **DE**, porque quando precisa de conhecimentos anteriores, como de fisiologia, para entender melhor o que está acontecendo com o paciente, ele nem sempre está disponível em sua memória, sendo necessário revisar.

Aprendeu **DE** do terceiro para o quarto ano do curso, mas não lembra em qual disciplina, entretanto sabe que naquela época teve aula teórica sobre o assunto, e posteriormente aula prática.

A aula teórica não era muito interessante, era cansativa em virtude de ser a última aula da tarde, e também do método usado, aula expositiva com retroprojeter, ficando a metade da sala escura o que facilitava adormecer. Relata, ainda, que nessa época eram trazidos pela professora de diagnóstico, estudos de casos para serem trabalhados em sala de aula, em grupo, e nesse momento, não percebia a importância de diagnosticar.

Ainda mais que naquela época tinha dificuldade de manusear o livro de diagnósticos, e a familiaridade com o livro foi se dando a partir da sua curiosidade. Foi nas aulas práticas que ela aprendeu **DE**, interagindo com o paciente, observando o seu problema e o que esse problema causava no paciente.

Naquele momento, diante de um paciente com problemas respiratórios percebeu a gravidade do problema dele, e se questionou sobre o que a enfermagem poderia fazer por ele? Foi então que ela me disse um tanto emocionada, que compreendeu a importância de se trabalhar a partir de um diagnóstico, porque ele daria a resposta ao seu questionamento, e passou se interessasse mais pelo **DE**. É nessa realidade que foi capaz de perceber a importância de diagnosticar, o confronto com a realidade foi capaz de inquietá-la e se mobilizar e mobilizar seus conhecimentos para que de fato aquele paciente melhore.

A partir da prática, também, aprendeu recorrer a outros tipos de apoio além do livro e o professor, a recorrer aos demais profissionais que cuidam do paciente. Com isso, considera hoje, que a prática é a melhor estratégia para aprender **DE**, porque quanto mais se treina mais se aprende, desta forma, quanto mais cedo iniciar sua aprendizagem no curso, e mais diluída nas diversas disciplinas que dão conta das áreas de saber da enfermagem, mais fácil seria sua aprendizagem, porque se daria de forma contínua.

Apesar de atualmente considerar que não é difícil aprender **DE**, refere que o tempo para a prática diagnóstica é insuficiente para aprendizagem, ou seja, aprofundar e desenvolver de fato conhecimento e habilidade para diagnosticar.

Além do tempo de prática, Lúcia considera que essa dificuldade está relacionada também, com o modelo de construção das frases diagnósticas que são extensas e requer tempo para sua elaboração e registro conforme manuais da NANDA e Carpenito. Por isso, ainda hoje, supera suas dificuldades perguntando ao professor e pesquisando em literaturas sobre o **DE**.

A partir do seu contato com o **DE**, no decorrer do curso, nas diversas práticas e estágios faz sempre o **DE** como lhe ensinaram, mas no pensamento. Fazer em pensamento é constatar um problema no paciente e saber o que fazer para resolver, por meio de ação de cuidar, porém tudo isso sem registrar.

Ainda, hoje, não registra o **DE**, porque muitas vezes nem sabe onde registrar no prontuário, e se tem o impresso da **SAE** é só marcar, isso depende da rotina institucional.

Quando faz o **DE** algumas vezes, relaciona com experiências anteriores, de pacientes que cuidou e apresentaram problemas semelhantes, inclusive de outras práticas. Contudo essa relação consiste em pensar no problema que já viu anteriormente e nas ações que precisa ou pode realizar para resolver aquele problema, e que já fazem parte de sua experiência. Lúcia, ao lembrar-se de experiências anteriores, não pensa de imediato no **DE**, ela pensa nos problemas semelhantes, e só pensa no diagnóstico quando é solicitado pelo professor.

Antes de avaliar e diagnosticar um paciente lê de forma intencional o prontuário dele. Nessa leitura Lúcia procura conhecer o problema do paciente para direcionar o que deve perguntar a ele, porém não pensa nessa ação como um planejamento, ela simplesmente faz assim, como uma etapa preliminar, e vai avaliar o paciente.

Lúcia, atualmente avalia sua aprendizagem do **DE**, com base em suas convicções de que sabe ou que não sabe fazer determinado diagnóstico, demonstrando consciência do seu nível de aprendizado diagnóstico. Usa também como critério de avaliação os resultados que o paciente apresenta em resposta a prescrição de enfermagem, que é baseada em um **DE**. Se os resultados forem positivos ela avalia que aprendeu, entretanto, Lúcia sabe, e leva em

consideração, de que na prática existem fatores inerentes ao paciente ou ao ambiente de cuidado, que influenciam nas respostas do paciente ao cuidado, sendo necessário considerar esses fatores também.

Concluindo sua entrevista, Lúcia afirma que saber fazer o **DE** traz prestígio ao enfermeiro. Esse prestígio é no sentido de que ele sabe o que faz e mostra os resultados de sua ação assistencial.

DIÁRIO CLÍNICO:

Lúcia registrou alguns dias do seu estágio, iniciou pelo primeiro dia na UTI definido esse dia como difícil não pelo trabalho, mas pelos efeitos emocionais que o ambiente lhe causou. Conheceu os ambientes da **UTI**, os pacientes e seus respectivos diagnósticos médicos.

Ao olhar alguns pacientes, ela se viu pensando o **DE** com o um exercício mental e de modo geral. Podia perceber que nos pacientes que não estavam sedados havia uma ansiedade que era óbvia e pensou que poderia ser relacionado ao medo de morrer.

Ficou em dupla com outra colega responsável pelo cuidado de um paciente. Confessa que não pensou logo em **DE** ao avaliar seu paciente e sim em realizar sua assistência, pois, era um paciente pós- cirúrgico, traqueostomizado, sob ventilação mecânica, sondado e contido no leito. Depois viu que podia ter estabelecido alguns **DE** para ele como a *mobilidade prejudicada* que já leva a outro diagnóstico que é o *risco para integridade da pele prejudicada* (podia fazer úlcera de pressão).

Outro dia chegou à UTI e recebeu a notícia que “aquela moça do isolamento faleceu hoje pela manhã, no seu lugar foi internado uma criança, um menino de um ano, e você vai ficar responsável por ele, providencie os papéis de internação e converse com a mãe”, me disse a professora. Fui então conhecer o garoto, ele era uma criança magra com pupilas mióticas, estava com suspeita de catapora, intubado, com perfusão periférica prejudicada, sem diurese, o que foi necessária sondagem vesical, com hipertermia, olhos fundos, e um tumor na região dos testículos que posteriormente confirmei lendo o prontuário dele. Após os cuidados com o pequeno paciente, Lúcia foi evoluir seu paciente e aí pensou no **DE** risco para infecção, por causa da sonda vesical.

Ao receber os exames do paciente observou que a gasometria dele estava alterada e mesmo não tendo habilidade para interpretar o exame sabia que havia algo errado e solicitou de imediato a presença da pediatra. Avalia que esse foi um dia tranquilo.

Em outro dia de estágio, Lúcia descreve que analisou o balanço hídrico de um paciente e ausculta pulmonar da mesma identificando presença de estertores e secreção, ela apresentava tosse freqüente e produtiva. A paciente estava traqueostomizada e foi necessária aspiração

traqueal. Avaliou outra paciente com o quadro clínico mais grave e apresenta mobilidade prejudicada com amputação do membro superior direito (**MSD**), débito cardíaco aumentado, risco para sufocação, já que a todo o momento tentava arrancar o tubo do ventilador mecânico, termo regulação ineficaz evidenciada por pele fria e sudorese, risco para infecção já que estava com sondagem vesical, acesso venoso central e curativo externo no membro amputado.

Apesar de Lúcia ter percebido e diagnosticado tantos problemas, não registrou, pois a atividade da **SAE** ficou por conta da enfermeira de plantão. Seu registro no prontuário da paciente foi sobre os problemas identificados e as atividades realizadas.

Outro dia que Lúcia registrou foi quando chegou à unidade e recebeu a má notícia “aquele garotinho faleceu esta madrugada infelizmente não foi possível salva-lo” Ela descreve que sentiu naquele momento como se levasse um soco no estômago, ela ficou muito triste e precisou se reestruturar para enfrentar esse dia de estágio.

Nesse dia cada aluno ficou responsável por dois pacientes, foi um dia de muitas atividades e os diagnósticos foram registrados na **SAE**, mas ela pensou nos diagnósticos antes de marcar na folha padronizada. Aprendeu como interpretar um exame de gasometria e isto a levou perceber que um paciente em desequilíbrio metabólico, por exemplo, resultava em uma troca de gases prejudicada que é um **DE**.

Verificou ainda, naquele mesmo dia que sua paciente traqueostomizada estava ficando nervosa por não poder se comunicar e custar a ser entendida e isso a fez pensar na *comunicação verbal prejudicada* e no que fazer para possibilitar uma forma alternativa para a paciente se comunicar. Ela também já estava em desmame ventilatório e ao realizar seu curativo informou a paciente sobre a melhora e isso lhe valeu um sorriso da paciente.

Ao final do plantão ainda atendeu um paciente que foi admitido com desconforto respiratório. Com este registro Lúcia encerrou as anotações de seu diário.

Ao final do plantão ainda atendeu um paciente que foi admitido com desconforto respiratório. Com este registro Lúcia encerrou as anotações de seu diário.

APENDICE E- A HISTÓRIA DE APRENDIZAGEM DE CADA UM (exemplo)

A partir da leitura dos textos das entrevistas transcritas consideramos que deveríamos fazer uma narração sobre cada aluno, isto porque nos daria uma visão da história da aprendizagem de cada um desses alunos, e assim o modo como cada um deles vê seu processo de aprender. Para esta apresentação elaboramos quadros resumos individuais.

QUADRO – 1a: A história da aprendizagem de Lúcia

1- Lúcia
<p>Uma jovem de 21 anos, solteira, sem filhos. Estudou em escola particular, não trabalha e é custeada por seus pais. Sabe fazer DE, mas reconhece que com limitações de conhecimento apesar de entender, de compreender como se faz.</p> <p>COMO APRENDEU DE: Aprendeu do terceiro para o quarto ano do curso, mas não lembra em qual disciplina, por meio de aula teórica e posteriormente aula prática. A aula teórica não era muito interessante, era cansativa em virtude de ser a última aula da tarde, e também do método usado, aula expositiva com retroprojeter, ficando a metade da sala escura o que facilitava adormecer. Nessa época eram trazidos pela professora de diagnóstico, estudos de casos para serem trabalhados em sala de aula, em grupo, e nesse momento, não percebia a importância de diagnosticar. Ainda mais que naquela época tinha dificuldade de manusear o livro de diagnósticos. Foi nas aulas práticas que ela aprendeu DE, interagindo com o paciente, observando o seu problema e o que esse problema causava no paciente.</p> <p>Hoje sabe diagnóstico com dificuldades, entre as quais, em relacionar exames complementares com o que aquilo significa para o paciente, com as consequências para o paciente, e a isso atribui conhecimento deficiente da fisiologia. Outra dificuldade está relacionada, com o modelo de construção das frases diagnósticas que são extensas e requer tempo para sua elaboração e registro conforme manuais da NANDA e Carpenito. Reconhece que estuda pouco, porque quando precisa de conhecimentos anteriores, para entender melhor o que está acontecendo com o paciente, ele nem sempre está disponível em sua memória, sendo necessário revisar. Não é difícil aprender DE, mas, o tempo para a prática diagnóstica é insuficiente.</p> <p>PORQUE APRENDER DE: Saber fazer o DE traz prestígio ao enfermeiro, no sentido de que ele sabe o que faz e mostra os resultados de sua ação assistencial.</p> <p>DIÁRIO CLÍNICO:</p> <p>Lúcia registrou alguns dias do seu estágio, iniciou pelo primeiro dia na UTI definido esse dia como difícil não pelo trabalho, mas pelos efeitos emocionais que o ambiente lhe causou. Ao olhar alguns pacientes, ela se viu pensando o DE com o um exercício mental e de modo geral. Ficou em dupla com outra colega responsável pelo cuidado de um paciente. Confessa que não pensou logo em DE ao avaliar seu paciente e sim em realizar sua assistência. Depois viu que podia ter estabelecido alguns DE para ele.</p> <p>Outro dia chegou à unidade e recebeu a notícia que “aquela moça do isolamento faleceu hoje pela manhã, no seu lugar foi internado uma criança, um menino de um ano, e você vai ficar responsável por ele, providencie os papéis de internação e converse com a mãe”, lhe disse a professora. Foi então</p>

conhecer o garoto, após os cuidados com o pequeno paciente foi evoluir e aí pensou no **DE**. Ao receber os exames dele observou que sua gasometria estava alterada e mesmo não tendo habilidade para interpretar o exame sabia que havia algo errado e solicitou de imediato a presença da pediatra. Ela seguiu descrevendo cada paciente que cuidou e como elaborava os **DE** e apesar de Lúcia ter percebido e diagnosticado tantos problemas, não registrou, pois a atividade da **SAE** ficou por conta da enfermeira de plantão. Seu registro no prontuário da paciente foi sobre os problemas identificados e as atividades realizadas. Outro dia de registro marcante foi quando chegou à unidade e recebeu a má notícia “aquele garotinho faleceu esta madrugada infelizmente não foi possível salva-lo” Ela descreve que sentiu naquele momento como se levasse um soco no estômago, ela ficou muito triste e precisou se reestruturar para enfrentar esse dia de estágio. O diário fez com que ela vivesse mais intensamente a ação de diagnosticar.

O diário revela uma pessoa que se mostra sensível ao sofrimento do paciente, se emociona ao falar de casos graves que evoluíram para óbito, e também mostra um raciocínio rápido em relacionar problema e alguns possíveis rótulos diagnósticos. Sua interação com o paciente é permeada por afetividade e sensibilidade.

APENDICE – F IDENTIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE SENTIDO

QUESTÃO NORTEADORA:

Como os estudantes relatam sua aprendizagem diagnóstica?

Quadro2 a-s Distribuição das unidades de sentido sobre, o processo, estratégias e dificuldades de aprendizagem diagnóstica, dos alunos graduandos de Enfermagem.

Alunos	Unidades de Sentido	Constituintes de Aprendizagem Cognitivas	Constituinte de Aprendizagem Não Cognitiva
Antonio	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem:</p> <p>Trechos da entrevista:</p> <p>“Eu aprendi no terceiro ano na disciplina administração da assistência, a professora dava <u>casos clínicos</u>, bem complicados, assim com bastantes diagnósticos, [...]. Agora tem hospitais que tem o <u>impresso</u> com diagnósticos.”</p> <p>“Então a gente <u>treinava</u> diretamente <u>com o paciente avaliando</u>. Tivemos também aulas expositivas [...] Não me lembro bem como foi que ela ensinou na teoria. Eu capto melhor as coisas na <u>prática</u>, com auxílio do livrinho. Eu consigo <u>analisar</u> que ele tem um <u>problema</u>, se eu vejo o caso, assim fica mais fácil pra mim, [...].</p> <p>“O que me facilita mais aprender DE é a parte <u>prática</u>, a aula prática, não só a teoria, pois se você não vê isso no paciente não desenvolve. É estudar a teoria e amanhã ir pra prática. Não adianta saber todas as categorias diagnósticas que existe se você não vê no paciente, e isso acontece com a maioria de nós.”</p> <p>Trechos do Diário clínico:</p> <p>“Seguimos a prática com realização da SAE para cada paciente.”</p>	<p>-Casos clínicos</p> <p>-Prática: avaliação clínica do paciente</p> <p>-Leitura do manual diagnóstico.</p>	<p>-Recursos do ambiente de aprendizagem: impresso da SAE</p>
	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica:</p> <p>Trechos da entrevista:</p> <p>“Foi um pouco difícil aprender diagnóstico, nem tanto identificar algo assim, durante a nossa assistência a gente consegue fazer isso, no entanto é um pouco difícil <u>escrever o enunciado</u> do diagnóstico, aí isso aí a gente adquire com a prática, depende também às vezes do professor, do local que a gente está, do hospital, às vezes a sistematização dele é bem estruturada, tem outros que nem tanto.”</p> <p>Como supera:</p> <p>“Eu peço auxílio para o professor que está me acompanhando [...]”</p> <p>Trechos do Diário clínico:</p> <p>Não referiu dificuldades</p>	<p>Escrever enunciado diagnóstico</p>	

<p>Acácio</p>	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem: Trechos da entrevista: “Aprendi no terceiro ano, segundo bloco, tínhamos aula do DE e SAE [...]. “A aula teórica foi muito rápida, muito vaga, onde eu aprendi mesmo foi na questão <u>da prática</u>. Era um <u>processo</u> pegava os sinais e sintomas clínicos que o paciente estava apresentando, e <u>percebi que assim era uma coisa mais fácil</u>, avaliar a questão fisiológica, anatômica do paciente e levar para teoria. Eu via que estava mesmo encaixado as peças todas na minha cabeça, para eu poder <u>analisar</u> e para poder registrar isso, aí eu ia com o professor.” Trechos do Diário clínico: “Um senhor idoso acima de 70 anos, a imagem que tive dele pela primeira vez foi de pena, apresentava caquexia, desidratação e devido a isso iniciei o exame físico pelas extremidades ósseas confirmando o que suspeitava placas eritematosas nos dois joelhos, calcâneos e nas mãos, e um ferimento no halux direito, portanto já fechei o diagnóstico de <i>Integridade da pele prejudicada</i>.”</p>	<p>-Prática: avaliação clínica do paciente -Decorar os diagnósticos mais utilizados -Consultar o manual de diagnósticos. -Memorização</p>	<p>-Recursos do ambiente de aprendizagem: SAE.</p>
	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica: Trechos da entrevista: “Eu aprendi fazer DE [...] mas, não me preocupei em <u>decorar</u> os diagnósticos, [...], eu sabia que era relacionado aquilo, mas não me vinha na cabeça, <u>não sabia como escrever segundo os princípios que eu tinha de me basear, da NANDA e da Carpenito</u>. Mas acredito que passado um tempo, do próprio trabalho, no dia a dia a gente acaba <u>memorizando</u> o diagnóstico.” “No começo foi uma coisa complicada [...] chegava à frente do livro eu não sabia ler o livro.” “Então uma grande dificuldade é de <u>manusear o livro</u>. Outra dificuldade é com a questão de <u>relacionado a evidenciado</u>.” Como supera: “Utilizando os impressos da SAE. Trechos do Diário clínico: Não refere</p>	<p>- Não sabia como escrever segundo os princípios que eu tinha de me basear, da NANDA e da Carpenito. - Manusear o livro e a questão de relacionado a evidenciado.</p>	
<p>Armando</p>	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem: Trechos da entrevista: “Aprendi no terceiro ano, se eu não me engano, na disciplina administração da assistência.” “A princípio o professor deu um paciente para cada, [...] pediu: tragam a Carpenito pra cá, que eu quero começar a dar noções</p>	<p>-Leitura do manual diagnóstico. - Uso de palavras chaves para acionar na memória a sequência da estrutura diagnóstica. -Prática: avaliação clínica do paciente</p>	<p>-Recursos do ambiente de aprendizagem: SAE.</p>

	<p>para vocês do DE, [...], foi que a gente começou <u>lendo o sumário</u>, ah o paciente apresenta dor aguda, então vamos lá ler dor aguda, a gente ia abria a Carpenito no diagnóstico de dor aguda e ia ler o diagnóstico de dor aguda, paciente apresenta realmente isso? Existem duas <u>palavrinhas</u> <u>chaves</u>, relacionado e evidenciado por alguma coisa que a gente nunca poderia esquecer.”</p> <p>“Aula teórica que teve, foi superficial, porque ele falou que o melhor local pra gente aprende era na <u>prática</u>.”</p> <p>Trechos do Diário clínico:</p> <p>“Fiquei responsável toda manhã por um paciente com diagnóstico de Linfoma, estava com dois drenos em hemitórax e enfisema subcutâneo, na avaliação clínica dele constatei que apresentava como DE: risco para infecção, dor aguda e integridade tissular prejudicada.”</p>		
<p>Cont. Armando</p>	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica:</p> <p>Trechos da entrevista:</p> <p>“A princípio no primeiro dia de prática foi muito difícil fazer diagnóstico, eu não tinha prática nenhuma.”</p> <p>“Não foi difícil, porque, não sei se é porque, e quando a gente está começando eu creio que a nossa deficiência é muito maior, quando a gente está começando o embasamento teórico que a gente tem é muito pequeno. Então se a gente tivesse um embasamento teórico, já levaria os alunos para o campo de prática um pouco mais preparado.” “Na UTI às vezes o <u>tempo é muito curto</u> para sentar e escrever para economizar tempo a gente acaba pegando mesmo a planilha pré-estabelecida e vai circulando. [...].</p> <p>Como supera:</p> <p>“Estudando”</p> <p>Trechos do Diário clínico:</p> <p>Não referiu</p>	<p>-Embasamento teórico deficiente</p> <p>-Tempo muito curto</p>	
<p>Vando</p>	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem:</p> <p>Trechos da entrevista:</p> <p>“Aprendi na disciplina administração da assistência por volta do terceiro ano.”</p> <p>“Na época o <u>professor deu as aulas teóricas e nos trouxe pra o campo de prática</u>, e aí a gente <u>ia com o paciente fazia a visita do dia, colhia a história do paciente as queixas do dia, e fazia o exame físico</u>. A partir dali a gente <u>ia detalhar todos os problemas de enfermagem</u> que o paciente apresentava e <u>procurar quais os possíveis diagnósticos de enfermagem, com o suporte do livro</u>. A gente via os problemas e procurava o diagnóstico no livro,</p>	<p>-Prática: avaliação clínica do paciente</p> <p>-Consultar o manual de diagnósticos.</p> <p>- Comparação</p> <p>-Relacionar o exame físico com as NHB.</p>	<p>-Recursos do ambiente de aprendizagem: SAE.</p>

<p>Cont. Vando</p>	<p>conforme o problema que a gente tinha identificado no paciente a gente ia procurar no livro quais os diagnósticos que se encaixava com aquele problema, era <u>comparar</u>, por exemplo, se a gente visse que o paciente estava com uma punção periférica venosa, então a gente chegava colocava como um dos problemas que ele estava com uma punção e fazia o diagnóstico de risco para infecção relacionado com vias invasivas, comparava com o livro para poder registrar no prontuário do paciente.</p> <p>“<u>Pensava nas NHB afetadas a partir do exame físico</u>, pelo menos era assim que eu <u>organizava meu pensamento</u> pra chegar ao diagnóstico, assim era mais fácil.”</p> <p>“Na prática tem o <u>impresso</u>, e em função da correria do dia a dia é mais fácil marcar, com isso, a gente perde muito a prática de fazer diagnóstico, e deixa passar outros diagnósticos que, podem ser importantes para o paciente.”</p> <p>“A gente, apenas se acostuma de marcar o que já está ali, e não faz esforço para elaborar um diagnóstico diferente.”</p> <p>Trechos do Diário clínico: “Ao término do meu exame físico fiz algumas anotações sobre a condição do meu paciente, com relação do diagnóstico segui o impresso que contém os DE mais comum no CTI do hospital.”</p>		
	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica: Trechos da entrevista: “A dificuldade que eu tenho é da forma de <u>redigir o diagnóstico</u> que é muito extensa. Como supera: “Com ajuda do manual e do impresso” Trechos do Diário clínico: “Fiquei preocupado com a elaboração do diagnóstico, pois há algum tempo não era exigido ou era realizado no impresso fiquei tranqüilo ao perceber que lá também usavam o impresso.”</p>	<p>-Redigir o diagnóstico que é muito extensa</p>	
<p>Lúcia</p>	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem: Trechos da entrevista: “A gente teve uma disciplina onde a gente treinou na prática e, aí assistia o paciente e elaborava o diagnóstico e a prescrição de enfermagem pra aquele paciente. É o que é passado na universidade, à gente observa o paciente e verifica alguma alteração que ele tenha e daí, a partir disso, a gente monta o diagnóstico, vai dizer o diagnóstico dele.” “Todas as aulas a professora trazia livros da NANDA e tudo e a gente fazia um <u>estudo</u> de um paciente, por exemplo, a</p>	<p>-Estudo de caso em grupo. -Prática: avaliação clinica do paciente -Consultar o manual de diagnósticos.</p>	

	<p>gente tinha um relato dele, uma evolução dele e a partir daí a gente podia elaborar algum tipo de diagnóstico pra ele, com consulta na NANDA.”</p> <p>Trechos do Diário clínico: “O Sr. B. ficava acordado, escutava tudo o que era falado e o que acontecia lá, essa foi uma das coisas que logo me chamou atenção, o tal <i>padrão de sono perturbado</i>.”</p>		
<p>Cont. Lúcia</p>	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica: Trechos da entrevista: “Não, não foi difícil seria mais difícil se a gente não tivesse é aproximação com o paciente. As dificuldades? Às vezes a <u>falta de relação entre fisiologia e a prática, a clínica</u>, por exemplo, você vai verificar o exame dele que ele tem uma alteração de uma gasometria, por exemplo, verifica que ele tem uma alteração em nível do co^2 coisa assim, mas tu não sabes o que aquilo vai levar entendeu, e às vezes isso aí dificulta muito, porque tu não sabes aonde isso vai levar o paciente, não sabe o que significa e principalmente as conseqüências.” “De início, também foi difícil conhecer a Carpenito e NANDA, eu não sabia como dividia, eu não sabia onde encontrar é tinham diagnósticos que se confundiam a gente olhava no índice do livro e lá tinha, por exemplo, diagnóstico de paciente psiquiátrico é diferente de um paciente daqui do CTI.” Como supera: “Pergunto ao meu orientador” Trechos do Diário clínico: Não referiu</p>	<p>- Falta de relação entre fisiologia e a prática, a clínica - Conhecer a Carpenito e NANDA,</p>	
<p>Lara</p>	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem: Trechos da entrevista: “Eu lembro que teve uma disciplina no quarto ano, a professora levou a gente pra um hospital e fez com que a gente analisasse o <u>prontuário</u> do paciente. A gente preenchia numa planilha o DE que identificava as características definidoras, e confirmava na NANDA. A planilha já vinha pronta, então recorria à professora para saber se de fato era aquele diagnóstico, se ele se enquadrava ali.” Trechos do Diário clínico: “Cheguei a esses diagnósticos com, auxílio do impresso da SAE e ajuda da professora de estágio.”</p>	<p>-Análise do prontuário do paciente. -Preencher a planilha de diagnósticos que a professora levava. -Memorização dos diagnósticos tidos como básicos. -Consultar o manual de diagnósticos.</p>	<p>-Recursos do ambiente de aprendizagem: SAE.</p>
	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica: Trechos da entrevista:</p>	<p>- São muito grandes, extensos, dificuldade em memorizar, e</p>	

Lara	<p>“Eu sinto certa dificuldade para fazer alguns DE dependendo da situação, já tenho alguns na <u>memória</u>, que são básicos, mas na maioria deles sinto dificuldade de fazer, às vezes eu recorro aos livros, a NANDA ou Carpenito. Eu acho que, os diagnósticos são muito válidos, porém são muito grandes, <u>extensos</u>, eu sinto uma <u>dificuldade em memorizar, e relacionar</u>, com o livro, na prática. Também, chegar ao diagnóstico, às vezes é difícil, [...] eu preciso da minha professora de estágio pra chegar até ele.”</p> <p>“Também a <u>quantidade</u> de diagnósticos.”</p> <p>Como supera: “A SAE é uma estratégia muito boa, que eu particularmente utilizo.”</p> <p>Trechos do Diário clínico: Não referiu</p>	<p>relacionar, com o livro, na prática.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantitativo de diagnósticos para memorizar 	
Luz	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem:</p> <p>Trechos da entrevista: “Aprendi no terceiro ano do curso mais ou menos. A teoria foi no livro vendo discutindo e fazendo o diagnóstico.” “Nós pegávamos os dados do paciente e <u>fazíamos comparação</u> com o livro.”</p> <p>Trechos do Diário clínico: Não referiu</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Comparação -Consulta ao manual de diagnóstico. - Recordar termos diagnósticos -Conhecer sobre a doença do paciente 	
	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica:</p> <p>Trechos da entrevista: “O que eu via era mais assim, coisas simples e termos rebuscados, [...] eu sou um pouco mais direta. Então eu tinha que está buscando esses termos nas minhas <u>recordações</u>. Às vezes tinha coisas que, eu lembrava logo, tinha coisas que eu precisava pensar um pouco mais, <u>pensar nos termos técnicos do livro</u>.”</p> <p>Como supera: “Quando eu conhecia um pouco da doença, e dos termos técnicos, era mais fácil fazer o diagnóstico, e estudando mais a Carpenito”</p> <p>Trechos do Diário clínico: Não referiu</p>	<ul style="list-style-type: none"> -lembrar os termos técnicos do livro. 	
Vera	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem:</p> <p>Trechos da entrevista: “Ao longo do curso, a gente aprende, com <u>trabalhos</u>, tem aula fechada de D.E em administração da assistência de enfermagem.” “Primeiro a professora mostrou o modelo do livro, depois nós fomos com o paciente fizemos avaliação dele vimos o que ele precisava e depois disso montamos os</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Trabalhos acadêmicos -Consulta no manual diagnóstico. - Comparação -Prática: avaliação clinica do paciente. - 	<ul style="list-style-type: none"> -Recursos do ambiente de aprendizagem: SAE

	<p>diagnósticos e as prescrições. Mas o que eu vejo assim que se faz geralmente é, por exemplo, a gente já tem o diagnóstico pronto, só faz marcar lá.”</p> <p>“Nós pegávamos os dados do paciente, e fazíamos <u>comparação</u> com o livro, por exemplo, ele estava com um problema de úlcera de pressão, então ia à parte de pele, da Carpenito, na parte tecidual, e procurava qual o diagnóstico que tinha pra úlcera de pressão e, geralmente transcrevia.”</p> <p>“Para fazer o DE faço <u>avaliação</u> do paciente.”</p> <p>Trechos do Diário clínico: “No impresso estão os diagnósticos e intervenção de enfermagem é só marcar”</p>		
Cont. Vera	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica:</p> <p>Trechos da entrevista: “Muitas vezes, a <u>dificuldade é pensar no que vai fazer</u>, assim, saber <u>identificar o que o paciente tem</u>, e algumas necessidades são básicas e outras não, algumas são gerais e outras não. É ir ao <u>individualizado</u> mesmo, e aí é que complica um pouco. Porque, <u>you acaba pensando eu to esquecendo alguma coisa</u>, sempre de alguma forma parece ser esquecido, o professor vai e pergunta e aí? E aquela coisa? Ele mostra um ponto que a gente esqueceu. Ah, você tem que fazer bem elaborado, porque outras pessoas vão ver então você vai colocar com as palavras certas, com os termos corretos, e aí às vezes <u>you esquece um termo e já fica difícil de passar para o papel, escrever.</u>”</p> <p>Como supera: “Algumas instituições até ajudam porque elas já tem o impresso com os D.E e intervenções, e só selecionar os que são necessários. Isso facilita porque é mais prático, e mais rápido, [...], no entanto pode alguma coisa passar batido.”</p> <p>“Trechos do Diário clínico: Não referiu</p>	- Pensar no que vai fazer, assim, saber identificar o que o paciente tem.	
Violeta	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem:</p> <p>Trechos da entrevista: “Começa no terceiro ano, vim para o hospital, ela dava um <u>estudo de caso</u> pra gente e a gente montava o diagnóstico.” “Quando a gente chega aqui no hospital, fico meio perdida, eu acho que é uma coisa que a faculdade deixou meio que um pouco solta pra gente. Eu queria vê como estava no livro, queria fazer como estava no livro, e acabava me confundindo não</p>	<p>- Estudo de caso</p> <p>-Prática: Avaliação clínica</p> <p>-Consulta no manual diagnóstico</p> <p>-Raciocínio</p> <p>-Recordação (busca na memória)</p>	-Recursos do ambiente de aprendizagem: SAE

<p>Cont. Violeta</p>	<p>conseguia fazer direito. Na admissão, <u>avalia</u> o paciente faz a evolução e faz o diagnóstico tinha o auxílio dos livros da Carpenito e da NANDA. Aqui no hospital tem a <u>folhinha própria</u> para o diagnóstico já, em outros hospitais não tem, a gente acaba não fazendo.</p> <p>“Eu tentava fazer como me ensinaram, mas nem sempre isso acontecia, por exemplo, aqui a gente pega o paciente e avalia e faz os procedimentos com ele, aí já é diferente de como me ensinaram, de primeiro vê, fazer o diagnóstico e depois planejar direitinho. Na verdade a gente tem que <u>seguir a rotina</u> do hospital e do setor.”</p> <p>Trechos do Diário clínico: <u>“Realizamos os procedimentos</u> que o paciente necessitava naquele momento, avaliamos seu estado, <u>evoluímos</u> e então chegamos ao <u>diagnóstico</u>. Era um paciente complexo, com vários possíveis diagnósticos o que, deu certo trabalho.”</p> <p>“Segui com o <u>raciocínio</u> da ferida operatória, e fui <u>buscando na memória</u> mais detalhes. Deixei a evolução a minha vista para me ajudar. Notei um acesso venoso e comecei a procurar mais procedimentos invasivos, porque certamente haveria um <i>risco para infecção.</i>”</p>		
	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica: Trechos da entrevista: “Foi sim. Em me sentir segura se era isso ou não? Na verdade quando a gente chega a certo período a gente acha que não sabe nada, que vai sair sem saber nada, fica <u>insegura.</u>”</p> <p>Como supera: “Com ajuda da professora.”</p> <p>Trechos do Diário clínico: “Fiquei responsável por uma paciente que estava um pouco grave, na hora de fazer o DE, até fiquei receosa devido a condição dela.”</p>	<p>- Insegurança</p>	
<p>Vanusa</p>	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem: Trechos da entrevista: “Aprendi no terceiro ano, eu acho que foi terceiro ano bloco II, na disciplina administração da assistência. Teve aula teórica, não teve muita coisa não. Deixame lembrar, ele passava e pedia pra gente <u>fazer o quadro</u>, separava o paciente, a gente selecionava os problemas, as intervenções e selecionava os diagnósticos de acordo com as intervenções.”</p> <p>“Ele deu <u>estudos de casos</u>, e foi só direcionando os passos, mas foi na <u>prática</u></p>	<p>-Preencher a planilha de diagnósticos que a professora levava. - Estudo de caso -Prática: Avaliação clínica. -Questionamento ao professor.</p>	<p>-Recursos do ambiente de aprendizagem: SAE</p>

<p>Cont. Vanusa</p>	<p>que ele ia enfatizando.” “Ele pedia, o paciente duzentos e tal é seu, vá lá e <u>avalié o paciente</u>, a gente avaliava via os problemas e em cima dos problemas o diagnóstico, era isso e depois as intervenções, eu acho, eu não me lembro direito como era. Por que eu vou identificar o problema tal, e aí o que eu tenho de fazer? Tenho de intervir, como eu vou intervir? Só que assim, os outros anos não são tão assim da nossa rotina. A gente voltou trabalhar aqui agora devido mais a pesquisa.” Trechos do Diário clínico: “O paciente que avalei estava com temperatura abaixo de 36 graus, pálido, <u>aqueci o paciente e logo associei o risco para alteração da temperatura</u> relacionado aos efeitos do resfriamento da sala de cirurgia.”</p>		
	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica: Trechos da entrevista: “<u>No começo</u> sim, porque é <u>muita informação</u>, porque é todo um leque, na hora separava é todo um conjunto pra você chegar ao diagnóstico, não sabia onde procurar. A gente tinha que vê o problema, identificar os problemas, quais intervenções, qual o diagnóstico, agora tem os <u>impressos</u> e a gente só vai marcando. Então na verdade a gente não faz como ensinaram e sim conforme a <u>rotina do hospital</u>.” “Então eu acho que, a maior dificuldade é na montagem, na elaboração, a gente até sabe, mas como escrever?” Como supera: “<u>Aí era com ajuda da professora</u>, eu falava com ela. <u>Aí eu falava pra ela</u> – professora o paciente está na lista de relacionado e têm estas três opções, ele é pós-operatório, ele é isso, e isso, <u>qual das três opções é correta?</u> Se for relacionado a isso vai ficar redundante, aí ela ia direcionando, vamos ver qual é a prioridade.” Trechos do Diário clínico: Não referiu</p>	<p>- Muita informação - Montagem, na elaboração diagnóstica</p>	
<p>Valda</p>	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem: Trechos da entrevista: “Foi na Administração da assistência, que a gente foi ver mesmo diagnóstico. A gente fazia a evolução do paciente e tentava procurar na NANDA o diagnóstico que encaixava aqueles problemas. A primeira vez que eu abri a NANDA eu não sabia nem pra onde ia, porque eu não</p>	<p>-Consulta no manual diagnóstico -Comparação -Prática: Avaliação clínica. -Conhecer a patologia e saber relacionar com o DE.</p>	<p>-Recursos do ambiente de aprendizagem: SAE</p>

<p>Cont. Valda</p>	<p>conhecia [...], depois que a gente vai vendo <u>na prática</u>, que vão cobrando isso da gente, aí a gente vai sendo mais rápida.”</p> <p>“Aí a gente foi pra prática, ele deu um <u>estudo de caso</u>, à gente fez e elaborou junto com ele os DE.”</p> <p>Trechos do Diário clínico:</p> <p>“Tive oportunidade de fazer admissão de um paciente, e apliquei o Processo de Enfermagem desde o início. Como na UTI os pacientes são graves, primeiro temos que colocar o paciente no leito, com monitoração de multiaparelhamentos, e aparelho necessário, após a estabilização clínica do paciente, aí se faz admissão, evolução do paciente, avalia as necessidades afetadas, aí faz o diagnóstico e, condutas, no impresso.”</p>		
	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica:</p> <p>Trechos da entrevista:</p> <p>“às vezes a gente encontra dificuldade em <u>achar o diagnóstico</u> que englobe todo o quadro. Então acho que a <u>prática</u> vai aperfeiçoando um pouquinho só sei fazer, se eu for <u>procurar no livro</u>. Eu digo assim, às vezes eu <u>esqueço alguns termos, os que são básicos, mais batidos assim</u>, às vezes <u>a gente até lembra</u>, mas têm outros que tem que procurar no livro. Mas eu tenho medo de fazer errado, então eu <u>prefiro confirmar</u>, entendeu, tem uns que eu até já faço, mas outros a gente procura.”</p> <p>“Tenho também, dificuldade de <u>relacionar os sinais e sintomas ao diagnóstico</u>, aquela primeira parte do diagnóstico, não <u>saber ligar um problema a causa</u>, entendeu, acho que é isso. Às vezes também a <u>falta de conhecer a patologia e ligar ao problema</u>.”</p> <p>Trechos do Diário clínico:</p> <p>Não referiu</p>	<p>-Achar o diagnóstico que englobe todo o quadro</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esquecer alguns termos - Relacionar os sinais e sintomas ao diagnóstico, aquela primeira parte do diagnóstico, não saber ligar um problema a causa. 	
<p>Luiza</p>	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem:</p> <p>Trechos da entrevista:</p> <p>“Bom, a disciplina se não me engano foi no terceiro ano, bloco II, se não estou enganada, aí foi quando nós aprendemos quando eram DE, que temos diagnósticos padrões pra não tirar da cabeça, e que são diagnósticos diferentes, dos diagnósticos médicos, isso lá no terceiro ano, lá a gente aplicava bastante, a gente fazia <u>consultas de enfermagem</u>, a gente fazia controle do desenvolvimento, pré- natal e depois disso fazíamos DE. A gente fez na clínica também, a gente fazia a <u>visita dos pacientes e depois a gente fazia os diagnósticos</u>, os que a gente conhecia do livro, mas também, a gente pegava o</p>	<p>-Consulta de enfermagem.</p> <p>-Prática: Avaliação clínica.</p> <p>-Memorização</p>	<p>-Recursos do ambiente de aprendizagem: SAE</p>

<p>Cont. Luiza</p>	<p>impresso que tinha aqui que, depois a gente pegava pra preencher.” “Bem, nos <u>avaliamos o paciente</u> e vemos o que o paciente está apresentando, se o paciente está acamado, se tem uma mobilidade prejudicada, pode formar úlcera, que aumenta o risco de infecção, então isso você vai prestando atenção em coisas que podem ofender o paciente. Ela ensinou assim, a gente avalia o paciente e de acordo com o quadro clínico do paciente com que a gente observa que o paciente apresenta, a gente vê o que tem pensando no diagnóstico, e vai fazer nossas intervenções baseada naquilo.” “Eu achei que a <u>prática</u> da disciplina foi o que ajudou a <u>memorizar</u>.” Trechos do Diário clínico: “Neste dia acompanhei uma paciente em 1º. dia pós-operatório de biópsia encefálica, ao realizar a visita observei que a paciente apresentava disartria e plegia de MSD e membros inferiores, com auxílio do impresso eu fiz o diagnóstico e a prescrição.”</p>		
	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica: Trechos da entrevista: “Acredito que eu tenho um pouco de dificuldade em fazer DE, porque, na academia na maioria das vezes a gente não tem um tempo para fazer DE. Quando a gente vem para o estágio se preocupam mais em passar os procedimentos técnicos. Eu acho que tanto nós como os professores dão prioridade para fazer procedimentos do que, preencher uma ficha de diagnóstico.” “Então eu acho assim, se for pra chegar e fazer tem um pouco de dificuldade sim, porque a gente não tem tanta prática. Cobrar da gente eles não cobram, e na correria do dia a gente também não faz.” “A gente aprende por parte fica meio <u>confusa às vezes pra juntar essas partes</u>. Trechos do Diário clínico: Não referiu</p>	<p>- Fazer o diagnóstico</p>	
<p>Lena</p>	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem: Trechos da entrevista: “Foi no terceiro ano que dão essa matéria. A aula expositiva que tivemos foi dada pelos acadêmicos porque foram <u>seminários</u>, [...]. Na verdade é eles ensinam o diagnóstico mais voltado para o livro, de pegar o livro DE e <u>pegar um problema e procurar no livro aquilo</u>.” “Mas com a prática e com outros</p>	<p>-Seminários - Comparação -Consulta no manual diagnóstico. -Prática: Avaliação clinica do paciente - Estudo de caso -Consulta ao prontuário clinico</p>	<p>-Recursos do ambiente de aprendizagem: SAE</p>

<p>Cont. Lena</p>	<p>professores eles acabam dizendo que não é só isso. É você olhar, tipo, procura no livro e não tem aquela situação, e não é porque não tem no livro que nós vamos ficar sem escrever, não eu vou e escrevo exatamente o problema, paciente.”</p> <p>“Ela explicou no quadro como é que se fazia. Daí a gente teria de identificar primeiro o <u>problema</u>, e depois a partir dele procurar qual seria o <u>diagnóstico</u>, e vê a que está <u>relacionado</u>, com outra coisa ou <u>evidenciado</u> por outra coisa, com características, basicamente isso. O professor também explicou.”</p> <p>“Depois nós tivemos aula <u>prática</u>, fazer histórico do paciente, fazer o exame físico, e aí via qual era o problema dele, qual seria o diagnóstico, a prescrição para aquele problema, com <u>auxílio do professor</u>. Lembro que o meu paciente tinha muitas lesões na pele devido à leucemia, e aí fizemos o DE relacionado a essas lesões e traçávamos o <u>plano</u> de cuidados.”</p> <p>Trechos do Diário clínico:</p> <p>“Realizamos hoje a coleta de dados através do <u>prontuário</u> de uma paciente para realizar um <u>estudo de caso</u>. No outro dia coletamos os dados que nos faltou para realizar o estudo”</p> <p>“Fiz os diagnósticos e prescrições de enfermagem de uma paciente admitida usando o <u>impresso</u> que existe no hospital.”</p>		
	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica:</p> <p>Trechos da entrevista:</p> <p>“No início foi difícil, a gente vai para o diagnóstico e se depara com os termos técnicos do diagnóstico. O mais difícil foi logo no início, <u>quais eram os problemas</u> não ficava muito claro e, até hoje acontece, qual é o <u>problema principal</u>, o que <u>deveríamos procurar no livro</u>, não saber o que procurar exatamente.”</p> <p>Como supera:</p> <p>“procurava no livro pelo índice, a gente perguntava, professor o senhor acha que isso tem haver? Ele falava sim ou não, ou mandava ler. Ele fazia a gente pensar na causa, no que está relacionado. vai vê um problema, ah já sei o que é isso, já vi em tal paciente vai ficando mais fácil.”</p> <p>Trechos do Diário clínico:</p> <p>Não referiu</p>	<p>- Saber qual é o problema principal, o que deve procurar no livro, não saber o que procurar exatamente.</p>	
<p>Arnaldo</p>	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem:</p> <p>Trechos da entrevista:</p> <p>“Construir diagnóstico eu sei, na verdade</p>	<p>-Prática: Avaliação clinica do paciente</p> <p>-Análise do prontuário</p>	<p>-Recursos do ambiente de aprendizagem: SAE</p>

<p>Cont. Arnaldo</p>	<p>foi no sétimo semestre que a gente teve especificamente a disciplina de Assistência de enfermagem, que a partir daí a gente entrou em contato com o diagnóstico de enfermagem.”</p> <p>“A gente teve primeiro em si, <u>conceito</u> de diagnóstico, as <u>partes</u> que formam o diagnóstico, então a gente teve a noção da <u>construção em si</u>. De início teve aula teórica, aí depois a gente veio para <u>prática</u>. Quando a gente fazia a visita, a evolução de enfermagem tinha contato com o <u>prontuário</u>, e fazia <u>análise</u> sobre a condição dele. Os sinais e sintomas que são relacionados às <u>necessidades humanas básicas</u>, no caso são do enfermeiro, enquanto que para o médico vai importar à patologia. A gente fazia o exame físico <u>avaliava as necessidades</u>, se tinha algum risco, então a partir daí avaliava as características dele, se tinha alguma necessidade, por exemplo, de mudança de decúbito. Aí a gente fazia anotações em uma folha resumo, rabisco, depois passava para o prontuário. Via a necessidade de verificar na Carpenito alguns diagnósticos, que a gente ainda não tinha <u>decorado</u>. Lembrava ah, ele está com cateter, aí a gente sabia que ele estava com risco para infecção, aí vamos lá vê qual a característica que estava relacionada, a gente <u>ia para o livro</u> da Carpenito e confirmava-o. Depois ia passar para o prontuário e terminava o diagnóstico dele, e depois fazia a prescrição e as intervenções.</p> <p>Trechos do Diário clínico: Não referiu</p>	<p>-Identificação das NHB</p> <p>-Consulta no manual diagnóstico.</p> <p>-Decorar</p> <p>-Comparação</p>	
	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica:</p> <p>Trechos da entrevista: Eu acho que sim, porque como são vários os que são listados, a necessidade de aprender. Acho que a dificuldade era assim <u>encontrar a característica que era mais marcante para aquele paciente</u> e aí tinha que entrar com o recurso da Carpenito. Dificuldade de encontrar no livro, porque a gente via a dele, mas tinha de confirmar pra dá o diagnóstico completo, será que a NANDA tem a característica relacionada com a presença de cateter, de algum dreno? A gente já está confirmando. E como elas são várias características manifestadoras aí tinha dificuldade de encontrar no livro.</p> <p>Como superar: “Recorria ao livro mesmo, como são</p>	<p>-Encontrar a característica que era mais marcante para aquele paciente e encontrar no livro.</p>	

<p>Cont. Arnaldo</p>	<p>muitos diagnósticos a gente tinha que ir procurando, e tinha que fechar logo a evolução. São várias as características dos diagnósticos, aí a gente tinha que ler um por um, esta é a característica? Essa? Até encontrar. A gente vai com nosso orientador apresenta pra ele, aí ah sim eu concordo, é isso daí. Caso a gente não entre em consenso tira o diagnóstico, e vai construir outro. Se o professor diz que aquela não é a característica principal, então a gente abandona, aí vai procurar outra característica no paciente.”</p> <p>Trechos do Diário clínico: “Confrontar as características definidoras do paciente, com o manual, nem sempre bate, então comparo com o impresso da clínica”</p>		
<p>Vitória</p>	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem: Trechos da entrevista: “Aprendi no terceiro ano, na disciplina administração da assistência, eu <u>não sei</u> o nome das <u>partes</u>, mas é alguma coisa, <u>relacionado</u> a tal coisa, <u>evidenciado</u> por aquilo, como se fosse assim <u>essa seqüência</u>, <u>eu deduzo</u> eu vou <u>ligando as idéias</u> para colocar o diagnóstico.” “Não me lembro bem o que foi dito na aula. O professor dava um <u>estudo de caso</u>, depois a gente foi pra <u>prática</u>.” “<u>Primeiro comparando</u>, aí eu pego a Carpenito, e olhando os sinais e sintomas do paciente aí eu vou e consigo elaborar o diagnóstico <u>parecido</u> com aquele da Carpenito.”</p> <p>Trechos do Diário clínico: Não referiu</p>	<p>-Pensamento dedutivo -Estudo de caso -Prática: Avaliação clinica do paciente -Consulta no manual diagnóstico.</p>	<p>-Recursos do ambiente de aprendizagem: SAE</p>
	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica: Trechos da entrevista: “Dificuldade? Talvez seja ainda o fato de nós não <u>fazermos uma anamnese completa</u> no paciente, acaba faltando dados, que vai perceber que faltava dados que poderiam ajudar fazer o diagnóstico.” “Faço da forma que eu aprendi coletando os dados do paciente, identificando as anormalidades, as carências dele e elaborar o diagnóstico. Mas, como nas unidades já <u>tem o impresso</u>, com os diagnósticos padronizados ficou mais fácil entre aspas, porque a gente não precisa mais ir para o livro, porque já está lá, é circular no impresso padronizado, qual vai se adequar aquele paciente, <u>mas às vezes, alguns diagnósticos podiam ser acrescentados</u>, e a gente deixa passar, já que não está ali então à gente deixa passar.”</p>	<p>- Fazer uma anamnese completa no paciente, acaba faltando dados</p>	

<p>Cont. Vitória</p>	<p>Como superar: “Tipo, através dos meus erros na primeira vez, eu fiz uma anamnese incompleta e não observando o que eu tinha de ter observado, aí quando fui para outro paciente fui mais fundo, tentei fazer anamnese completa e lembrar o que eu tinha esquecido no paciente anterior, assim que eu faço, se eu esqueci algo num paciente que faltou que, acabou afetando meu diagnóstico, minha evolução, procuro me lembrar para não faltar no outro, mais ou menos assim.” Trechos do Diário clínico: Não referiu</p>		
<p>Vilma</p>	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem: Trechos da entrevista: “Ah eu tinha esquecido, na disciplina Administração da assistência, houve uma vontade, mas muito pequena de ensinar a gente fazer diagnóstico, mas ainda foi muito pouco.” “Assim, primeiro a gente ia à literatura pesquisar o que seria o DE diferenciar o que é DE e o que é problema colaborativo é esse o nome? Fala que primeiro tinha que saber diferenciar e conhecer no caso se basear muito na Carpenito, e na NANDA. Saber o que é um diagnóstico, como é a palavra, de risco.” “Saber fazer vai depender muito da <u>patologia de base</u>, alguns tipos de diagnósticos que a gente segue aqueles padrões da NANDA, Carpenito baseada nele dá pra <u>analisar</u>, dá pra fazer, mas, eu particularmente <u>tenho certa dificuldade</u> para fazer diagnóstico assim.” “Quando a gente chega ao hospital vai traçar o diagnóstico já está lá naquele padrão, a gente só vai alocar o que se enquadra, na verdade a gente vai escolher o que se <u>enquadra</u> naquela <u>patologia de base</u>.” “Acho muito enfatizado procedimentos é importante? É, mas eu acho que o DE também tinha que ser aprendido como algo importantíssimo. A gente se prendia muito em <u>estudo de caso</u>, em evoluir, mas não via DE.” Trechos do Diário clínico: “Fiz avaliação de uma paciente que chegou do centro cirúrgico, nesse dia identifiquei e acrescentei no impresso dois DE e o plano de cuidados.”</p>	<p>-Consulta no manual diagnóstico. -Conhecer a patologia de base. -Análise -Prática: Avaliação clinica do paciente -Estudo de caso</p>	<p>-Recursos do ambiente de aprendizagem: SAE.</p>
<p>Cont. Vilma</p>	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica: Trechos da entrevista: “Não é que seja difícil eu acho que a gente</p>	<p>- Associar teoria com o que víamos na prática.</p>	

<p>Cont. Vilma</p>	<p>devia ter mais <u>informações</u>. Dificuldade! Seria assim, lá na teoria, eu conversei com o professor, seria melhor ter aula teórica e imediatamente ir para a prática, agora, este paciente tem tal patologia, então qual seria os prováveis diagnósticos; muito <u>pouco de prática</u>, difícil <u>associar o que ele falou com o que víamos na prática</u>. Na teoria a gente devia ter se aprofundado estudar e souber a NANDA, a Carpenito, além disso, quando chega à prática é dada pouca importância. A maior dificuldade mesmo é <u>associar aquela patologia e levar para aquele diagnóstico</u>, tipo assim, traçar o DE. Não sei, eu acho assim que a parte teórica foi conturbada.”</p> <p>“Surgiu, por exemplo, diagnósticos que não estavam padronizados, mas o espaço era pequeno e não acrescentávamos, alguns fizemos por causa do meu questionamento com o professor. Eu anotei os diagnósticos depois de fazer os procedimentos, a assistência, fomos perguntar ao professor sobre o que nós tínhamos diagnosticado, mas que não estava na papeleta.”</p> <p>Como superar: Questionando com o professor, ou consultando os livros da Carpenito, da NANDA.</p> <p>Trechos do Diário clínico: Não referiu</p>		
<p>Valdete</p>	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem: Trechos da entrevista: “A gente viu o DE na, em semiologia. Foi tipo assim, uma aula em que ela deu um <u>estudo de caso</u> e falou: estabeleçam o diagnóstico nesse estudo de caso, mas ela <u>não disse por que</u> fazer o diagnóstico, e <u>não sabíamos o que era o diagnóstico</u>.”</p> <p>“Eu vim saber mesmo entender mais um pouco quando a gente passou pela Administração da assistência de enfermagem. A teoria, os alunos apresentaram cada etapa, como <u>seminário</u>, a professora, se tivesse alguma dúvida, ela explicava, mas a senhora sabe seminário ninguém pergunta nada, dificilmente. Já foi mais sistemático, já vimos a SAE e o diagnóstico entrou, mas assim a gente via todas as etapas da SAE.”</p> <p>“Depois a gente foi para a <u>prática</u>, e ficávamos com um paciente, mas, só com o que tínhamos sido dados na teoria, nós íamos lá ficávamos identificando na verdade, mais na prescrição do que nos problemas.”</p> <p>“A gente fazia a entrevista perguntava as</p>	<p>-Estudo de caso -Seminário -Prática: Avaliação clínica do paciente -Consulta no manual diagnóstico. -Análise dos problemas</p>	

<p>Cont. Valdete</p>	<p>queixas, faziam o exame físico, assim, mas não aquele exame assim completo e víamos se ele estava usando alguma coisa, uma sonda, dreno e aí perguntava as queixas, via se ele tinha febre, essas coisas. Daí eu não conseguia fazer o diagnóstico sem olhar o <u>livro</u>, era ele que me embasava, ia procurar lá. A gente sempre começa com as queixas, alimentação, eliminação, sono, e só.”</p> <p>“Às vezes a gente ia avaliar o paciente, mas a gente não estava assistindo o paciente, então, por exemplo, se eu fosse <u>analisar os problemas</u> dele em relação ao intracath poderia dizer que ele estava com risco para infecção, mas eu não poderia dizer que ele estava com infecção porque eu não vi o curativo, então era muito superficial.”</p> <p>Trechos do Diário clínico: “Foi explicado às condutas mais comuns dos enfermeiros no CTI como comando da equipe, organização do serviço na unidade, cuidados específicos diretamente ao paciente.” <i>(nada sobre DE)</i></p>		
	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica: Trechos da entrevista: “Não foi difícil aprender porque acho também, que depende do aluno. A dificuldade de fazer o diagnóstico é a <u>redação longa</u>, mas a maior dificuldade mesmo é <u>diante do problema, nomear o diagnóstico</u>, eu acho muito complicado a parte de diagnóstico, os <u>problemas eu não conseguia identificar</u>.”</p> <p>“Não faço DE como aprendi, porque na administração da assistência é como se fosse só o único momento que a gente tivesse que aplicar o processo de enfermagem. <u>Acho que o conhecimento é insuficiente</u>, então a gente não utiliza, a gente se prende mais nas técnicas.”</p> <p>“No quinto ano é como se a gente acordasse um pouco para as coisas [...], por exemplo, acho que é mais importante a gente raciocinar clinicamente, para depois ir fazer baseado naquilo, mas só que <u>a presença do professor acaba deixando a gente focar só na técnica</u>, pra não errar e acaba esquecendo um pouco essa parte do raciocínio clínico, que é olhar o paciente vê o que ele está apresentando, e analisar porque ele está apresentando aquele tipo de coisa, o que a gente tem que fazer para melhora daquele paciente, planejar as coisas.”</p> <p>Como superar: “Eu deixei passar professora. Porque é assim, o que é que eu noto, nas instituições</p>	<p>-Redação longa -Diante de o problema nomear o diagnóstico -Identificar o problema -O conhecimento é insuficiente.</p>	

<p>Cont. Valdete</p>	<p>difícilmente a gente vê, e, por exemplo, aqui, aqui tem o DE, tem grupo de estudo, mas quando a gente vai para a clínica o que acontece? Aí a gente vê na papeleta do paciente tem a prescrição, tem o diagnóstico, paciente está lá, ele não está muito bem, eu posso vê um monte de problema nele, mas quando a gente vai olhar na papeleta só tem um diagnóstico, e quando, por exemplo, a gente está em uma prática supervisionada e a gente vai evoluir o paciente faz a visita, a evolução, faz a prescrição e quando chega à parte do diagnóstico, aí o diagnóstico está lá, o paciente está há cinco dias lá e o mesmo diagnóstico, só um que foi identificado, aí quando chega na hora o que a gente faz? A gente passa direto, a gente não vê diagnóstico, não dá alta, não vê o que o paciente está apresentando, nada, porque a gente vê também que na clínica, os enfermeiros não fazem isso, então, a gente acaba julgando que não é importante! O risco para infecção, porque eles sempre têm via de acesso, sempre está lá, o outro em geral é conforto prejudicado, são os dois mais comuns, e assim eu acho que tem pacientes que estão graves, que devem ter outro diagnóstico, alguns vão até o óbito, mas só tem esses.”</p> <p>Trechos do Diário clínico: “Fizemos avaliação da paciente, mas estava incompleta, pois não detectamos corretamente os problemas que, estes apresentavam ou poderiam apresentar, não fizemos um correto exame físico e nem as associações necessárias para boa avaliação e tomada de decisão para resolver ou evitar problemas.”</p>		
<p>Virna</p>	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem: Trechos da entrevista: “Aprendi no terceiro ano, a gente teve aula teórica e tinha de fazer a <u>avaliação do paciente</u>, e em cima dessa avaliação procurar o diagnóstico que, tivesse mais haver com o que o paciente apresentou na avaliação.” “Foi dado <u>estudo de caso</u> na prática, nós, escolhíamos um paciente, via qual era a patologia dele, aí em fazia uma avaliação, o exame físico céfalo caudal, e o diagnóstico. Ah fazia a entrevista com ele, todo o histórico dele e ia <u>pesquisar o diagnóstico, principalmente na Carpenito, fazia uma comparação dos dados</u> dele, com os do livro e encontrava o diagnóstico.”</p>	<p>-Prática: Avaliação clínica do paciente -Estudo de caso -Consulta no manual diagnóstico. - Comparação</p>	<p>-Recursos do ambiente de aprendizagem: SAE</p>

<p>Cont. Virna</p>	<p>“Tem hospitais que já tem <u>um impresso</u>, mas em outros hospitais não, isso vai dificultando um pouco, também, pela agitação de tanta coisa, para fazer.”</p> <p>Trechos do Diário clínico: “Em relação ao DE nada foi falado, sei que tem um impresso, mas não foi mostrado.”</p> <p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica: Trechos da entrevista: “Eu tenho dificuldade em fazer DE. Foi difícil e eu acho que ainda é, por exemplo, a gente, fica muito <u>ocupada fazendo outras coisas, prestando assistência</u> e por mais que esteja vendo e até pensando no diagnóstico que possivelmente ele tem, não faz, não registra, e acaba que <u>não aprende, não desenvolve este conhecimento.</u>”</p> <p>Como superar: “Perguntando para o professor e pesquisando no livro.”</p> <p>Trechos do Diário clínico: “Às vezes, em determinada situação dá até para pensar qual o diagnóstico o paciente pode ter, porém como o CTI é muito dinâmico acaba deixando de lado o diagnóstico e não realiza.”</p>	<p>-Excesso de atividades assistenciais para fazer no hospital (<i>procedimentos</i>)</p>	
<p>Luciana</p>	<p>O processo de aprender diagnosticar em enfermagem: Trechos da entrevista: “Acho que aprendi no terceiro ou no quarto ano, mas a partir da disciplina, é a Administração da assistência. Era dada uma situação, não teve primeira uma aula teórica, ela explicou o que era o diagnóstico, como se fazia, como utilizava os livros, e junto com os alunos ela ia mostrando baseado, por exemplo, numa situação, vamos supor um paciente que estava com desconforto respiratório.” “depois já veio às situações assim, tipo <u>estudo de caso</u>. Veio à <u>prática</u> também, sempre supervisionada. <u>Avaliava o paciente</u>, a partir disso evoluía o paciente e aí extraía as complicações e o que seria diagnóstico, aí <u>ia para o livro</u>. Tinha um livro lá da NANDA, e pesquisava nele.” “eu vou observar e <u>avaliar</u> o paciente e a partir disso vou detectar os diagnósticos que ele tem, por exemplo, se ele tem uma ferida operatória, aí baseada naquilo <u>fazer as interpretações</u> e as intervenções a partir do diagnóstico, acho que é assim.”</p> <p>Trechos do Diário clínico: “Avaliei uma paciente neurológica com hemiplegia esquerda, logo com dificuldade de movimentos e do autocuidado.</p>	<p>-Estudo de caso -Prática: Avaliação clínica do paciente -Consulta no manual diagnóstico. -Interpretação</p>	

	Apresentava padrão respiratório ineficaz, pois respirava com auxílio de macro nebulização.”		
Cont. Luciana	<p>Dificuldades de Aprendizagem diagnóstica: Trechos da entrevista: “Nem todos os hospitais fazem DE, não é uma coisa que se vê desde o início, então fica difícil. Mais difícil, acho que foi <u>correlacionar</u>. Está relacionado à que, algum procedimento cirúrgico, alguma coisa? E a partir disso traçar as intervenções.” “<u>Se tiver o livro eu faço</u> como me ensinaram. Sem o livro eu até poderia fazer se fosse relacionado com outras situações que já vivenciei.” Como superar: Estudando. Na realidade acho que, por exemplo, a gente está concluindo o curso e quando a gente vê um estudo de caso, a gente ah, tem que fazer o diagnóstico, isso devia ter sido desde o início. Trechos do Diário clínico: Não referiu</p>	<p>-Correlacionar com a causa. -Dependência do livro.</p>	

APENDICE –G IDENTIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE SENTIDO E EVENTOS METACOGNITIVOS

QUESTÃO NORTEADORA:

Que eventos metacognitivos, durante a aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, estão presentes nos relatos dos estudantes?

Quadro 3 a-s: Distribuição respostas dos alunos graduandos de Enfermagem, sobre como aprendem DE

Alunos	Unidades de sentido com Eventos Metacognitivos	Significações	Constituintes Metacognitivos
Antonio	<p>Trechos da entrevista: <i>“(Para fazer o DE, frente ao paciente) Eu sempre procuro lembrar o que eu estudei o que eu vejo também (em outros pacientes anteriormente), porque são muitos pacientes e alguns têm características semelhantes.”</i></p>	Faz relação dos DE com o conhecimento teórico e prático, que vivenciou na universidade. Para tal relaciona os problemas identificados no paciente, com o conteúdo estudado no curso e que, ajude no esclarecimento do problema, principalmente, a patologia do paciente.	-Ativação do conhecimento prévio. -Relação com conhecimentos e experiências
	<p>“Eu vejo o que vou precisar pra fazer o diagnóstico dele, então eu penso que vou precisar avaliar o paciente no momento, precisar vê o diagnóstico médico, histórico anterior, o histórico da doença, com a leitura do prontuário.”</p>	Organiza-se para a atividade diagnóstica lendo o prontuário do paciente, para se interar sobre histórico de sua doença.	-Planejamento
	<p>“Se eu aprendi? É uma boa pergunta. Ah professora acho que isso é pouco gradativo assim, eu penso que eu ainda não aprendi diagnóstico, completamente” “apesar de ter praticado e estudado um pouco acho que deveria ter estudado mais na verdade eu acho que, eu ainda não domino o DE.” “não me sinto seguro pra afirmar, é esse o diagnóstico e confrontar com certeza, e argumentar. Eu sei como se faz, mas dizer que eu sei fazer realmente, eu ainda não sei. O DE é muito abrangente, eu não tenho capacidade de fazer sozinho, mas sei melhor do que quando comecei.”</p>	Sabe que não aprendeu diagnosticar, e aponta como indicadores para fundamentar sua afirmação a falta de argumentação em favor do diagnóstico que e elabora, e o fato de ser consciente que precisa estudar mais No entanto, reconhece que, sabe mais hoje, sobre diagnóstico do que, quando começou aprender.	-Avaliação: auto-avaliação
	<p>“O DE é uma ferramenta muito importante que, direciona nosso trabalho, e exige do enfermeiro um conhecimento maior.” “Para mim tem essa característica, dá maior propriedade pra o enfermeiro de realizar aquela assistência, para qualificar a equipe dele para fazer assistência.”</p>	Explicita finalidade do DE Como, uma ferramenta que, possui características especifica de direcionar o tipo de cuidado que o paciente necessita e, de preparar a equipe de enfermagem para prestar esse cuidado, e, portanto, exige conhecimento diferenciado, e possibilita qualidade, e organização da assistência.	-Conhecimento das finalidades de aprender diagnosticar.

<p>Cont. Antonio</p>	<p>Trechos do Diário clínico: “Para mim neste período de prática, a atividade diagnóstica não foi devidamente praticada, se constituindo de preenchimento da folha de SAE.”</p>	<p>Diário clínico: O diário do aluno relata suas atividades no período de prática, e relata sua avaliação de que, a atividade diagnóstica foi deficiente para sua aprendizagem.</p>	<p>-Avaliação: Auto-avaliação, e avaliação dos meios de aprendizagem.</p>
<p>Acácio</p>	<p>Trechos da entrevista: “(Para fazer o DE, frente ao paciente) Eu tento levar em consideração tudo aquilo relacionado, à fisiologia para saber o que está causando aquilo, e conhecer também sua doença de base. No caso assim se ele tem diabetes provavelmente ele pode ter um problema de perfusão periférica.” “Quando eu vou fazer a questão do diagnóstico eu relaciono com diagnósticos que fiz anteriormente pra fazer uma comparação.”</p>	<p>Sabe que conhecimentos básicos, são necessários para entender as causas do problema que identifica no paciente, e ainda que, conhecer sobre a doença do paciente, também ajuda a relacionar, com possíveis complicações que, a enfermagem tem que estar atenta. As experiências são um parâmetro de comparação, quando diante de caso semelhante para, transferir conhecimentos aprendidos com ela.</p>	<p>-Ativação do conhecimento prévio. -Relação com conhecimentos e experiências.</p>
	<p>“Primeiro vou pegar o prontuário, para pensar em alguma coisa e direcionar, o que de mais importante devo ver no paciente, aí que eu vou avaliar o paciente.”</p>	<p>Reconhece a leitura do prontuário do paciente, como uma forma de se planejar, e direcionar sua atenção aos aspectos relevantes do problema do paciente.</p>	<p>-Planejamento</p>
	<p>“Eu percebo que aprendi, quando no próprio exame do paciente, na avaliação do paciente já começa passar na minha cabeça os diagnósticos, meu subconsciente já começa a raciocinar, a pensar pra começar produzir esse diagnóstico, aí eu digo, ah esse aí eu já aprendi” “A avaliação diária do paciente, também acaba mostrando se o diagnóstico que, eu fiz está correto ou não, ou se preciso fazer nova avaliação.”</p>	<p>Quando está avaliando um paciente, e durante esse processo, já começa a pensar em possíveis diagnósticos, é indicativo, para ele que, aprendeu aquele diagnóstico. Outro parâmetro que, o aluno utiliza é a evolução clínica do paciente, ou seja, se o paciente responde positivamente aos cuidados, certamente o diagnóstico que, embasou esses cuidados está correto.</p>	<p>-Avaliação: auto-avaliação -Avaliação de resultados</p>
	<p>“No início eu vi o DE como uma coisa muito chata, mas depois percebi que, era muito importante, porque dá pra fazer uma avaliação muito grande no paciente acompanhar a evolução do paciente e perceber se ele evolui ou não, porque às vezes a gente percebe que os diagnósticos se modificam no decorrer do tratamento, ao final do tratamento ele quase não tem mais nenhum, ou às vezes ele agrava e aumenta os DE.”</p>	<p>O aluno tem a uma percepção do diagnóstico como, uma forma de avaliar adequadamente, o paciente, e acompanhar seu estado de saúde. A atividade diagnóstica fez com que, ele percebesse que o DE é dinâmico em relação à evolução clínica do paciente.</p>	<p>-Conhecimento das finalidades de aprender diagnosticar. -Conhecimento da propriedade dinâmica do diagnóstico.</p>

<p>Cont. Acácio</p>	<p>Trechos do Diário clínico: “Era um senhor de 70 anos, a imagem que tive dele na primeira vista é que, apresentava uma caquexia e uma desidratação evidente, devido a isso iniciei meu exame clínico pelas extremidades ósseas confirmando o que eu já estava suspeitando, apresentava placas eritematosas nos dois joelhos, calcâneo e mãos e, já apresentava um ferimento no halux direito, portanto fechei um diagnóstico: <i>integridade da pele prejudicada.</i>” “Foi muito bom, o diário fez pensar na questão diagnóstica, eu era muito desatento em relação aprender realmente o diagnóstico e, não só me basear no livro, me fez prestar atenção que eu não sei de cabeça alguns diagnósticos que eu deveria saber afinal estou saindo da universidade.”</p>	<p>A elaboração do diário clínico seguiu uma ordem de relato dos pacientes que ele cuidou na UTI, incluindo avaliação clínica, cuidados e DE. O relato que, exemplifica os registros do diário confirma que, o aluno faz associações de conhecimentos dos problemas, com causas e complicações. Além disso, essa atividade ajudou o aluno, na reflexão sobre os casos dos pacientes que cuidou, e identificar sua deficiência de aprendizagem.</p>	<p>-Reflexão sobre os problemas que identificou no paciente. -Associação de problemas com conhecimentos prévios. -Tomada de consciência de sua deficiência na aprendizagem diagnóstica.</p>
<p>Armando</p>	<p>Trechos da entrevista: “(Para fazer o DE, frente ao paciente) Faço relação com outros conhecimentos, porque é o que dá embasamento para chegar ao diagnóstico e intervenções.” “Com relação à experiência, tivemos um paciente índio que fizemos um trabalho em relação à comunicação, em outra prática a gente encontrou outro paciente que, era inclusive da mesma região, ele não falava português, não tinha comunicação nenhuma com a equipe de enfermagem e, no nível de sintomas eram os mesmos, então a gente lembrou o outro.”</p> <p>“Eu converso com o enfermeiro para vê se o paciente teve intercorrências, se ele apresentou algum problema, também leio o prontuário, a leitura das evoluções anteriores pra poder chegar ao paciente.”</p> <p>“Eu acho que aprendi e continuo aprendendo diagnóstico, quando a gente vê que, através de nossas intervenções o paciente evolui da maneira esperada por nós é porque, o diagnóstico está certo.” “Apresento uma facilidade tremenda de aprender as coisas. Eu pra pegar não</p>	<p>Percebe que, a atividade diagnóstica, precisa se relacionar com conhecimentos que embasam essa atividade, porém, ele não indicou quais conhecimentos seria mais indicado para embasar a atividade diagnóstica. Por meio de relato de um exemplo, mostrou que de alguma forma, apresenta tomada de consciência que, a relação com experiências anteriores, possibilita transferência de conhecimentos.</p> <p>O aluno reconhece como forma de planejar sua atividade diagnóstica, conversar com o enfermeiro para, tomar conhecimento de informações que julga ser necessário na abordagem do paciente. Busca ainda, informações com a leitura do prontuário, inclusive das evoluções de enfermagem anteriores.</p> <p>Elege como parâmetro de avaliação da aprendizagem da atividade diagnóstica, os resultados que o paciente apresenta as intervenções de enfermagem. Faz uma auto-avaliação de sua capacidade de aprendizagem e</p>	<p>-Relação com conhecimentos e experiências.</p> <p>-Planejamento</p> <p>-Avaliação: auto-avaliação -Avaliação de resultados.</p>

	<p>preciso bater muito a cabeça, de ficar estudando, sou uma pessoa que assimilo muito rápido as coisas, já sentia segurança pra fazer o DE, claro que meio deficiente ainda. Eu ainda não sei tudo sobre DE tem muita coisa pra aprender, e vou aprender um pouco mais, com interação com outros profissionais da área de enfermagem”</p>	<p>afirma que, atualmente, sabe DE embora, ainda, com certa deficiência.</p>	
<p>Cont. Armando</p>	<p>“Eu acho que o DE permite traçar intervenções da melhor maneira para que, o paciente possa evoluir de maneira satisfatória” “Os diagnósticos são importantes porque, se nós não tivermos capacidade de traçar diagnósticos, não vamos poder planejar boas ações. Eles são à base de nossa atuação com o paciente” “Às vezes a gente, ah o enfermeiro não tem paciente, não tem uma conduta própria, o que não é verdade e os diagnósticos estão aí pra isso, pra justamente direcionar e mostrar nossa conduta e, mostrar que, a gente também tem conduta e intervenções que ajudem o paciente.”</p>	<p>O aluno tem como concepção que, a finalidade do diagnóstico é ser base das intervenções de enfermagem. Ele é um elemento importante do planejamento da assistência de enfermagem. Esse pensamento leva o aluno a concluir que, a atividade diagnóstica, delinea melhor a conduta clínica do enfermeiro dando visibilidade à mesma.</p>	<p>-Conhecimento das finalidades de aprender diagnosticar. -Reflexão sobre o que essa atividade representa para o enfermeiro no contexto da assistência.</p>
	<p>Trechos do Diário clínico: “Hoje fiquei responsável, durante toda manhã, por uma única paciente com câncer de colo uterino, em estado grave. Ela estava com edema generalizado, em anúria, balanço hídrico mais de 3000 e logo identifiquei o diagnóstico de <i>excesso de volume de líquido</i> e risco para <i>integridade tissular prejudicada</i>.” “O diário tem sido uma experiência <u>boa</u>, nunca tinha pensado nessa possibilidade de estar fazendo um diário clínico, eu acho interessante, a gente acaba percebendo nossos vícios e como a gente está inconscientemente no automático.”</p>	<p>O aluno organiza os relatos do diário, registrando diariamente a assistência que presta ao paciente sob sua responsabilidade, inclusive os DE, fazendo pequena justificativa para os diagnósticos que elaborou. Faz também, uma avaliação sobre a experiência de elaborar um diário clínico que, para ele fez perceber suas fragilidades na aprendizagem diagnóstica.</p>	<p>-Tomada de consciência de sua deficiência na aprendizagem diagnóstica.</p>
<p>Vando</p>	<p>Trechos da entrevista: “Quando vou fazer DE procuro fazer relação com conhecimentos que a gente adquire na universidade, e em congressos, para melhorar nosso conhecimento científico. Por exemplo, no risco de infecção, aí a gente faz relação com a microbiologia, com as NHB.” “eu sempre me lembro bem de casos de pacientes que já vi antes, às vezes até pra não cometer o mesmo erro, levar aprendizado de um para outro caso. Pra isso minha memória é boa”</p>	<p>O aluno apresenta uma visão mais abrangente sobre, as relações feitas com conhecimentos na aprendizagem diagnóstica, e além do conhecimento adquirido na universidade, sabe que os adquiridos em eventos científicos também, podem ajudar na aprendizagem diagnóstica. Entre os conhecimentos citados estão os da NHB, que é um referencial teórico frequentemente usado na</p>	<p>-Relação com conhecimentos e experiências.</p>

Cont. Vando		<p>formação do enfermeiro. Sabe que, as experiências, ajudam não cometer mesmos erros, e a transferir aprendizado adquirido, para outras situações com características semelhantes, para isso, reconhece a importância do papel da memória.</p>	
	<p>“Eu procuro antes de fazer a visita ao paciente, saber o caso dele, ou no prontuário ou com o enfermeiro do setor aí já com o caso em mãos, eu começo imaginar quais possíveis problemas aquele paciente pode ter, traço hipóteses e confirmo quando vou fazer minha avaliação”</p>	<p>Este aluno tem um processo de diagnosticar e, sabe contar sobre ele, utiliza como fontes de informação prévia sobre o paciente, o prontuário e também, o enfermeiro do setor, a partir daí, imagina possíveis problemas do paciente, e traça hipóteses que confirma ao avaliar diretamente o paciente.</p>	-Planejamento
	<p>“Se eu não tiver o impresso eu tenho muita dificuldade de fazer o diagnóstico sozinho.” “Nunca parei pra pensar nisso, mas quando eu percebo que não sei fazer o diagnóstico, sem usar aquele suporte do impresso ou do livro, então eu sei que não aprendi fazer DE sozinho.”</p>	<p>Nunca parou intencionalmente, para pensar em avaliar sua aprendizagem diagnóstica, mas tomou consciência de que, não sabe fazer DE sem apoio do livro, ou do impresso da SAE.</p>	-Avaliação: Auto-avaliação
	<p>“Acho que o diagnóstico é importantíssimo, porque quando você traça diagnósticos corretamente presta melhor assistência. Ele resulta em condutas que a equipe de enfermagem vai ter que fazer para resolver aquele problema.”</p>	<p>Para o aluno, a atividade diagnóstica possibilita qualidade da assistência de enfermagem. Define o DE como parte de um processo clínico, de resolução de problemas.</p>	-Conhecimento das finalidades de aprender diagnosticar.
	<p>Trechos do Diário clínico: “Hoje chegamos a nossa prática em UTI e, cada aluno assumiu os cuidados de um paciente. Li o prontuário do paciente e fui fazer avaliação dele. Ao terminar o exame físico fiz algumas anotações sobre o paciente, e então fiquei preocupado com a elaboração dos diagnósticos, pois há algum tempo só elaborava diagnósticos seguindo os impressos padronizados, e fiquei tranquilo ao saber que naquele hospital também tinha os impressos com DE mais comuns.” “Hoje realizei minha entrevista com a professora A.G. e depois refleti bastante sobre se sei realmente fazer diagnóstico. Percebi que aprendi o processo de elaboração, mas falta à prática e assim só lembro os mais comuns, os contidos nos impressos.”</p>	<p>O diário do aluno conta às atividades que realizou durante o estágio, inclusive a de planejamento para atividade diagnóstica e sua dependência dos impressos padronizados, de diagnósticos. Menciona também em seu diário, a sua entrevista com a pesquisadora e que, resultou em reflexão sobre sua aprendizagem diagnóstica.</p>	-Reflexão sobre as atividades, sua finalidade, e aprendizagem diagnóstica.

Lúcia	<p>Trechos da entrevista: “(Para fazer o <i>DE</i>, frente ao paciente) Faço relação, principalmente com experiências que já tive, porque tem paciente que é igualzinho aquele outro lá que eu atendi há um mês” “Às vezes a relação é difícil, entre fisiologia, a prática, e a clínica, por exemplo, você vai verificar o exame dele que, ele tem uma alteração de uma gasometria, por exemplo, verifica que ele tem uma alteração em nível do co^2 coisa assim, mas tu não sabes o que aquilo vai levar entendeu, e às vezes isso aí dificulta muito essa relação, por isso é que a gente tem que estar estudando o tempo todo.”</p>	<p>Reconhece que, experiências anteriores com pacientes de características comuns, podem ajudar na atividade diagnóstica. Faz uma reflexão sobre a dificuldade na relação entre conhecimentos de fisiologia e, de alguns tipos de exames complementares com a prática clínica, e que, <u>ter</u> esses conhecimentos, pode ajudar entender o que está acontecendo com o paciente.</p>	<p>-Relação com conhecimentos e experiências. -Reflexão sobre dificuldade de relação com alguns conhecimentos, e consequências.</p>
	<p>“Primeiro é lendo sobre ele no prontuário, para saber qual o problema dele, e o que eu vou perguntar pra ele, só isso.”</p>	<p>Reconhece como planejamento para sua atividade diagnóstica, tomar conhecimento prévio, de informações sobre o problema do paciente, em seu prontuário, porque assim, direciona sua atenção ao principal problema, de interesse para enfermagem.</p>	<p>-Planejamento</p>
	<p>“Eu não desconheço diagnóstico, com certas limitações, mas eu compreendo, eu entendo como faz.” “Se daquele diagnóstico surge uma prescrição, e se aquela prescrição dá resultado, então o diagnóstico está correto.” “Se eu estabeleço um diagnóstico é que eu tenho certeza do que é aquele diagnóstico, sei pelas minhas convicções que está certo.”</p>	<p>A aluna sabe que, tem limitações de conhecimento diagnóstico. Entretanto reconhece os resultados que, o paciente apresenta, em resposta aos cuidados de enfermagem, e com base no DE como, indicadores de avaliação. Além disso, toma por base também, a crença em <u>suas convicções</u> que sabe ou não sabe fazer diagnóstico.</p>	<p>-Avaliação: Auto-avaliação. -Avaliação de resultados.</p>
	<p>“O diagnóstico serve pra gente pensar sobre aquele problema, e vê o que pode ocorrer e, o que a gente pode fazer pelos problemas que, estão no paciente naquele momento.” “Eu acho que, o trabalho com diagnóstico é mais intelectual, sem diagnóstico é mais manual”</p>	<p>A atividade diagnóstica com uma visão de processo de resolução de problema, e o diagnóstico como um trabalho intelectual.</p>	<p>-Conhecimento das finalidades de aprender diagnosticar.</p>
	<p>Trechos do Diário clínico: “O primeiro dia na UTI foi difícil, não pelo trabalho que me coube, mas pela instabilidade emocional que, o ambiente me causou.” “Assisti o paciente do leito 24, Sr B, ele ficava acordado, essa foi uma das coisas que me chamou atenção para <i>padrão de sono perturbado</i>. Ele apresentava também mobilidade</p>	<p>No diário da aluna estão registrados, os sentimentos negativos envolvidos na interação com o ambiente de aprendizagem UTI e, com os pacientes que são graves e muitas vezes vão a óbito. Organizou suas anotações por dia, e contou sua experiência de <u>cuidado incluindo a</u></p>	<p>-Expressão de sentimentos negativos. -Reflexão sobre relação de conhecimentos importantes para elaboração do DE.</p>

<p>Cont. Lúcia</p>	<p>prejudicada, com isso risco para integridade da pele prejudicada.” “Recebi resultados de exames e me chamou atenção uma gasometria. Eu não tinha habilidade com aquele exame, mas pude perceber que, havia algo de errado, então solicitei a presença da pediatra da criança.” “Aprendemos nesse dia a interpretar uma gasometria, então pude perceber que, no paciente, um desequilíbrio metabólico, pode resultar em <i>troca de gases prejudicada</i>.”</p>	<p>atividade diagnóstica. Registrou também, a preocupação em saber relacionar os resultados de exames complementares com, as consequências para ele, indo ao encontro do seu relato, sobre a dificuldade em fazer relação com conhecimentos. Ao aprender sobre o exame de gasometria, ela soube estabelecer relação do resultado do exame, com um DE.</p>	
<p>Lara</p>	<p>“Eu faço relação com anatomia, a fisiologia, que pra mim são as bases, então, para fazer o DE precisa desses conhecimentos de base de lá do início do curso.” “Se estou com dificuldade, então eu relaciono com a fisiologia daquela patologia, se for uma patologia, aí sim relaciona com a enfermagem, tudo que a gente faz, tem um porque, com base no conhecimento científico. E o DE está atrelado a todos os conhecimentos que, a gente passa na universidade.”</p>	<p>Reconhece a necessidade de relacionar a atividade diagnóstica, com conhecimentos sobre a doença e disciplinas da área básica, que dão base científica. Além disso, sabe da importância de todos os conhecimentos que viu na universidade para elaboração do DE.</p>	<p>-Relação com conhecimentos e experiências.</p>
	<p>“Assim, eu não me lembro de nenhuma situação que eu planejei fazer DE. Mas quando a professora pede que eu examine um paciente se ele já tiver prontuário, eu gosto de ler o que já tem escrito sobre ele”</p>	<p>Antes da atividade diagnóstica, ela faz a leitura do prontuário do paciente para conhecer sobre o caso dele, mas não reconhece isso como uma forma de planejamento para essa atividade.</p>	<p>-Planejamento</p>
	<p>“Não, foi difícil, mas eu sinceramente não me considero preparada para fazer diagnóstico.” “Eu particularmente não compreendo muito como chegar ao diagnóstico através da NANDA” “Bom, eu particularmente sou assim, eu fiz o diagnóstico anteriormente e, aquilo ficou na minha cabeça, então quando eu passar numa nova situação, com outro paciente que, tenha um problema parecido, aí eu vou lembrar, ah, aquele diagnóstico vai servir pra este paciente também, então neste momento eu percebo que de fato eu aprendi.” “você vai aprendendo com a prática, se você praticar bastante vai chegar um momento que, não vai precisar recorrer ao livro, vai ter certeza sem precisar recorrer à enfermeira, ou ao professor.”</p>	<p>Sabe da sua dificuldade em seguir o modelo de classificação diagnóstica, e avalia seu conhecimento diagnóstico, quando é capaz de transferir conhecimento de uma experiência para outra semelhante, e ainda, à medida que vai se libertando da dependência do manual diagnóstico. Avalia que é a prática que faz desenvolver o conhecimento e habilidade diagnóstica.</p>	<p>-Avaliação: auto-avaliação</p>
	<p>“Então pra mim o DE foi um divisor de água, onde eu de fato passei conhecer as competências da enfermagem, em</p>	<p>Visão do DE como uma atividade que demarca competências específicas de</p>	<p>-Conhecimento das finalidades de aprender</p>

Cont. Lara	relação a diagnosticar alguma coisa, e também, porque através dos DE tem coisa ali que você precisa pesquisar e isso é bom, gera conhecimentos”	enfermagem, e possibilita o desenvolvimento do conhecimento científico em enfermagem.	diagnosticar.
	Trechos do Diário clínico: “Cheguei a esses diagnósticos com auxílio da SAE do CTI e ajuda da professora de estágio” “Todos os diagnósticos descritos referem-se a um paciente admitido no CTI , após uma cistoprostatectomia.”	No diário clínico, a aluna registrou o acompanhamento de um paciente, os diagnósticos identificados, com as respectivas justificativas que, representam o processo de pensamento de como chegou a tais diagnósticos.	-Relato do processo de elaboração do DE .
Luz	“Eu procuro lembrar as aulas que foram dadas nessa disciplina.” “Lembro da prática de Enfermagem nas clínicas que a gente tinha de construir o diagnóstico com a Carpenito e, procuro lembrar isso.”	Sabe que, os conhecimentos teóricos sobre diagnósticos, e a prática diagnóstica, ajudam no desenvolvimento do conhecimento diagnóstico.	-Relação com conhecimentos e experiências
	“Eu penso na avaliação do paciente, que tenho de examiná-lo como um todo. Tenho necessidade também de ler a evolução dos outros profissionais, do médico, da enfermeira, conversar com o enfermeiro, sobre aquele paciente”	Planeja-se para aprender diagnosticar com a leitura do prontuário do paciente que vai avaliar, para se interar da evolução clínica dele e, também quando considera necessário, <u>conversa</u> com o enfermeiro sobre o caso, para saber em que deve focar sua atenção.	-Planejamento
	“Sei fazer DE . Conforme eu vou fazendo sempre surgem dúvidas” “Quando eu pego o diagnóstico já pronto, (<i>no impresso da SAE</i>) eu comparo com o diagnóstico anterior que, já está feito pelo enfermeiro. Quando eu vejo que precisa acrescentar, e eu tomo essa iniciativa, eu vejo que alguma coisa fixou.”	Sabe fazer diagnóstico, mas reconhece que tem dúvidas. Adota como um parâmetro de avaliação, saber analisar, e acrescentar, se forem necessários, diagnósticos, para determinado paciente, no impresso da SAE .	-Avaliação: auto-avaliação. -Autoconfiança
	“O DE é uma forma mais organizada do enfermeiro avaliar se o paciente está recebendo cuidados adequados, uma forma de organização do trabalho do enfermeiro, e ser organizado no seu trabalho é um item para a independência, o diagnóstico é esse item de organização. Isso significa pra mim que, o DE é uma forma de organização técnica, que permite saber, se o paciente recebe ou não cuidados.”	O diagnóstico é definido por esta aluna como, um item de organização do trabalho do enfermeiro, e como tal, tem a finalidade de organizar e, controlar o trabalho de enfermagem, na sua dimensão técnica de prestar cuidados.	-Conhecimento das finalidades de aprender diagnosticar.
	Trechos do Diário clínico: “Quando elaboro um DE percebo que me falta conhecimento técnico, principalmente das doenças, e também de anatomia e fisiologia.” “Inicialmente eu fiquei assim, preocupada, com a questão de tempo	Descreve em seu diário que, lhe falta conhecimento técnico para elaborar DE e, este conhecimento consiste de saber sobre a doença do paciente e, de disciplinas básicas, que para ela	-Auto-avaliação -Reflexão de condutas

<p>Cont. Luz</p>	<p>para escrever este diário, mas depois que, eu coloquei o que, achava foi importante para, pensar sobre o que eu já tomei de verdade pra mim, afinal de contas, eu estou me formando e, tenho que, não entrar como um profissional que, não concorda com a profissão.” “Outra coisa do diário é que ajudou refletir, por exemplo, estou com uma paciente edemaciada, agora consegui fazer a punção dela, então pode me ajudar a não ficar tão decepcionada comigo mesmo, ter até outra postura, ajuda escrever, ajuda refletir, para que na próxima vez eu tenha outra conduta, mas precisa de tempo.”</p>	<p>ajudariam na aprendizagem diagnóstica. Faz do diário um instrumento de desabafo, de seu sentimento de frustração e decepção com a atividade diagnóstica, mas por outro lado, o aponta como, um instrumento para reflexão de condutas assistências.</p>	
<p>Vera</p>	<p>“Para fazer o DE a gente associa com o que aprendeu ao longo do curso, com todos os conhecimentos anteriores. É meio que automática, espontânea, algo natural, você não pensa, ah, vou buscar lá em tal disciplina, é uma coisa parece que vai acumulando e uma hora você junta tudo que conheceu e põe lá.” “Vou pensar num exemplo, o risco para infecção é um diagnóstico comum, a gente relaciona com todos, vamos supor com todo paciente cirúrgico. Ele passou por um procedimento, ele teve uma ferida, ele tem risco pra infecção porque aquilo pode ser contaminada. Nesse caso, a gente busca conhecimento desde lá a microbiologia, mas na hora que a gente faz o diagnóstico, a gente nem, pensa que está fazendo isso, relacionando a uma coisa.” “Lembro sim, os pacientes, lembro de situações que, por exemplo, outra ferida que chegou infectar, então tem o risco para infectar, aí a gente vai lembrando tudo que a gente viveu, apesar de não ser muita coisa, mas vai lembrando.”</p>	<p>A aluna sabe que, para realizar a atividade diagnóstica é necessário relacionar com, conhecimentos e experiências anteriores, mas, sem perceber que, isso acontece naquele momento, este parece ser um movimento de resgate inconsciente na memória desses conhecimentos, para usá-los à medida que necessita.</p>	<p>-Relação com conhecimentos e experiências.</p>
	<p>“Não me planejo conscientemente, mas avalio o paciente pensando, o que eu vou ter que fazer depois, eu vou pensando que eu vou ter que evoluir o paciente depois fazer o diagnóstico dele, e montar o plano dele. Então já vou sabendo o que eu vou ter que fazer, olhando esses pontos, com uma meta de avaliar o paciente, fazer evolução dele, traçar o diagnóstico e montar o plano.”</p>	<p>Não reconhece um planejamento para, a atividade diagnóstica, entretanto pensa nas etapas a serem realizadas que, estão relacionadas com as informações sobre paciente, e em uma meta, de traçar um plano assistencial.</p>	<p>-Planejamento</p>
	<p>“Quando você está fazendo a anamnese do paciente, você já vai pensando no diagnóstico dele.”</p>	<p>Sabe que aprendeu o diagnóstico, quando durante a avaliação do paciente já</p>	<p>-Avaliação de resultados</p>

Cont. Vera	<p>“É vendo que o plano de cuidado está tendo efeito, você está tendo a conduta certa e o paciente está reagindo àquela conduta, senão tem que mudar o plano e o diagnóstico também.”</p>	<p>consegue imaginar possíveis diagnósticos, e para saber se o diagnóstico está correto, toma como parâmetro, o efeito de suas condutas que, tem por base um diagnóstico.</p>	
	<p>“Eu acho que, eu nunca tinha parado para pensar em DE, a gente aprende a fazer, vê em alguns hospitais que já tem, está lá esquematizado o DE. Tem outros hospitais que não tem que, não é valorizado, e a gente tem que aprender e levar isso pra onde for trabalhar futuramente”</p>	<p>O diagnóstico é visto pela aluna, como algo que se deve aprender e levar para a prática profissional. Apesar de não ter ainda pensado sobre o que a atividade diagnóstica representa, tomou consciência que, é algo a ser aprendido e, incorporado a prática profissional.</p>	<p>-Conhecimento das finalidades de aprender diagnosticar.</p>
	<p>Trechos do Diário clínico: “Estou fazendo, mas é meio difícil porque aqui a gente não tem tanto trabalho em fazer o DE tem trabalho sim, mas não para pensar só no diagnóstico.” “Conhecemos a UTI do hospital, a estrutura da unidade, o serviço, a equipe de profissionais e um pouco do estado de saúde de cada paciente, algumas histórias emocionantes que, tornam o trabalho em uma UTI emocionalmente desgastante.” “Avaliamos uma paciente, evoluímos e em seguida elaboramos os DE e respectivos cuidados, a instituição possui um impresso com diagnósticos e prescrições de cuidados, o que torna mais prática essa atividade</p>	<p>No seu diário, a aluna descreveu a cada dia suas atividades diagnósticas, assistenciais, e gerenciais. Relatou com entusiasmo os procedimentos que aprenderam durante a prática, relacionados ao manuseio de equipamentos, procedimentos diretos com o paciente, reafirmando que, também os alunos são mais empolgados com atividades técnicas do que, com atividades diagnósticas. Ela registrou seus sentimentos, opiniões e até a entrevista com a pesquisadora, conclui seu diário dizendo que sentirá falta desta prática.</p>	<p>-Reflexão sobre o trabalho na UTI -Expressa sentimentos e emoções.</p>
Violeta	<p>“(Para fazer o DE, frente ao paciente) A gente tem que fazer relação com disciplinas do primeiro semestre, anatomia, fisiologia, ou a gente não pode ver que alguma coisa está errada, se a gente não conhecer, por exemplo, a gente vê os exames, ele está com baixa de plaquetas e de hemácias, então se ele estiver com respirador à gente já tem que ficar atento porque, se ele tiver queda na respiração, com essa baixa de hemácias e hematócritos, não tem hemoglobina, ele não vai conseguir oxigenação, não tem como transportar.” “Aqui, por exemplo, no CTI tem coisas que eu vejo que já vi em outros estágios, e que dá pra eu fazer uma relação e, me basear para ter mais certeza, pois já vivi aquela situação, ou parecida, e dá para eu me guiar.”</p>	<p>Sabe que, a relação com conhecimentos básicos faz entender o que está acontecendo com o paciente. As experiências anteriores possibilitam a transferência de conhecimento para situações semelhantes.</p>	<p>-Relação com conhecimentos e experiências</p>
	<p>“Avalio o que vou precisar de material para exame físico, planejo como vou</p>	<p>A aluna reconhece como planejamento, a leitura</p>	<p>-Planejamento</p>

Cont. Violeta	<p>fazer o exame, o que eu vou procurar, vejo a impressão diagnóstica dele, a patologia, então o que eu vou atentar mais, tem as peculiaridades que a gente tem de considerar, se ele fez uma cirurgia e está com dreno, tem que se planejar de como vai fazer, pra chegar lá e procurar as coisas mais relevantes, algumas coisas olho no prontuário”</p>	<p>intencional do prontuário do paciente, para conhecer sua patologia, procedimentos e particularidades que lhe indique aonde focar sua atenção. Além disso, se preocupa com o planejamento do material que necessita, para avaliar o paciente e, a forma de abordagem do mesmo.</p>	
	<p>“É muito difícil saber se sei fazer DE. Às vezes eu faço, mas não tenho certeza se eu sei fazer. Na verdade eu acho que decorei DE e não aprendi, tem algumas coisas que eu fico em dúvida.”</p> <p>“Quando eu olho e não sei montar nada, não sei nada de diagnóstico, não consigo pensar em nada, tenho que primeiro recorrer ao livro, aí vejo que não aprendi, ou então quando não consigo pensar em nada que ele possa ter como algum risco, algum déficit, ou outra coisa, uma alteração, e daí se eu não consigo enxergar é que não consegui aprender.”</p> <p>“Com base no DE a gente faz as prescrições, por exemplo, se a gente faz um diagnóstico e tratamento de uma úlcera de pressão, se aquela úlcera está diminuindo, o diagnóstico e a intervenção estão certos, o paciente está apresentando bons resultados, evoluindo bem.”</p> <p>“A gente fazia e a professora dizia está condizente.”</p>	<p>Não sabe dizer se sabe diagnosticar, mas sabe que o fato de ter decorado alguns diagnósticos, não lhe dão a certeza que aprendeu diagnosticar. Entretanto, apresenta alguns aspectos podem ser indicativos de aprendizagem e, que estão relacionados à situação da atividade diagnóstica, como na avaliação do paciente, não consegue visualizar características que indique um diagnóstico, ela chega à conclusão que não aprendeu. Sabe também que, a elaboração do diagnóstico está relacionada com a prescrição de cuidados específicos, assim se esses cuidados resultarem em melhora para o paciente indica que, o diagnóstico está correto e que, portanto ela aprendeu. Além do que, a própria confirmação do professor sobre estar certo ou não.</p>	<p>-Avaliação: auto-avaliação. -Avaliação de resultados.</p>
	<p>“Eu acho que o diagnóstico orienta a conduta e isso faz com que possamos avaliar o cuidado que é prestado pelos técnicos, e consegue prever o que o paciente pode precisar ou ter e, evitar complicações até.”</p>	<p>O diagnóstico como instrumento de orientação e controle da assistência de enfermagem. A atividade diagnóstica possibilita orientação da equipe de enfermagem sobre o cuidado, assim como, pode prevenir complicações.</p>	<p>-Conhecimento das finalidades de aprender diagnosticar.</p>
	<p>Trechos do Diário clínico:</p> <p>“Realizamos os procedimentos que o paciente necessitava no momento, avaliamos seu estado, evoluímos e então chegamos ao DE.”</p> <p>“A primeira coisa que pensei foi na ferida operatória que ele tinha, principalmente, porque eu havia feito o curativo, mas não poderia me basear só por isso para traçar um diagnóstico, tinha que pensar no cliente como um todo, para enxergar melhor seus</p>	<p>No diário, a aluna descreve a atividade diagnóstica, durante sua prática, desenvolvendo um raciocínio a partir de cada problema, relacionando com conhecimentos teóricos, para chegar a determinado diagnóstico, o que confirma seu relato da entrevista, sobre a necessidade de resgatar na memória conhecimentos anteriores que, é a base para</p>	<p>-Organização de idéias para realizar a atividade diagnóstica. -Tomar consciência do resgate de conhecimentos na memória.</p>

Cont. Violeta	problemas e poder organizar as idéias.” “Segui com o raciocínio da ferida operatória e fui buscar na memória mais detalhes”	diagnosticar.	
Vanusa	“(Para fazer o DE, frente ao paciente) Faço relação com a disciplina enfermagem nas clínicas, e um pouco de cada disciplina. Se eu fiz aquele diagnóstico é que, de algum lugar eu já tinha visto, eu já tinha relacionado, mas se tiver é no inconsciente, parar pra pensar, eu não me lembro não. Bom com experiências, só se for bem próxima distante não”	Sabe que, na atividade diagnóstica, relaciona com conhecimentos anteriores e experiências, embora não faça isso de forma consciente, porém se dá conta de que, há uma estrutura de conhecimentos que, possibilitou essa atividade.	-Relação com conhecimentos e experiências
	“Olho a patologia de base dele, leio a história clínica dele para conhecer o paciente, aí já conhecendo sua história clínica e a patologia de base, ou procedimentos que ele fez, o que ele está fazendo ali no hospital, vejo tudo isso, para poder chegar nele e, fazer o exame físico direcionando para o problema dele.”	Considera importante o conhecimento prévio de informações do paciente que, estão relacionados à sua doença, e procedimentos a que será ou foi submetido, para direcionar sua atenção e exame físico, ao problema específico dele.	-Planejamento
	“à medida que eu consigo fazer o diagnóstico, e não olhar mais para o livro ou então depois olhar só pra confirmar, então se eu fizer sem mais olhar o livro, pelo menos naqueles que estou mais habituada a fazer, eu fizer direitinho e não precisar do livro, eu acho que posso considerar que eu aprendi.” “Acho que seria se o paciente evoluir do que jeito que eu esperava, no caso dos resultados esperados.”	Reconhece parâmetros que, indicam aprendizagem como, a maior autonomia em relação a não precisar consultar o manual diagnóstico frequentemente e, com relação a resultados alcançados pelo paciente.	-Avaliação: auto-avaliação. -Avaliação de resultados
	“O DE mostra o que eu tenho que estar sempre atenta, o que tem de ser feito, e em que horário eu tenho de avaliar, de manhã, tarde e noite, às vezes de hora em hora. Significa minha preocupação em relação aquele paciente. Ele ajuda em relação a que medidas eu vou tomar com aquele paciente, no que ele está precisando da gente e, o que tenho de fazer para ajudá-lo. Faz com que, todo mundo fique atento para aquele diagnóstico. Além disso, é uma função do enfermeiro.	A atividade diagnóstica é vista como um instrumento de orientação e controle de condutas de enfermagem. Isso significa que ao trabalhar a partir dela, o enfermeiro se preocupa com o paciente e com o que fazer para ajudá-lo. Possibilita atenção sistematizada, em relação às necessidades de cuidados, e controle da evolução clínica do paciente.	-Conhecimento das finalidades de aprender diagnosticar.
	Trechos do Diário clínico: “O paciente que avaliei respirava com auxílio de macro nebulização contínuo e apresentava padrões respiratórios alterados, o que me levou a pensar em um diagnóstico relacionado à função respiratória prejudicada.” “Com a pesquisa, a gente voltou olhar	A aluna descreveu em seu diário, cinco (5) dias de atividades de estágio, cada dia descrevia sobre pacientes que cuidou, sempre registrando a evolução clínica e possíveis diagnósticos, confirmando o que a aluna relatou em sua	-Tomada de consciência do processo envolvido na atividade diagnóstica. -Reflexão sobre a influência da

<p>Cont. Vanusa</p>	<p>DE voltou ter outros olhos, chamou mais atenção, eu tenho o livro em casa, mas ele passou três meses fechado, agora eu voltei a olhar ele, a estudar nele, me interessar.”</p>	<p>entrevista sobre atividade diagnóstica. Relata também, sua reflexão sobre a atenção ao DE estimulada pela pesquisa em tela.</p>	<p>pesquisa, em sua atenção ao DE.</p>
<p>Valda</p>	<p>“(Para fazer o DE, frente ao paciente) Relacionamento com o conhecimento que eu adquiri na universidade, e com estudo de caso.” “Ah, eu não sei como eu pensei, fiz ligações, analogias, ao quadro clínico, encontrar e comparar o problema que, aquele paciente tem e que, aquele outro apresentou, mas, não sei explicar como foi, é muito automático”</p>	<p>Relaciona a atividade diagnóstica com conhecimentos anteriores, e experiências. Sabe que usa esses conhecimentos, mas é um processo automático, e por isso não sabe explicar.</p>	<p>-Relação com conhecimentos e experiências</p>
	<p>“eu não me planejo para diagnosticar, eu vou lá coletar os dados vejo os problemas e faço o diagnóstico.”</p>	<p>Não reconhece nenhuma ação de planejamento, em sua atividade diagnóstica.</p>	<p>Não relata</p>
	<p>“Não sei fazer DE.” “Quando o diagnóstico não está batendo com a NANDA é que não sei. Agora quando se encaixam, está certo.” “Mas eu nunca fiz avaliação do diagnóstico, nunca.”</p>	<p>Reconhece que, não sabe fazer diagnóstico, só se for com o manual e que, nunca avaliou o DE que realiza. Avalia sua aprendizagem em relação à adequação do diagnóstico elaborado, ao manual da NANDA.</p>	<p>-Avaliação: auto-avaliação</p>
	<p>“O DE faz a gente lidar sabendo com o que está lidando, ter o conhecimento do quadro clínico, saber como ter condutas, porque depois do diagnóstico vem à prescrição e, não deixar riscos e problemas já instalados se agravarem, acho que é importante para avaliação do paciente. E para o profissional, quando ele faz o DE ele sabe o que vai fazer, sabe conduzir a assistência.”</p>	<p>A finalidade da atividade diagnóstica é orientar condutas adequadas, aos problemas identificados no paciente. Isso porque, essa atividade, requer avaliação criteriosa, o que possibilita ao profissional, conhecer problemas reais ou riscos que, inerentes a condições de saúde do paciente.</p>	<p>-Conhecimento das finalidades de aprender diagnosticar.</p>
	<p>Trechos do Diário clínico: “Nos primeiros dias de estágio, nós estávamos mais ligados a execução de procedimentos, mas logo percebi que, seria difícil executar cuidados sem conhecer o paciente (sua patologia, suas necessidades e riscos potenciais). E comecei colher informações no prontuário, onde fica os DE listados para aquele paciente e, entendi como conduzir os cuidados para aquele paciente.”</p>	<p>No diário, a aluna faz uma síntese do estágio na UTI, a rotina da unidade, suas atividades assistenciais, mas não registra elaboração de diagnósticos. Reconhece a prioridade nos procedimentos, e também, a necessidade de conhecer o paciente para cuidá-lo melhor, portanto de conhecer, entre outros, os DE já listados no prontuário. Conclui seu diário afirmando que, esta pesquisa estimulou voltar sua atenção ao DE como uma linguagem comum, para identificar problemas, e um instrumento para a passagem de plantão.</p>	<p>-Tomada de consciência sobre, a importância da relação entre cuidar e conhecer o paciente.</p>

<p>Luiza</p>	<p>“Quando a gente faz o DE a gente pensa no trabalho do médico, pensa em patologia, em outros conhecimentos e disciplinas.”</p> <p>“Eu faço relação com certeza, porque a gente nunca faz uma coisa sozinha. Por exemplo, quando a gente estuda fisiologia, estuda o comportamento normal do organismo, então se aprende que, a pele é o que protege, vê as funções da pele. Quando a gente chega e vê que o paciente tem uma úlcera, ou outra porta de entrada, tem acesso venoso, tem um dreno, então a gente pensa logo que são portas de entrada para infecção, e isso fazendo relação com a fisiologia, a enfermagem nas clínicas e outras disciplinas.”</p> <p>“Comparando com experiências anteriores você pensa, ah eu já fiz aquilo não deu certo, ah eu já fiz aquilo e deu certo, então a gente pode fazer a mesma coisa ou então não, elas servem também para melhorar.”</p>	<p>Percebe a atividade diagnóstica, como algo que se relaciona com várias atividades de outros profissionais, com a certeza de que, essa relação fortalece a assistência de enfermagem. A relação com conhecimentos e experiências embasa o DE para, determinado paciente. Essa relação faz com que, aproveite os resultados das experiências, para outros casos semelhantes transferindo conhecimentos que, levem a diagnósticos e cuidados adequados.</p>	<p>- Relação com conhecimentos e experiências</p>
	<p>“Bem, geralmente eu leio o prontuário para conhecer um pouco do problema do paciente.”</p>	<p>Procura conhecer o paciente por meio da leitura do prontuário, embora não deixe claro que, esta seja intencionalmente uma maneira de se planejar para, a atividade diagnóstica.</p>	<p>-Planejamento</p>
	<p>“Geralmente eu sei que aprendi quando faço uma coisa e não tenho muita dificuldade, se eu tiver dificuldade pra lembrar daquilo eu realmente ou não aprendi, ou eu aprendi pela metade. Agora ter garantia que eu aprendi DE, eu não sei dizer na verdade.”</p> <p>“Se as intervenções tiverem os efeitos desejados é porque o diagnóstico estava certo, se as minhas intervenções não tiverem nenhum efeito positivo é porque os diagnósticos estavam errados.”</p>	<p>Reconhece como parâmetros para avaliar sua aprendizagem, o grau de dificuldade, ao fazer o diagnóstico e os resultados das intervenções, com base no DE.</p>	<p>-Avaliação: auto-avaliação -Avaliação dos resultados</p>
	<p>“Eu acho que, o DE mostra a enfermagem como ciência, porque os diagnósticos têm uma comprovação científica, e direciona nossas prescrições, permitido explicar porque eu indiquei aquelas intervenções. Então o DE significa firmar a enfermagem como ciência, e embasar aquilo que fazemos. É importante porque dá suporte pra aquilo que você vai fazer, abre um leque de intervenções porque, você pensa a causa, ao que ele está relacionado.”</p>	<p>O diagnóstico é visto como, elemento importante para a validação da Enfermagem como ciência, e com a finalidade de direcionar e justificar cientificamente, as intervenções de enfermagem. Isto porque, os diagnósticos classificados têm comprovação científica e, embasam as intervenções, dando suporte teórico científico as ações.</p>	<p>-Conhecimento das finalidades de aprender diagnosticar.</p>

<p>Cont. Luiza</p>	<p>Trechos do Diário clínico: “Acompanhei um paciente em 1º. Dia pós-operatório de biópsia encefálica, observei que ela apresentava disartria e plegia de MSD prejudicando sua comunicação e mobilidade.” “o diário instiga a gente pensar, porque na maioria das vezes a gente faz e não pensa principalmente o diagnóstico, então acho que querendo ou não leva gente pensar, mas porque marquei esse diagnóstico e não aquele? refletir sobre o que fez e se isso foi positivo ou negativo? Se eu posso melhorar?”</p>	<p>A aluna descreveu em seu diário, de forma sistemática a avaliação de cada paciente que cuidou em cada dia do estágio, descrevendo o processo de como chegou a determinado diagnóstico e por que. Faz uma reflexão sobre a atividade de escrever um diário em que, questiona sobre a validade do diagnóstico elaborado e seu efeito para o paciente.</p>	
<p>Lena</p>	<p>“(Para fazer o DE, frente ao paciente) A gente faz relação com muitas matérias, com fatos que nos marcaram e assim, a gente se lembra de algumas situações.”</p>	<p>Sabe que faz relação, com conhecimentos das matérias estudadas e, com experiências em atividades diagnósticas, que foram significantes para ela de alguma forma.</p>	<p>-Relação com conhecimentos e experiências</p>
	<p>“O planejamento é ir com o paciente, e conversar sobre o que está acontecendo com ele e, quando não dá pra ser assim, o paciente não tem condição de responder, você vai naquilo que está no prontuário, e já pensa ah se ele estiver intubado vai ter mais diagnósticos de riscos, já vai com algumas idéias em mente.”</p>	<p>Reconhece que faz planejamento, diante de uma atividade diagnóstica, quando se trata de pacientes que não podem se comunicar verbalmente, fazendo a leitura do prontuário dele, para conhecer sobre seu problema de saúde.</p>	<p>-Planejamento</p>
	<p>“Acho que a aprendizagem pode ser avaliada pela facilidade de manusear o livro do DE e até mesmo, de encontrar o problema principal daquela pessoa.” “Eu sei que o diagnóstico está certo porque a gente mostra para o professor, você sabe que não está fugindo do tema, não está inventando. Você acha um problema e já encontra no livro aquilo, então o que eu identifiquei naquele paciente bate exatamente com o que está escrito no livro.”</p>	<p>Tem alguns parâmetros que, lhe permitem avaliar sua aprendizagem diagnóstica e, que são relacionadas ao manuseio correto do manual diagnóstico, sua independência em relação a ele, e a aprovação do professor.</p>	<p>-Avaliação: auto-avaliação</p>
	<p>(Responde ao questionamento sobre que acha do DE) “Eu acho que é importante, mas o que não acho legal é você ter que correr sempre para aquele livro. Poderia ser diferente, no caso o estudante pensar mais, ah o paciente pode ter isso, ou isso, pensar mais no problema e traçar o diagnóstico antes de correr para o livro. Na verdade é pensar o que está no livro, tipo, através das aulas, das explicações do professor, de leituras, isso daria parâmetros para fazer aquele diagnóstico.”</p>	<p>Apresenta uma visão crítica da aprendizagem diagnóstica, e indica alguns caminhos que, em sua percepção teria mais eficácia. Não expressa conhecimento sobre a finalidade dessa aprendizagem, e atividade diagnóstica.</p>	<p>-Avaliação crítica sobre o processo de aprendizagem diagnóstica</p>

<p>Cont. Lena</p>	<p>Trechos do Diário clínico: “Para fazer o DE na avaliação do nível de consciência, de uma senhora, lembrei da prática que tive na terceira série, onde foi mostrada pela primeira vez uma escala de avaliação do nível de consciência.” “Tive oportunidade de fazer os diagnósticos e prescrições de uma paciente admitida na UTI, para isso observei e anotei na minha caderneta os pontos que achei relevante sobre a paciente, já que ela não podia falar.” “Fazer o diário dá trabalho em meio à correria do estágio, de tanta coisa pra fazer! Fiz mais ou menos.”</p>	<p>As descrições no diário corroboram o relato da aluna, sobre resgatar conhecimentos de experiências significantes para ela. Mostra a intencionalidade de ações e, a tomada de consciência de como procede na atividade diagnóstica, em situações distintas. Além disso, em todas as situações que registrou no diário, tanto de procedimentos técnicos quanto atividades diagnósticas, ela vai relatando sua reflexão quanto, ao que está realizando, e suas relações.</p>	<p>-Reconhece as relações com conhecimentos prévios e experiências. -Relata o processo de elaboração diagnóstica.</p>
<p>Arnaldo</p>	<p><i>(Para fazer o DE, frente ao paciente)</i> “O conhecimento é acumulado para tomar posse dele. Por exemplo, relacionar o cateter em um paciente, com o risco para infecção, eu me lembro da microbiologia. Não me lembro de outros diagnósticos, em outros pacientes, de uma prática pra outra, ainda não fiz essa relação.”</p>	<p>Tem uma concepção de que o conhecimento é acumulado e, portanto, ao se deparar com algumas situações, sabe de onde vem o conhecimento que, lhe permite julgar e diagnosticar, mas reconhece que, não faz esse tipo de relação, entre pacientes com situações semelhantes, e nem de uma prática para outra, e assim não se beneficia do conhecimento produzido em suas experiências.</p>	<p>-Relação com conhecimentos anteriores</p>
	<p>“Vejo o material de bolso, caneta, caderninho de anotação, eu leio o prontuário dele primeiro, para conhecer quem é o paciente, nome, idade, diagnóstico médico, tempo de internação, prescrições, procedimentos que tem de fazer.”</p>	<p>Apresenta um tipo de planejamento, antes de ficar frente ao paciente, em uma atividade diagnóstica que, lhe permite ter o material que necessita para sua avaliação, e ao mesmo tempo conhecer quem é o paciente que vai avaliar, por meio da leitura do prontuário.</p>	<p>-Planejamento</p>
	<p>“Construir diagnóstico eu sei, bem eu acredito que sei, porque avalio o paciente, as necessidades humanas básicas do paciente e construo mentalmente o seu diagnóstico, depois eu vou passar para o meu rascunho, e a partir daí confrontar o que eu criei, com aquele que, acredito tem lá na Carpenito. Aí eu chego vou avaliar, exatamente é isso daí, então acredito que sei.” “Se eu construí um diagnóstico para um paciente, com aquele diagnóstico construí intervenções, e ele não apresentou melhora, então eu vou vê que o meu diagnóstico não estava correto.”</p>	<p>Apresenta em seu relato, sentimento de autoconfiança em relação ao conhecimento diagnóstico. Descreve um processo de avaliação que, para ele se constitui de auto-regulação desse conhecimento.</p>	<p>-Avaliação: auto-regulação do conhecimento -Autoconfiança</p>

Cont. Arnaldo	“O DE é importante, pois, como a gente está avaliando o paciente diariamente, a evolução de seu quadro clínico, os diagnósticos podem mudar ou permanecer, o que vai significar que o paciente está melhorando ou não, através dessa avaliação.”	Apresenta argumentação sobre, a importância da atividade diagnóstica em enfermagem, na finalidade de controle da evolução clínica do paciente, e o significado de sua variação em relação a essa evolução.	-Conhecimento das finalidades de aprender diagnosticar.
	Trechos do Diário clínico: “Para fazer o diagnóstico vejo o material como caneta, papel, luva de procedimento, procuro conhecer sobre a doença do paciente e de posse destes instrumentos, eu fiz a visita de enfermagem para elaborar o DE .”	Este aluno elaborou seu diário, relatando como fazia para, realizar sua atividade diagnóstica, descrevendo estratégias de planejamento, que lhe ajudaram nessa atividade.	-Planejamento
Vitória	“Relação com outras disciplinas? Sim. Hum, deixa vê como posso explicar, eu não sei explicar! Ah, eu busco na minha memória, por exemplo, se eu pegar o paciente que por acaso ele apresente as mesmas características de outro paciente que já atendi, eu já lembro, ah, para aquele paciente eu elaborei aquele possível diagnóstico, aí eu vejo, eu acho que para esse daqui também dá, aí vou usar para este também, no caso se adéqua ou não. Eu acho que, já fiz relação com outros conhecimentos, mas não estou lembrada.”	A aluna se mostra confusa para relatar as relações, com conhecimentos prévios, durante a atividade diagnóstica, sabe que, de alguma forma faz esse resgate em sua memória, tanto em relação ao conhecimento, quanto para lembrar-se de experiências significativas.	-Relação com conhecimentos e experiências
	“Acho uma das coisas importantes para, realizar DE é conhecer a patologia dele, ah ele fez uma cirurgia de mastectomia, então eu já sei que eu tenho que dá atenção especial. Porque a partir da patologia eu vejo o que o paciente pode apresentar, ou já está apresentando, então eu tenho que atentar para aquilo, leio o prontuário.”	Antes da atividade diagnóstica, a aluna se planeja fazendo a leitura do prontuário do paciente, para conhecer a sua doença ou procedimento a que ele foi submetido, pois, considera que, essas informações são importantes para identificar problemas e riscos no paciente, como resposta a essas situações.	-Planejamento
	“Ah, é depois que eu elaboro um DE , eu li achei que se adequou aquele paciente, aí eu mostro para o professor, e ele concorda, se quiser ajeitar alguma coisa ajeita, mas é assim que eu acho que está certo.” “Depois que eu termino um diagnóstico eu vou para o livro vê se o livro me dá a opção que eu coloquei lá, então se eu vi que se adequou que ele ficou mais ou menos parecido com o que tenho no livro, eu acredito que ele está certo.”	Avalia sua aprendizagem confirmando com o professor, comparando com o manual diagnóstico, não relatando nenhuma forma de auto-regulação do seu aprendizado, reconhecendo apenas fontes externas de referências.	-Avaliação
	“Eu acho que o DE é muito importante, porque é uma forma de autonomia do enfermeiro em diagnosticar os possíveis riscos que aquele paciente	Reconhece a importância de trabalhar a partir do diagnóstico como autonomia de assistência. Vê como	-Conhecimento das finalidades de aprender diagnosticar.

Cont. Vitória	<p>está correndo, para prestar melhor cuidado para o paciente. Porque, primeiro a gente vai ter um embasamento de tudo o que o paciente tem para poder intervir. Ele orienta a assistência.”</p> <p>“Eu estou fazendo meu TCC sobre o processo de enfermagem, aí todo me pergunta, mas não é muito chato? Eu digo, eu também achava, mas agora estou entendendo a finalidade.”</p>	finalidade orientar e prestar assistência de qualidade. O fato de seu trabalho de conclusão de curso ser sobre o assunto, ajudou no entendimento dessa finalidade.	
	<p>“Diário clínico? Estou fazendo ele. Eu estou colocando o que estou fazendo, e algumas reflexões sobre isso.”</p>	Apesar dessa afirmativa, a aluna descreve em seu diário, os procedimentos técnicos realizados com o paciente, durante os dias de estágio e, não refere nenhuma atividade diagnóstica e nenhum evento metacognitivo.	Não apresentou
Vilma	<p>(Para fazer o DE, frente ao paciente)</p> <p>“Ah, relaciono com a fisiologia e outras. Tudo vem à tona professora, às vezes tem diagnóstico que o professor corrige, mas eu tenho que voltar até na literatura, na fisiologia, por exemplo.”</p>	Durante a atividade diagnóstica sente necessidade de lembrar conhecimentos como, de fisiologia, por exemplo, isso acontece de uma forma espontânea e inconsciente.	-Relação com conhecimentos
	<p>“Em primeiro lugar eu vou me situar no conhecimento sobre aquele problema do paciente. Eu penso o que vou fazer primeiro, inclusive vou até no prontuário do paciente. O prontuário vai te dá um bojo de informações sobre o paciente.”</p>	Antes da atividade diagnóstica procura conhecer previamente o problema do paciente, essa informação é retirada do prontuário, e possibilita pensar nas prioridades.	-Planejamento
	<p>“Olha, meu termômetro seria o professor, eu faço o diagnóstico e aí se surge alguma coisa que ele questiona isso aqui não se enquadrando em tal patologia, isso, e isso, então já sei que tenho de ir atrás, o professor diz que tenho de pesquisar aquilo.”</p> <p>“Eu faço o diagnóstico e avalio como estou lhe falando, eu faço como acho que está certo e mostro para o professor que está na prática comigo, ele diz se está certo ou errado.”</p>	A aluna não relata mecanismos de auto-regulação e auto-avaliação da aprendizagem diagnóstica, sua referência é a avaliação do professor.	-Avaliação
	<p>“Eu acho importante para aprofundar o conhecimento, sobre o problema do paciente. Eu só concordei em participar desta pesquisa, porque era sobre o DE e eu tinha vontade de desabafar, ter oportunidade de dizer o que eu acho, pois é um diagnóstico até um pouco desacreditado por não ser dada importância. No entanto, ao fazer o DE, nós vamos prescrever em cima desse diagnóstico e os técnicos vão</p>	Apresenta uma concepção de que, o DE é importante tanto para o paciente, como para diferenciar o enfermeiro na equipe de enfermagem. E, sobretudo, tem a finalidade de orientar a prática assistencial. Viu o momento da pesquisa como, um momento de desabafar seu sentimento de insatisfação com a	-Conhecimento das finalidades de aprender diagnosticar. -Questionamento do processo de ensino-aprendizagem do diagnóstico.

Cont. Vilma	poder fazer as intervenções de forma mais orientada. Eu acho que seria ideal para orientar nossa prática.” Há uma preocupação em aprender procedimentos e porque não dá importância também em aprender o diagnóstico? Quando está fazendo o procedimento porque não questionar com a gente sobre o DE também?”	aprendizagem diagnóstica.	
	“Ainda estou vendo como é que vou fazer, não sei bem como vou colocar o que?”	Não registrou no Diário clínico nenhuma atividade diagnóstica e não identificamos nenhum evento metacognitivo.	Não apresentou
Valdete	<i>(Para fazer o DE, frente ao paciente)</i> “aconteceram várias vezes, a gente encontra casos parecidos, por exemplo, pacientes que fizeram a mesma cirurgia, ou então que apresentam um tipo de dor, ou que apresentavam a mesma patologia. Aí eu pensava da forma que tratei o paciente anterior, e fazer relação com o outro paciente que apresenta as mesmas coisas, e melhorar. Às vezes quando a gente via no mesmo estágio, até fazendo uma evolução pensava lá naquele paciente, às vezes não considerando a pessoa, mas pensando na mesma patologia. É que eu não pensava que a pessoa com câncer, por exemplo, pudesse ter uma reação diferente de outra pessoa com a mesma patologia.”	A aluna sabe que, faz relações com conhecimentos anteriores, e sabe também, que essa relação acontece de forma inconsciente, no momento em que precisa dele para, avaliar um paciente. Na relação com experiências, ela faz uma reflexão de que, ao pensar em situações semelhantes, pensava no problema e não na pessoa com esse problema, isso porque, não sabia que pessoas com mesmos problemas, e patologias, pudessem responder de forma diferente.	-Relação com conhecimentos e experiências
	“Ah, eu não planejo, eu vou lá fico olhando meio que, mas se eu tenho que avaliar, se o paciente for admitido, aí eu ia lá ia vê como ele chegou, se chegou com sonda, o volume da diurese dele, se ele chegou consciente, orientado, se ele chegou com alguma lesão. Se ele estava em condições de conversar vou direto falar com ele.”	Não reconhece nenhuma forma de planejamento, quando está em uma atividade diagnóstica. Pela observação do paciente, verifica suas condições gerais e, se ele pode se comunicar verbalmente inicia sua entrevista e, exame físico.	Não se planeja
	“Não sei fazer diagnóstico, porque quando em uma situação, diante do paciente, até que a gente identifica o problema, mas na hora de estabelecer o diagnóstico fico confusa, porque o que a gente vê na universidade é bem diferente do que a gente vê na prática é como se não houvesse relação” “Bem pelas práticas e estágios que a gente tem não chega avaliar o diagnóstico que fazemos, mas eu poderia achar que, se ele apresenta melhora dos problemas, então o DE está correto. A gente não avalia nossos diagnósticos.”	A aluna reconhece que, não sabe fazer diagnóstico e, um dos principais motivos é que aprendeu comparando problemas com o manual diagnóstico e, quando está diante do paciente é diferente, não sabe fazer essa relação, da teoria e prática diagnóstica. Além disso, não avalia os DE que elabora para os pacientes, mas se dá conta que, poderia ser avaliado pelos resultados dos cuidados que, o diagnóstico embasa.	-Avaliação: Auto-avaliação

Cont. Valdete	<p>“Acho o DE importante para o trabalho fluir bem, mas todo processo na teoria é perfeito, mas na prática eu não sei fazer. Pois é então, eu acho que ele pode melhorar todo serviço e, dá suporte para o planejamento, sobre o que deve ser feito, o que deve ser corrigido. A gente devia sair da universidade sabendo e valorizando essa forma sistematizada de trabalhar. Já que toda literatura diz que é tão importante, e estudos indicam que é na universidade que devem ser ensinados.”</p>	<p>Apesar de afirmar que não sabe diagnosticar, a aluna apresenta uma concepção da finalidade do DE como forma de planejar o cuidado, e ainda, faz uma reflexão crítica sobre o papel da universidade no processo de aprendizagem diagnosticar, tendo em vista o que a literatura fala sobre sua importância.</p>	<p>-Conhecimento das finalidades de aprender diagnosticar.</p> <p>-Avaliação crítica</p>
	<p>Trechos do Diário clínico: “É assim, a gente avalia o paciente, mas fico confusa na hora de colocar no diário!” “Fizemos avaliação dos pacientes, mas estava incompleta, pois, não detectamos corretamente os problemas que eles apresentavam, ou que poderiam apresentar. Não fizemos um exame físico correto e nem as associações necessárias para uma boa avaliação, não fizemos um planejamento, e nem estabelecemos estratégias para que a avaliação do paciente fosse satisfatória.”</p>	<p>Faz uma auto-avaliação sobre não saber exatamente o que registrar no diário e a dificuldade em realizar diagnósticos naquele estágio. Em seus registros, descreve situações vivenciadas no estágio e, auto-avaliação de como procedeu, além de sentimentos, em relação a aquela vivência, indo ao encontro, em certos aspectos (planejamento, avaliação, por exemplo), do relatado em sua entrevista.</p>	<p>-Avaliação: Auto-avaliação do processo de diagnosticar</p>
Virna	<p><i>(Para fazer o DE, frente ao paciente)</i> “Com outras experiências sim, às vezes a gente até lembra, faz um diagnóstico aí lembra, olha é igualzinho aquele caso que a gente viu, ou aquela situação, então faz essa ligação, pelo menos comigo já aconteceu. Com outros conhecimentos? Ah, professora não lembro! Nunca parei para pensar nisso.”</p>	<p>Quando diante de situações, que são semelhantes a já vivenciadas lembra-se de diagnósticos que, podem servir para a situação atual. Quanto a outros conhecimentos, não sabe se faz relação, neste momento ela se dá conta que, nunca parou para pensar nisso.</p>	<p>-Relação com experiências</p>
	<p>“Eu vou, me preparo com equipamentos que eu preciso para fazer o exame do paciente, vou até o paciente e falo com ele que vou fazer sua avaliação, não vou chegar e vou mexer com ele sem ele saber por quê. Ah, eu gosto de olhar antes o prontuário até para ver como o paciente estava, às vezes faço avaliação e depois olho para ver se confere.”</p>	<p>Antes de iniciar avaliação do paciente, para atividade diagnóstica, a aluna planeja o material necessário, porque assim, se prepara adequadamente para a atividade, avisa o paciente, se preocupando em que ele saiba do que vai ocorrer com ele, e faz a leitura do prontuário para tomar conhecimento de informações sobre o paciente, assim como, para conferir informações do prontuário e, verificar a coerência com as informações que ela coletou.</p>	<p>-Planejamento</p>
	<p>“Eu sinceramente acho que não aprendi ainda, a fazer DE. Eu sinto dificuldade, eu queria ser mais rápida, ser mais dinâmica em fazer, ainda sou muito</p>	<p>Em uma auto-avaliação de sua aprendizagem, a aluna conclui que, não aprendeu diagnosticar e expõe os</p>	<p>-Avaliação; Auto-Avaliação</p>

Cont. Virna	<p>indecisa, então pra mim eu não aprendi. Então se eu sempre tenho que ir para o livro é que não aprendi. Por outro lado, são muitos diagnósticos, não tem como você saber sem olhar o livro, então eu acho que não aprendi por isso.”</p> <p><i>(Para saber se o DE está correto)</i></p> <p>“Hum, eu pergunto para a professora, eu, procuro saber com o professor se está correto ou não.”</p>	<p>motivos que, lhe fizeram chegar a tal afirmativa. Isso faz com que, ao realizar um diagnóstico necessite da confirmação do professor se está correto.</p>	
	<p>“Ah, eu achei que o DE é um instrumento válido, porque quando a gente falava em diagnóstico, a gente pensa logo no diagnóstico médico, em saber a patologia. Então ficou algo assim que no ar, o que é o DE? É a mesma coisa que diagnóstico médico? E quando a gente viu era outra coisa diferente, e é válido para prestar nossa assistência, para montar as ações de enfermagem para aquele paciente, orientar a prescrição, observar se ele melhorou.”</p>	<p>A aluna tem uma concepção que, o DE é um instrumento que tem como finalidade orientar as ações de enfermagem e, dá parâmetros para avaliação sobre a evolução clínica do paciente.</p>	<p>-Conhecimento das finalidades de aprender diagnosticar, e da diferença em relação ao DM.</p>
	<p>Trechos do Diário clínico:</p> <p>“A professora mostrou toda rotina da unidade, mas com relação ao DE, neste primeiro momento, não foi falado nada, sei que tem um impresso, mas não foi mostrado. Como não foi falado nem mostrado, acabou que não foi realizada a ação diagnóstica.”</p> <p>“Ainda não foi possível neste momento, realizar uma ação diagnóstica. A meu ver está faltando cobrança nesse sentido, nos fazer pensar que realizar o diagnóstico é importante para, prestar uma boa assistência de enfermagem.”</p> <p>“Às vezes até penso no diagnóstico para o problema daquele paciente, mas acabo não registrando.”</p> <p>“Hoje presenciei um momento difícil no CTI, tive que avaliar e prestar cuidados a um doador de órgão, cadáver, é uma situação bem diferente, porque você tem que prestar assistência a uma pessoa que está ali sendo mantida por aparelhos. Nesse momento não consegui ver onde poderia estar aplicando o DE.”</p>	<p>Em seu diário a aluna descreve as ações realizadas durante os dias de estágio, assim como, o seu sentimento diante de situações novas, como cuidar de um paciente com morte encefálica, e de um doador de órgãos, cadáver. Neste último caso, se questionou se haveria algum DE para ele. Refere que pensa nos diagnósticos, quando está avaliando um paciente, mas não registrou no prontuário dele, por falta de cobrança da professora.</p>	<p>-Avaliação crítica</p>
	<p>“Eu faço relação, por exemplo, se a gente vai avaliar um paciente acaba lembrando outro, o que aconteceu, ah, esse paciente aqui é parecido com o caso do outro paciente, ah, então vamos ver se está acontecendo à mesma coisa. E com as matérias</p>	<p>Reconhece que, quando na atividade diagnóstica, lembra pacientes com problemas semelhantes comparando os casos, para avaliar semelhanças e diferenças. Com isso, se deu conta que é</p>	<p>-Relação com conhecimentos e experiências</p>

Luciana	<p>também. A gente lembra, mas relaciona mais com, os pacientes que a gente viu. Por exemplo, a gente lembra o paciente tal que a gente viu na disciplina tal, mas não diretamente da disciplina, da disciplina não lembra.”</p>	<p>capaz de lembrar o paciente e seu caso, mesmo que ocorra em outra disciplina, entretanto, não é capaz de lembrar os conhecimentos da mesma disciplina.</p>	
	<p>“É claro que se não conheço o paciente, leio o prontuário dele para saber o que ele tem a sua patologia, como ele está, porque senão, eu vou chegar lá sem saber nada sobre o paciente, então eu tenho que saber a história dele. Agora se ele está internado vários dias na clínica, então eu sei como ele estava ontem, como ele está hoje, você vê na passagem de plantão, como ele está, se teve alguma alteração.”</p>	<p>Reconhece como forma de se planejar para a atividade diagnóstica, a leitura do prontuário, visto que, estes contêm informações sobre o paciente que, permitem conhecê-lo facilitando sua aproximação com o paciente. Outra situação é quando, o paciente já está internado, neste caso inclui a passagem de plantão também, como forma de planejar seu encontro com o paciente.</p>	-Planejamento
	<p>“Ah, porque tem diagnósticos que a gente não sabe ainda, deixa pensar, ah, porque primeiro a gente não sabe avaliar o paciente de forma correta, se não sabe avaliar, não sabe diagnosticar.” “Vou vê se o paciente está naquele padrão, baseado nas manifestações que o paciente vai me mostrar, vou olhar na bibliografia e confirmar se está correto, acho que é isso, não sei, nunca fiz isso.”</p>	<p>A aluna faz uma avaliação sobre a aprendizagem diagnóstica, e reconhece que não sabe diagnosticar, lhe falta determinada habilidades para avaliar corretamente o paciente, como o exame físico. Dessa forma, o manual diagnóstico é o parâmetro de avaliação por comparação.</p>	-Avaliação: auto-avaliação.
	<p>“Eu achei o DE chato porque é difícil, é uma matéria diferente, então você que tem prestar atenção, tem que entender, não é só uma coisa é um conjunto, então você tem que saber muita coisa para fazer o diagnóstico e isso não é fácil. Agora eu acho que é importante, não só para mim como acadêmica, por N motivos, primeiro porque, tipo assim, a enfermagem está atuando melhor que antes, você tem que avaliar o paciente melhor.”</p>	<p>A aluna faz uma avaliação da dificuldade de aprender DE e, ao mesmo tempo reconhece que, ele é importante para instrumentalizar a enfermagem na avaliação do paciente e, conseqüentemente atender melhor aos que precisam de seus cuidados.</p>	-Conhecimento das finalidades de aprender diagnosticar.
	<p>“Estou descrevendo minhas rotinas, às vezes acabo que escrevo o diagnóstico, então é assim que estou fazendo, alguns comentários.”</p>	<p>A aluna descreveu em seu diário suas atividades assistenciais e diagnósticas, mas não apresentou conhecimento metacognitivo explícito em suas anotações.</p>	Não apresentou

ANEXO A- CASUÍSTICA: TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

ENTREVISTA 2- LÚCIA (LARANJA- 01)

DATA= 17\08\2009- 17h50min- 18: 40hs

Sexo feminino, Idade 21 anos estudou em escola particular não trabalha, seu estudo é custeado por seus pais, solteira e sem filhos.

QUESTÃO 1- VOCÊ SABE FAZER DE?

RESPOSTA- sei, a gente teve uma disciplina onde a gente treinou na prática e aí assistia o paciente e elaborava o diagnóstico e a prescrição de enfermagem pra aquele paciente. Eu não desconheço diagnóstico, com certas limitações, mas eu compreendo, eu entendo como faz.

COMO ASSIM?

RESPOSTA- é o que é passado na universidade é a gente observa o paciente e verifica alguma alteração que ele tenha e daí, a partir disso, a gente monta o diagnóstico, vai dizer o diagnóstico dele. Por exemplo, é paciente acamado, ele tá sedado ele não tem, mobilidade nenhuma, pra gente ele precisa de mobilização no leito, então ele tem o que, risco para integridade da pele prejudicada, por exemplo, ele também pode desenvolver algum, o pulmão pode tá comprometido né, porque não está virando ele, então à gente observa o problema e a partir deste verifica o que a gente pode modificar também, aí já vem a prescrição, o diagnóstico sempre junto com a prescrição.

O QUE É UM MODELO BÁSICO?

RESPOSTA-não é que tem um modelo básico e um avançado, falo daquele conhecimento aprofundado do diagnóstico.

QUESTÃO 2- QUANDO VOCÊ APRENDEU?

RESPOSTA- não me lembro exatamente qual disciplina foi no inicio do quarto ano eu acho, foi no final do terceiro, tipo assim do terceiro para o quarto.

QUESTÃO 3- COMO FOI QUE TE ENSINARAM?

RESPOSTA- todas as aulas a professora trazia livros da NANDA e tudo e a gente fazia um estudo de um paciente, por exemplo, a gente tinha um relato dele, uma evolução dele e a partir daí a gente podia elaborar algum tipo de diagnóstico pra ele, com consulta na NANDA.

3.1- COMO FOI QUE SE DEU ESSE PROCESSO DE APRENDER DE?

RESPOSTA- bom, a professora deu uma aula expositiva falando a respeito do diagnóstico é como, quem resolveu fazer esse estudo é aonde foi desenvolvido os primeiros diagnósticos, e aí fizemos casos em sala de aula e depois a gente foi à prática. A gente ia olhando porque têm umas classificações, umas definições como autocuidado, de alteração na cognição e a gente ia vendo o que o paciente tinha e qual diagnóstico ele se enquadrava. Na verdade a gente tem primeiro que conhecer os diagnósticos, se não entrar em contato, primeiro conhecer o livro.

3.2- COMO FOI PRA VOCÊ APRENDER DE?

RESPOSTA- foi um pouco estranho, porque eu não sabia como dividia, eu não sabia onde encontrar é tinham diagnósticos que se confundiam a gente olhava no índice do livro e lá tinha, por exemplo, diagnóstico de paciente psiquiátrico é diferente de um paciente daqui do CTI.

Como foram essa estratégia de conhecer o livro, os diagnósticos?

Ah, ela entregou o livro pra gente, era dividido em grupo e a gente por nossa curiosidade foi conhecendo o livro. Cada um foi lendo o que achava que devia conhecer, ela deu o livro e falou olha conheçam, ela deu a aula e aí mostrou o livro e a gente manuseava e procurava conhecer aquilo antes de iniciar o estudo de caso.

QUESTÃO 4- FOI DIFÍCIL APRENDER DE?

RESPOSTA-não, não foi difícil seria mais difícil se a gente não tivesse é aproximação com o paciente, porque o aluno de primeiro ano tem medo de chegar e conversar com o paciente, daí o de terceiro e quarto ano já não tem toda essa restrição, então é os diagnósticos que envolvem, por exemplo, ah, agressividade dele ou a tristeza que ele tem por estar naquela situação internado e tudo, vc só tira a conversa com ele ou as vezes observando vendo que ele tá, que ele não colabora com o tratamento dele, que né, a partir daí a gente desenvolve alguns diagnósticos e outros pelos sinais clínicos que ele apresenta.

4.1- E NESSE PROCESSO QUAIS SÃO AS DIFICULDADES?

RESPOSTA- as dificuldades? Às vezes a falta de relação entre fisiologia e a prática, a clínica, por exemplo, você vai verificar o exame dele que ele tem uma alteração de uma gasometria, por exemplo, verifica que ele tem uma alteração a nível do CO_2 coisa assim, mas tu não sabes o que aquilo vai levar entendeu, e as vezes isso aí dificulta muito né, essa relação, por isso é que a gente tem que estar estudando o tempo todo, quando a gente chega num entrave desse e tu não sabe chega lá e olha uma coisa que tu não sabes onde isso vai levar o paciente, não sabe o que significa e principalmente as conseqüências. Aí que vem o se aprofundar, cada dia a gente estuda uma coisa diferente e procura conhecer mais porque da próxima vez que acontecer a gente já sabe.

4.2- QUAL FOI SUA MAIOR DIFICULDADE EM APRENDER DE?

RESPOSTA- de início foi só conhecer a Carpenito e NANDA, depois não tive dificuldades. Às vezes eu estabeleço dois três diagnósticos e não vejo mais nada sobre esse paciente, mas a professora fala, não ainda tem mais procura né, eu falava acho que já deu professora, não retiro mais água dessa pedra.

QUESTÃO 5- COMO VOCÊ RESOLVE ESSAS DIFICULDADES?

RESPOSTA- quando tenho dificuldades eu pergunto ao meu orientador e aí depois eu vou buscar mais, naquele momento ele me responde com simplicidade e aí se aquilo me incomodar eu vou querer saber o que é e como resolver e depois eu volto com ele para tirar dúvidas.

5.1- ESSA BUSCA É ONDE?

RESPOSTA- no livro na internet principalmente.

5.2- VOCÊ PESQUISA SOBRE O DE?

RESPOSTA- sobre o diagnóstico, quase nada, na verdade, na saúde pública a gente pouco utiliza o diagnóstico, aqui na UTI, assim aqui e na clínica também a gente faz pouco o diagnóstico é uma coisa assim que não é desenvolvida porque os diagnósticos já estão todos no impresso já e você só vai fazer algumas prescrições em cima dos diagnósticos que já estão estabelecidos em cada instituição, já tem aquela folha impressa DE, você olhando aquilo ali ganha mais tempo, só que a gente aprenderia mais se tivesse mais tempo pra fazer, como não tem se faz pouco, nesse caso o papel impresso é bom, o que a gente tem que acrescentar a gente acha que não tá dentro daquilo a gente acrescenta, mas registrar mesmo é difícil.

QUESTÃO 6- QUAIS ESTRATÉGIAS VOCÊ CONSIDERA MAIS ADEQUADA PARA APRENDER DE?

RESPOSTA- por exemplo, estudos de casos, eram trazidos por ela era dividido em grupo, cada grupo fazia o estudo e a partir daquele estudo de caso a gente elaborava o diagnóstico e a prescrição.

6.1- O QUE VOCÊ ACHOU DESSA ESTRATÉGIA?

RESPOSTA- eu achei bom, mas a prática foi melhor, na prática é mais fácil realizar né, do que na sala de aula, às vezes, apesar de na sala de aula a gente pode relacionar melhor as coisas porque lá dentro da universidade a gente tem como pesquisar em livros e se a gente tiver alguma dúvida, diferente do hospital que a gente não pode trazer um monte de livro, apesar de ser mais fácil quando tu tá lá com o paciente.

6.2- POR QUÊ?

RESPOSTA- porque tem outros profissionais que te explicam, além do que, por exemplo, paciente que tá com desconforto respiratório, aí às vezes no estudo de caso não dá o é a devida importância lendo aquilo em sala de aula, a devida importância, mas quando a gente vê aquele paciente, ele tá lá e sem respirar é tão grave pra ele e a gente dá mais importância e faz uma prescrição alguma coisa que seja mais efetiva pra ele, quer dizer na teoria é uma coisa, na prática é outra coisa completamente diferente. A gente faz um estudo sobre curativo em sala de aula, é diferente, ah, você pega uma gaze aqui enrola assim com a pinça, depois você leva lá embebe em solução fisiológica e vai fazer o curativo, diz o sentido e tudo, mas quando a gente tá aqui, a gente tem outras coisas que estão interferindo, às vezes o paciente que tá incomodado é os outros pacientes que estão olhando se não tiver uma proteção adequada é as vezes o professor fala ah, você faz nesse sentido ou então faz dessa maneira, mas quando chega aqui escorre alguma coisa tu tem que largar o que está fazendo pra limpar o que aconteceu entendeu? é diferente. Aqui ocorrem várias coisas.

6.3- COMO É A DIFERENÇA DE FAZER UM DE NA TEORIA EM SALA DE AULA, E FAZER NA PRÁTICA?

RESPOSTA- eu digo assim, por exemplo, quando se fala do paciente que desenvolve úlcera de decúbito por não ter movimentação adequada, é às vezes uma úlcera de decúbito, ela infecciona forma úlcera mesmo, porque às vezes fica só aquela região avermelhada e tudo, a gente faz hidratação passa o Dersani, mas é às vezes aquela úlcera de decúbito infecciona e forma uma coisa muito mais grave, já vi uma úlcera como um buraco no paciente na região sacra, já vi, então é mais completo o estudo no hospital do que na universidade tem gente que fala que a gente aprende só o básico na universidade e que na prática é que a gente aprende mais aprofundada, até porque a gente percebe a necessidade de aprofundar o estudo e procurar mais conhecimento, às vezes a gente estuda pouco, estuda alguma coisa e esquece, aí quando a gente precisa tem que revisar novamente.

6.4- E AÍ COMO VOCÊ FAZ O DE DESSE PACIENTE?

RESPOSTA- isso aí vai depender do diagnóstico, né, bom existe várias categorias de diagnóstico né, ele pode ter é bem é mais complexo, já falei por que.

6.5- TÊM OUTRAS ESTRATÉGIAS?

RESPOSTA- um livro de fisiologia do lado, às vezes o conhecimento de fisiologia ajuda. Deixa-me pensar um minuto, ah, a prática, porque quanto mais você faz melhor fica, quanto mais você treina melhor você consegue fazer, mais fácil é pra fazer, então o treino é importante. Se eu tivesse tido só aula expositiva, que era a última aula sete horas da noite a gente já estava na maioria cansada aí ela vinha expunha a aula no data show, então ficava aquela metade da sala escura a outra com data show e convenhamos que uma aula DE não é uma aula que tu é, uma aula expositiva que tu não vai fazer um estudo de caso, é uma aula que não te convida estar bem atento.

6.6-POR QUÊ?

RESPOSTA- porque não parece interessante quando tu não aplicas só na teoria não é interessante. Às vezes a professora fala que aquilo é importante, que a gente vai usar, mas a gente ainda não sabe né.

6.7- COMO ACHA QUE O DE SERIA MAIS BEM APRENDIDO?

RESPOSTA- O DE seria mais bem aprendido se fosse, é claro a partir das primeiras práticas, seria mais bem aprendido se a cada disciplina, a cada problema a gente fosse é conhecendo os diagnósticos pra aquela situação, a gente vai cuidar do paciente cardíaco lá na santa casa, enfermaria cardíaca então vai conhecer os DE do paciente cardíaco, esse, esse e esse, a gente fixaria mais do que visto em uma disciplina e chega ao hospital já, a gente se familiarizaria mais. Na prática sobre DE a gente não aplica, está lá pra aprender fazer diagnóstico, eu não vou assistir o paciente, eu faço o diagnóstico dele e posso até deixar registrado lá, mas eu não vou acompanhar a clínica dele.

6.8- COMO ASSIM?

RESPOSTA- a gente avalia o paciente, estabelece os diagnósticos e a prescrição e vai embora, no outro dia já vamos pra outro lado do corredor, um dia na ala masculina, no outro dia vamos pra ala feminina, não dava continuidade. Por isso que eu digo que é mais fácil se for dividido nas disciplinas, porque a gente faz o diagnóstico e dá continuidade até pelo menos no fim da prática.

QUESTÃO 7- QUANDO VOCÊ ESTÁ NA PRÁTICA, VOCÊ FAZ O DE COMO TE ENSINARAM?

RESPOSTA- eu consigo fazer isso em pensamento sem registrar sei que é importante registrar, mas eu consigo fazer em pensamento.

7.1- COMO ASSIM?

RESPOSTA- fazer em pensamento é eu observar aquele problema do paciente saber o que eu observei, eu constatei que ele tem aquele problema, não sei se vou dá um exemplo, mas saber que ele tem aquele problema é eu sei o que fazer pra resolver, e eu faço, eu executo então tá feito o diagnóstico, eu sei qual é o problema sei como resolver o problema, então é a prescrição e os resultados, que é saber o que eu espero com o que eu fiz.

7.2- QUAL É A DIFICULDADE DE REGISTRAR?

RESPOSTA- tempo, e às vezes é já existe o impresso, eu nem sei onde vou registrar isso, talvez no prontuário dele, mas já tem o impresso.

7.3- E QUANDO NÃO TEM O DE JÁ IMPRESSO?

RESPOSTA- eu não registro, depende da instituição, tem instituição que tem o papel em branco pra você registrar e tem outras que não.

7.4- E QUANDO TEM ONDE REGISTRAR?

RESPOSTA- se fizer, mas, a dificuldade é de trazer aquelas frases toda da NANDA e da Carpenito, apesar da gente poder fazer com nossas palavras, às vezes a gente fica preso aquelas frases que já tem no livro do diagnóstico.

QUESTÃO 8- QUANDO ESTÁ VALIANDO O PACIENTE VOCÊ FAZ RELAÇÃO COM OUTROS CONHECIMENTOS OU COM OUTRAS EXPERIÊNCIAS ANTERIORES?

RESPOSTA- sim principalmente com experiências que a gente já teve tem paciente que é igualzinho aquele outro lá que eu atendi há um mês, eu observo, converso com o paciente e faço relação com o que já vi antes. Mas se pensa pouco em DE, eu vejo o paciente, mas não penso logo, ah qual o diagnóstico pra ele, eu penso qual o problema dele e o que a gente precisa fazer por ele, mas não o pensamento, ah qual o DE dele?

8.1- E QUANDO O PROFESSOR PERGUNTA?

RESPOSTA- aí eu começo a pensar observando os sintomas que ele tem e aí solto o verbo vou falando pra professora o que eu vejo nele, se ele está demasiado, então ele tá retendo líquido né, se eu o vejo desidratado ele tá com déficit de líquidos, aquele paciente que não consegue urinar, ou que tá com sonda, assim.

QUESTÃO 9- COMO VOCÊ SE ORGANIZA PARA APRENDER FAZER DE?

RESPOSTA- primeiro é lendo sobre o paciente que vou avaliar, no prontuário dele sabendo qual o problema dele e o que eu vou perguntar pra ele, só isso.

9.1- E DAÍ?

RESPOSTA- aí o observo e converso com ele porque além dos diagnósticos que a gente pode tirar da observação tem os diagnósticos que pode retirar da conversa dele também né, mas é difícil esse pensamento eu chego lá e faço o diagnóstico dele.

QUESTÃO 10- COMO VOCÊ SABE QUE O DE QUE VC FEZ ESTÁ CORRETO?

RESPOSTA- se eu estabeleço um diagnóstico é que eu tenho certeza do que é aquele diagnóstico.

10.1- MAS COMO TEM ESSA CERTEZA?

RESPOSTA- pelas minhas convicções que está certo

QUESTÃO 11- E COMO VOCÊ AVALIA SUA APRENDIZAGEM? SABE SE APRENDEU OU NÃO APRENDEU FAZER DE?

RESPOSTA- se daquele diagnóstico surge uma prescrição e se aquela prescrição dá resultado então o diagnóstico está correto, mas às vezes não dá certo tenho que pensar um exemplo, o diagnóstico mais real é o da úlcera de decúbito ele tem uma úlcera de decúbito no calcâneo então ele não tem ainda ele está com aquela pele

avermelhada mais fina e ela começa ficar mais seca e faz uma úlcera, antes de se tornar seca e formar a úlcera a gente já observa e intervém põe uma proteção, mas mesmo aquela proteção não deu jeito então o diagnóstico tá certo, ele tem integridade da pele potencialmente prejudicada, mas a sua prescrição não deu resultado esperado. Cada paciente é um paciente e o que você espera que vem às vezes não venha, às vezes faz um curativo se aplica um produto e espera que de certo, as vezes dá as vezes não. Mas o objetivo é sempre a melhora do paciente.

12- O QUE VOCÊ ACHOU DE APRENDER DE?

RESPOSTA- eu achei que devia ter mais cuidado assim, já que é importante, mas é difícil, mesmo que as turmas sejam pequenas de 20 alunos, ela chegar com cada um, vai depender da curiosidade de cada um também, se você tem interesse você vai lá em cima do professor e fica pedindo pra ele vê e o que é que eu faço agora? Onde eu procuro, onde eu encontro isso? Daí partiu para os estudos de caso e daí pra prática.

12.1- MAS PORQUE APRENDER DE?

RESPOSTA- o trabalho com diagnóstico é mais intelectual, sem diagnóstico é mais manual, né, o diagnóstico serve pra gente pensar sobre aquele problema vê é o que pode ocorrer e o que a gente pode fazer pelos problemas que estão no paciente naquele momento né, é um trabalho mais digamos assim, inteligente. Colocar em prática é mais difícil, pois tem que definir diagnósticos e tem também que cobrar do técnico, porque não adianta só saber o DE, tem que cobra do técnico pra resolver aquele diagnóstico.

Eu penso que aquele enfermeiro que sabe fazer de, sabe fazer prescrição e faz aquilo dá certo e registrado, ele tem um é mais prestígio, não só prestígio, mas ele sabe o que ele faz e mostra o resultado daquilo, já que o diagnóstico pra mim só serve se for para melhorar o paciente.

12.2-ME EXPLICAMELHOR SOBRE ESSE PRESTIGIO DO ENFERMEIRO E MELHORA DO PACIENTE?

RESPOSTA- prestígio porque existem outras coisas que estão arroladas nesse processo, se o enfermeiro consegue fazer relação entre a doença e o de o entendimento científico com a ciência, com a fisiologia, ele consegue estabelecer um DE correto.

13- QUER FALAR MAIS ALGUMA COISA SOBRE O ASSUNTO?

RESPOSTA- não, só que o de devia ser dividido ao longo do curso, ia facilitar mais a aprendizagem.

ANEXO B – CASUÍSTICA: DIÁRIO CLÍNICO

LÚCIA

O primeiro dia, 12/08/09, na CTI foi difícil, não pelo trabalho que me coube, mas pela instabilidade emocional que o ambiente me causou. Por ser um ambiente crítico, fica fácil perceber que, nos pacientes não sedados, a ansiedade relacionada ao risco de é algo óbvio. Ora, naquele ambiente a morte nos faz visitas constantes.

No princípio foi nos apresentado a CTI e os diagnósticos médicos de alguns internados. Cada dupla de aluno ficou responsável pelos cuidados a um paciente. Assisti ao leito 24, Sr. B.

De início não pensei em diagnósticos de enfermagem no CTI, você se preocupa mais em manter o seu assistido estável do que nisso. Era um paciente pós-cirúrgico, traqueostomizado, sob ventilação mecânica, em sondagem vesical, contido no leito (às vezes ele puxava os tubos do respirador). Só de ver já podia estabelecer a ele vários diagnósticos, apesar de eu não ter focado a minha atenção a isto naquele momento.

Sr. B ficava acordado, portanto escutava tudo o que era falado e o que acontecia lá. Desde os alertas das máquinas até a conversa da equipe. Não me espanta saber que ele não dormia muito, essa foi uma das coisas que logo me chamou atenção, o tal padrão de sono perturbado.

Ele também tinha a mobilidade no leito prejudicada, porque como eu disse, ele era contido, mas esse ainda me parece ser um problema sem solução. A contenção no leito potencializa a chance de um individuo tem úlcera de pressão e aí pode-se pensar em risco para a integridade da pele prejudicada.

Vale lembrar que o paciente retirou um tumor da rinofaringe; olhando para a sua face já se via o olho esquerdo um tanto protuso, consequência do tumor e um curativo sobre o nariz. Ainda bem que eu não vi um espelho sequer naquele CTI. Imagino que ele já tivesse visto, antes de internar, a protusão do olho, mas era bom que ele não ficasse olhando aquilo todo dia.

Ora, desde as primeiras aulas do curso se sabe que há relação entre nariz e boca. Fica óbvio que um nariz obstruído leva a uma percepção sensorial prejudicada; além do que drenava discreta quantidade de secreção de seu ouvido direito.

Confesso que não busquei saber a religião daquele paciente, mas sei que , qualquer que fosse ela, um diagnóstico era certo, o risco para angústia espiritual.

Naquele dia, além dos cuidados gerais ao Sr.B , busquei também dar-lhe alguns instantes de distração, porque tentei conversar sobre como ele estava se sentindo. A conversa era assim : eu perguntava e ele respondia sim ou não com a cabeça. Foi o que eu pude oferecer naquele dia.

Segundo dia, 13/08/09, na UTI e a primeira notícia que eu recebi foi: “ aquela moça do isolamento faleceu hoje de manhã, no lugar dela foi internada uma criança. É um menino de 01 ano de idade e você prestará cuidados a ele hoje. Providencie os papéis da internação e converse com a mãe dele”.

Fui conhecer o garoto e me deparei com uma criança magra, intubada, com as pupilas mióticas (talvez houvesse algum comprometimento neurológico; tive dúvidas); A pediatra havia dito que ele também tinha catapora (duvidei disso, pois de acordo com os meus conhecimentos, ou aquilo não era catapora, ou era uma catapora muito diferenciada das características de uma convencional); comprimir as pontas dos dedos da criança e pude perceber que , apesar da ventilação mecânica, garoto não apresentava um boa perfusão periférica.

Observei suas genitais, então constatei o que dizia seu prontuário, ele tinha um tumor de testículo.

Conversei com a mãe do garoto sobre o histórico daquela doença e sobre alguns dados que interessava à equipe saber.

Por ser uma criança adoentada e pelo que a mãe dele me disse, parecia ter um atraso no crescimento e desenvolvimento; tinha eliminação urinária prejudicada (foi necessário passar-lhe uma sonda vesical) e aí já pode pensar em um risco de infecção. Ora, sondagem vesical e infecção são fatores que muitas vezes caminham juntos.

Foram verificados seus sinais vitais, pude perceber que ele estava hipertêmico, então pedi que adiantassem a medicação antitérmica que estava prescrita.

Perguntei à mãe sobre a existência de episódios de diarreia e ela confirmou, me disse que ocorrera no dia do passado. Também indaguei sobre a aparência da criança, se estava mudada ou não, se os olhos pareciam mais fundos, etc. Ela afirmou que havia mudado e que os olhos pareciam mais fundos. Constatei a suspeita inicial, eram realmente sinais de desidratação. O volume de líquidos deficientes era evidente.

O menino estava completamente sedado, portanto, não interagia com ninguém, portanto tinha seus processos familiares ineficazes, com interação social prejudicada.

Recebi resultados de exames e me chamou atenção uma gasometria. Eu não tinha habilidade com aquele exame, mas pude perceber que havia algo de errado, então solicitei a presença da pediatria da criança. O dia transcorreu sem muitas intercorrências, até tranquilo.

Nesse dia, 19/08/09, as atenções foram divididas. Primeiramente analisei o balanço hídrico de um paciente, que não apresentava alterações. Então, fiz sua ausculta pulmonar, onde pude verificar um estertor, além de, a olho nu, já perceber que havia secreção nas vias respiratórias dele, pelas tosses constantes e produtivas. Comuniquei à fisioterapia, que disse já ter conhecimento do fato e realizou uma aspiração traqueal.

O mesmo aconteceu com outra paciente, mas o caso dela era muito mais grave. Foram necessárias várias aspirações. Ela tinha mobilidade no leito prejudicada, havia perdido o MSD, débito cardíaco aumentado, risco de sufocação, pois constantemente tentava puxar o tubo do ventilador mecânico, termorregulação ineficaz, com a pele fria e sudorese, risco para infecção por conta de sondagem vesical, acesso venoso central, dreno e curativo extenso.

Apesar de ter percebido essas e outras coisas nos pacientes que assisti e até nos pacientes atendidos pelos outros colegas, as atividades de SAE ficaram por conta da enfermeira do plantão. O registro que fiz foi somente no prontuário, relatando o observado e as atividades realizadas, mas não diagnósticos de enfermagem.

Terceiro dia, 14/08/09, no CTI. Como sempre, as piores notícias chegam antes de qualquer outra. “Aquele garotinho de ontem faleceu esta madrugada, infelizmente não foi possível salvá-lo”. Foi quase um soco no meu estômago aquela notícia. Eu realmente fiquei muito triste. Engoli a notícia e precisei tentar me reestruturar para enfrentar o novo dia de trabalho que viria pela frente.

Nesse dia cada dia aluno foi responsável por dois pacientes. Coube-me uma senhora e um rapaz.

Por conta das muitas atividades que deveria executar, nesse os diagnósticos foram registrados somente na folha de registro do hospital, mas é claro que pensei neles. Ora, por exemplo, aprendemos nesse dia a interpretar gasometria, então pude perceber em um paciente um desequilíbrio metabólico que resultava em troca de gases prejudicada.

Também pude pensar uma “comunicação verbal prejudicada”, já que os traqueostomizados não conseguem emitir sons e, portanto, às vezes ficam chateados por nossa demora em entender e atender aos seus pedidos.

Na senhora a qual assisti, pude perceber uma disposição maior a enfrentar a doença, pois ela não estava mais sedada, já se comunicava com a equipe, já treinava um desmame ventilatório e, quando fiz o curativo de sua ferida operatória, percebi melhora, e informei isso à paciente, que me abriu grande sorriso. Nesse momento, uma técnica em enfermagem fez o

seguinte comentário: “to torcendo pra que a senhora saia logo daqui e convide a gente pra comer uma feijoada na sua casa”. Pude perceber que aquela paciente apresentava melhora e isso me deixou contente.

No fim do plantão ainda chegou um paciente na UTI, apresentando desconforto respiratório. Foi instalado O2 em cateter nasal e tomadas todas as demais providências. Também preenchido uma folha da SAE para ele.

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA EEAN/HESFA