UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

JOSINETE APARECIDA DA SILVA BASTOS CERULLO

"CUIDAR DE SI, CUIDAR DO OUTRO" – PROGRAMA DE APRIMORAMENTO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO



SÃO PAULO 2009

JOSINETE APARECIDA DA SILVA BASTOS CERULLO

"CUIDAR DE SI, CUIDAR DO OUTRO" – PROGRAMA DE APRIMORAMENTO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora:

Profa. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

SÃO PAULO 2009

Catalogação na Publicação (CIP) Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta" Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Cerullo, Josinete Aparecida da Silva Bastos.

Cuidar de Si, cuidar do Outro : programa de aprimoramento do raciocínio clínico / Josinete Aparecida da Silva Bastos Cerullo. – São Paulo, 2009.

347 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz.

1. Diagnóstico de enfermagem 2. Raciocínio 3. Autobiografias 4. Educação permanente. I. Título.

JOSINETE APARECIDA DA SILVA BASTOS CERULLO

"CUIDAR DE SI, CUIDAR DO OUTRO" – PROGRAMA DE APRIMORAMENTO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO
Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.
Data da Defesa:/ 2009.
Banca Examinadora
Profa. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

Deus, Pai e Mãe dos seres visíveis e invisíveis, bendito seja o Vosso Nome, porque por Este tudo foi criado.

Dedico este trabalho:
a Gilberto Cerullo, pelo amor e amizade de uma década,
aos nossos filhos, Vittorio Matteo e Lorenzo Angelo, estímulo para que sejamos
melhores pessoas e melhores profissionais.
a minha mãe Josefa Maria da Silva, exemplo de dedicação ao trabalho.
aos meus sogros, Maria Helena e José Cerullo, pelas demonstrações de cuidado.
Meu agradecimento especial, à Profa. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da
Cruz, pelo acolhimento durante minha gestação e puerpério, por sua supervisão
precisa e sábia.

Agradeço sinceramente:

Às **estudantes e enfermeiras participantes** desta pesquisa, muito obrigada pela transparência e dedicação à nossa profissão.

Aos estudantes da EEUSP, doentes e familiares que atendemos no HU-USP, HCFMUSP e INCOR, às enfermeiras e enfermeiros dessas instituições, obrigada pelos muitos momentos de incentivo à reflexão e partilhas sobre o raciocínio clínico.

Às **Profas. Dras. Tamara Iwanow Cianciarullo** e **Helena Coharik Chamlian**, pelas análises e sugestões no exame de qualificação.

Aos funcionários e avaliadores dos Comitês de Ética em Pesquisa, pelas sugestões e aprovação do projeto desta pesquisa.

Às diretoras de enfermagem e às enfermeiras coordenadoras dos setores de Educação Continuada dos hospitais envolvidos, pela autorização e apoio nas fases de planejamento e execução da coleta de dados.

À Enfermeira Erika Guedes, que, auxiliando-me nos encontros de formação, realizou excelentes observações, as quais contribuíram para a análise dos dados.

Às colegas do Laboratório de Enfermagem da EEUSP, Carla Cristiane Paz Felix, Debora Cristina Alavarce, Erika Midoli Matsunaga, Maria Cecilia Toffoletto e Veronica Cunha Rodrigues de Oliveira, pelo apoio durante todo este período de doutorado, pela amizade.

Às **Profas. Dras. Maria Julia Paes da Silva e Ruth Turrini**, pelo acolhimento e momentos de terapia floral nestes quatro anos.

Aos docentes e funcionários do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP, pela colaboração nas reflexões sobre o processo ensino-aprendizagem na Enfermagem, pelos exemplos de estudo e trabalho.

Às enfermeiras especialistas em laboratório dos departamentos ENO, ENP e ENS da EEUSP – Irene, Karen, Juscilynne, Milena, Josiane, Patricia, Rosangela, Carla Andrea, Erika, Liliam, por sua alegria, por sua dedicação ao trabalho, pela amizade.

Aos **docentes e colegas das disciplinas de doutorado**, pelas orientações e aprendizagens colaborativas, pelo companheirismo.

À Marisa Perez, pela finalização da capa deste relatório, e cooperação em outros trabalhos do Laboratório de Enfermagem, com carinho e presteza.

Às bibliotecárias **Andréia Wojcicki** e **Juliana Akie Takahashi**, pela revisão e orientações sobre as citações, referências bibliográficas, e confecção da ficha catalográfica.

Aos colegas do grupo de pesquisa CNPQ - DIRENF - Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem, pela parceria nos últimos sete anos, pela amizade e sugestões ao projeto desta pesquisa.

Aos membros do CETRANS - Centro de Educação Transdiciplinar, pelos ensinamentos e colaborações nestes dez anos, pela sinergia, pelo testemunho da alegria em aprender.

Aos meus amigos e amigas Idê Maria Cunha, João e Marta Guarnieri, Jorge Bernardes, Leda Maria Magalhães, Luciana e Paulo Bier Barbosa, Melania Bier Barbosa Marinelli, aos meus padrinhos Lucia Madella e Walter Gandini, Cleo e Roberto Jordan, obrigada a todos, pela espiritualidade autêntica, por sua presença amorosa, que independe do tempo-espaço.

A todas e todos, companheiros nesta viagem, nomes pronunciados em tantos níveis, pela realidade das suas palavras, seus sorrisos e abraços, pelas correções, por guiarem-me nesta longa trajetória, dia e noite, minha eterna gratidão.

Josinete Aparecida da Silva Bastos Cerullo.

Natal de 2008.

Este trabalho é fruto de um genuíno interesse em contribuir com minha profissão e com soluções para a nossa sociedade. E, citando Leopardi*, na esperança de que o saber produzido possa:

- ✓ abrir-se e tornar-se tecnologia, em benefício da humanidade;
- ✓ apreender o presente e construir o futuro;
- ✓ tornar o mundo compreensível, porque a posse do saber permite a eliminação dos poderes hegemônicos;
- ✓ entender que há uma mutação do saber, que se traduz pela emergência do provisório;
- ✓ compreender a permanência histórica, pois nosso trabalho não é solitário nem definitivo, alguém o há de continuar e testar;
- ✓ deixar-se conduzir pelo otimismo, como resistência revolucionária contra o pessimismo daqueles que entendem que a ciência, afinal, não muda a realidade;
- ✓ fazer da ciência um movimento integrado com a vida;
- √ acompanhar a inquietude científica com a inquietude ética;
- ✓ incorporar a dimensão estética do saber, para que se torne prazeroso e não um terreno de luta;
- ✓ construir a solidariedade entre todos, compartilhando o saber, não só com os pares, mas com todos os que estiverem interessados em sair do estado de dependência, subdesenvolvimento, sofrimento e alienação.

^{*} Leopardi MT. Áreas prioritárias de pesquisa em enfermagem e formas de parcerias. IX SENPE – Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 22 a 25 de julho de 1997, Vitória – ES.

RESUMO

Cerullo JASB. Cuidar de Si, cuidar do Outro – programa de aprimoramento do raciocínio clínico [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo: 2009.

Esta pesquisa teve como finalidade permitir a expressão das características do diagnosticador, a fim de que ele próprio reconhecesse como suas características pessoais influenciam suas decisões clínicas. OBJETIVOS: Testar um programa de formação permanente, baseado em histórias de vida, para o aprimoramento do raciocínio clínico em enfermagem; descrever os temas presentes nos processos cognitivos e metacognitivos dos participantes, desencadeados pelas estratégias do programa; analisar a influência das estratégias do programa sobre o raciocínio clínico dos participantes; descrever as intervenções realizadas pelas pesquisadoras. MÉTODO: Planejamento e execução de pesquisa-formação em três hospitais e uma escola de enfermagem de São Paulo, Brasil. Os dados foram constituídos pelas produções escritas dos participantes e pelas observações das pesquisadoras, anotadas em diário. Esses dados foram interpretados a partir da análise de seus conteúdos, com base em proposições teóricas sobre raciocínio clínico e sobre histórias de vida e formação. RESULTADOS: O programa foi implementado com um grupo de 7 enfermeiras de um hospital geral universitário e com dois grupos (um com 7 e outro com 6) de estudantes de graduação em enfermagem. Nos três grupos houve 8 encontros semanais em que ocorreram análises de textos, avaliações de saúde, estudos de caso de pacientes, escritas e partilhas das histórias de vida e projetos. Os temas recuperados com o programa referiram-se aos domínios afetivo e cognitivo. As participantes realizaram e refletiram sobre a coleta e interpretação de informações, elaboraram julgamentos clínicos, analisaram dilemas ético-morais e significados sobre o cuidado de si e dos outros. CONCLUSÕES: As reflexões sobre o autocuidado e as próprias histórias de vida (cuidado de si) permitiram às participantes reavivarem as múltiplas influências que as formam, e que formam os outros, e dinamizaram conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias em suas relações com os usuários do sistema de saúde, colegas de trabalho e profissão (cuidado de outros).

PALAVRAS CHAVE: Raciocínio clínico, julgamento clínico, diagnóstico de enfermagem, história de vida, autobiografia, formação, educação permanente.

ABSTRACT

Cerullo JASB. Take care of yourself, take care of the other - program of improvement of clinical reasoning [doctorate]. Sao Paulo: Nursing School, University of Sao Paulo; 2009.

The present study intended to enable the expression of the characteristics of diagnosing professionals, so that they could acknowledge to what extent personal characteristics could influence their clinical decisions. OBJECTIVES: To test a program of permanent training, based on life histories, to improve clinical reasoning in nursing; to describe the topics present in cognitive and metacognitive processes of participants, triggered by program strategies; to analyze the influence of program strategies over clinical reasoning of participants; to describe the interventions used by the researchers. METHOD: Planning and execution of the research program and training in three hospitals and one nursing school in Sao Paulo, Brazil. Data consisted of the writing productions of participants and the observations of the researchers, registered in diaries. Data were interpreted by analyzing the content based on theoretical assumptions about clinical reasoning and life histories and training. RESULTS: The program was implemented in a group of 7 nurses in a general university hospital and in two groups (7 and 6 members, respectively) of undergraduate nursing students. The three groups had 8 weekly meetings where they analyzed texts, healthcare examinations, case studies, written pieces and shared life histories and projects. The topics retrieved by the program comprised the affective and cognitive domains. Participants performed and reflected about the collection and interpretation of information, made clinical judgments, analyzed ethical-moral dilemmas, and the meanings of taking care of others and of themselves. CONCLUSIONS: Reflections about self-care and their own life histories (taking care of themselves) enabled the participants to revive the multiple influences that had formed them and had formed the others. They could maximize knowledge, skills and attitudes required to their relationships with healthcare users, co-workers and the profession (taking care of the others).

KEY WORDS: Clinical reasoning, clinical judgment, nursing diagnosis, life history, autobiography, formation, permanent education.

ILUSTRAÇÕES

hospitaishospitais da Educação Continuada dos	57
Quadro 2 – Resumo das auto-avaliações realizadas nos grupos 1, 2 e 3	72
Quadro 3 – Resumo das avaliações realizadas no grupo 1 – subgrupo 1	78
Quadro 4 – Resumo das avaliações realizadas no grupo 1 – subgrupo 2	79
Quadro 5 – Resumo das avaliações realizadas no grupo 2 – subgrupo 1	80
Quadro 6 – Resumo das avaliações realizadas no grupo 2 – subgrupo 2	81
Quadro 7 – Resumo das avaliações realizadas no grupo 3 – subgrupo 1	82
Quadro 8 – Resumo das avaliações realizadas no grupo 3 – subgrupo 2	84
Quadro 9 – Cruzamento dos temas da Taxonomia NNN discutidos por meio das estratégias de auto-avaliação de saúde, hetero-avaliação de saúde e casos reais	123
Quadro 10 – Temas presentes nas reflexões desencadeadas pelas estratégias de auto-avaliação e hetero-avaliação de saúde, casos reais, histórias e projetos de vida	124
Diagrama 1 – Julgamento clínico: um modelo integrado	159
Diagrama 2 – Raciocínio clínico: o desafio de cuidar	161

TABELAS

Гаbela 1 – Hipóteses diagnósticas presentes nas auto-avaliações das	
participantes dos Grupos 1, 2 e 3, domínios fisiológico e funcional da	
Гахопотіа NNN, São Paulo – 2008	86
Гаbela 2 – Hipóteses diagnósticas presentes nas auto-avaliações das	
participantes dos Grupos 1, 2 e 3, domínio psicossocial da Taxonomia	
NNN, São Paulo – 2008	87
Гаbela 3 – Hipóteses diagnósticas presentes nas hetero-avaliações das	
participantes dos Grupos 1, 2 e 3, domínios fisiológico e funcional da	
Гахопотіа NNN, São Paulo – 2008	88
Γabela 4 – Hipóteses diagnósticas presentes nas hetero-avaliações das	
participantes dos Grupos 1, 2 e 3, domínio psicossocial da Taxonomia	
NNN, São Paulo – 2008	89
Гаbela 5 – Hipóteses diagnósticas presentes nos estudos de casos reais dos	
Grupos 1, 2 e 3, domínios fisiológico e funcional da Taxonomia NNN, São	
Paulo – 2008	115
Гаbela 6 – Hipóteses diagnósticas presentes nos estudos de casos reais dos	
Grupos 1, 2 e 3, domínio meio ambiente e psicossocial da Taxonomia	
NNN, São Paulo – 2008	116
Γabela 7 – Adjetivos, pronomes, verbos e substantivos citados pelas	
participantes nas avaliações escritas sobre o programa, São Paulo – 2008	139

ABREVIATURAS E SIGLAS

A A	ADO dinasansiikasa A. D. an O
AA – ar ambiente	ABO – tipos sangüíneos A, B ou O
AC – ar comprimido	AIG – peso adequado para idade gestacional
AIT – Acidente isquêmico transitório	AMA – Assistência Médica Ambulatorial
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais	AVE – acidente vascular encefálico
AVP – acesso venoso periférico	B2 – beta 2 adrenérgico
BCE – broncoespasmo	BIC – bicarbonato de sódio
BRNF 2 t – bulhas cardíacas rítmicas normofonéticas em dois tempos	CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CIA – comunicação interatrial	CM – clínica médica
COREN – Conselho Regional de Enfermagem	Cr – Creatinina
CVC – cateter venoso central	DE – diagnóstico de enfermagem
DGI – dieta geral infantil	DM – diabetes mellitus
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	DVA – droga vasoativa
EC – Educação Continuada	EEUSP – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
FAV – fístula arteriovenosa	FC – freqüência cardíaca
FEVE – fração de ejeção do ventrículo esquerdo	FR – freqüência respiratória
HAS – hipertensão arterial sistêmica	HB – hemoglobina
HCM – hemoglobina corpuscular média	HE – histórico de enfermagem
HT – hematócrito	HTD – hemitórax direito
HU-USP – Hospital Universitário da Universidade de São Paulo	IG – idade gestacional
IIIG IIIP – três gestações e três partos	IMC – índice de massa corporal
IResp A – Insuficiência Respiratória Aguda	Kg – quilogramas

ABREVIATURAS E SIGLAS

Leuco – leucócitos	MID – membro inferior direito
MIE – membro inferior esquerdo	MM/ MMII – membros / membros inferiores
MS – Ministério da Saúde	MSE – membro superior esquerdo
MSD- membro superior direito	MV + - murmúrios vesiculares presentes
MSE – membro superior esquerdo	NCHS – National Center for Health Statistic
PaCO ₂ – pressão parcial do dióxido de carbono	NIC – Nursing Interventions Classification
NANDA - I – North American Nursing Diagnosis Association - International	O ₂ – oxigênio
NOC – Nursing Outcomes Classification	PA – pressão arterial
P - pulso	PAD – Programa de Assistência Domiciliar
PA – pressão arterial	PAM – pressão arterial média
PAI – pressão arterial invasiva	PNM – pneumonia
PIG – pequeno para idade gestacional	PSA – Pronto Socorro Adulto
PaO ₂ – pressão parcial de oxigênio	PSI – Pronto Socorro Infantil
PSF – Programa de Saúde da Família	RHA – ruídos hidroaéreos
R – respirações	RPM – respirações por minuto
RNT – recém nascido de termo	SF – soro fisiológico
Sat O ₂ – saturação de oxigênio	SNE – sonda nasoenteral
SIC – segundo informa o cliente	SVD – sonda vesical de demora
SSVV – sinais vitais	Taxonomia NNN – NANDA NIC NOC
T – temperatura (°C)	U – Uréia
TVP – trombose venosa profunda	UTI- Unidade de Terapia Intensiva
UBS – Unidade básica de saúde	VCM – volume corpuscular médio
VAS – vias aéreas superiores	VRS – vírus respiratório sincicial

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇAO	17
	1.1. Raciocínio clínico e pensamento crítico	20
	1.2. Raciocínio clínico e linguagem padronizada na enfermagem	27
	1.3. Processo ensino-aprendizagem na área da Saúde	33
	1.3.1. Histórias de vida em formação	38
	1.4. Problema de pesquisa	42
2.	OBJETIVOS	45
	2.1. Geral	45
	2.2. Específicos	45
3.	MÉTODO	46
	3.1. Delineamento	46
	3.2. Intervenção	47
	3.3. Aspectos Éticos	50
	3.4. Casuística	51
	3.5. Formação da facilitadora	52
	3.6. Procedimentos da coleta de dados	53
	3.7. Execução do programa	58
	3.8. Instrumentos de coleta de dados	62
	3.8.1. Questionário sobre avaliação de saúde	63
	3.8.2. Questionário de registro do raciocínio clínico	63
	3.8.3. Escritas autobiográficas	64
	3.8.4. Escritas sobre projetos	65
	3.8.5. Questionário de avaliação do programa	65
	3.8.6. Diário de campo	65
	3.9. Análise de dados	66
	3.9.1. Observações sobre as análises dos dados	67
4.	RESULTADOS	68
	4.1. Características dos grupos	68
	4.2. Auto e hetero-avaliação de saúde	70
	4.3. Casos reais	95
	4.4. Escrita e partilha das histórias de vida e projetos	118

4.5. Intervenções das pesquisadoras – registros nos diários de campos	
4.6. Avaliação das participantes	••
5. DISCUSSÃO	
5.1. Raciocínio clínico permeado pelas experiências prévias, valores e	;
escolhas éticas	
5.1.1. Coleta de informações, interpretações e julgamentos clínicos	
5.1.2. Verbalização dos dilemas ético/morais	••
5.1.3. Atribuição de valor ao cuidar	
5.2. Experiências relacionadas às escrita e partilha da história de vida	e
projeto	••
6. CONCLUSÕES	
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	••
APÊNDICES	
Apêndice A – Contrato biográfico	••
Apêndice B – Questionário de avaliação da saúde	
Apêndice C – Questionário de registro do raciocínio clínico	
Apêndice D – Programa no Moodle	
Apêndice E – Cartazes e blog sobre o programa	
Apêndice F – Escrita autobiográfica da facilitadora	
Apêndice G – Cronograma do grupo 1	
Apêndice H – Cronograma do grupo 2	
Apêndice I – Cronograma do grupo 3	
Apêndice J – Freqüência das participantes e entrega de trabalhos	
Apêndice K – Questionário de avaliação do programa	
Apêndice L – Respostas ao questionário de avaliação	••
ANEXOS	
Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – EEUSP	
Anexo 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital 1	
Anexo 3 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital 2	
Anexo 4 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – HU-USP	
Anexo 5 – Classificação da NANDA-I 2007-2008	
Anexo 6 – Taxonomia NNN 2007-2008	
Anexo 7 – Textos sugeridos como leituras às participantes	

1. INTRODUÇÃO

Há um antigo provérbio que diz "as coisas belas são difíceis de aprender", e a aprendizagem dos nomes não será com certeza coisa pequena.

Sócrates (Platão, Crátilo, 384b).

Confiai nos sonhos, pois neles se ocultam as portas da eternidade.

Gibran Khalil Gibran

A enfermagem é estruturada por quatro principais padrões de conhecimento: conhecimento empírico, conhecimento ético, conhecimento pessoal e conhecimento estético ⁽¹⁾. Representam, respectivamente, os conhecimentos presentes na ciência de enfermagem, as obrigações e deveres envolvidos na prática, o ser genuíno autêntico do enfermeiro - presente e relacional, e finalmente, a arte da profissão, que ocorre instantaneamente no ato de fazer, sem uso deliberado do consciente, que contém os simbolismos culturais e gera significância histórica para os envolvidos.

Os métodos para desenvolvimento desses conhecimentos são diferentes entre si, contudo, conectados mutuamente o que se constitui em um ⁽²⁾

Paradoxo epistemológico-ontológico, porque a experiência de conhecer sempre emoldura o conhecedor em sua totalidade, onde um dos aspectos não pode ser compreendido sem a apreensão imediata do todo do conhecimento. Por exemplo, os métodos da ciência podem ser descritos e aplicados unicamente para o desenvolvimento do conhecimento empírico. Na experiência real da investigação científica, entretanto, o conhecimento pessoal do cientista, ético e estético, modela e influencia como as investigações ocorrem*

(Chinn, Kramer², p.2)

O raciocínio clínico do enfermeiro engloba os quatro padrões de conhecimento da enfermagem, na medida em que é composto de julgamentos, para os quais são necessárias habilidades cognitivas, inferências sobre dados observáveis e o uso da intuição.

-

^{* &}quot;This is a challenging ontologic-epistemologic paradox, for the experience of knowing always draws the knower into the whole, where one aspect cannot be comprehended without immediate grasp of the whole of knowing. For example, the methods of science can be described and applied uniquely to the development of empiric knowledge. In the actual experience of scientific inquiry, however, the scientist's personal, ethical, and aesthetic knowing shapes and influences how the inquiry unfolds."

O interesse em aprofundar os estudos sobre o raciocínio clínico surgiu durante a minha pesquisa de mestrado, que esteve centrada nas dificuldades dos enfermeiros com o processo de diagnóstico e proposição de intervenções de enfermagem ⁽³⁾.

Nesse trabalho, entre os diagnósticos da NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association – International) ⁽⁴⁾, vinte diagnósticos foram estimados como os mais freqüentes na prática clínica das enfermeiras do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), sendo a maioria da área fisiológica (relativos à infecção, integridade da pele e tissular, perfusão tissular, temperatura, dor aguda, sistema respiratório, náuseas e constipação, mobilidade física e autocuidado físico). Na área psicossocial, foram estimados como mais freqüentes somente os diagnósticos de ansiedade e amamentação eficaz. Entre os diagnósticos considerados como os mais difíceis de serem formulados, destacaram-se os relativos a comportamentos e sentimentos, respostas neurológicas, espiritualidade, sexualidade, saúde familiar e coletiva.

Muito freqüentemente, os diagnósticos que não tratam exclusivamente de questões biológicas são nomeados de diagnósticos psicossociais porque abrangem dimensões da vida que não podem ser explicadas somente pelas funções fisiológicas ou pelas expressões fisiopatológicas. Contudo, esses diagnósticos não podem ser compreendidos isoladamente, já que a realidade, inclusive a vida das pessoas, apresenta inúmeras dimensões simultâneas, as quais interagem e devem ser consideradas em sua totalidade. Então, as questões psicossociais estão intimamente ligadas às biológicas. Nomear esses diagnósticos de psicossociais é apenas uma forma de ressaltar as suas características centrais ⁽⁵⁾.

Em virtude da complexidade do raciocínio clínico, são necessários esforços constantes para que este seja realizado com a maior acurácia possível. Considerando a necessidade de valorizarmos os diversos padrões de conhecimento, os programas de atualização nessa área devem ser planejados e executados a partir da prática profissional e das experiências dos participantes, visando oferecer oportunidades de mudança de habilidades, conhecimentos e atitudes, em seu próprio ambiente de trabalho.

Ainda assim, oferecer oportunidades educacionais não necessariamente implica em alterações nas práticas, já que os profissionais têm a liberdade de modificar ou não seu cotidiano profissional, embasados em suas próprias percepções e nas influências contextuais, o que torna difícil a mensuração do impacto direto desses programas na assistência aos usuários do sistema de saúde.

No entanto, não oferecer essas oportunidades equivale a assumir que as mudanças ocorrerão por iniciativas individuais e não coordenadas, o que pode demandar maior tempo e desgaste emocional dos profissionais envolvidos, além de maiores custos financeiros aos profissionais e ao sistema de saúde.

Se é necessário investir na formação dos enfermeiros, é também importantíssimo observar os resultados advindos dessa formação, especialmente as transformações nos processos cognitivos e as propostas de mudanças das práticas assistenciais.

Diante dessas reflexões, tivemos como principal questão de pesquisa:

• Qual o impacto de um programa de formação sobre o raciocínio clínico dos enfermeiros?

Visando a um panorama sobre a produção científica relacionada ao tema aprimoramento do raciocínio clínico, realizou-se busca bibliográfica nos sistemas eletrônicos LILACS, SCIELO, Teses CAPES, PERIENF, PUBMED e CINAHL, sem imposição de limites quanto à data de publicação, observando-se os resumos disponíveis em cada base de dados.

Não foram localizados nos dicionários de indexadores MESH (PubMed) ou DECS (Bireme) os termos "raciocínio clínico" e "clinical reasoning", então a busca deu-se a partir do uso dessas palavras nos títulos ou resumos. Depois dessas primeiras buscas, observamos que muitos artigos tratavam do tema "pensamento crítico" e "critical thinking", então realizamos novas pesquisas com esses termos, uma vez que também não eram indexadores.

Observou-se a superposição de muitas referências e após a leitura e análise dos resumos em português, espanhol e inglês, foram selecionados artigos, dissertações, teses ou capítulos de livros. A seleção das referências baseou-se na adequação do assunto ao problema desta pesquisa, e, a partir dessas, novas

referências foram buscadas e localizadas, especialmente em relação à formação de profissionais da área de saúde.

Apresentaremos nas próximas seções, uma síntese sobre raciocínio clínico, pensamento crítico, linguagem padronizada na enfermagem e processo ensino-aprendizagem na área da saúde, os quais são os elementos constitutivos desta pesquisa, em seguida, apresentaremos os referenciais teóricos que escolhemos para o planejamento da pesquisa e para a análise dos dados

1. 1. RACIOCÍNIO CLÍNICO E PENSAMENTO CRÍTICO

A palavra "raciocínio" deriva de raciocinar, uso da razão[†], enquanto que "clínico" nos remete à clínica, lugar onde são realizados os procedimentos preventivos, curativos e paliativos ou à análise dos sinais e sintomas manifestados pelos doentes ⁽⁶⁾.

O raciocínio clínico está presente em todas as ações e decisões assistenciais do enfermeiro: no diagnóstico dos fenômenos, na escolha de intervenções apropriadas e na avaliação dos resultados obtidos. A formulação diagnóstica contém as expectativas de intervenções e resultados possíveis, em dado contexto, e depende das pessoas envolvidas (enfermeiro, paciente, família, comunidade) e dos relacionamentos que são estabelecidos entre as pessoas ⁽⁷⁾.

Há três variáveis principais que interferem no raciocínio diagnóstico na enfermagem: o contexto em que ocorrem (cultura social e institucional, especialidade clínica), as características do diagnosticador (conhecimentos, habilidades, expectativas, experiências prévias, atitudes, humor) e a complexidade da tarefa diagnóstica ^(8, 9). Também o "treinamento" específico proporcionado pela disciplina de enfermagem favorece determinadas possibilidades de organização, classificação e

_

[†] Raciocínio, do latim *raciocinium* – cálculo, avaliação; clínica, do grego *klinikos*, relativo ao leito.

denominação dos dados percebidos ⁽¹⁰⁾. Essas variáveis interferem, portanto, no raciocínio sobre as intervenções e resultados de enfermagem.

Os trabalhos sobre raciocínio diagnóstico na enfermagem podem ser divididos conforme sua data de publicação e influência temática: Anos 1970 – baseados em teorias estatísticas, anos 1980- Teoria de processamento de informações, 1990- Raciocínio Intuitivo. Hoje, temos uma variedade de trabalhos nessas três linhas ⁽¹⁰⁾.

As publicações sobre raciocínio clínico na medicina também apresentam diversos enfoques teóricos. A apresentação do método hipotético-dedutivo, com resolução de problemas e formulação de decisões clínicas (diagnósticos, intervenções) é muito freqüente, e artigos mais recentes têm incorporado a importância das atitudes do diagnosticador e a interação com o contexto (11, 12, 13, 14).

As decisões tomadas a partir de análises indutivas, dedutivas e intuitivas são também permeadas pela ética, de forma que o raciocínio clínico é fundamentalmente um processo interacional, contextualizado na prática do cuidado. Assim, diversos autores têm proposto a integração dessas muitas lógicas existentes no conceito de "raciocínio clínico", dentre eles citamos Marjory Gordon e colaboradores ⁽¹⁵⁾.

Essas autoras elaboraram um modelo teórico sobre raciocínio clínico que integra três dimensões presentes nos julgamentos clínicos: dimensão diagnóstica, dimensão terapêutica e dimensão ética. Segundo esse modelo, a coleta e o processamento das informações são fortemente influenciados pelos aspectos: étnico-culturais e motivacionais dos sujeitos, pelos interesses e pelas bases filosóficas da enfermeira, suas crenças sobre o foco conceitual da enfermagem e sua função social, e por seus valores implícitos e explícitos, especialmente quando há um tempo pequeno para a tomada de decisões, sendo muito importante dentro de uma abordagem integrada, encorajar a sensibilidade às pistas éticas relevantes na admissão e avaliação diárias.

Gordon e colaboradores sugerem que a avaliação de admissão usando a estrutura dos Padrões Funcionais de Saúde[‡] e técnicas de análise de discurso podem

[‡] Os 11 Padrões Funcionais de Saúde são áreas que permitem a compreensão dos processos de saúde e doença: percepção e manejo da saúde, nutricional, eliminação, atividades e exercícios, sono e repouso, percepção sensorial, auto-percepção e auto-conceito, relacionamentos, sexualidade e

evidenciar informações interessantes sobre a integração dos conteúdos diagnósticos, terapêuticos e éticos.

Em nosso meio, a pesquisa de Consuelo Garcia Corrêa (16) ratificou a visão de que o raciocínio clínico de enfermeiras especialistas ocorre na vivência do cuidado, e na atribuição de valores para esse cuidado. Após a análise de entrevistas com 11 enfermeiros, por meio da Teoria Fundamentada em Dados, ela elaborou um modelo teórico sobre o raciocínio clínico, o qual possui três elementos principais: "encontrando-se no desafio de cuidar", "cuidando" e "atribuindo valor ao cuidar". Esse modelo mostra que a enfermeira busca informações relevantes sobre a pessoa que necessita dos cuidados, à medida que tem a sua atenção atraída para determinadas questões, e que esse é um processo contínuo, durante a admissão, a aplicação de intervenções e a avaliação dos resultados, e permeado pela experiência dos valores que ela atribui ao cuidar (por exemplos, gostar ou desgostar de cuidar, valorizar ou desvalorizar a enfermagem, ter ou não consciência dos dilemas éticomorais, conhecer ou desconhecer o paciente, confiar ou desconfiar das próprias capacidades intelectuais).

A autora ressalta que esses elementos sintetizam como o raciocínio clínico desenvolve-se a partir dos conhecimentos profissionais, e na atenção aos ambientes interno e externo da enfermeira, gerando envolvimento (ou não) e tomadas de decisão da enfermeira sobre a pessoa a ser cuidada.

Raciocínio clínico e pensamento crítico são usados com frequência na literatura de enfermagem como sinônimos para descrição dos processos, mentais e emocionais, associados ao trabalho dos enfermeiros junto aos pacientes. Outros termos utilizados – pensamento analítico, julgamento clínico, julgamento crítico, tomada de decisão clínica, pensamento criativo, solução de problemas, pensamento reflexivo, raciocínio diagnóstico. Contudo, os autores explicitam conceitos relacionados a esses termos de formas muito diferentes entre si.

reprodução, adaptação e tolerância ao estresse, crenças e valores. Esse modelo foi desenvolvido por Marjory Gordon e influenciou a organização da Classificação da NANDA-I. A autora considera que se trata de uma abordagem estruturada e holística para a avaliação de admissão da pessoa, sua evolução, e qualidade de vida.

.

Considerar raciocínio clínico e pensamento crítico como sinônimos não nos parece adequado. Ao nosso ver, o pensamento crítico envolve algumas habilidades e atitudes necessárias ao desenvolvimento do raciocínio clínico, o qual se baseia ainda nos conhecimentos existentes e no contexto (metas possíveis, desejos do usuário, recursos disponíveis).

Analisando a literatura nos anos de 1981-2002, Turner (17) localizou 198 atributos para o termo pensamento crítico.

A maior influência para o conceito de pensamento crítico vem dos trabalhos de John Dewey, da área de filosofia da educação, o qual sugeria a suspensão dos julgamentos e o uso do ceticismo saudável nos processos de ensino-aprendizagem (18)

Turner (17) e outros autores citaram que o pensamento crítico é ainda um conceito em desenvolvimento na área de enfermagem, que não existe um modelo suficientemente claro sobre o pensamento crítico, e recomendam o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o assunto (quantitativas e/ ou qualitativas). Pensamento crítico não seria um método a ser aprendido, mas um processo, uma orientação da mente, incorporando os domínios afetivo e cognitivo (18). Entretanto, dois trabalhos são citados como facilitadores de compreensão do pensamento crítico na enfermagem: 1) de Scheffer e Rubenfeld (19) – caracterização do pensamento crítico das enfermeiras por meio de 10 hábitos da mente[§] e 7 habilidades cognitivas^{**}; 2) de Benner - modelo teórico que categoriza a experiência clínica como principal aliada do aprimoramento do pensamento crítico (20).

O aprimoramento do pensamento crítico é fundamental para atingir ótimas metas de acurácia diagnóstica, já que a proposição de diagnósticos e intervenções é uma tarefa complexa (21).

As estratégias que podem ser desenvolvidas para aprimoramento do pensamento crítico são (22, 23, 24, 25):

[§] Confiança, perspectiva contextual, criatividade, flexibilidade, inquisição, integridade intelectual, intuição, mente aberta, perseverança e reflexão.

^{**} Análise, aplicação de padrões, discriminação, busca de informações, raciocínio lógico, predição e transformação de conhecimento.

- a) Refletir sobre a própria vida e valores pessoais, desenvolvimento dos relacionamentos com os pacientes e com a profissão;
- Reconhecer e promover um ambiente de trabalho que valorize as enfermeiras como trabalhadores do conhecimento e convide-as ao debate e questionamento;
- c) Pensar sobre o próprio pensamento (por exemplo, seguindo a proposta das 7 habilidades cognitivas e dos 10 hábitos da mente);
- d) Conectar-se com o pensamento de outros;
- e) Identificar e desafiar pressupostos, inferências e outras interpretações;
- f) Considerar possibilidades alternativas e fazer uso do ceticismo reflexivo;
- g) Balancear ceticismo reflexivo própria verdade e a dos outros;
- h) Desenvolver sensibilidade a fatores contextuais;
- i) Avaliar a credibilidade das evidências;
- j) Reconhecer e aceitar o conhecimento intuitivo;
- k) Tolerar a ambigüidade dos julgamentos clínicos;
- 1) Controlar a ansiedade sobre a possibilidade de estar "errado".

Também as instituições podem favorecer o aprimoramento do pensamento crítico, por meio do oferecimento de oportunidades educacionais adequadas aos diversos estilos de aprendizagem, com abordagens de ensino que favoreçam a criatividade, os testes, as descobertas e os questionamentos (correios eletrônicos, textos, poesia, debate), a participação das enfermeiras em processos decisórios das unidades clínicas, incentivando o diálogo com seus pares, o que favorece os processos pró-ativos, e do suporte a uma cultura organizacional formal e informal para o desenvolvimento profissional da enfermagem (24).

O pensamento crítico pode ser desenvolvido ainda: pela realização de atividades em pequenos grupos, o uso da técnica de desenvolvimento de papéis, pela leitura de artigos, pelas simulações, quebra-cabeças, análise de representações na mídia (jornais, revistas), redações críticas, análise de estudos de caso e cenários

clínicos, pela confecção de projetos de mudanças, e pela adoção da estratégia de PBL (Problem Based Learning^{††}) ^(18, 23, 26).

Podem ser barreiras ao melhor pensamento crítico: a existência de conflitos no local de trabalho (soluções repetitivas, prejuízo na habilidade de escuta, relacionamento atribulado entre enfermeiras ou enfermeiras e médicos), o uso estereotipado de categorias diagnósticas, a especialização e a excessiva demanda sobre o tempo das enfermeiras (24).

A avaliação do pensamento crítico pode ser feita por meio de diversas estratégias: por instrumentos, pela observação de desempenho em ambiente prático, pelo uso de questionamentos clarificadores, nas discussões sobre cuidados aos pacientes, pela estratégia de solução de problemas com uso de casos cenários e indicação de intervenções, pela análise de portfólios escritos, documentação das análises situacionais, e por mapas conceituais. Não se recomenda avaliar com apenas uma estratégia, nem apenas uma única vez (18, 24).

Os instrumentos que mensuram o pensamento crítico encontrados nas revisões de literatura dos últimos cinco anos (2001-2006) foram:

- Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal (27);
- California Critical Thinking Skills Test (28);
- Ennis Weir Critical Thinking Essay Test (29);
- Cornell Critical Thinking Test (30);
- California Critical Thinking Disposition Inventory (31).

Os principais limites apontados ao uso desses instrumentos são que não capturam a natureza específica da enfermagem, não incorporam a realidade prática das enfermeiras, sendo aplicados geralmente em populações de estudantes, não randomizadas, e que não possuem propriedades psicométricas bem estabelecidas. Hicks, Brunt e Banning recomendam a revisão do conceito de pensamento crítico, a avaliação do pensamento crítico no contexto clínico e com múltiplas medidas (32, 33, 34)

-

^{††} Aprendizagem Baseada em Problemas

Para Walsh e Seldomridge ⁽³⁵⁾ a existência de resultados contraditórios desses instrumentos indica que eles não focalizam suas medidas nos principais tipos de pensamento dos estudantes de enfermagem: solução de problemas, tomada de decisão e raciocínio diagnóstico.

Há ainda uma crítica específica em relação às pesquisas já desenvolvidas – de que o uso de pensamento crítico (centrado no pensamento analítico e individual) não seria capaz de garantir o desenvolvimento da profissão de enfermagem, pois diminuiria a criatividade, a interação dialógica com as pessoas e comunidades e não estrutura a prática em teorias de enfermagem (32, 36).

Parece-nos que essa visão é bastante radical, pois, em si mesmas, as habilidades e atitudes pertinentes ao pensamento crítico não limitam qualquer interação humana, ou a escolha de determinados referenciais teóricos.

No entanto, conforme ressalta Lima e Cassiani ⁽³⁷⁾, não há necessidade de transformar o pensamento crítico em uma unidade de conteúdo a ser ensinada no currículo de enfermagem, o que poderia indicar uma crença supervalorizada na capacidade de transformações que esse conceito pode gerar. Mas, paradoxalmente, devem-se habilitar docentes e estudantes a observar os próprios processos de pensamento, nos domínios cognitivos, afetivos e psicomotores, por meio de estratégias associadas aos diversos conteúdos, a fim de que forneçam cuidados seguros e eficazes.

Sobre a importância de integração dos conteúdos técnicos e das estratégias reflexivas para os profissionais de saúde, Jensen, Resnik e Haddad ⁽³⁸⁾ comentam:

The clinical reasoning process is iterative and ongoing. Knowing a patient, understanding his or her story, fitting the patient's story with clinical knowledge and collaborating with the patient to problem-solve are the kinds of integral components of clinical reasoning (p.127)

Expertise is not a static state, congruent with a list of specific attributes obtained through years of experience. It is much more a continuum of development and a dynamic process where critical reflection and deliberate action are central components. Experts continue to learn and build extensive, well organized practical knowledge through the use of reflective inquiry and metacognitive strategies(...) The challenge in professional education is to teach the complex assemble of analytic thinking, skilful practice and wise

judgment that is required in the health professions. This skilful ethical comportment based on principled reasoning, virtue and a care orientation is the foundation of expertise (p. 133)

1. 2. RACIOCÍNIO CLÍNICO E LINGUAGEM PADRONIZADA NA ENFERMAGEM

Pode-se admitir que, mesmo sem usar sistemas padronizados de linguagem, as enfermeiras estão constantemente realizando processos de raciocínio clínico, e elaborando diagnósticos e intervenções. Isto é, elas avaliam dados e fazem inferências com a finalidade de decidir sobre que cuidados fazer ou indicar. Isso parece ocorrer especialmente quando alguma necessidade do paciente não está entre as que ocorrem com mais freqüência em situações rotineiras ⁽³⁹⁾.

Contudo, é possível que a introdução de um sistema padronizado de linguagem, para enunciar diagnósticos, desperte a atenção de enfermeiros para focos clínicos que de outra forma não seriam salientados. Pois, um dos pressupostos da metacognição é que o conhecimento organizado embasa a construção de novos conhecimentos. Sistemas padronizados de linguagem fornecem estruturas para organizar o conhecimento de que tratam e, por isso, são importantes para a consolidação do que se conhece e o desenvolvimento de novos conhecimentos clínicos para a enfermagem (40).

O uso de palavras específicas para os diagnósticos de enfermagem favorece o aprimoramento das habilidades de separar dados, desenhar inferências sobre os mesmos, e de clarificar quais são as intervenções possíveis ⁽⁴¹⁾.

As classificações de enfermagem sobre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem foram desenvolvidas e estão sendo aperfeiçoadas nos últimos 30 anos ^(42, 43, 44, 45, 46). A Classificação da NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association - International) foi a primeira a ser publicada, em 1982, sendo publicada em inglês para os anos de 2009-2011, com 202 diagnósticos ⁽⁴⁷⁾ e contribuiu na construção de diversas classificações, entre elas, na formulação da

ICNP ⁽⁴⁸⁾ (International Classification for Nursing Practice). Essas classificações foram implementadas em diversos serviços de enfermagem do Brasil e do mundo, como direcionadoras do ensino e das práticas assistenciais ^(49, 50).

A última tradução oficial da Classificação da NANDA-I para o português refere-se à Classificação 2007-2008 ⁽⁵¹⁾, com 187 diagnósticos.

Apesar de haver muitas enfermeiras envolvidas na organização de classificações, a padronização da linguagem tem gerado controvérsias na disciplina de enfermagem. Essas controvérsias referem-se principalmente à questão da especificação dos focos da prática clínica e, por consequência, na redução dos complexos fenômenos observados a determinadas palavras, e na percepção de que poderia ocorrer padronização da assistência, situações consideradas por alguns como inaceitável (52).

Também se discute que as classificações de enfermagem acentuam a cultura escrita, baseada no sistema analítico vigente (positivista e próximo das classificações médicas), com pouca participação do usuário/ pessoa cuidada, ou das enfermeiras envolvidas na prática, propondo um modelo de verdade e realidade para a complexa rede de culturas e possibilidades de compreensão do que é a enfermagem, quem são os enfermeiros e as pessoas cuidadas, e sua interação, sem respaldo claro de teorias de enfermagem (53, 54).

As críticas às classificações são pertinentes e alertam para o perigo da prática não reflexiva. Contudo, as mesmas críticas poderiam ser feitas aos atendimentos que não utilizam nenhuma linguagem padronizada envolvida, quando seriamente pesquisados, já que cotidianamente as enfermeiras dão "nomes" aos seus processos decisórios (diagnósticos, intervenções e análise de resultados), muitas vezes com aqueles mesmos limites.

A escolha de palavras específicas é um acordo entre os profissionais sobre o que há de essencial naquele fenômeno que desencadeará as ações de enfermagem. Também, na era da informação e informática, as classificações proporcionam o registro de dados em longo prazo, a criação de bases de dados nacionais e internacionais, além da utilização de sistemas computadorizados de apoio à decisão, permitindo a maior visibilidade e otimização dos processos de trabalho de

enfermagem nas instituições de saúde ^(55, 56, 57, 58). As classificações têm sido validadas em diversos países e culturas ⁽⁵⁹⁾.

O cuidado holístico e individualizado não é prejudicado quando estão assegurados o compromisso profissional, as melhores práticas de relacionamento interpessoal e a formação de vínculo.

Também o uso de teorias de enfermagem pode ser combinado com o uso de classificações porque isso permite a verificação de possíveis similaridades e associações entre os fenômenos e o aperfeiçoamento das taxonomias das classificações (60,61).

Ainda assim, devemos sempre lembrar que os diagnósticos e as intervenções implementadas pelas enfermeiras são resultados de processos intuitivos e racionais, passíveis de diversos graus de acurácia, o que nos indica a necessidade de validação das impressões e sugestões de cuidado junto à pessoa ou pessoas envolvidas na assistência, sem a pretensão de conhecer totalmente uma situação ou fixar determinado comportamento ou estado no tempo-espaço.

A exigência profissional de realizar registros de nossa prática nos remete obrigatoriamente a imposição ética de lidar com a vida do outro, mediante o seu consentimento, e o seu interesse em transformar-se e buscar novos modos de vida e saúde, ou não, conscientes de que as decisões humanas são mutáveis, as afirmativas e as negativas, e que não podemos fazer juízo de valores sobre elas.

Os debates sobre os limites, as dificuldades e vantagens das classificações são feitos freqüentemente entre os enfermeiros dos Estados Unidos, país de origem da Classificação da NANDA-I, e com diversos parceiros (American Hospital Association, Joint Comission on Accreditation of Hospitals, American Medical Record Association e outros), desde a 1ª Conferência Nacional para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem (1973). Há um forte interesse de que essa classificação seja continuamente aprimorada e beneficie amplamente os profissionais de enfermagem, refletindo e especificando a sua prática (62,63).

Existem modelos teóricos que utilizam as classificações de enfermagem visando a estruturação do raciocínio clínico, como o OPT Model – Outcome Present-State Test Model ⁽⁶⁴⁾, desenvolvido por Daniel J. Pesut e JoAnne Herman. Este

modelo prevê o reconhecimento de pistas no contexto (história do paciente percebida pela enfermeira), com reflexão sobre os resultados possíveis, o estado atual da pessoa, a utilização de testes que clarifiquem o estado atual, e que, finalmente, no contraste com os resultados possíveis, possibilitem a escolha de intervenções e gerem parâmetros para a análise dos resultados.

A utilização de classificações de enfermagem requer planejamento estratégico que inclua intervenções educativas junto à equipe, pois gera alterações nos processos de trabalho dos enfermeiros. Essa utilização tende a ser mais bem sucedida com a participação efetiva dos enfermeiros assistenciais nos processos decisórios.

A fim de que se possa verificar a associação entre os sistemas padronizados de linguagem na enfermagem e o raciocínio clínico das enfermeiras, são necessárias pesquisas nos locais em que as classificações são implementadas.

Na pesquisa de mestrado que desenvolvemos no HU-USP (em 2003, já citada neste texto), que envolveu a Classificação da NANDA-I, os diagnósticos psicossociais ficaram evidenciados como os menos freqüentes, os mais difíceis de serem formulados e os mais difíceis para se propor intervenções em ambiente hospitalar.

Fontes, em um estudo que utilizou análise de prontuários da Clínica Médica do HU-USP, em agosto de 2004, identificou os seguintes diagnósticos como os mais freqüentes: dor aguda, integridade tissular prejudicada e desobstrução ineficaz de vias aéreas ⁽⁶⁵⁾.

Outros estudos desenvolvidos pelas próprias enfermeiras do HU-USP, em 2003 e 2004, apontaram 66 diagnósticos de enfermagem como os mais freqüentes nas diversas unidades do hospital, com a seleção de 6 até 25 diagnósticos por unidade. Esses diagnósticos embasaram os formulários de registro do processo de enfermagem, sendo incluídos 52 diagnósticos "biológicos" e 14 diagnósticos psicossociais, escolhidos pelas enfermeiras de cada unidade. Os diagnósticos psicossociais apontados foram (66):

 ✓ amamentação eficaz e amamentação ineficaz (Alojamento Conjunto e Ambulatório);

- ✓ amamentação interrompida (Alojamento conjunto, Ambulatório e UTI Pediátrica e Neonatal);
- ✓ ansiedade (em 12 unidades);
- ✓ baixa auto-estima situacional e comportamento de busca à saúde (Ambulatório);
- ✓ conhecimento deficiente (Alojamento conjunto, Ambulatório e Pediatria);
- ✓ controle familiar ineficaz (Ambulatório e Pronto Socorro de Adultos);
- ✓ controle ineficaz do regime terapêutico (Ambulatório, Hemodiálise);
- ✓ medo (Ambulatório, Endoscopia, Pediatria, Hospital Dia, Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico);
- ✓ risco de baixa auto-estima situacional (Clínica Cirúrgica);
- ✓ risco de paternidade ou maternidade prejudicada (Ambulatório, Alojamento Conjunto e Unidade neonatal);
- ✓ risco de vínculos pais e filhos prejudicado (Ambulatório, UTI neonatal e pediátrica);
- ✓ tensão do papel do cuidador (Ambulatório e Programa de Assistência Domiciliária).

As respostas das enfermeiras do HU-USP apresentadas nesses estudos quanto às estimativas de freqüência diagnóstica são semelhantes às encontradas sobre prevalência diagnóstica em algumas unidades de hospitais brasileiros (67, 68, 69, 70, 71, 72, 73). A observação de menor número de diagnósticos psicossociais tem sido apontada em diversos estudos também em outros países (74, 75, 76, 77, 78).

Lunney (79) avaliou o desempenho de 62 enfermeiras quanto a acurácia de diagnósticos psicossociais por meio da comparação entre os diagnósticos feitos por enfermeiras voluntárias e por especialistas, mediante contato direto com os pacientes, em entrevistas, e concluiu que houve uma grande variação de desempenho na

acurácia entre as enfermeiras, sugerindo que novas pesquisas deveriam ser realizadas nessa área.

A avaliação de respostas psicossociais também pode ser realizada com medidas padronizadas, desde que os instrumentos sejam cuidadosamente planejados, com análise das suas propriedades de confiabilidade, validade e especificidade (80, 81).

As questões psicossociais são fundamentais na compreensão dos problemas e doenças, ainda que as pistas que nos indiquem seu significado para cada usuário do sistema de saúde (que é uma pessoa única) sejam muito mais sutis, e dependam, fundamentalmente da habilidade do profissional em interpretá-las. A avaliação psicossocial é uma etapa desafiante do processo de enfermagem, por causa da diversidade de fatores envolvidos – cognitivos, perceptivos, emocionais e sociais, e porque o estado desse usuário é afetado pelos estados psicossociais das pessoas que o rodeiam – seus familiares, amigos e cuidadores (82).

Contudo, alguns trabalhos, inclusive em outras profissões, como medicina e fisioterapia, alertam para a necessidade de integração das questões psicossociais no cotidiano das práticas de saúde, como forma de obter melhores resultados assistenciais, sem, contudo estabelecer um viés de análise dos problemas apresentados, ou seja, uma análise exclusiva das questões psicossociais, apontando para a necessidade de construção de pensamentos integrativos entre os conhecimentos "biológicos" e "psicossociais" (83, 84, 85).

Neistadt ⁽⁸⁶⁾ propôs uma estratégia de análise de casos para estudantes de mestrado de terapia ocupacional, esses casos demonstravam a complexidade das reações humanas, físicas e psicossociais; concluiu que os alunos que tiveram maior número de discussões em classe sobre casos clínicos apresentaram melhor acurácia diagnóstica em etapas subseqüentes, especialmente após o ensino-aprendizagem de questões psicossociais.

Poderíamos pressupor, então, que o desafio imposto ao aprimoramento do raciocínio clínico das questões psicossociais seja semelhante às demais questões (biológicas, fisiopatológicas), ou seja, o desenvolvimento constante de atitudes, habilidades e conhecimentos que capacitem o profissional a ser um melhor diagnosticador e propor as intervenções adequadas a cada situação específica.

Na análise bibliográfica, encontramos poucos artigos que integravam as dimensões biológicas e psicossociais.

Analisando essa situação de uma forma mais ampla, a pequena produção científica reflete a pouca ênfase dada às questões psicossociais nos currículos de graduação, embora, há muito tempo, as teoristas de enfermagem enfatizam o ser humano "bio-psico-sócio-espiritual", como Florence Nightingale, Virginia Henderson, Faye Glenn Abdellah, Myra Estrin Levine, Betty Neuman, Imogene King, Joyce Travelbee, Katharine Kolcaba, Helen Erickson, Evelyn Tomlin, Mary Ann Swain, Sister Callista Roy, Margareth Newman, Madeleine Leininger, Jean Watson, Martha Rogers, Rosemarie Rizzo Parse (87, 88).

Polak ⁽⁸⁹⁾ considera que a produção do conhecimento dos enfermeiros tende a reproduzir as condutas sociais contemporâneas de supervalorização do corpo, embora também mantenhamos o ideal de saúde global (física, psíquica, espiritual e social) valorizado desde Florence Nightingale (e muito antes dela!).

Para o reconhecido sociólogo Michel Foucault, essa cultura contemporânea pode ser reconhecida nas práticas dos profissionais de saúde das instituições hospitalares pelas intervenções e normas relacionadas às questões físicas ^(90, 91, 92).

Segundo esse autor, esse fato deve-se a que, a partir do século XVII, ao menos em relação aos homens livres, ocorreu uma perda progressiva dos indivíduos em relação aos seus corpos, gerando-se a visão do corpo como máquina (disciplinado e controlado economicamente) e do corpo-espécie, focado nos processos biológicos, ao invés do tempo e espaço existentes em séculos anteriores, planejados e dedicados ao trabalho, mas também à liberdade, ao lúdico, ao ócio, ao sono e sonhos, aos prazeres sensíveis (relacionamentos amorosos, música, dança, ginástica, alimentação natural) e à religiosidade, o que determinava modos de vida mais integrais e práticas de saúde mais holísticas.

1.3. PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM NA ÁREA DA SAÚDE

O processo ensino-aprendizagem é complexo, influenciado por diversas variáveis históricas, culturais, ambientais, psicológicas e fisiológicas (93, 94, 95) e por isso os fracassos ou sucessos desse processo não podem penalizar os sujeitos envolvidos isoladamente.

Há diversas abordagens utilizadas nos processos de ensino-aprendizagem: tradicionais (baseada na transmissão oral do professor, em sala de aula); comportamentalista (afirmação de comportamentos esperados dos alunos); humanista (centrada na valorização dos interesses, atitudes e necessidades dos alunos); cognitivista (considera os estímulos do meio, desencadeadores da aquisição de conceitos e raciocínio); sociocultural (desenvolvimento de consciência crítica e liberdade, visando à superação de relações sociais de opressão) (96, 97).

Cada uma dessas abordagens é continuamente evocada nos processos educativos institucionais (escolas, universidades), embora os planos pedagógicos e as práticas docentes possuam determinadas características reforçando uma ou outra abordagem.

Para Masetto ⁽⁹⁷⁾, a aprendizagem e o ensino são indissociáveis. O ensinar se define em função do aprender:

A escola e o professor trabalham com a aprendizagem do aluno num processo que não acaba nunca. Aprende-se e sempre. Além do mais, aprender não é uma propriedade exclusiva do aluno: o professor também aprende.

Quando falamos em aprender, entendemos: buscar informações, rever a própria experiência, adquirir conhecimentos, desenvolver habilidades, adaptar-se a mudanças, mudar comportamentos, descobrir o sentido das coisas, dos fatos, dos acontecimentos... Os verbos utilizados aqui priorizam o aluno enquanto agente principal e responsável por sua aprendizagem. As atividades estão centradas no aluno, em suas capacidades, condições e oportunidades.

De modo análogo, o significado de ensinar diz respeito a: instruir, fazer saber, comunicar conhecimentos, mostrar, guiar, orientar, dirigir, desenvolver habilidades – verbos que apontam para o professor enquanto agente principal e responsável pelo ensino. Neste sentido, o ensino centraliza-se no professor, em suas qualidades e habilidades. (p.45)

Para que a aprendizagem realmente aconteça, ela precisa ser significativa para o aluno, envolvendo-o como pessoa.

Trata-se de um processo que permite ao aluno relacionar o que está aprendendo com os conhecimentos e experiências que já possui; que o incentive a perguntar e apresentar questões que o envolvam. Além disso, que lhe permita entrar em contato com situações concretas de sua vida fora da escola. Por fim, que lhe possibilite transferir o que aprendeu na escola para outras circunstâncias e situações de sua vida (p.45-46)

A maior parte dos pesquisadores de educação formulou seus modelos de ensino embasado em pesquisas com crianças e adolescentes, então a maior parte das estratégias de ensino estiveram voltadas principalmente ao universo infanto-juvenil.

Contudo, em uma sociedade da informação como a nossa, percebeu-se a importância também dos processos educativos relacionados aos adultos e idosos. Pressupõe-se que a fim de que pessoa continue integrada a sua sociedade deverá continuar atualizando e renovando seus conhecimentos cotidianamente (98). Assegurar o direito à educação em nossa sociedade é, sobretudo um ato ético.

Nos livros "Educação: um tesouro a descobrir, relatório da Comissão Internacional sobre a educação para o século XXI" ⁽⁹⁹⁾ e "Os sete saberes necessários à educação do futuro" ⁽¹⁰⁰⁾, a UNESCO ressaltou a necessidade de que os processos educativos definitivamente privilegiem os sujeitos e o ambiente que os abriga. Essas idéias foram divulgadas em todo o mundo, por meio das célebres expressões "aprender a ser", "aprender a viver em conjunto", "aprender a conhecer" e "aprender a fazer", estimulando as experiências inter e transdisciplinares, como atos de respeito ao humano, nas suas diversas culturas, em consonância com a Natureza.

Quanto à possibilidade de que os processos educativos contribuam para a real inserção e participação das pessoas na sociedade atual, há a concepção de que os cursos, em todos os níveis de ensino, devem incluir a utilização de computadores e redes de informação (intra e internet), a fim de facilitar o acesso a informações, em escala mundial, e permitir a integração ensino-aprendizagem de forma colaborativa, cooperativa, contínua, adequada aos estilos individuais de aprendizagem e facilmente comunicável (101, 102, 103).

Contudo, as tecnologias digitais, que não podem ser ignoradas como fonte importante de registro de novos conhecimentos, engendram novos modos de comportamentos de aprendizagem, novas racionalidades, novos estímulos perceptivos, com repercussão direta no trabalho dos professores, especialmente quanto as possibilidades de inovação das suas estratégias de ensino (104, 105, 106).

A educação a distância ou a educação presencial com apoio a distância é realizada por meio de comunicações digitais, as quais ocorrem em ambientes virtuais de aprendizagem, com uso de fóruns, chats, correios eletrônicos, exercícios on line, textos, hipertextos, mapas conceituais, banco de dados, filmes, publicação de trabalhos do grupo, softwares lúdicos (107, 108, 109, 110, 111).

Fala-se ainda em educação permanente, já que educamo-nos por toda a vida, uma proposta participativa, descentralizada, identificada com as prioridades e necessidades sócio-educacionais da população para a qual se destina, que inclua todos os níveis da vida, do saber, conhecimentos e práticas dos envolvidos, todos os espaços de aprendizagem (dentro e fora da escola) (112).

Outros autores utilizam o termo formação permanente, a qual se baseia no método das histórias de vida e autobiografias, a fim de valorizar as experiências pessoais e profissionais como descobertas de si mesmo, e conscientizar processos de autoformação, heteroformação (em relação com os outros) e ecoformação (em relação com os ambientes em que se vive) (113, 114, 115, 116).

O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde brasileiros aprovaram a partir de 2003 a política de educação permanente em saúde, por meio da institucionalização dós Pólos de Educação Permanente em Saúde, a qual visa estimular a utilização da abordagem integral e humanística nos serviços de saúde do SUS, por meio da

reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação dos profissionais formados sejam estruturados a partir de problemas/ dificuldades identificados em seu processo de trabalho e tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referencial as necessidades de saúde das pessoas. A atualização técnicocientífica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central (Feuerwerker 117, p.172).

Esta proposta está permeada do reconhecimento de que o atendimento aos usuários do sistema de saúde é mediado por inúmeros processos: relacionamento do trabalhador com a instituição, da instituição com os sistemas de ensino e administração governamental, envolvendo inúmeras pessoas que devem estar comprometidas em desenvolver organizações de aprendizagem, as quais se caracterizam pela necessidade e capacidade em adquirir novos conhecimentos, com prazer nestas atividades, de modo a superar injustiças e competitividades freqüentes no mundo do trabalho (118).

A implementação dos pólos de educação permanente envolve compromissos das esferas governamentais federal, estaduais e municipais, além dos movimentos sociais e instituições formadoras dos profissionais de saúde, essas últimas devem responsabilizar-se como

"lócus de produção de conhecimentos para construção de novas alternativas para os problemas críticos do SUS; como formadoras de profissionais, contribuir para a instituição de espaços pedagógicos em toda a rede de serviços, podem utilizar a educação permanente como estratégia de transformação das práticas de ensino-aprendizagem e de produção do conhecimento; e construir cooperação com os serviços de saúde no terreno das práticas, mobilizando docentes e estudantes para o trabalho em terreno" (Mancia, Cabral, Koerich¹¹⁹, p.610).

Nessa visão, as intervenções educativas devem se caracterizar especialmente como ambientes facilitadores da aprendizagem e de processos de mudança, os quais ratifiquem aos participantes suas capacidades em intervir diretamente nos próprios processos de trabalho, e que a aprendizagem para o trabalho em saúde deve conter elementos que permitam às pessoas ampliar sua participação na sociedade (120).

Como consequência de processos de formação e educação permanente na Enfermagem e outras profissões de saúde, espera-se desenvolver práticas nas instituições de saúde que privilegiem o autoconhecimento e a possibilidade de expressão das subjetividades dos profissionais e usuários do sistema, tão necessárias para que efetivamente as pessoas sintam-se mais felizes e plenas, apesar da situação de sofrimento e angústia, freqüentes na situação de doença (121, 122, 123, 124, 125, 126).

O ensino da enfermagem focado em oportunidades de aprendizagem em áreas clínicas deve almejar o contato com a vida real do ser enfermeira e fazer enfermagem, possibilitando o contato do estudante com outros (pacientes, colegas, professor), a fim de aplicar conhecimentos, aprender e desenvolver habilidades e atitudes, testar teorias, antes que o desempenho seja avaliado (127).

1.3.1. Histórias de vida em formação

Para os autores Gaston Pineau (Universidade de Montreal e Universidade François Rabelais de Tours, França), Matthias Finger, Pierre Dominicé e Marie Christine Josso (Universidade de Genebra), Guy de Villers (Universidade Nova de Louvain), Antonio Nóvoa (Universidade de Lisboa), entre outros, proporcionar espaços e tempos para reflexão sobre a própria história de vida é a questão central da formação permanente. Os primeiros eventos e publicações sobre essa temática ocorreram na década de 80, no Canadá, França e Portugal, resultando em trabalhos que atualmente estão classificados como pertencentes a linha teórica "histórias de vida em formação" (128).

Essa foi fortemente influenciada por teorias que promoveram a "reabilitação do sujeito" nas pesquisas, entre elas, a Teoria dos Sistemas de Bertalanfy e, no campo da Psicologia e Educação, pelas teorias de Carl Rogers, Paulo Feire e Bernard Honoré ⁽¹²⁹⁾.

Essa concepção de formação permanente está baseada no pressuposto de que os adultos se educam fora da perspectiva de "progresso" ou "desenvolvimento", pois aprendem segundo seus interesses e necessidades, a partir de suas experiências biográficas, em uma visão retrospectiva e prospectiva (130, 131).

Em termos práticos, essa linha teórica motivou a elaboração de métodos para registro das histórias de vida, as quais podem ser expostas de forma oral e escrita, por meio de fotografias, desenhos, relatos de sonhos e poemas, sendo realizadas partilhas em grupo, com a mediação de um pesquisador-acompanhante ou expostas individualmente para esse pesquisador. Não há a preocupação de publicação das

histórias de vida, mas pretende-se que a própria pessoa reflita e resolva o que deseja fazer desses relatos. Alguns autores sugerem que esse trabalho deva ser seguido pela elaboração de um projeto de vida.

A autora Christine Delory-Momberger propõe os ateliês biográficos de projeto, realizados por grupos de até 12 pessoas, desenvolvidos em sete etapas: 1) informações sobre o método, 2) elaboração, negociação e ratificação coletiva do contrato biográfico, 3 e 4) produção e socialização da primeira narrativa autobiográfica para mais dois membros do grupo, 5) socialização da narrativa autobiográfica para o grupo (com doze participantes ou menos), 6) síntese pessoal da autobiográfia, e 7) balanço da incidência da formação no projeto profissional de cada membro (a ser realizado após um mês da fase 6) (132).

Vários pesquisadores brasileiros, especialmente envolvidos com a área de Educação, utilizaram autobiografias e histórias de vida na formação de professores dos níveis fundamental, médio e universitário, principalmente após a década de 90. Bueno, Chamlian, Sousa e Catani⁽¹³³⁾ localizaram 30 artigos no período de 1985 a 2003, embora nem todos explicitem como base teórica os autores da linha "histórias de vida em formação".

Na área de saúde, localizamos alguns trabalhos internacionais utilizando essa linha teórica: a) Projeto PROSALUS, desenvolvido em Portugal, por Antonio Nóvoa, Jeremias Carvalho e Matthias Finger, com profissionais do Ministério da Saúde (134); b) pesquisas com profissionais de saúde e estudantes de enfermagem, na Suiça e em Portugal, por Marie Christine Josso (135). No Brasil, a pesquisa de pós doutorado de Aparecida Magali de Souza Alvarez, a qual desenvolveu encontros com pessoas envolvidas com a questão do morador de rua de São Paulo (136).

O trabalho dos educadores Nóvoa, Carvalho e Finger, o Projeto PROSALUS, ocorreu no Ministério da Saúde de Portugal com enfermeiras, médicos e outros "técnicos superiores". Consistiu na reflexão teórica sobre os ciclos de vida e as histórias de vida, e na elaboração e apresentação ao grupo das histórias dos participantes, como posterior sistematização dos princípios comuns entre os participantes. Cada participante foi considerado um investigador-ator.

Algumas questões motivavam os encontros, como: "Que potencialidades formadoras se podem desencadear no seio de um espaço hospitalar?" e "Como uma consulta pode se transformar num tempo de aprendizagem e formação?"

Os princípios elaborados pelo grupo foram:

- o adulto ele próprio se forma;
- a formação é um processo de transformação individual;
- a formação também é um processo de mudança institucional;
- formar não é ensinar conteúdos, mas trabalhar coletivamente na resolução de problemas;
- os formandos desenvolvem estratégias para utilizar em situações concretas;
- o ser humano tem a capacidade de ultrapassar as situações.

A sociológa Marie Christine Josso, professora da Universidade de Genebra, desenvolveu trabalhos em quatro espaços:

- Suíça Centro de Formação de "formadores" grupo com 11 pessoas, entres elas uma enfermeira, um paramédico, um médico - visando ao registro das experiências formadoras das identidades profissionais;
- Suíça Escola Profissional de Enfermagem grupo de reflexão sobre as competências profissionais estabelecidas pela Cruz Vermelha – com conseqüente construção do itinerário das experiências pessoais para aquisição dessas competências;
- Portugal Direção de Recursos Humanos do Ministério da Saúde de Portugal - com fisioterapeutas, enfermeiras e nutricionistas – propiciou o reconhecimento de novas competências baseadas nas práticas profissionais, não em sistemas idealizados;
- 4. Portugal Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende-1999/2000- a) curso de formação de formadores sobre Histórias de Vida para enfermeiras(os) docentes e da prática clínica – gerando reflexão sobre o desenvolvimento das capacidades de cuidar de si e dos outros,

sinergias positivas ou negativas das experiências pessoais e profissionais;
b) 2003/2004 – com estudantes de licenciatura em Enfermagem –
disciplina "Introdução à Vida profissional" - 60 horas, aplicada em 3
módulos. Desde 2004 esta disciplina está sob a responsabilidade da
Enfermeira. Profa. Teresa Magão – objetiva-se nessa disciplina que o
estudante estabeleça a memória e o projeto de sua formação profissional.

Já o trabalho da psicóloga Aparecida Magali de Souza Alvarez, foi realizado dentro do programa de Pós-doutorado da Faculdade de Saúde Pública da USP (2005), e consistiu na formação de profissionais da Secretaria de Assistência Social da Prefeitura de São Paulo, incluindo moradores de rua ou ex-moradores de rua; trabalhadores de instituições de apoio a moradores de rua; e participantes da Universidade de São Paulo e outras Universidades que têm contato com moradores de rua. Nessa formação, foram utilizados contos construídos a partir das histórias da rua - parábolas que revelam as possibilidades de resiliência e a geração de novos projetos pelos envolvidos, quando ocorrem os "encontros ágapes", encontros de solidariedade.

Dentre esses trabalhos, destacamos os de Josso, que desenvolveu os estudos com enfermeiros e médicos da Suíça, e em Portugal com profissionais de saúde, professores e estudantes de enfermagem, "utilizando" as histórias de vida dos participantes a fim de resignificar as suas escolhas e competências profissionais, e acompanhar as dificuldades envolvidas nesses processos, embora considere que um trabalho genuíno sobre as histórias de vida não necessite de qualquer pretexto para existir, ou seja, não necessita estar vinculado a qualquer projeto, e que, prioritariamente, deva ser desenvolvido sem outros propósitos, justamente para valorizar essa subjetividade em contínua formação, e que, relaciona-se, mas independe de determinações profissionais, por exemplo. Enfim, que esta formação não tem que possuir outras intenções, pois é fundamental e necessária em sua essência.

Para a enfermagem brasileira, a proposta de Josso, que convida sobre a possibilidade de reflexão sobre a própria formação, ou seja, sobre o próprio ser (si mesmo) (137, 138), poderia reavivar em nossa memória as múltiplas influências que nos

formam, e que formam o outro e, portanto, dinamizar o conhecimento pessoal tão necessário nas relações com os usuários, os colegas de trabalho, com nossa profissão.

1.4. PROBLEMA DE PESQUISA

No início desta introdução relatamos a principal questão que motivou a pesquisa bibliográfica – "Qual o impacto de um programa de formação sobre o raciocínio clínico dos enfermeiros ?".

Verificamos na análise de literatura, que o aprimoramento constante do raciocínio clínico é um desafio para todos os profissionais da área de saúde. Exige a utilização de múltiplas estratégias e a formação permanente.

Na área de enfermagem hospitalar encontramos diversos trabalhos cujos objetivos eram estimular o aprimoramento do raciocínio clínico, por meio de atividades envolvendo o processamento de informações, como as discussões de caso de pacientes. No entanto, notou-se que há poucos trabalhos que privilegiem o aprimoramento do raciocínio clínico incluindo estratégias reflexivas, as quais parecem ser mais apropriadas quando pensamos em modelos de raciocínio clínico que incluam também as questões psicossociais, e salientem a expressão dos valores dos enfermeiros e os dilemas ético-morais que vivencia. Há, portanto uma lacuna de conhecimento sobre o assunto e a necessidade de testar estratégias e realizar novas pesquisas.

Como já observado por diversos autores, realizar estudos sobre o aprimoramento do raciocínio clínico integrando as respostas psicossociais às fisiológicas é um desafio, uma vez que ambas interferem no complexo processo saúde-doença, e geram demandas de cuidados específicos às pessoas e populações (139). Realizamos uma pesquisa focada nesse desafio.

Conforme já descrevemos, as variáveis principais do raciocínio clínico são o contexto em que ocorre, a complexidade da tarefa diagnóstica e de intervenção, e as características do diagnosticador. Esta pesquisa teve como finalidade permitir a expressão das características do diagnosticador, a fim de que ele próprio reconheça como e quanto seus conhecimentos, habilidades, expectativas, experiências prévias,

atitudes e valores, experiências pessoais e profissionais influenciam suas decisões clínicas.

A partir da questão da pesquisa e das respostas já obtidas em literatura, pretendeu-se implementar e analisar os resultados advindos de uma formação sobre raciocínio clínico, planejado e executado a partir da prática profissional e outras experiências de vida dos participantes, por meio da utilização de estratégias preconizadas pelas autoras Marie Christine Josso e Christine Delory Momberger (expressas em publicações associadas à linha teórica "histórias de vida em formação").

Ainda, essa concepção de formação teve como pressuposto que o raciocínio clínico contém elementos pertencentes aos domínios afetivo e cognitivo, tratando-se sobretudo de uma orientação da mente, com determinados estilos de pensamento, os quais podem ser recuperados em atividades metacognitivas.

Buscamos registrar os procedimentos realizados e divulgá-los junto à comunidade científica, a fim de socializar experiências e transmitir informações que possam ser úteis em outros ambientes de trabalho.

Como parte da estruturação do projeto de pesquisa, a pesquisadora estudou em diversas disciplinas dos programas de pós graduação da Universidade de São Paulo (Enfermagem^{‡‡}, Enfermagem na Saúde do Adulto^{§§} e Educação^{***}), e submeteu o projeto a avaliação de duas especialistas, em Exame de Qualificação^{†††}, as quais realizaram sugestões que foram incorporadas ao texto.

SS Disciplina Diagnóstico de enfermagem no ensino, pesquisa e assistência ao adulto, coordenada pela Profa. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz.

.

^{‡‡} Disciplinas "Tecnologias da informação na saúde" (coordenada pelas Profas. Dras. Heloisa Helena Ciqueto Peres e Maria Madalena Januário Leite), Pesquisa qualitativa em enfermagem (coordenada pelas Profas. Dras. Isilia Aparecida da Silva e Neide de Souza Praça)

^{***} Disciplinas Cultura e desenvolvimento humano, o papel da escola na constituição das singularidades (coordenada pela Profa. Dra. Teresa Cristina Rebolho Rego de Moraes); Ambientes de aprendizagem cooperativa, apoiados em tecnologias da Internet: novos desafios, novas competências (coordenada pela Profa. Dra Stela Conceicao Bertholo Piconez); Professor Universitário: vida, perfil e formação (coordenada pela Profa. Dra. Helena Coharik Chamlian), sendo essa última cursada após o exame de qualificação.

^{†††} O exame de qualificação foi realizado pela orientadora do estudo, e as Profas. Dras. Helena Coharik Chamlian (Faculdade de Educação da USP) e Tamara Iwanow Cianciarullo (EEUSP; Universidade de Guarulhos).

A pesquisadora também participa há sete anos do grupo de pesquisa CNPQ sobre Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem, liderado pela Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, orientadora desta pesquisa, e com a participação de 32 enfermeiras e enfermeiros de diversas universidades, hospitais e estados do Brasil, os quais apreciaram o projeto em duas reuniões, e também contribuíram para o formato final desta pesquisa.

2. OBJETIVOS

Se, a princípio, a idéia não é absurda, então não há esperança para ela.

A distinção entre passado, presente e futuro é apenas uma ilusão teimosamente persistente.

Albert Einstein

Diante da vastidão do espaço e da imensidão do tempo, é uma alegria para mim partilhar um planeta e uma época com você.

Carl Sagan

2.1. GERAL

 Testar um programa de formação permanente, baseado em histórias de vida, para o aprimoramento do raciocínio clínico em enfermagem.

2.2. ESPECÍFICOS

- Descrever os temas presentes nos processos cognitivos e metacognitivos dos participantes, desencadeados pelas estratégias do programa;
- Analisar a influência das estratégias do programa sobre o raciocínio clínico dos participantes.
- Descrever as intervenções realizadas pelas pesquisadoras

3. MÉTODO

Uma vez, um velho rabino disse que os professores começam explicando o que não sabem, depois de algum tempo explicam o que já aprenderam, depois de mais algum tempo explicam o que é importante e só depois de muito tempo percebem que a sua tarefa não é a de explicar, mas a de criar condições para que seus alunos aprendam e se transformem em seres humanos solidários (Ciampone 140)

3.1. DELINEAMENTO

Esta pesquisa utilizou a abordagem qualitativa, embasada no referencial teóricometodológico das "Histórias de vida em formação", o que a caracteriza como uma pesquisa-ação.

A pesquisa-ação é considerada por Demo (141) como uma pesquisa participante, caracterizada pelo compromisso com a prática, e que contém como momentos essenciais, o autodiagnóstico, as estratégias de enfrentamento dos problemas detectados e a organização dos participantes visando à formulação de projetos para alterar as realidades observadas.

Para Pineau ⁽¹²⁸⁾ pode ser mais compreendida pela expressão pesquisa-ação-formação, pois essa linha teórico-metodológica pressupõe que as reflexões sobre as histórias de vidas são, ao mesmo tempo, formação e reconhecimento dos momentos formativos já realizados e almejados, constituindo-se em uma pesquisa que privilegia a expressão das subjetividades, sendo os sujeitos da pesquisa considerados participantes ativos do processo de formação. Já os pesquisadores, são facilitadores dos processos que ocorrem nos grupos, e auxiliam na compreensão dos referenciais teóricos, nas estratégias utilizadas, e nos trabalhos de síntese.

3.2. INTERVENÇÃO

A intervenção foi um programa de formação para enfermagem, planejado de acordo com alguns princípios: participação ativa e respeito à autonomia de todos os envolvidos (universidade, hospital, enfermeiros, estudantes de enfermagem, professores especialistas), negociação de interesses e de objetivos individuais e coletivos, incorporação dos conhecimentos cotidianos dos participantes e da instituição, foco na qualidade de vida dos profissionais e nos benefícios para os usuários da instituição.

A hipótese que embasou o planejamento da pesquisa foi de que as atividades metacognitivas relacionadas às histórias de vida dos participantes (cuidado de si) permitiriam o aprimoramento do raciocínio clínico sobre os pacientes (cuidado dos outros).

O programa foi fundamentado nos referenciais teóricos de formação permanente de Josso ⁽¹⁴²⁾ e Delory ⁽¹⁴³⁾, tendo sido realizadas adaptações ao método proposto por essas autoras, de acordo com os objetivos desta pesquisa.

Os conteúdos relativos ao raciocínio clínico em enfermagem foram apoiados nas concepções teóricas dos autores Consuelo Garcia Corrêa (tese de doutorado "Raciocínio clínico: o desafio de cuidar"), Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz (publicações sobre processo de enfermagem e uso de classificações em enfermagem), Daniel J. Pesut e JoAnne Herman (publicações sobre o Outcome Present State Test Model), Margareth Lunney (publicações sobre acurácia diagnóstica) e Marjory Gordon (publicações sobre a natureza do julgamento clínico).

Delineou-se o seguinte plano de ensino-aprendizagem, o qual foi apresentado aos setores de Educação Continuada dos hospitais e aos participantes, e testado, sendo que o detalhamento das diversas etapas do programa foi realizado somente após a execução de cada uma delas.

<u>Plano de ensino-aprendizagem</u>

Programa de Formação Permanente "Cuidar de si, cuidar do outro"

Objetivos gerais:

Oferecer aos participantes a oportunidade de:

- 1. Refletir sobre as suas histórias de formação (pessoal e profissional), em perspectiva individual.
- Refletir sobre as histórias relativas ao processo saúde-doença, em perspectiva individual.
- Adquirir conhecimentos sobre processos de raciocínio clínico em enfermagem e formação permanente.
- 4. Aprender nos padrões de conhecimento pessoal, ético, empírico e estético.
- 5. Elaborar projetos adequados a sua vida pessoal e seu ambiente de trabalho.

<u>Estratégias predominantes</u> – exposição dialogada, escuta, reflexão, produção de textos, síntese.

Desenvolvimento do programa

- Etapa 1– Reunião com representantes do Hospital (Diretoria de Enfermagem e Serviços de Educação Continuada) visando à apresentação da proposta e incorporação de sugestões. Divulgação e inscrição dos interessados. Apresentação dos participantes, ajustes dos objetivos, método e modalidades de trabalho. Sugestão de inclusão de conteúdos pelos participantes. Estudo de textos sobre raciocínio clínico na enfermagem, classificação da NANDA-I 2007-2008 e histórias de vida em formação (encontros presenciais)
- Etapa 2 Negociação e ratificação coletiva do contrato biográfico (compromisso
 de sigilo e respeito às histórias apresentadas) Apêndice A. Preenchimento do
 questionário de avaliação de saúde e registro do raciocínio clínico (pelo próprio
 participante e avaliação de mais dois colegas) Apêndices B e C (encontros
 presenciais).
- Etapas 3 e 4 Reflexão inicial sobre percurso de formação (elementos cronológicos - educação formal, não formal, percurso profissional, experiências

de vida - processo saúde-doença), entrega das primeiras escritas autobiográficas para as pesquisadoras (encontros presenciais e à distância).

- Etapa 5 Partilha oral das primeiras escritas autobiográficas com o grupo e questionamento mútuo do percurso de formação de cada participante, orientações para a escrita de seus relatos de formação. Escrita do relato por um colega e entrega para o autor (encontros presenciais e à distância).
- Etapa 6 Encontro para extrair o comum das primeiras impressões.
 Apresentação dos participantes quanto à compreensão dos relatos (encontro presencial).
- Etapa 7 Revisão do preenchimento do questionário de avaliação de saúde e registro do raciocínio clínico (mesmo trio que realizou a avaliação na etapa 1). Discussão em grupo sobre essa atividade (entrevista, exame clínico e proposição de diagnósticos e intervenções). Segunda escrita das autobiografias e entrega para as pesquisadoras. Elaboração do projeto de vida (encontros presenciais e à distância).
- Etapa 8 Balanço de cada participante sobre o conjunto da experiência 30 dias após o término da etapa 7 (encontro presencial).

Informações complementares:

- ✓ Local: de origem (hospital ou EEUSP)
- ✓ Nível da formação: Formação Permanente
- ✓ Público Alvo: enfermeiros assistenciais e estudantes de enfermagem que já tiveram contato com o tema "diagnósticos de enfermagem" em estágios das disciplinas de graduação.
- ✓ Período: a ser definido com a instituição
- ✓ Número máximo de participantes por grupo: 12.
- ✓ Número de horas: a ser definido com instituição (estimativa de 30 horas)

- ✓ Recursos: Lousa, DataShow, Notebook, Ambiente virtual de Aprendizagem Moodle^{‡‡‡} (disponibilização de materiais digitais – textos elaborados pelos participantes, artigos de revistas científicas, pesquisas; cópia do programa no Moodle – Apêndice D).
- ✓ Características do programa: predomínio de atividades presenciais, com algumas atividades via web envio de dúvidas ao professor, publicação de materiais em preparação para aulas seguintes, pesquisa na internet.
- ✓ Docentes envolvidos: pesquisadoras. Poderiam ser convidados especialistas na área de raciocínio clínico (pesquisadores da área) ou de temas específicos em enfermagem, conforme demandas apresentadas pelos participantes durante a realização da formação.
- ✓ Tutoria das atividades: pesquisadoras e auxiliares de pesquisa (aluno de graduação iniciação científica ou pós graduação) essa tutoria consistiu no agendamento dos encontros, organização do material, equipamentos, lanches e manutenção do ambiente virtual de aprendizagem.

3.3. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi iniciado após a aprovação das Diretorias de Enfermagem, Serviços de Educação Continuada e do Comitê de Ética em Pesquisa, em cada uma das instituições onde foram realizadas as coletas de dados (Anexos 1, 2, 3 e 4).

Não houve ônus para os sujeitos da pesquisa. Os gastos com material didático, instrumentos de coleta de dados e lanches durante as reuniões foram custeados pelas pesquisadoras. No primeiro dia do programa, ofereceu-se a possibilidade de ressarcimento dos gastos com transporte, porém nenhuma participante solicitou esse auxílio.

Os enfermeiros concordaram em participar da pesquisa-formação por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (Apêndice A),

^{****} O protótipo do curso foi inserido no ambiente virtual Moodle, disponibizado pelo servidor do CCE - USP e está disponível em: http://moodle.redealuno.usp.br. Acessar EE – Escola de Enfermagem, no

elaborado em duas vias (sendo que uma foi entregue ao sujeito e a outra arquivada para futuras consultas dos Comitês de Ética em Pesquisa e revistas científicas).

3.4. CASUÍSTICA

Após a aceitação da instituição e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foram convidados todos os possíveis participantes: enfermeiros assistenciais de três hospitais do município de São Paulo – dois públicos e um privado, e estudantes de enfermagem da EEUSP, que já haviam cursado a disciplina de graduação "ENC 150 - Diagnósticos de Enfermagem", ou entrado em contato com o tema "diagnósticos de enfermagem" por meio dos estágios em disciplinas de graduação.

Esses hospitais incorporaram no processo de trabalho da enfermagem a Classificação da NANDA- I, possuem muitos anos de utilização de sistemas de registro do processo de enfermagem, e possibilitam aos seus enfermeiros freqüentes atualizações sobre o tema.

A EEUSP foi uma das pioneiras no ensino do processo de enfermagem, e posteriormente, da Classificação da NANDA-I no Brasil. Os estudantes que participam da disciplina de graduação "ENC 0150 - Diagnósticos de Enfermagem" realizam, no mínimo, 15 horas de estudos sobre o tema, por meio de reflexões teóricas e casos clínicos; os estágios permitem aos estudantes muitas oportunidades de utilização desse conteúdo teórico, e de exercício do uso da classificação da NANDA-I.

Nos hospitais 1, 2 e 3, foi realizado o planejamento da divulgação do programa, por meio de blog e cartazes, os quais foram distribuídos nas unidades pelos setores de Educação Continuada (Apêndice E).

No Hospital 1, a diretora de enfermagem sugeriu que o projeto de pesquisa fosse apresentado, com maior detalhamento, a cinco grupos de estudos, formados por

nome do programa, e posteriormente "visitante", inserindo o código de inscrição EE-Hospital (respeitar os caracteres: número, letras maiúsculas, minúsculas e hífen).

enfermeiras e residentes de enfermagem; esses grupos se reuniam semanalmente para reflexão de assuntos técnicos. A apresentação foi apoiada por material visual .

Após as inscrições, o grupo foi formado por participantes de cada ambiente de origem, com, no máximo, 12 pessoas. Assim, cada grupo foi constituído por participantes de uma única instituição, e o programa desenvolvido conforme a disponibilidade de acompanhamento das pesquisadoras (visando à eficiência da tutoria das atividades) e dos participantes.

Efetivamente, o programa foi testado em três grupos, um no HU-USP (hospital 3, com 7 participantes enfermeiras) e dois na EEUSP (13 participantes estudantes de enfermagem, com 7 e 6 estudantes em cada grupo).

3.5. FORMAÇÃO DA FACILITADORA

Apresentamos algumas considerações sobre a formação da facilitadora. Em primeiro lugar, consideramos que a palavra "formação" constituiu-se como núcleo central desta pesquisa.

De acordo com os autores já apresentados, a formação pode ocorrer em todos os momentos da vida, quando a pessoa tem experiências significativas, em diversos ambientes e nos momentos de educação formal e não formal.

Expressamos na introdução diversas experiências profissionais e acadêmicas importantes para esta pesquisa. Gostaríamos de destacar as atividades como enfermeira há 12 anos, em áreas hospitalares e comunidades, o acompanhamento de estudantes de enfermagem em estágios, a participação em atividades de pesquisa desde a graduação, e em especial, a participação no grupo de pesquisa DIRENF e em disciplinas da pós graduação da EEUSP, o estudo sobre educação no curso de licenciatura e em atividades do Centro de Educação Transdisciplinar, o desenvolvimento de reflexões sobre histórias de vida em cursos da FEUSP, o contato por correio eletrônico com as pesquisadoras estrangeiras Profa. Dra. Marie Christine Josso e Teresa Magão, a leitura de artigos e livros.

Em 2005, a oportunidade de participar do II Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, em Vitória-ES, possibilitou a escuta e o encontro com diversos pesquisadores da área de educação, nacionais e estrangeiros, entre eles o Prof. Dr. Gaston Pineau.

Ainda, de março a julho de 2007, a participação na disciplina "Professor Universitário: vida, perfil e formação", coordenada pela Profa. Dra. Helena Coharik Chamlian, possibilitou o aprofundamento teórico-prático sobre a linha "histórias de vida em formação", e uma primeira reflexão escrita sobre a linearidade desse percurso de formação.

Em setembro de 2008, houve também a oportunidade de participação em um evento com a presença da Profa. Dra. Marie Christine Josso (palestra "O sentido da pesquisa-formação na formação dos profissionais da saúde e da educação", na Universidade Cidade de São Paulo), e em um curso com a Profa. Dra. Christine Delory- Momberger ("Ateliê biográfico de projeto: teoria e prática", na FEUSP), que ensejou uma segunda escrita autobiográfica, com olhar específico sobre esses e outros processos de formação (Apêndice F).

3.6. PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

As pesquisadoras elaboraram um projeto de pesquisa, o qual foi avaliado por duas especialistas- uma doutora em enfermagem e uma doutora em educação. Após as modificações, o projeto foi encaminhado às instituições envolvidas.

Nos hospitais, após a aprovação dos CEP's e das diretorias de enfermagem, a facilitadora fez contato telefônico e por correio eletrônico com as enfermeiras responsáveis pelos serviços de Educação Continuada (EC) dos hospitais, visando ao planejamento da formação em cada instituição. Nesse contato, buscou-se assegurar o respeito às atividades desses serviços e solicitar uma possível integração desses enfermeiros à pesquisa.

Conforme decisão do CEP e da diretoria de enfermagem do Hospital 1 e do HU-USP, as enfermeiras chefes da EC dessas instituições foram designadas como "responsáveis institucionais" da coleta de dados, e essas enfermeiras realizaram uma reunião presencial de esclarecimentos e sugestões sobre o projeto em abril (Hospital 1) e maio (HU-USP) de 2008, com posteriores contatos por correio eletrônico e telefone.

No hospital 2, não houve indicação formal sobre uma "responsável institucional" para a coleta de dados, e a enfermeira chefe da EC solicitou esclarecimentos e realizou sugestões sobre o projeto, em três contatos telefônicos e dois contatos por correio eletrônico, a partir de agosto de 2008.

As principais sugestões e decisões foram apresentadas no quadro 1, e refletiram as negociações realizadas, de acordo com a experiência e disponibilidade da facilitadora e das enfermeiras da EC. Essas sugestões e decisões foram incorporadas à pesquisa. A possibilidade de utilização do ambiente virtual Moodle para comunicações e colaborações virtuais não foi ratificada pelos participantes, e, portanto, as comunicações virtuais entre as participantes e pesquisadoras ocorreram por correios eletrônicos.

Na EEUSP, o CEP emitiu parecer favorável ao estudo e Escola autorizou o desenvolvimento da pesquisa, com autonomia durante a coleta de dados.

As pesquisadoras optaram por manter na EEUSP decisões já estabelecidas junto aos hospitais em relação ao número de horas presenciais, estratégias de divulgação por cartazes e blog, inscrições por correio eletrônico ou em lista centralizada em um local (local de trabalho da facilitadora), opção de utilização do Moodle, de acordo com os participantes, e definição das datas terças, quintas-feiras ou sextas-feiras, com possibilidades de horário 14h-16h, 17h30-19h30, horários em que havia menos disciplinas obrigatórias na EEUSP.

Após a apresentação do projeto nos cinco grupos de estudo do Hospital 1, relacionados aos temas SAE, Auditoria, Indicadores de qualidade e quantidade na enfermagem, Feridas e Educação, em abril e maio de 2008, e a divulgação por cartazes em agosto de 2008, houve a manifestação de 14 interessados, contudo quando da solicitação da confirmação sobre duas possíveis datas de início dos

encontros em setembro e outubro, somente uma enfermeira demonstrou disponibilidade, o que inviabilizou a formação do grupo.

No Hospital 2, inscreveram-se 9 enfermeiras em setembro de 2008, que receberam uma brochura com os textos do programa, todavia nos primeiros encontros em outubro de 2008, participaram somente três enfermeiras (uma dessas entrou em licença-saúde), e as demais inscritas comunicaram desistência por correio eletrônico, o que igualmente inviabilizou a formação do grupo. Foram realizados quatro encontros, nos quais ocorreram discussões dos textos de referência do programa com essas duas enfermeiras, que também assinaram o TCLE e o contrato biográfico. As duas enfermeiras participantes foram comunicadas da impossibilidade de continuação do programa, que exigiria, no mínimo, três participantes, devido a necessidade de formação de trios para as atividades de avaliação de saúde e história de vida. Foi fornecido um certificado de participação nas 8 horas de discussão sobre as classificações NANDA, NIC e NOC. Os encontros ocorreram em uma sala de aula da EEUSP.

No HU-USP, inscreveram-se 12 enfermeiras em julho de 2008, 10 compareceram ao primeiro encontro em agosto de 2008, e 07 nos demais encontros, as quais assinaram o TCLE e o contrato biográfico. Os encontros ocorreram em uma sala de aula da EC do HU-USP.

Na EE-USP, inscreveram-se 28 estudantes em julho e agosto de 2008, indicando o horário de interesse. A maioria não havia realizado a disciplina optativa "Diagnósticos de enfermagem", ao que solicitamos ao CEP sobre a possibilidade de inclusão de estudantes que houvessem entrado em contato com o tema em estágios, embora não possuíssem a formação específica oferecida por aquela disciplina.

Essa autorização foi obtida em setembro de 2008, com início dos encontros em outubro de 2008. Devido ao pequeno número de inscritos em alguns horários e de acordo com a disponibilidade de horário da enfermeira facilitadora para desenvolvimento do programa em dois horários, foram organizados então os grupos de terças-feiras das 17h30 às 19h30, e sextas-feiras das 14h-16h. Os inscritos que se interessaram por outros horários foram comunicados por correio eletrônico sobre a possibilidade de transferência para novos horários. Participaram no total 13

estudantes, em dois grupos com 07 e 06 estudantes. Os encontros ocorreram em uma sala de aula da EEUSP.

Em todas as instituições houve inscritos que não efetivaram sua participação e em duas instituições não foi possível formar grupos. Podemos supor que esses fatos estejam associados a mudanças nos projetos das enfermeiras e estudantes, impossibilidade de participação nos horários, datas e locais disponibilizados pelas pesquisadoras, atitudes não favoráveis ao tema ou às estratégias educativas, ou à interação ineficaz das pesquisadoras com as enfermeiras das instituições envolvidas.

Quadro 1. Sugestões das enfermeiras da Educação Continuada dos hospitais.

Instituição	Número de horas do programa	Utilização do Moodle	Divulgação	Participação da EC
Hospital 1	Encontros de mais de duas horas eram inviáveis, pelos mesmos motivos apresentados no HU-USP, e seria informado sobre a autorização da diretoria de enfermagem para participação da pesquisa durante o horário de trabalho.	As enfermeiras tinham pouco contato com o ambiente de aprendizagem Moodle; os encontros deveriam ser presenciais, com comunicações por correio eletrônico;	Divulgação em 5 grupos de estudos e fixação de cartazes e folhetos explicativos nas unidades, a EC comunicaria os chefes das unidades sobre a pesquisa e as inscrições seriam enviadas a EC ou diretamente ao correio eletrônico da facilitadora, reservando-se uma sala na EC para os encontros às segundas-feiras das 14h-16h e 16h-18h, com até doze participantes cada;	Não seria possível a participação de enfermeiras da EC nos encontros, por estarem envolvidas no planejamento de um evento que ocorreria naquele semestre e na residência de enfermagem.
Hospital 2	Encontros de duas horas eram mais viáveis, pelos mesmos motivos apresentados no HU-USP, e deveriam ocorrer preferencialmente fora do horário de trabalho ou durante o horário com negociação junto à chefia da unidade.	O ambiente de aprendizagem Moodle poderia ser uma estratégia de ensino, e essa deveria ser negociada junto aos participantes;	Seriam fixados cartazes e folhetos explicativos nas unidades, a EC comunicaria os chefes das unidades sobre a pesquisa e as inscrições seriam enviadas a EC ou diretamente ao correio eletrônico da facilitadora, com encontros em sala na EEUSP às quintas-feiras das 14h-16h e 16h-18h, com até doze participantes cada;	Não seria possível a participação de enfermeiras da EC nos encontros, por estarem envolvidas em diversas atividades institucionais.
HU-USP	Devido a experiências prévias realizadas no hospital, os encontros deveriam ser de duas horas, preferencialmente fora do horário de trabalho ou durante o horário com negociação junto à chefia da unidade, pois as enfermeiras ficavam envolvidas diretamente na assistência e em outros grupos, muitas possuíam dois empregos, possuíam atividades familiares, e isso implicaria na redução dos textos de referência.	As enfermeiras tinham pouco contato com o ambiente de aprendizagem Moodle; os encontros deveriam ser presenciais, com comunicações por correio eletrônico;	Seriam fixados cartazes e folhetos explicativos nas unidades, a EC comunicaria os chefes das unidades sobre a pesquisa e as inscrições seriam anotadas pela secretária da EC, reservando-se uma sala na EC para os encontros às quartas-feiras das 14h-16h e 16h-18h, com até doze participantes cada;	A enfermeira chefe da EC apresentaria a pesquisa às enfermeiras dessa equipe e solicitaria a participação de pelo menos uma delas na formação (a pesquisadora esclareceu que toda a participação deveria ser absolutamente voluntária).

3.7. EXECUÇÃO DO PROGRAMA

O programa foi executado em duas instituições, e com três grupos, esses foram codificados de acordo com a data de início, então G1 (formado por enfermeiras do HU-USP), G2 e G3 (formado por estudantes de enfermagem da EEUSP).

Em todos os grupos, o primeiro encontro tratou da apresentação da facilitadora e da auxiliar de pesquisa, dos participantes, dos objetivos da formação, e acolhimento das sugestões dessas enfermeiras e estudantes. A principal sugestão realizada pelas participantes dos três grupos foi a inclusão de estudos de casos. A facilitadora sugeriu então que as participantes escolhessem e trouxessem ao grupo três casos de sua prática, atendidos no HU-USP (G1) ou nos estágios (G2 e G3). Ao cronograma de atividades foi acrescentada então a discussão desses três casos reais, e a leitura de três casos do livro de Lunney.

A enfermeira facilitadora falou sobre seu interesse e estudos na área de processo de enfermagem durante sua vida profissional, seu trabalho de mestrado a partir da implementação da Classificação da NANDA no HU-USP, e sobre os objetivos deste trabalho de doutorado a realização deste programa (pesquisa-ação) em instituições com tradição no uso dessa mesma classificação e na EEUSP, porque constatou em sua experiência profissional que o raciocínio clínico era uma atividade complexa e que necessita de formação permanente.

A enfermeira auxiliar de pesquisa comentou sobre sua trajetória, especialmente no Grupo de Pesquisa sobre Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, e também como enfermeira do Grupo de SAE no INCOR e agora como candidata ao mestrado.

Do segundo ao oitavo encontro, houve a discussão de textos sobre raciocínio clínico (casos de pacientes e reflexões teóricas, que foram fornecidos às participantes em uma brochura), a proposição das atividades de avaliação de saúde (autoavaliação, avaliação de um colega participante, avaliação de casos de pacientes da instituição), escrita e partilha das próprias histórias de vida e projetos, como

atividade final sugeriu-se a realização de uma resenha sobre os textos e a escrita e partilha da avaliação do programa pelas participantes.

Inicialmente foi proposto um cronograma de atividades para cada grupo (Apêndice G, H, I), e conforme as disponibilidades de tempo efetivamente realizaram-se as seguintes atividades nos encontros.

Encontro 1

G1, G2 e G3

- Apresentação do programa, das participantes.
- Sugestão de inclusão de conteúdos pelas participantes.
- Estudo da classificação da NANDA-I 2007-2008, relações com as classificações NIC e NOC.

Encontro 2

G1

- Assinatura do contrato biográfico.
- Esclarecimentos sobre as atividades de história de vida e projeto

G2

- Esclarecimentos sobre as atividades de história de vida e projeto
- Análise do texto: Cruz DALM. Processo de enfermagem e classificações. In: Gaidzinski RR. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap.1, p. 25-37.

G3

- Assinatura do contrato biográfico.
- Análise do texto: Cruz DALM. Processo de enfermagem e classificações. In: Gaidzinski RR. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap.1, p. 25-37.

Discussão sobre o caso real - Saúde da Criança (centro comunitário)

Encontro 3

G1

- Exercício sobre avaliação da saúde (auto e hetero-avaliação) subgrupos.
- Discussão sobre os fatores que influenciam a coleta de dados, as concordâncias e discordâncias entre enfermeiros, e a acurácia diagnóstica.

G2

- Assinatura do contrato biográfico.
- Exercício sobre avaliação da saúde (auto e hetero-avaliação)
- Discussão sobre os fatores que influenciam a coleta de dados, as concordâncias e discordâncias entre enfermeiros, e a acurácia diagnóstica.

G3

- Continuação da discussão sobre o caso real Saúde da Criança (centro comunitário)
- Exercício sobre avaliação da saúde (auto e hetero-avaliação)

Encontro 4

G1

- Discussão sobre o exercício de avaliação da saúde (auto e hetero-avaliação)
- Discussão sobre o caso real Saúde do Adulto (UTI) e o caso escrito –
 "Diagnósticos de enfermagem em cuidados intensivos"

G2

- Discussão sobre o exercício de avaliação da saúde (auto e hetero-avaliação)
- Discussão sobre caso real Saúde da Criança (Pediatria) e o caso escrito –
 "Enfermagem escolar: uma criança com asma".

G3

- Discussão sobre o exercício de avaliação da saúde (auto e hetero-avaliação)
- Discussão sobre os fatores que influenciam a coleta de dados, as concordâncias e discordâncias entre enfermeiros, e a acurácia diagnóstica.
- Discussão sobre caso real Saúde Coletiva (criança em UBS) e o caso escrito
 "Enfermagem escolar: uma criança com asma".

Encontro 5

G1

- Esclarecimentos sobre as atividades de história de vida e projeto
- Discussão sobre o caso real Saúde da Criança (PSI) e o caso escrito
 Enfermagem escolar: uma criança com asma"

G2

Discussão sobre o caso real - Saúde da Criança (UTI Neonatal)

G3

 Análise do texto Lunney M. Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análises. Porto Alegre: Artmed, 2004.
 apêndice B – Automonitoramento da precisão usando um modelo integrado do processo diagnóstico. p.291-303.

Encontro 6

G1

- Reflexão sobre percurso de formação sub-grupos.
- Discussão sobre o caso real (Clínica Médica) e o caso escrito "A função do cuidador: familiar com doença crônica"

- Discussão sobre o caso real Saúde do Adulto (Cardiologia)
- Reflexão sobre percurso de formação sub-grupos.

G3

- Esclarecimentos sobre as atividades de história de vida e projeto
- Reflexão sobre percurso de formação sub-grupos.

Encontro 7

G1, G2 e G3

• Partilha oral das histórias de vida e projeto individual.

Encontro 8

G1, G2 e G3

 Avaliação dos participantes sobre o programa de formação, sobre o projeto elaborado, finalização dos trabalhos

A frequência das participantes e a entrega dos trabalhos está registrada no Apêndice J.

3.8. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados foram planejados de forma a que os participantes fossem de estratégias predominantemente analíticas, como o método de processamento de informações, a estratégias mais reflexivas, menos freqüentes nas formações sobre o raciocínio clínico. Apresentamos agora as peculiaridades de cada instrumento.

3.8.1. Questionário sobre avaliação da saúde

Esse questionário (Apêndice B) é uma adaptação do roteiro para avaliação de adultos, segundo o padrões funcionais de saúde de Gordon (144), que embasaram a atual organização da Classificação da NANDA-I. Houve a orientação pela pesquisadora de que os participantes lessem esse questionário individualmente, refletissem sobre o seu estado atual de saúde, e estabelecessem a si próprios diagnósticos, metas e intervenções de enfermagem.

Posteriormente, foi pedido que os participantes se reunissem em trios, sendo que um dos participantes tornou-se voluntário para ser avaliado por outros dois ou três participantes, ficando aberta a utilização do roteiro de Gordon, do roteiro utilizado na instituição ou de nenhum roteiro, a fim de que os enfermeiros e estudantes experimentassem, em uma situação real, a etapa de coleta de informações.

Havia na sala estetoscópios, esfigmomanômetros, fitas métricas, lanternas, abaixadores de língua, termômetros para serem utilizados pelos participantes. Esses instrumentos são comumente utilizados na prática de coleta de dados em ambiente hospitalar.

3.8.2. Questionário de registro do raciocínio clínico

Esse formulário (Apêndice C), utilizando a estratégia de um instrumento proposto por Pesut e Herman, visou a registrar os dados relevantes (pistas), as hipóteses diagnósticas, as metas e intervenções de assistência, após a coleta de informações inicial. Cada enfermeiro ou estudante preencheu um questionário sobre si mesmo, e sobre um colega (exceto os voluntários da avaliação).

A auto-avaliação dos voluntários foi pareada com a avaliação dos colegas, permitindo a discussão em grupo sobre as percepções concordantes e discordantes, e

uma discussão sobre a participação dos usuários nas decisões sobre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

A pesquisadora incentivou ainda o uso desse instrumento durante os encontros, para análise dos casos de pacientes.

3.8.3. Escritas autobiográficas (histórias de vida)

As participantes receberam a orientação de realizarem as escritas autobiográficas individualmente, em no mínimo, duas páginas. No relato da escrita para um sub-grupo de, no mínimo 3 participantes, um dos participantes foi escolhido pelo autor para realizar a escrita de sua história, utilizando a estratégia "narrativa em primeira pessoa". Essa atividade teve como objetivos: aprimorar as habilidades de reflexão sobre si mesmo, escuta do outro e síntese dessa escuta. Posteriormente, cada participante foi convidado a ampliar o número de páginas dessa escrita autobiográfica, que deveria conter os princípios de sua formação.

Por ser uma escrita autobiográfica, a pesquisadora realizou o mínimo de intervenções diretivas, sugerindo sobre a possibilidade de inclusão de datas, história pessoal, história do seu processo saúde-doença e história profissional, experiências que aprimoraram seu raciocínio clínico. A inclusão de qualquer dado, no entanto, foi decisão do participante.

Essa fase visou a evidenciar ao enfermeiro ou estudante os momentos importantes de sua trajetória de vida e profissional, ou seja suas experiências prévias, que, de alguma forma, influenciaram o momento presente.

Também permitiu que o enfermeiro ou estudante vivenciasse o conhecer e falar sobre si mesmo, situação que o paciente vivencia todas as vezes que se depara com um enfermeiro, e lhe conta sua história. Tratou-se portanto de um estar em si, e treinar, um pouco, esse lugar do "outro".

3.8.4. Escritas sobre projetos

Cada participante recebeu a orientação de elaborar um projeto, no final da formação. Esse projeto poderia conter elementos da vida pessoal e profissional. A fase de projeto visou a consolidar as reflexões já realizadas, reforçando a crença de que todo participante era um sujeito, um ator de sua própria história pessoal e profissional.

Em última instância, permitiu facilitar a compreensão de que todos os seres humanos são sujeitos, reforçando a possibilidade de interação dialógica com os pacientes, portanto, tratou-se de uma vivência que salientasse ao enfermeiro ou estudante a necessidade de validação das suas intervenções junto aos pacientes, considerando suas preferências e decisões.

3.8.5. Questionário de avaliação do programa

Após a etapa 7, a pesquisadora solicitou aos participantes preencherem um questionário sobre as diversas estratégias utilizadas no programa, com objetivo de expressão de sugestões e críticas (Apêndice K). Todas as avaliações das participantes foram inseridas em um arquivo digital e categorizadas (Apêndice L).

3.8.6. Diário de campo

A pesquisadora e a auxiliar de pesquisa anotaram, em um diário de campo, suas observações sobre as falas e reações dos participantes, durante as diversas atividades, assim como no horário de intervalo, e detalhes do ambiente.

Durante os encontros de formação os participantes foram incentivados, ainda, a expressarem suas percepções sobre o raciocínio clínico e as atividades

relacionadas às histórias de vida. Após os encontros essas anotações permitiram a formulação de sínteses sobre os encontros.

3.9. ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados foram analisados por meio dos instrumentos que avaliaram: 1) o raciocínio clínico; 2) os processos metacognitivos dos participantes.

A medida sobre o raciocínio clínico ocorreu por meio da análise das respostas aos questionários sobre avaliação da saúde e de registro do raciocínio clínico (Apêndices B e C), ou seja, das hipóteses diagnósticas, metas e intervenções possíveis elaboradas pelo participante avaliador em comparação ao participante sujeito da avaliação.

A primeira avaliação foi comparada a segunda avaliação (após a discussão em grupo e o acordo entre os avaliadores). Essa comparação permitiu aos participantes observarem quais foram os principais focos de suas avaliações, quais as variáveis que influenciaram as suas decisões quanto aos diagnósticos, intervenções e metas e observar possíveis alterações nessas decisões após a escuta do sujeito avaliado. Não teve como objetivo avaliar as "condições de saúde" dos participantes, mas permitir a reflexão sobre os processos cognitivos envolvidos nas avaliações.

Também foi analisado o raciocínio clínico realizado pelas participantes sobre os casos dos pacientes, discutidos nos encontros.

Os diagnósticos elaborados foram categorizados segundo os domínios e classes da Taxonomia NNN.

Os processos metacognitivos dos participantes ficaram registrados nas escritas autobiográficas, nos projetos, na avaliação do programa, elaborados pelos participantes, e nas anotações dos diários de campo, preenchidos pela pesquisadora e auxiliar de pesquisa.

Esses dados foram interpretados a partir da análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin ⁽¹⁴⁵⁾, a qual consistiu em:

- realizar uma pré-análise dos documentos, retomada das hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa;
- organização dos documentos em unidades de registro (palavras), unidades de contexto (frases e parágrafos), geração de categorias lexicais (adjetivos, pronomes, substantivos e verbos) e categorias temáticas (de acordo com os referenciais teóricos);
- realização de estatísticas simples (frequência dos dados), que possibilitaram inferências e interpretações sobre os dados.

A análise lexical foi apoiada pelo software Sphinx.

As respostas foram analisadas de acordo com as proposições teóricas de Gordon e colaboradores ("Julgamento Clínico: um modelo integrado"), Corrêa ("Raciocínio clínico: o desafio de cuidar"), Josso ("Experiências de vida e formação") e Delory-Momberger ("Biografia e educação: figuras do indivíduo-projeto") (16, 17, 142, 146).

3.9.1. Observações sobre as análises dos dados

As análises dos dados propuseram-se a captar uma parte dos processos metacognitivos e de raciocínio clínico, visto estarmos cientes que é impossível abranger a complexidade desses processos, especialmente os registros inconscientes e intuitivos.

Sobretudo as medidas não englobaram todos os possíveis impactos das atividades relacionadas às histórias de vida, pois, embora estivesse pressuposto que a reflexão sobre si mesmo (a própria vida, as escolhas profissionais, familiares, os processos de saúde e doença) seja capaz de facilitar justamente os processos metacognitivos sobre o cuidado do outro, possivelmente não se resumiram a esses reflexões. Nesse sentido, os resultados do programa foram representados pelas medidas propostas, embora não os expressem totalmente.

Como outra medida de resultado, foi incluída a simples avaliação das pesquisadoras sobre o desenvolvimento do programa.

4. RESULTADOS

Todas as coisas têm o seu tempo, e todas elas passam debaixo do céu segundo o tempo que a cada uma foi prescrito. Há tempo de nascer e tempo de morrer.

Eclesiastes, 3:1.

O objetivo geral desta pesquisa foi testar um programa de formação permanente, baseado em histórias de vida, para o aprimoramento do raciocínio clínico em enfermagem. E os objetivos específicos foram: descrever os temas presentes nos processos cognitivos e metacognitivos dos participantes, desencadeados pelas estratégias do programa; analisar a influência das estratégias do programa sobre o raciocínio clínico dos participantes e descrever as intervenções realizadas pelas pesquisadoras.

Apresentamos os resultados pela caracterização dos grupos, e, em seguida, pela descrição das atividades e reflexões desencadeadas pelas estratégias utilizadas no programa: avaliação de saúde, discussão sobre os casos reais, escrita e partilha das histórias de vida e projetos, avaliação das participantes e intervenções das pesquisadoras.

4.1. CARACTERÍSTICAS DOS GRUPOS

Grupo 1 – HU-USP

As sete participantes eram do sexo feminino, idade entre 26 e 43 anos, bacharéis em enfermagem (4 a 22 anos após a graduação, duas formadas na década de 80, uma na década de 90 e quatro após 2000), duas possuíam mestrado em enfermagem, quatro possuíam especialização (neonatologia, administração hospitalar, gerenciamento em enfermagem e enfermagem cardiológica), e uma licenciatura em enfermagem.

As enfermeiras participantes trabalhavam nas seguintes unidades: UTI adulto (01), Pronto Socorro Infantil (02), Clínica Médica (02), Clínica Cirúrgica (01), Educação Continuada (01).

As enfermeiras comentaram possuir experiências prévias com a SAE e uso da Classificação da NANDA, sendo que quatro comentaram estar no HU desde o início da implantação dessa Classificação (2003) – anos de ingresso no HU – 1990, 1991, 1997, 2002, 2004, 2005 e 2007. Comentaram sobre suas dificuldades e que buscavam novos conhecimentos sobre raciocínio clínico, especialmente por meio da discussão de casos.

As participantes do G1 estão identificadas como P1 a P7.

<u>Grupos 2 e 3 – EEUSP</u>

As treze participantes eram do sexo feminino, idade entre 21 a 28 anos.

No G2, com sete participantes, as estudantes estavam cursando: o 2º. ano de graduação em enfermagem (1), 3º. ano (4) e 4º. ano (2), todas já haviam realizado a disciplina de Saúde do Adulto e da Criança, 1 não tinha cursado Saúde Mental, Coletiva e Saúde da Mulher, somente 2 tinham feito UTI e Estágio Curricular, 3 estudantes tinham realizado a disciplina optativa Diagnósticos de Enfermagem.

No G3, com seis participantes, as estudantes estavam cursando: o 2°. ano de graduação em enfermagem (1), 3°. ano (4) e 4°. ano (1), todas já tinham realizardo a disciplina de Saúde do Adulto, Mental e Coletiva, 1 não tinha feito Saúde da Criança e da Mulher, e somente 1 tinha cursado UTI e Estágio Curricular, 2 estudantes havia cursado a disciplina optativa Diagnósticos de Enfermagem.

As estudantes relataram que tiveram pouco contato teórico com o tema "diagnósticos de enfermagem" nas disciplinas obrigatórias e pesquisas, mas moderado a grande contato nos estágios e em eventos.

Todas as estudantes manifestaram interesse em aprofundar seus conhecimentos sobre raciocínio clínico porque o consideram fundamental para a prática clínica. Falaram também que os diagnósticos da NANDA estão sendo

utilizados em diversos hospitais e que se preocupam em ter boa formação sobre esse assunto, algumas até manifestaram angústia pelo "pouco conhecimento", pensando que brevemente poderão trabalhar nesses hospitais.

As participantes do G2 estão identificadas como P8 a P14, e as participantes do G3 como P15 a P20.

4.2. AUTO E HETERO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE

No segundo encontro, a facilitadora sugeriu que as participantes estudassem em casa o questionário de avaliação de saúde, e realizassem uma auto-avaliação de saúde, fazendo o registro dessa auto-avaliação.

No terceiro encontro, a facilitadora perguntou sobre a realização da autoavaliação de saúde durante a semana, e algumas participantes informaram que não fora possível realizá-la, então foram reservados de 20 a 30 minutos para que o fizessem, assim como o preenchimento do instrumento para registro do raciocínio clínico relativo à auto-avaliação – diagnósticos, metas e intervenções. As autoavaliações de saúde entregues à facilitadora estão expressas no Quadro 2.

Em seguida, o grupo foi dividido em dois sub-grupos, preferencialmente com colegas que tinham menos contato, uma das colegas foi voluntária para ser entrevistada, e as demais foram entrevistadoras (processo de hetero-avaliação) - com registro do raciocínio clínico por cada uma das entrevistadoras.

As voluntárias foram orientadas a não comentar sobre suas próprias decisões (DE, metas e intervenções), a fim de que as colegas pudessem exercitar a heteroavaliação. E foi ratificada a orientação de que fosse respondido somente o que julgasse adequado para um trabalho coletivo. Percebeu-se um clima descontraído nos três grupos, e as voluntárias tiveram facilidade em se expressar, em algumas perguntas todas riam, e em outras se percebeu maior seriedade. No G1, as duas voluntárias pediram para que fossem aferidas suas pressões arteriais e as colegas o fizeram. Alguns sub-grupos utilizaram mais o roteiro de Gordon (144), outros, menos.

As avaliações realizadas nos sub-grupos foram resumidas nos quadros 3 a 8.

No encontro seguinte, as participantes dos sub-grupos compararam a autoavaliação com as hetero-avaliações, com o objetivo de realizarem uma negociação e definirem o diagnóstico, metas e intervenções. Essa atividade não foi realizada no G1, pois uma das voluntárias faltou nesse encontro, mas as diferenças e similaridades presentes nas avaliações, as origens das diferenças, e o impacto que poderia haver na assistência, em uma situação real, foram discutidas em grupo.

No G2 e G3, essa atividade foi realizada, e os sub-grupos chegaram a acordos, exercitando a participação das avaliadas na elaboração dos diagnósticos, escolha de metas e intervenções.

Quadro 2 – Resumo das auto-avaliações realizadas nos grupo 1, 2 e 3* (continuação)

	Aspecto saúde- doença associado	Hipóteses diagnósticas ou pistas	Metas	Intervenções
P1	Dor aguda Dor crônica	Acima do peso desejado, dor nas costas, dor no joelho D (artrite leve)	Perder peso	Controlar a alimentação Realizar atividade física
P2	Disposição para conhecimento aumentado Comportamento de busca de saúde, bem- estar	Comportamentos congruentes com o conhecimento expresso, desejo expresso de buscar um nível mais elevado de saúde	Prazer ?	Continuar praticando exercícios físicos
Р3	Enfrentamento tolerância ao estresse	Exames ginecologia e dentista, Sobrecarga atividades em casa e no trabalho, carência – colo da mãe, Aumento preocupação, alimentação inadequada, atritos mãe e namoro, tosse, resfriado, sobrecarga de estresse, comportamento de saúde propenso a risco.	Enfrentar, trabalhar com estas situações de forma mais tranqüila, equilibrada Saúde	Aumentar prática de exercícios Terapia Alimentação saudável Prática religiosa
P4	Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	Sobrepeso, falta de atividade física	Emagrecer seis quilos	Realizar exercícios físicos três vezes por semana Seguir dieta rigorosamente

Quadro 2 – Resumo das auto-avaliações realizadas nos grupo 1, 2 e 3* (continuação)

	Aspecto saúde- doença associado	Hipóteses diagnósticas ou pistas	Metas	Intervenções
P5	Sobrepeso	Gordura localizada, ingestão excessiva de açúcares padrão alimentar ruim	Perder 5 kg	Fazer dieta de açúcares, praticar exercícios diários, Restringir a ingesta em 1200 Kcal/dia
P6	Dor aguda, ansiedade	Ansiedade, dor aguda, má postura, cansaço, irritação, preocupação, cefaléia, sono excessivo, dor lombar	Melhora da dor lombar Descobrir causa do cansaço, irritação, cefaléia (descartar causas fisiológicas)	Realizar atividade física acompanhada por profissional (alongamento, caminhada) Consultar médicos
P8	Estresse Enfrentamento	Sobrecarga de estresse, Desesperança, privação de sono, medo do desconhecido, ansiedade, atividades de recreação deficientes, estilo de vida sedentário, interação social prejudicada, disposição para aumento da esperança	Tranquilidade, enfrentar situações com tranquilidade.	Conversas terapêuticas Relaxamentos Divisão correta do tempo para as atividades
P9	Cansaço	Estilo de vida sedentário, Dor (cabeça e cervical), Risco de constipação (funcionamento intestinal irregular), Fadiga (cansaço excessivo), Estilo de vida sedentário (nenhuma atividade física)	Alongamento diário e atividades aeróbias três vezes por semana	Atividade física

Quadro 2 – Resumo das auto-avaliações realizadas nos grupo 1, 2 e 3* (continuação)

	Aspecto saúde-	Hipóteses diagnósticas ou pistas	Metas	Intervenções
	doença associado			
P10	Estresse (repercussão no corpo biológico)	Sobrecarga de estresse (excesso de atividades, duas pequenas cirurgias em menos de dois anos, fim de namoro), padrão de sono perturbado (acordo cansada, sensação de que o sono não foi restaurador)	Reduzir estresse, organizar melhor o tempo para criar hábito de dormir mais cedo (retornar ao hábito que tinha antes)	Realizar mais atividades de lazer, organizar melhor o tempo para descansar à noite, realizar exercícios físicos, aprender a desligar de pensamentos relacionados às obrigações nos momentos de descanso, buscar avaliar as situações controlando melhor as emoções
P12	Desmotivação	Sobrecarga de estresse (sobrecarga de trabalhos), memória prejudicada (cansaço constante), tristeza crônica (saudade), enfrentamento ineficaz e baixa autoestima situacional (resultados ruins), abandono, ansiedade, problemas pessoais, sono constante		Reorganizar as atividades diárias, inserção em menos atividades diárias, tentar dormir por maior tempo.
P13	Ansiedade	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, estilo de vida sedentário, fadiga	Redução da ansiedade	Prática de exercícios e alimentação equilibrada
P14	Stress	Sobrecarga de estresse, Ansiedade, estilo de vida sedentário, Intolerância à atividade, privação de sono, atividades de recreação deficientes, risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	Diminuir o impacto das atividades do cotidiano, ou seja, não priorizá-las tanto a ponto de prejudicar minha saúde	Organização dos horários das atividades e inserir na rotina atividades prazerosas

Quadro 2 – Resumo das auto-avaliações realizadas nos grupo 1, 2 e 3* (continuação)

	Aspecto saúde- doença associado	Hipóteses diagnósticas ou pistas	Metas	Intervenções
P15		Ansiedade, auto-estima perturbada, enfrentamento ineficaz, conflito de decisão, atividades de recreação deficientes, fadiga, estresse por mudança, desempenho de papel ineficaz.	Redução da ansiedade	Investigar o nível de ansiedade, reforço positivo, técnicas de relaxamento (vídeos, imagens orientadas), usar interruptores da ansiedade quando as situações estressantes não puderem ser evitadas (olhar para cima, controlar respiração, abaixar os ombros, mudar a expressão facial, a perspectiva (observar a situação à distância), aromaterapia, musicoterapia.
P16	Ansiedade Risco de constipação	Ansiedade (mediante fatos, experiências diversas, costumo ingerir muitos alimentos), falta de atividade física, fezes endurecidas, dor ao evacuar, dentes com sensibilidade ao frio	Diminuir peso corporal, diminuir ansiedade, não apresentar sensibilidade nos dentes, apresentar maior freqüência nas evacuações e sem dor	Identificar a causa da ansiedade e buscar meios de lidar com ansiedade, indicar fibras, estimular prática de exercício físico, usar creme dental para dentes sensíveis e encaminhamento ao dentista.

Quadro 2 – Resumo das auto-avaliações realizadas nos grupo 1, 2 e 3* (continuação)

	Aspecto saúde- doença associado	Hipóteses diagnósticas ou pistas	Metas	Intervenções
P17	Baixa ingestão de água, colesterol alto, falta de atividade física, baixa freqüência de evacuação	Controle ineficaz do regime terapêutico, nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, risco de constipação, estilo de vida sedentário	Seguir o regime terapêutico	Determinar os sentimentos, atitude do paciente, pessoas significativas em relação à dieta prescrita, orientar diário alimentar, planejar refeições adequadas, recomendar livro de receitas, incluir família no processo, criar metas de volume hídrico, elaborar atividades físicas no cotidiano.
P18		Nutrição desequilibrada: menos do que as necessiades corporais, estilo de vida sedentário, fadiga, constipação, conflito de decisão, dentição prejudicada.	Melhorar alimentação, hidratação, atividade física	Menor intervalo entre as refeições, fracionar dieta, aumentar ingesta hídrica, consumir mais vegetais, frutas e fibras.

Quadro 2 – Resumo das auto-avaliações realizadas nos grupo 1, 2 e 3* (continuação)

	Aspecto saúde- doença associado	Hipóteses diagnósticas ou pistas	Metas	Intervenções
P19	Sono excessivo , ansiedade (estresse, desesperança, desânimo), desconforto urinário quando não tomo água, dor crônica (cabeça), alto IMC, não faz atividade física	Ansiedade, nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, estilo de vida sedentário, dor crônica	Diminuir ansiedade, nutrição equilibrada, fazer atividades físicas regulares, controle da dor	Relaxamento muscular, administração de medicamento prescrito, controle de medicamento (evitar uso abusivo), nutrição (atividade educativa sobre alimentação equilibrada, conversar sobre rotina alimentar, conversa ampliada sobre a importância do peso e alimentação).
P20	Nutrição desequilibrada	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (baixa ingesta de água), privação de sono (sonolência, irritabilidade, cansaço, dificuldade para dormir), dor aguda (posição para evitar dor em prática esportiva), fadiga (sonolência, cansaço, desatenção)	Aumento do apetite, ingestão de alimentos e líquidos, eliminação intestinal mais frequente	Planejamento da dieta, controle da nutrição

^{*}As áreas não preenchidas pelas participantes nos registros, foram mantidas em branco neste quadro.

Quadro 3 - Resumo das avaliações realizadas no grupo 1 – sub-grupo 1*.

Sub-grupo 1	Auto-avaliação P5 (voluntária)	Hetero-avaliação P4	Hetero-avaliação P6
Aspecto saúde- doença associado aos DE	Sobrepeso	Não houve registro	Ansiedade
Pistas DE	gordura localizada ingestão excessiva de açúcares padrão alimentar ruim	alimentação desequilibrada dificuldade de memória tendência à constipação	ansiedade ingestão alta de doces
Hipóteses diagnósticas**		Constipação percebida <u>Nutrição desequilibrada</u>	Ansiedade
Metas	Perder 5 kg	Melhorar o padrão alimentar	Diminuição da ansiedade Dieta equilibrada
Intervenções sugeridas	Fazer dieta de açúcares Praticar exercícios aeróbicos diários Restringir a ingesta calórica em 1200 Kcal/dia	Continuar fazendo exercícios Manter dieta equilibrada Não pular refeições	Orientação nutricional Realizar atividades relaxantes- massagem e recreativas.

^{*}Em virtude da ausência de uma participante, não foi possível realizar a negociação entre as avaliadoras, visando ao estabelecimento de um diagnóstico prioritário, intervenções e metas.

^{**} Estão em negrito e sublinhados os diagnósticos prioritários escolhidos pelas participantes.

Quadro 4 -Resumo das avaliações realizadas no grupo 1 – sub-grupo 2*.

Sub-grupo 2	Auto-avaliação P1 (voluntária)	Hetero-avaliação P2	Hetero-avaliação P3	Hetero-avaliação P7
Aspecto saúde-	Dor aguda		Manutenção ineficaz da saúde	Dor crônica
doença	Dor crônica		Promoção da Saúde	
associado aos DE				
Pistas DE	Acima do peso desejado Dor nas costas Dor no joelho D (artrite leve)		Alimentação inadequada Diminuição da auto-estima Dor crônica (lombar, joelho) Falta de tempo— marido x mulher Ganho de peso 8 kg últimos meses Peso excessivo, pouca atividade física, poucas práticas de lazer	Artrite Falta de tempo Ganho de peso recente Sedentária
Hipóteses diagnósticas**	<u>Dor</u>	Dor crônica Estilo de vida sedentário Risco de baixa-auto estima situacional	Comportamento de busca de saúde Dor crônica Manutenção ineficaz da saúde Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	Dor crônica
Metas	Perder peso	Encaminhar à nutricionista, praticar atividade física constante, reduzir 10kg peso		Diminuição da dor
Intervenções sugeridas	Controlar a alimentação, realizar atividade física	Orientar dieta balanceada, proporcionar atividades físicas	Aumentar tempo para auto-cuidado, prática esportiva	Melhorar a ingestão alimentos, prática de exercício, prática de terapias alternativas

^{*}Em virtude da ausência de uma participante, não foi possível realizar a negociação entre as avaliadoras, visando ao estabelecimento de um diagnóstico prioritário, intervenções e metas.

^{**} Estão em negrito e sublinhados os diagnósticos prioritários escolhidos pelas participantes.

Quadro 5 - Resumo das avaliações realizadas no grupo 2 – sub-grupo 1*.

Sub-grupo 1	Auto-avaliação P12 (voluntária)	Hetero-avaliação P8	Hetero-avaliação P14
Aspecto saúde- doença associado aos DE	Desmotivação	Fadiga	Estresse
Pistas DE	Sobrecarga de estresse (sobrecarga de trabalhos), memória prejudicada (cansaço constante), tristeza crônica (saudade), enfrentamento ineficaz e baixa auto-estima situacional (resultados ruins), abandono, ansiedade, problemas pessoais, sono constante		
Hipóteses diagnósticas**	Enfrentamento ineficaz	Adaptação prejudicada, <u>fadiga</u> , risco de diarréias, risco de volume de líquidos deficiente, distúrbio na imagem corporal, desesperança, <u>baixa auto-estima situacional</u> , memória prejudicada, estilo de vida sedentário, ansiedade	Risco de síndrome de estresse por mudança, ansiedade, enfrentamento ineficaz, fadiga, estilo de vida sedentário, atividade de recreação deficientes, risco de diarréia, risco de volume de líquidos deficiente, sobrecarga de estresse
Metas		Aumentar auto-estima, relaxamento	Diminuir as sobrecargas das atividades da rotina
Intervenções sugeridas	Reorganizar as atividades diárias, inserção em menos atividades diárias, tentar dormir por maior tempo.	Mais atividades de lazer, alimentação adequada, exposição de sentimentos	Reorganização das atividades, priorizando as atividades prazerosas

^{*}Após a negociação entre as avaliadoras, foi definido o diagnóstico **sobrecarga de estresse** como mais acurado, meta **diminuir a sobrecarga de estresse**, mantidas as intervenções da auto-avaliação e acrescentada a opção **mais atividades de lazer: filmes, viajar**. **Estão em negrito e sublinhados os diagnósticos prioritários escolhidos pelas participantes.

Quadro 6 - Resumo das avaliações realizadas no grupo 2 - sub-grupo 2*.

Sub-grupo 2			Hetero- avaliação P13	
Aspecto saúde-	Estresse (repercussão no corpo	Cansaço	Ansiedade	Fadiga
doença associado DE	biológico)			
Pistas DE	Sobrecarga de estresse (excesso de atividades, duas pequenas cirurgias em menos de dois anos, fim de namoro), padrão de sono perturbado (acordo cansada, sensação de que o sono não foi restaurador)	Sono não restaurador, dor, ansiedade, baixa ingesta hídrica, estilo de vida sedentário, comportamento de busca de saúde	Baixa ingesta hídrica, bemestar espiritual, cirurgias, desconforto, controle eficaz do regime terapêutico, estilo de vida sedentário, dor, estresse, disposição para nutrição melhorada	Ansiedade, sedentarismo, privação de sono
Hipóteses	Sobrecarga de estresse	Estilo de vida sedentário		Fadiga
diagnósticas**				
Metas	Reduzir estresse, organizar melhor o tempo para criar hábito de dormir mais cedo (retornar ao hábito que tinha antes)	Tornar a atividade física e o relaxamento como parte da rotina semanal	Redução do estresse e da ansiedade	Redução da ansiedade, padrão de sono eficaz
Intervenções	Mmais atividades de lazer, organizar	Exercícios respiratórios,	Aumentar o tempo para o	Prática de
sugeridas	melhor o tempo para descansar à noite, realizar exercícios físicos, aprender a desligar de obrigações nos momentos de descanso, buscar avaliar as situações controlando melhor as emoções	relaxamento, alongamento, atividade aeróbica.	lazer, aumento da ingesta hídrica, atividades físicas, volta ao grupo religioso.	exercícios físicos, aumento do tempo de repouso e horas de lazer.

^{*}Após a negociação entre as avaliadoras, foi definido o diagnóstico **sobrecarga de estresse** como mais acurado, metas **reduzir a sobrecarga de estresse e promover bem-estar**, mantidas as intervenções da auto-avaliação, com ênfase na opção realizar **exercício físico 3 vezes por semana**.

^{**}Estão em negrito e sublinhados os diagnósticos prioritários escolhidos pelas participantes.

Quadro 7- Resumo das avaliações realizadas no grupo 3 – sub-grupo 1*.(continua)

Sub-grupo 1	Auto-avaliação P15 (voluntária)	Hetero-avaliação P16	Hetero-avaliação P19
Aspecto saúde-doença associado aos DE	TTO (Volumenta)	Sente-se sozinha às vezes, sente muita ansiedade, insegurança por estar fora de casa, dificuldades para tomar decisões, poucos relacionamentos em São Paulo, vivia em outra cidade, freqüentava igreja onde morava, queria retomar.	Dificuldades para tomar decisões, sem amigos, sem lazer, ansiedade, alimentação, insegurança por estar fora de casa, angústia, diminuição do apetite, não expressa sentimentos quando está com raiva
Pistas DE	Ansiedade, auto-estima perturbada, enfrentamento ineficaz, conflito de decisão, atividades de recreação deficientes, fadiga, estresse por mudança, desempenho de papel ineficaz.		Insegurança, angústia e diminuição do apetite, preocupa-se com alimentação equilibrada, sem lazer.
Hipóteses diagnósticas**	Estresse por mudança, enfrentamento ineficaz	Risco de solidão, ansiedade, conflito de decisão, disposição para religiosidade aumentada, interação social prejudicada.	Risco de síndrome de estresse por mudança, <u>ansiedade, disposição para nutrição melhorada, atividades de recreação deficientes</u>
Metas	Redução da ansiedade	Lida melhor com o afastamento de casa e constrói esquemas para superar solidão que sente, com o aumento de interações sociais, lida melhor com a ansiedade e despende mais tempo à prática religiosa (que é o que ela deseja)	Realizar atividades de lazer, manter nutrição equilibrada, diminuir ansiedade

Quadro 7. Resumo das avaliações realizadas no grupo 3 – sub-grupo 1* (conclusão)

Sub-grupo 1	Auto-avaliação	Hetero-avaliação	Hetero-avaliação
	P15 (voluntária)	P16	P19
Intervenções sugeridas	Investigar o nível de ansiedade, reforço positivo, técnicas de relaxamento (vídeos, imagens orientadas), usar interruptores da ansiedade quando as situações estressantes não puderem ser evitadas (olhar para cima, controlar respiração, abaixar os ombros, mudar a expressão facial, a perspectiva (observar a situação à distância), aromaterapia, musicoterapia.	Conversa terapêutica para ajudá-la a encontrar soluções para os seus problemas. Permitir falar sobre suas emoções, auxiliando-a a estabelecer formas de manter contato maior com seus familiares. Encorajá-la no estabelecimento de novas interações sociais (colegas da faculdade, vizinhos). Dar reforço positivo com relação a sua disposição para religiosidade, buscando com ela formas de participar mais dos cultos religiosos com os quais se identifica).	Orientar sobre importância de continuar com a nutrição equilibrada, buscar na comunidades possibilidades de atividades recreativas, encaminhando-a para decidir se realiza ou não essas atividades, auxiliar a reconhecer sua ansiedade e na suposta ameaça, ensinar interruptores de ansiedade, apoiar mecanismos de enfrentamento.

Após a negociação entre as avaliadoras, foi definido o diagnóstico **interação social prejudicada** como mais acurado, meta **aumento de interações sociais**, como intervenções prioritárias **estabelecer novas interações sociais em São Paulo** (faculdade, vizinhos, igreja) e **manter as comunicações com pessoas de sua cidade natal** (correio eletrônico, telefone e visitas aos finais de semana).

**Estão em negrito e sublinhados os diagnósticos prioritários escolhidos pelas participantes.

Quadro 8. Resumo das avaliações realizadas no grupo 3 – sub-grupo 2* (continua)

Sub-grupo 2	Auto-avaliação P20 (voluntária)	Hetero-avaliação P17	Hetero-avaliação P18
Aspecto saúde- doença associado aos DE	Nutrição desequilibrada	Dores de estômago, come muitos salgadinhos, café, refrigerante, baixa ingesta de líquidos, insônia após atividades noturnas, não disposta para atividades após sono, pais separados, sozinha em São Paulo	
Pistas DE	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (baixa ingesta de água), privação de sono (sonolência, irritabilidade, cansaço, dificuldade para dormir), dor aguda (posição para evitar dor em prática esportiva), fadiga (sonolência, cansaço, desatenção)		Dor no estômago, cefaléia, dorme pouco, pouca água, mora sozinha em São Paulo, pai em outra cidade, religião presente
Hipóteses diagnósticas**	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, dor aguda, processos familiares interrompidos, risco de solidão, padrão de sono perturbado.	Risco de vínculo pais e filhos prejudicado, fadiga, risco para dor, risco para insônia, risco de nutrição desequlibrada: menos que as necessidades corporais, disposição para nutrição melhorada
Metas	Aumento do apetite, ingestão de alimentos e líquidos, eliminação intestinal mais frequente	Melhora da qualidade alimentar	Melhorar qualidade da alimentação e amenizar sintomas relacionados à nutrição desequilibrada

Quadro 8. Resumo das avaliações realizadas no grupo 3 – sub-grupo 2*(conclusão)				
Sub-grupo 2	Auto-avaliação	Hetero-avaliação	Hetero-avaliação	
	P20 (voluntária)	P17	P18	
Intervenções	Planejamento da dieta, controle da	Negociar meios de ingesta em cada	Recomenda-se respeitar os horários	
sugeridas	nutrição	refeição e lanches, determinar	das refeições, evitar o consumo de	
		exigências calóricas adequadas,	lanches e salgados entre as refeições,	
		avaliar a capacidade para processar e	aumentar ingesta de líquidos. A	
		preparar o alimento (em moradia	dificuldade para esta intervenção está	
		estudantil), facilitar a identificação	no fato de morar sozinha, longe da	
		dos comportamentos alimentares a	família, sendo a responsável no	
		serem mudados, auxiliar a registrar o	preparo da própria refeição.	
		que costuma comer em um período de	_	
		24h.		

Após a negociação entre as avaliadoras, foi definido o diagnóstico **disposição para nutrição melhorada** como mais acurado, meta **melhora da qualidade da alimentação**, mantidas as intervenções da auto-avaliação, com ênfase na opção realizar **planejamento da dieta, semanalmente.**

^{**}Estão em negrito e sublinhados os diagnósticos prioritários escolhidos pelas participantes.

Os diagnósticos presentes nas auto-avaliações das participantes foram categorizados segundo os domínios da Taxonomia NNN da Prática de Enfermagem, e tiveram a seguinte freqüência: fisiológico (6 citações), funcional (29 citações), psicossocial (25 citações). Não foi possível incluir o diagnóstico **Atividade de recreação deficientes**, com 3 citações, pois esse não está categorizado na classificação NNN.

As Tabelas 1 e 2 contém a lista das hipóteses diagnósticas em cada um desses domínios e o número de citações.

Tabela 1 - Hipóteses diagnósticas presentes nas auto-avaliações das participantes dos Grupos 1, 2 e 3, domínios fisiológico e funcional da Taxonomia NNN, São Paulo - 2008

Domínio	Hipóteses Diagnósticas	N° de citações	
Fisiológico	Risco de constipação	3	
	Constipação	1	
	Dentição prejudicada	1	
	Memória prejudicada	1	
Funcional	Estilo de vida sedentário	7	
	Fadiga	5	
	Dor aguda	3	
	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	3	
	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	3	
	Privação de sono	3	
	Dor crônica	2	
	Padrão de sono perturbado*	1	
	Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	1	
	Intolerância à atividade	1	

^{*} essa citação corresponde ao diagnóstico "Insônia" na Classificação da NANDA 2007-2008.

Tabela 2 - Hipóteses diagnósticas presentes nas auto-avaliações das participantes dos Grupos 1, 2 e 3, domínio psicossocial da Taxonomia NNN, São Paulo - 2008

Domínio	Hipóteses diagnósticas	Nº de citações	
Psicossocial	Ansiedade	6	
	Sobrecarga de estresse	4	
	Baixa auto-estima situacional	1	
	Conflito de decisão	2	
	Enfrentamento ineficaz	2	
	Comportamento de busca de saúde	1	
	Controle ineficaz do regime terapêutico	1	
	Desempenho de papel ineficaz	1	
	Desesperança	1	
	Disposição para aumento da esperança	1	
	Disposição para conhecimento aumentado	1	
	Interação social prejudicada	1	
	Medo	1	
	Síndrome do estresse por mudança	1	
	Tristeza crônica	1	

Considerando as classes desses domínios como temas, e os diagnósticos presentes em cada classe, podemos ressaltar como principais temas discutidos por meio da estratégia de auto-avaliação de saúde:

- ◆ Domínio funcional necessidades básicas como atividade/ exercício, conforto, nutrição e sono/repouso.
- ♦ Domínio fisiológico eliminação, integridade tissular, neurocognição.
- ◆ Domínio psicossocial comportamento, enfrentamento, emocional, conhecimento, papéis/relacionamentos, autopercepção.

Os diagnósticos presentes nas hetero-avaliações das participantes foram categorizados segundo os domínios da Taxonomia NNN da Prática de Enfermagem, e tiveram a seguinte freqüência: fisiológico (6 citações), funcional (23 citações), psicossocial (26 citações). Não foi possível incluir o diagnóstico Atividade de recreação deficientes, com 2 citações, pois esse não está categorizado na classificação NNN.

As Tabelas 3 e 4 contém a lista das hipóteses diagnósticas em cada um desses domínios e o número de citações.

Tabela 3 - Hipóteses diagnósticas presentes nas hetero-avaliações* das participantes dos Grupos 1, 2 e 3, domínios fisiológico e funcional da Taxonomia NNN, São Paulo - 2008

Domínio	Hipóteses diagnósticas	Nº de citações
Fisiológico	Risco de diarréia	2
	Risco de volume de líquidos deficiente	2
	Constipação percebida	1
	Memória prejudicada	1
Funcional	Estilo de vida sedentário	5
	Fadiga	4
	Disposição para nutrição melhorada	3
	Dor crônica	3
	Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	2
	Disposição para religiosidade aumentada	1
	Dor aguda	1
	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	1
	Padrão de sono perturbado* *	1
	Privação de sono	1
	Risco de nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	1

^{*} Essas avaliações foram realizadas como exercício de raciocínio clínico e não correspondem a diagnósticos de saúde das participantes.

^{**}essa citação corresponde ao diagnóstico "Insônia" na Classificação da NANDA 2007-2008.

Tabela 4 - Hipóteses diagnósticas presentes nas hetero-avaliações das participantes dos Grupos 1, 2 e 3, domínio psicossocial da Taxonomia NNN, São Paulo - 2008

Domínio	Hipóteses diagnósticas	Nº de citações
Psicossocial	Ansiedade	7
	Comportamento de busca de saúde	2
	Risco de síndrome de estresse por mudança	2
	Risco de solidão	2
	Adaptação prejudicada**	1
	Baixa auto-estima situacional	1
	Conflito de decisão	1
	Controle eficaz do regime terapêutico	1
	Desesperança	1
	Distúrbio na imagem corporal	1
	Enfrentamento ineficaz	1
	Interação social prejudicada.	1
	Manutenção ineficaz da saúde	1
	Processos familiares interrompidos	1
	Risco de baixa-auto estima situacional	1
	Risco de vínculo pais e filhos prejudicado	1
	Sobrecarga de estresse	1

^{*} Essas avaliações foram realizadas como exercício de raciocínio clínico e não correspondem a diagnósticos de saúde das participantes.

Considerando as classes desses domínios como temas, e os diagnósticos presentes em cada classe, podemos ressaltar como principais temas discutidos por meio da estratégia de hetero-avaliação de saúde:

 ◆ Domínio funcional – necessidades básicas como atividade/ exercício, conforto, nutrição, sono/repouso e valores e crenças.

^{**} essa citação corresponde ao diagnóstico "Comportamento de saúde propenso a risco" na Classificação da NANDA 2007-2008.

- ♦ Domínio fisiológico eliminação, líquidos e eletrólitos, neurocognição.
- ◆ Domínio psicossocial comportamento, enfrentamento, emocional, papéis/relacionamentos e autopercepção.

Os registros no diário de campo, relativos às considerações das participantes sobre suas atividades nos encontros 3 e 4, abrangeram os temas sublinhados:

- ❖ A enfermeira facilitadora perguntou sobre o tempo que dispunham para realizar entrevistas/ exames físicos dos pacientes, e diversas participantes do G1 comentaram que esse tempo variava de acordo com o número de pacientes, admissões, atividades do dia, acompanhante, que varia de 5 minutos a 40 minutos, já no G2 e G3, as estudantes tinham diversas experiências, com coleta de dados de até duas horas, pois, nos primeiros anos de graduação, ficam responsáveis por um único caso por dia (Contexto para coleta de dados, espaço-tempo para reflexão).
- ❖ O grupos ressaltaram que utilizam na entrevista e exame físico dos pacientes o roteiro existente em cada instituição, e reconheceu que tal roteiro privilegia alguns domínios da NANDA e não outros, mas que na prática, tais roteiros têm sido muito úteis porque direcionam os cuidados para as internações com objetivos específicos- cirurgias, por exemplo (Instrumentos para coleta de dados).
- ❖ P1 que foi voluntária comentou que durante a avaliação das colegas, pensou em outros DE que poderiam ser aplicados a si mesma; (Entrevista/ Interação motivando auto-avaliação)
- ❖ P2 ponderou que só se deve fazer perguntas se você pretende utilizar esses dados, se for possível tratar, por ex. sobre atividades sexuais somente se for pertinente, porque senão parecerá simplesmente curiosidade, invasão da vida, da intimidade alheia. Que outras perguntas não são fáceis de serem feitas em um primeiro encontro. Comentou que se sentiria à vontade para fazer diagnósticos psicossociais se esses fossem acompanhados por uma psicóloga

- ou assistente social (Ética na coleta dos dados/ nas interações; intervenções psicossociais; competências profissionais)
- ❖ P3 comentou que inicialmente achou estranho fazer a auto-avaliação, porque parecia que essa seria uma atividade típica de terapia, e não de um trabalho educativo, mas que achou interessante o processo e a facilidade com que realizou essa tarefa (Interesse na auto-avaliação)
- ❖ P3 e P7 que trabalham com crianças comentaram que algumas mães não gostam de responder questões relativas à família, suporte social, condições em que a criança sofreu o "acidente", mas que ainda assim as enfermeiras o fazem, porque se preocupam com os casos de negligência, violência doméstica, que, às vezes, fazem diagnósticos psicossociais, mas não registram no prontuário, e transferem o caso para a assistente social, que valida esses diagnósticos, e realiza intervenções junto a comunidade, ao Conselho Tutelar, ao Juiz, exemplos: criança não tem registro de nascimento, ferimentos suspeitos de violência -TCE, fraturas (Coleta de dados e Intervenções psicossociais, complexidade das histórias de vida, competências profissionais).
- ❖ P4 comentou que para responder questões subjetivas é necessário formar vínculos com o entrevistador (Habilidades interpessoais durante coleta de dados/interações).
- ❖ P5 comentou que embora não tenha sentido dificuldade em expressar-se, achou um pouco estranho algumas questões como "como você descreve a si mesma?", porque foi uma questão que exigiria uma reflexão prévia, difícil de responder rapidamente, também comentou que algumas vezes ficou com vontade de fazer perguntas a entrevistadora: "e você, como é tal coisa?"... fazer a mesma pergunta que lhe era feita, interagir, as perguntas objetivas foram mais fáceis de serem respondidas, as subjetivas, mais difíceis. (sentimentos durante coleta de dados/interações)
- ❖ P6 citou que achou sua auto-avaliação tendenciosa, porque não queria pensar em alguns aspectos específicos, comentou ainda que fazer algumas questões

- para a colega foi difícil, delicado <u>(sentimentos durante coleta de dados/interações).</u>
- ❖ P6 comentou que é mais difícil levantar DE psicossociais junto aos adultos, porque às vezes os adultos não querem falar sobre esses aspectos, que é mais fácil realizar um diagnóstico psicossocial quando a questão está exacerbada (ex: ansiedade). Mas que já acompanhou casos de pessoas susceptíveiscomo uma mulher com esquizofrenia, que relatou abuso sexual por um comerciante, e uma senhora, cuja filha relatou maus tratos realizados pelo pai (coleta de dados psicossociais, complexidade das histórias de vida, relato de violência, relato de história de vida passado e presente).
- ❖ P6 comentou que na unidade em que trabalha freqüentemente "fazem" DE sobre si mesmas e das colegas, às vezes brincam com as situações que são expostas pelas colegas "olha, você/ eu está/estou com ansiedade", "hoje, o campo de energia de tal pessoa está perturbado" (avaliação de saúde como atividade cotidiana
- ❖ P8 comentou que as entrevistas são atividades muito comuns no cotidiano das enfermeiras nos hospitais, o que mais fazem (avaliação de saúde como atividade cotidiana).
- ❖ P8 e P14 comentaram que acharam "tranqüilo" fazer a entrevista, que não houve questões delicadas. Usaram o questionário de Gordon porque não tinham outra opção, consideraram algumas perguntas genéricas e outras que não se aplicavam à situação. A pergunta "De um modo geral como é sua saúde?" auxiliou a reflexão. (Instrumento para coleta de dados)
- ❖ P9 comentou que é diferente avaliar uma pessoa conhecida, algumas questões como sexualidade pareceram embaraçosas. (Coleta de dados psicossociais, sentimentos durante coleta de dados/interações)
- ❖ P10 comentou que quando fez a auto-avaliação algumas coisas pareciam óbvias, mas que as entrevistadoras tinham uma visão mais ampla. Não ficou à vontade para responder algumas questões. (Entrevista/interação motivando auto-avaliação, sentimentos durante coleta de dados/ interações)

- ❖ P11 e P13 consideraram bom o questionário, abrangente. (Instrumento para coleta de dados)
- ❖ P12, que foi voluntária, disse que a experiência "clareou" como é o processo de entrevistar e levantar diagnósticos. Percebeu como é "chato" ser entrevistada, que se sentiu "invadida" em algumas perguntas, que, após a entrevista, considerou sua auto-avaliação mais superficial, achou que as perguntas das entrevistadoras enriqueceram o processo diagnóstico, percebeu que a diferença de "olhares" pode acarretar em intervenções mais ou menos eficazes. E se questionou "como validar alguns diagnósticos com os pacientes"? Parece que seria mais viável com os psicossociais que com os fisiológicos, que dependem mais do conhecimento do profissional. (Entrevista/ interações motivando auto-avaliação)
- ❖ P15 constatou que a entrevista pode ser mais benéfica ou mais invasiva dependendo do momento de vida da pessoa, que sentiu que enquanto falava refletiu mais sobre sua vida, como era importante a privacidade. Escreveu um pequeno texto sobre a experiência e o entregou à facilitadora, descrito a seguir. (Entrevista/ interação motivando auto-avaliação, sentimentos durante a coleta de dados/ interações)

Uma entrevista pode tocar em sentimentos diferentes do entrevistado, e dependendo de sua personalidade, momento que vive e experiências de vida, pode ser benéfica ou invasiva: pode permitir o desabafo do paciente e ser um momento bom para que ele possa expressar seus sentimentos, sua ansiedade, seus medos; pode ser considerada uma invasão da intimidade da pessoa; pode ser vista pelos dois lados, porque algumas perguntas permitem a expressão de sentimento e outras penetram ou invadem sua intimidade, causando vergonha, timidez ou sentimento de agressão.

É importante saber abordar o paciente numa entrevista, explicar os motivos, a importância, deixá-lo à vontade, respeitar seus limites e manter uma relação profissional e um ambiente terapêutico. Caso não seja possível coletar todos os dados num primeiro encontro, é importante um outro momento, mais adequado para obtê-los

(P15, texto entregue à facilitadora)

- ❖ P16 e P19 comentaram que P15 durante a entrevista refletiu bastante, "desabafou". Que foi difícil fazer perguntas íntimas, porque perceberam a timidez da entrevistada, e por estarem fora de um contexto terapêutico, que com os pacientes se sentem mais à vontade para perguntar. (Coleta de dados psicossociais, sentimentos durante coleta de dados/interações)
- ❖ P17 relatou que pensou em como a entrevistada estava se sentindo em expor sua intimidade, que seria estranho discutir dos diagnósticos com o paciente. (sentimentos durante coleta de dados/ interações, participação do paciente nas decisões clínicas)
- ❖ P17 e P18 perceberam a dificuldade da entrevistada, que essa começou a ler o questionário e responder as perguntas, e que isso diminuiu sua inibição. (sentimentos durante coleta de dados/ interações)
- ❖ P18 trouxe o instrumento do hospital em que estava realizando estágio, com espaço para histórico, os diagnósticos e prescrições de enfermagem, e o grupo observou esse instrumento. (instrumento para coleta de dados)
- ❖ P19 considerou o questionário de Gordon extenso e abrangente. (instrumento para coleta de dados)
- ❖ P20 comentou que ficou "encabulada" em algumas questões. O questionário fez com que refletisse. E depois, quando viu as avaliações das colegas, considerou a questão de como os processos familiares interrompidos estariam influenciando questões nutricionais. (sentimentos durante coleta de dados/interações, entrevista/interação motivando auto-avaliação)

Por meio da análise dos dados do diário de campo, foram registrados os seguintes temas desencadeados a partir das auto e hetero avaliações de saúde:

- ✓ Avaliação de saúde como atividade cotidiana
- ✓ Coleta de dados psicossociais
- ✓ Competências profissionais
- ✓ Complexidade das histórias de vida

- ✓ Contexto para coleta de dados
- ✓ Entrevista/ interação motivando auto-avaliação
- ✓ Ética na coleta de dados/ nas interações
- ✓ Habilidades interpessoais durante coleta de dados/ interações
- ✓ Instrumento para coleta de dados
- ✓ Interesse na auto-avaliação
- ✓ Intervenções psicossociais
- ✓ Participação dos pacientes nas decisões clínicas
- ✓ Relato de violência
- ✓ Relato de história de vida passado
- ✓ Relato de história de vida presente
- ✓ Sentimentos durante coleta de dados/ interações
- ✓ Tempo-espaço para reflexão

4.3. CASOS REAIS

a) G1 - Estudo de caso real - UTI

No caso da UTI estiveram presentes questões fisiológicas, enquanto nos casos PSI e Clínica Médica, ficaram evidenciadas questões fisiológicas e psicossociais.

No encontro 3 do G1, P5 trouxe um estudo de caso para discussão em grupo, porque o considerou complexo e esse documento foi enviado a todos os participantes por correio eletrônico. No encontro 4, houve a discussão do caso. As enfermeiras realizaram a análise do caso real – UTI, e todas comentaram ser um caso interessante e complexo. (Interesse pelo caso, complexidade do caso)

N.H., 58 anos admitida na UTI proveniente do PSA no dia 31/08 às 5h por broncoespasmo grave + IRespA + DPOC?. Está no PA desde 30/08 quando apresentou piora do padrão respiratório sendo intubada. Na admissão na UTI foi feito 15mg de Dormonid em bolus pois não ventilava adequadamente e foi iniciado com Dormonid® e Fentanil® contínuos. Em R6, após sedação, pupilas isocóricas fotorreagentes, ausculta pulmonar com MV+ com sibilos bilaterais, FC 131bpm em ritmo sinusal, PA 163x103mmHg sem DVA. Abdomen flácido com RHA +, glicemia 147 mg/dl. Apresentou diurese espontânea à chegada na UTI sendo passado SVD. Boa perfusão periférica. No mesmo dia no período da manhã, apresentava BCE constante sendo iniciado com inalação de 2/2 horas. Começou a apresentar hipotensão sendo administrado volume sem resposta. No plantão da tarde foi passado CVC e PAI sendo iniciado com Noradrenalina. Em jejum, tentado passar SNE sem sucesso apresentando resistência e sangramento. SVD apresentando hematúria. Exames laboratoriais: Hb 11,9; Ht 36; Leuco 24700; U 54; Cr 1,0. Gaso Arterial: Ph 7,18; PO2 245; PCO2 68; BIC 25; SatO2 100%; Acidose Respiratória

DE:

- ♦ Débito Cardíaco Diminuído
- ♦ Desobstrução ineficaz de vias aéreas
- ♦ Integridade tissular prejudicada
- ♦ Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais
- ♦ Percepção sensorial perturbada
- ♦ Perfusão tissular ineficaz: cardiopulmonar
- ♦ Perfusão tissular ineficaz: periférica
- ♦ Proteção ineficaz.
- ♦ Risco de glicemia instável
- ♦ Risco para aspiração
- ♦ Risco para integridade da pele prejudicada Braden < 16
- ♦ Troca de gases prejudicada
- ♦ Ventilação espontânea prejudicada
- ♦ Volume de líquidos excessivos

P5 esclareceu que essas foram as hipóteses DE que pensou para o caso, no encontro foram levantadas outras hipóteses pelo grupo, incluindo-se:

- ♦ déficit no autocuidado para banho, higiene íntima, alimentação, vestir-se,
- mobilidade física prejudicada,

- ♦ padrão respiratório ineficaz,
- ♦ risco de infecção.

No diário de campo, observamos os seguintes comentários.

Após o levantamento de hipóteses foram analisados os DE das mesmas classes, domínios, buscando-se realizar diagnósticos diferenciais, a partir das pistas que confirmavam ou negavam cada DE, na coerência, relevância e especificidade dessas pistas. (Análise de informações, acurácia diagnóstica)

Como DE mais acurados foram definidos: **troca de gases prejudicada**, **desobstrução ineficaz de vias aéreas e proteção ineficaz.** Esses diagnósticos apontavam quais seriam os principais focos de atenção: o problema respiratório e a necessidade de proteção.

As enfermeiras leram as sugestões da NIC e NOC para os diagnósticos considerados mais acurados, e fizeram hipóteses sobre as intervenções e resultados que poderiam ser esperados. (Estudo da literatura científica)

As enfermeiras comentaram e a facilitadora ratificou que os DE sobre déficit no auto-cuidado poderiam ser validados, já que nessas situações hospitalares de sedação, coma, anestesia a pessoa não colabora e o cuidador também não, seria necessário propor um DE envolvendo "dependência de cuidados", que englobasse nutrição, higiene, proteção contra quedas, broncoaspiração... ? (Aprimoramento das classificações)

No encontro 6, P5 comentou que a paciente do estudo de caso UTI foi transferida para unidade de internação, conversando, muito melhor, que fora detectado nos dias seguintes uma infecção pulmonar e realmente não tinha problemas cardíacos. P6 perguntou o nome da paciente e ficou surpresa em saber que ela tivera uma grande melhora, pois naquela semana estava sendo cuidada na unidade em que trabalha. (Interesse pelo caso)

No encontro 4, P3 e P7 trouxeram os dados de um caso do PSI, o qual foi analisado no encontro 5.

MVMS, 3 meses, 29 dias. 09h50. Admitido no PSI, acompanhado pela mãe, proveniente da sala de medicação, tem história de tosse e chiado no peito desde 15/08, em tratamento para PNM (sic), já usou amoxicilina sem melhora, e atualmente no 4°. dia de uso de cefuroxima, com melhora da febre. No momento está dormindo, responsivo aos estímulos, taquipneico, com retração subdiafragmática, MV +, com sibilos difusos à ausculta pulmonar. Foi coletada pesquisa para VRS na sala de medicação. Mãe também informou que a criança tem hérnia umbilical e inguino-escrotal bilateralmente; faz acompanhamento em hospital pediátrico da região, e tem cirurgia agendada para 02/10. T=36,6° C, P=144/min, R=64/min, sat=87%AA, 98% O2, peso= 6,1 kg.

DE/ características definidoras/ evolução de enfermagem – manhã

- Padrão respiratório ineficaz: tiragem subdiafragmática; taquipnéia (Presente)
- O Desobstrução Ineficaz de vias aéreas: sibilos (Presente)
- o Risco para aspiração: reflexo de tosse aumentado (Presente)
- o Risco para infecção: terapia respiratória (Presente)

Prescrição de enfermagem – manhã

- o Proteger pavilhão auricular
- o Manter decúbito elevado a 45°, abrir VAS
- Observar padrão respiratório

OBS: Prescrição médica – DGI com cuidado, Oxitenda 81 O2/81 AC, Inalação com B2 2/2h, corticóide VO 6/6h

No encontro 5, P3 acrescentou alguns dados que também foram coletados: a mãe é fumante, trabalha em uma banca de jornal e leva a criança consigo, a qual está com dificuldade para mamar devido à dispnéia, que a mãe chorou ao comentar sobre a morte de uma criança conhecida, e que temia que o mesmo ocorresse com o seu filho, que o médico realizou RX tórax e suspendeu o ATB, por acreditar que a pneumonia estivesse controlada, e que se tratava de um caso de sibilância, que após algumas horas o bebê recebeu alta hospitalar. Informou ainda que deu orientações à mãe sobre a necessidade de não fumar, já que esse comportamento poderia complicar o padrão respiratório do bebê.

No diário de campo, observamos os seguintes comentários.

Utilizando o diagrama de Pesut, a facilitadora anotou na lousa as diversas hipóteses diagnósticas, com os links às características definidoras e fatores relacionados: desobstrução ineficaz de vias aéreas, padrão respiratório ineficaz, risco de aspiração, risco de infecção, proteção ineficaz, amamentação ineficaz, nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais. Como questões centrais: pneumonia, vírus respiratório sincicial?.

Depois solicitou que as colegas fizessem questões a P3 e P7, e foram feitas as seguintes questões: a criança tomava apenas leite materno ou artificial, quais eram as condições de moradia, de saúde da mãe ? (Auto monitoramento sobre a coleta de dados)

Como diagnósticos mais acurados foram apontados **desobstrução ineficaz de** vias aéreas (sibilos, tosse, dispnéia) e proteção ineficaz (imaturidade imunológica).

P6 comentou que na clínica médica estabeleceu-se o uso do DE padrão respiratório ineficaz nas situações de pacientes crônicos, e que nas situações agudas utilizam o DE desobstrução ineficaz de vias aéreas (normas coletivas aplicadas ao uso de diagnósticos específicos).

As enfermeiras do PSI comentaram que os bebês quando tossem continuamente, ou, têm reflexo de tosse aumentado, podem fazer broncoaspiração. Também comentaram que devido à demanda de atendimento no PSI há priorização do atendimento das questões biológicas, e que casos mais complexos são encaminhados ao Ambulatório de Pediatria ou PAD, para o acompanhamento em longo prazo. (Conhecimentos de fisiopatologia, interesse pelo caso, contexto da assistência)

O grupo discutiu que o diagnóstico psicossocial relacionado a esse caso mereceria um acompanhamento pelo sistema de assistência primária (UBS, PSF), incluindo visita domiciliária, como foi sugerido no caso escrito "Uma criança com asma", mas que no sistema de saúde brasileiro não há disponibilidade do mesmo quadro de pessoal, como as enfermeiras nos espaços educativos dos Estados Unidos - as enfermeiras escolares. (interesse pelo caso, estrutura do sistema de saúde)

As enfermeiras leram as sugestões da NIC e NOC para os diagnósticos considerados mais acurados, e fizeram hipóteses sobre as intervenções e resultados que poderiam ser esperados. (estudo da literatura científica)

P5 comentou sobre as dificuldades que encontrou quando trabalhou no PSF quanto às alterações das condições sociais. (estrutura social)

P1 relatou uma experiência recente - orientou duas familiares para alta hospitalar de um paciente dependente, contudo as mesmas tinham limitação para acompanhamento do paciente – uma era paraplégica, e outra com pouco contato cotidiano e afetivo com o doente, tendo assumido compromisso de contratar alguém para cuidar do doente, já que o Estado não garante a assistência domiciliária nesses casos. (estrutura do sistema de saúde, complexidade das histórias de vida)

P6 salientou que ela percebe um movimento do HU em buscar a solução para os casos, em orientar as famílias, acompanhar os doentes. Lembrou ainda o projeto do Centro de Cuidadores. (estrutura do hospital)

P1 discutiu quais seriam as competências de cuidados pelos leigos e pelos profissionais de saúde, as exigências do COREN. (competências profissionais)

P2 comentou que estavam abertas as inscrições para um programa sobre psicodinâmica no trabalho, liderado por um professor convidado pelo HU, para acompanhamento dos profissionais de saúde, que havia vagas para técnicos e enfermeiros. (auto cuidado do profissional de saúde)

c) G1 - estudo de caso real - Clínica Médica

Na semana anterior, P1 e P6 enviaram um caso ao grupo por correio eletrônico, o qual foi discutido no encontro 6.

G.V.S., 72 anos. Admitido na CM proveniente do ambulatório por síndrome consumptiva a/e, acompanhado de seu filho com quem colho HE. Há 4 meses iniciou quadro de epigastralgia, procurando este serviço, no qual foi medicado com buscopan® e óleo mineral e encaminhado para acompanhamento no AMA, para

marcar exame de colonoscopia (não sendo agendada até a data desta internação por dificuldade do serviço de saúde pública). No dia 22/08 apresentou novo quadro de dor epigástrica de forte intensidade e procurou novamente este serviço. Foi realizado endoscopia evidenciando úlcera estomacal, iniciando tratamento com omeprazol. Está inapetete, conseguindo ingerir somente líquidos. Tem relato de fezes escurecidas há 2 dias, de odor fétido. Deambula com dificuldade, precisando do auxílio de 01 pessoa, devido fraqueza generalizada.

Em 2006 ficou internado nesta instituição por AIT. Nega DM, HAS, alergias, hemotransfusão. Ex- tabagista e ex-etilista há mais ou menos 40 anos. Faz uso de próteses dentárias superior e inferior. Ao exame físico, apresenta-se consciente, orientado no tempo e espaço, contactuante, preocupado com seu estado geral, descorado, acianótico, anictérico, afebril, hidratado. Pele corpórea íntegra. Linfonodos não palpáveis. Ausculta pulmonar limpa, BRNF 2t sem sopro, abdomen inocente, leve edema em MMII. Nega dor. Refere cansaço. SSVV – PA= 112x64, P= 84, T=36,8, R=25. Peso 60,5kg; altura 1.64m. Hb=8.2; Ht= 25.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- 1. Ansiedade: preocupação com seu estado geral.
- 2. Mobilidade física prejudicada: fraqueza generalizada.
- 3. Risco de queda: fraqueza
- 4. Déficit no autocuidado para banho e higiene
- 5. Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais diárias: aceita menos de ¼ da dieta enviada.
- 6. Proteção ineficaz

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- observar comunicação não-verbal e verbal
- estimular exposição de sentimentos
- encaminhar ao banho em cadeira
- auxiliar sentar em poltrona
- auxiliar deambulação
- auxiliar higiene oral
- estimular e oferecer ingestão oral e hídrica
- pesar em jejum em dias alternados
- observar sangramentos/ melena
- verificar PA e P.

No dia do encontro, P1 informou como foi o preparo para a colonoscopia (3 dias), que liberou a família para ficar com o paciente, referiu que às vezes tem-se a impressão de que o paciente não dá conta de nada, mas que nesse caso foi tranqüilo, que ele não vomitou. Nos resultados dos exames salientou - foi constatada hemorróida, TVP MID e FEVE 65%. Proteína C 164.

No diário de campo, observamos os seguintes comentários.

A enfermeira facilitadora sugeriu que P1 e P6 fossem à lousa e fizessem o exercício de registro do raciocínio clínico do grupo.

P1 e P6 apresentam o caso e explicaram que consideravam que a fraqueza, melena e queda do HB/HT eram as questões principais, e que consideravam o risco de queda como DE principal.

Foram acrescentadas no grupo outras possibilidades dos DE:

7- intolerância à atividade;

8 - controle comunitário ineficaz do regime terapêutico.

P1 e P6 citaram exemplo de paciente ex-combatente e esposa, no qual perceberam necessidades psicossociais e que encontraram dificuldade para resolver os diagnósticos efetuados (intervenções psicossociais, relato da história de vida - passado e presente, complexidade das histórias de vida).

P1 falou que quando percebem pacientes com reinternações freqüentes, que encaminham ao Ambulatório para seguimento do caso. P6 referiu que na internação o foco do trabalho é curativo, talvez no ambulatório seja diferente. (interesse pelo caso, contexto da assistência)

Após as discussões, estabeleceram-se os DE **risco de quedas e proteção ineficaz** como os mais acurados. As enfermeiras leram as sugestões da NIC e NOC para os diagnósticos considerados mais acurados, e fizeram hipóteses sobre as intervenções e resultados que poderiam ser esperados. (estudo da literatura científica)

d) G2- Estudo de caso real – Pediatria

No encontro 4 do G2, a P14 relata que trouxe este caso para o grupo porque expressa situações comuns do hospital em que estava realizando estágio (história de vida presente).

GLC, 10m e 11 dias, diagnóstico médico pneumonia lobar direita.

Iniciou tosse há duas semanas, inicialmente seca, tornou-se produtiva há 5 dias. A tosse é freqüente com secreção esverdeada. Apresentou febre (39-40°C), há quatro dias e falta de ar há dois dias, com piora hoje.

Ao exame físico: corado, hidratado, ativo e tranquilo. Narinas parcialmente obstruídas com secreção hialina, sem rigidez de nuca, mucosa oral íntegra, com 4 dentes. À ausculta pulmonar: roncos e discretos sibilos expiratórios em HTD. FR=33, RPM e FC: 131bpm. Apresenta abdome globoso, flácido e indolor à palpação. RHA =, hérnia umbilical pouco protusa, períneo íntegro. Boa perfusão periférica. MM simétricos, iniciou deambulação aos 10 meses. Mantém AVP em dorso da mão e apresenta equimoses em MSE. Mãe relata perda de peso de 2kg em uma semana. Mãe fez pré-natal em UBS da região sem intercorrências, a criança é de termo, nasceu de parto normal (43 semanas), esta é a segunda internação da criança, a primeira foi por bronquiolite aos 7 meses de idade. Mãe refere que as vacinas estão em dia e nega alergias. Os pais são separados, mas a guarda é da mãe (acordo), assim a criança reside com a mãe e avôs maternos, o pai (28 a) paga pensão e trabalha em eventos, a mãe (22 a) é auxiliar administrativa, com curso superior incompleto. A residência é arejada e iluminada, possui saneamento básico. Mãe nega etilismo, mas refere ser tabagista e tenta não fumar próximo da criança. A criança frequenta a escola/ berçário das 8-18h30. Apresenta eliminações intestinais e vesicais diárias. No momento, devido inapetência não evacua há três dias, bom padrão de sono, costuma dormir das 21h até às 7h, boa aceitação alimentar, recebeu leite materno exclusivo até os 3 meses de idade, depois foi introduzido leite de vaca e a primeira refeição aos 5 meses.

Hemograma completo					
Hemáceas	4,40	4,5-5,9	Leucócitos	24,80	4,2-10,3
Hb	10,70	13,5-17,5	Neutrófilos	86	40-60
Ht	32,70	41-52	Linfócitos	8	20
Vcm	74,30	80-100	Monócitos	6	0-10
HCM	24,30	26-34	Plaquetas	500	140-400
Proteína C reativa	222	Inferior a 5		•	

Medicações: Penicilina cristalina

Penicilina cristalina 160.000 UI IV 4/4h

Dipirona 0,5 ml IV até 6/6h s/n

Inalação SF 5ml + *Berotec*® *3 gotas 6/6h*

Nas anotações dos diários de campo das pesquisadoras, verificamos as seguintes anotações.

Duas participantes manifestaram dificuldade em elaborar diagnósticos para este caso, as demais sugeriram alguns diagnósticos. A enfermeira facilitadora solicitou que as participantes esclarecessem os dados que não haviam compreendido

ou que desejassem mais informações. P14 respondeu que o desenvolvimento da criança (peso, altura, neurológico, comportamental) estava adequado para a idade, que a mãe tinha um namorado, que o pai parecia ser próximo, e que não possuía outros dados sobre o vínculo pais/ criança. (complexidade do caso, complexidade das histórias de vida, automonitoramento sobre coleta de dados)

P14 trouxe o instrumento do hospital com os diagnósticos e prescrições de enfermagem mais comuns na unidade de Pediatria, e o grupo observou esse instrumento. (instrumento para coleta de dados)

Foram apontados os seguintes diagnósticos:

- Constipação
- Desobstrução ineficaz de vias aéreas
- Integridade da pele prejudicada
- Manutenção do lar prejudicada
- Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais
- Padrão respiratório ineficaz
- Processos familiares interrompidos
- Proteção ineficaz
- Risco de constipação
- Risco de infecção

Com auxílio da facilitadora e da auxiliar de pesquisa, como diagnósticos mais acurados foram apontados: desobstrução ineficaz de vias aéreas (roncos e sibilos) e proteção ineficaz (anemia, imaturidade imunológica).

Foram verificados na NIC e NOC exemplos de intervenções e resultados possíveis para esses diagnósticos (como as metas - estado nutricional, estado imunidade, estado ventilatório; intervenções relacionadas à proteção contra infecção, eliminação de secreções traqueo-brônquicas). (estudo da literatura científica)

e) G2- Estudo de caso real - UTI Neonatal

No encontro 5 do G2, P8 apresentou o seguinte caso:

RN de MAS, 9 dias,..

HD: Síndrome de Down, Cardiopatia Complexa – ventrículo único, defeito do septo atrioventricular total, CIA, Valva única. Incompatibilidade ABO, Monilíase perineal.

Dados do prontuário:

RNT, AIG, sexo masculino, com 2740g, parto normal. Mãe com 25 anos, do lar, tipagem O+, realizou 4 consultas de pré-natal na UBS da região, III G IIIP, com sorologias negativas e sem intercorrências durante a gravidez.

RN apresentou cianose central após o parto, aspirado VAS com saída de pequena quantidade de secreção meconial, na avaliação na sala de parto foi observado implantação baixa de orelha, prega palmar transversa, halux em abdução, pregas epicânticas, ou seja, aspecto sindrômico.

Anamnese com a mãe:

Os pais são casados e moram com dois filhos (5 e 3 anos) que não apresentam síndrome genética, freqüentam creche e são cuidados pela avó materna na ausência dos pais, moram em uma casa alugada de 2 quartos, o pai é auxiliar de estoque. A mãe só ficou sabendo da síndrome do bebê horas após o parto e diz ainda estar um pouco confusa sobre o futuro do seu filho. A mãe vem visitar o bebê todos os dias, mas não fica muito tempo, segundo ela, por causa dos outros filhos.

Evolução do RN:

Peso 2460g (Δp =-20g); ΔT = 36,4° - 36,8° C; ΔFR = 38-72rpm; ΔSat O2=82-94% (sendo as quedas nas mamadas), ΔPAM = MSD-45; MSE-38, MID-38.

Sonolento nas mamadas, não conseguiu sugar leite no copinho, passando para mamadeira com bico ortodôntico na ausência da mãe, mantendo, ainda, fraca sucção e deglutição, não consegue "pegar" o seio materno.

RN hipotônico, descorado, ictérico zona III, apresenta hiperemia acentuada em região cervical e occipital, abdome globoso, flácido à palpação, evacuação e diurese presentes, presença de monília em região perineal e inguinal com lesões de continuidade bolhosas, equimoses moderadas em MMSS e edema ++/4+ em MMII.

Prescrições médicas:

- 1) SLD (seio materno em livre demanda)
- 2) LMO (leite materno ordenhado)/ FLT (fórmula láctea) 30 ml na ausência da mãe
- 3) Furosemida 1mg/kg
- 4) Captopril® 0,5mg
- 5) Monitorização cardíaca
- 6) PA e SatO2 de 4 membros
- 7) Balanço hídrico

Algumas anotações dos diários de campo das pesquisadoras, a seguir.

Após questionamento das colegas, P8 respondeu que o diagnóstico de Síndrome de Down aguardava confirmação de resultado pelo Laboratório Fleury, que a criança aguardava vaga no Instituto do Coração, com encaminhamento posterior à APAE. (automonitoramento sobre coleta de dados, complexidade das histórias de vida)

As participantes comentaram a lista de hipóteses diagnósticas para esse caso:

- Amamentação ineficaz
- Atraso no crescimento e desenvolvimento
- Comportamento desorganizado do bebê
- Débito cardíaco diminuído
- Deglutição prejudicada
- Medo
- Padrão ineficaz alimentar do bebê
- Paternidade/ maternidade prejudicada
- Risco de vínculo pais e filhos prejudicado

Com auxílio da facilitadora e da auxiliar de pesquisa, o grupo considerou como diagnósticos mais acurados: débito cardíaco diminuído, atraso no crescimento e desenvolvimento, padrão ineficaz de alimentação do bebê.

A escolha desses diagnósticos foi mediada pela verificação na NOC e NIC sobre resultados (crescimento 1 mês, eficácia bomba cardíaca, amamentação bebê) e intervenções possíveis (cuidados cardíacos, alimentação, promoção de vínculo). A pergunta norteadora da facilitadora durante esse processo foi "se fizermos esta intervenção conseguiremos uma melhora no estado de saúde do bebê?". (estudo da literatura científica)

f) G2- Estudo de caso real - Cardiologia

No encontro 6 do G2, a participante P10 apresentou o seguinte caso ao grupo:

Sr. A.S, sexo masculino,67 anos, nasceu na cidade de São Paulo e nela reside desde que nasceu. Estudou até a 4º série do ensino primário. Trabalhava como técnico de montagem de linhas de telefone. Hoje é aposentado e responsável pela renda de sua família composta por ele, sua esposa, filha e neto. Os quatro integrantes da família vivem com 4 salários mínimos.

Mora em casa alugada, com condições mínimas de moradia. Cuida de seu neto de nove anos de idade (enquanto sua filha, mãe de seu neto, trabalha) por quem o Sr. A demonstra um grande amor e carinho. Cuida também de sua esposa que possui seqüelas motoras devido a um AVE.

O Sr. A é evangélico e procura em sua fé o fortalecimento para enfrentar sua doença. Quanto lhe perguntei como ele se sente em relação à hospitalização, ele respondeu "Não dá para descrever, eu cuido da minha esposa e do meu netinho". O Sr A diz que fazia exercícios, gostava de andar bastante, porém há bastante tempo não pratica estas atividades pois como sua pressão estava sempre alta sentia-se com muito mal estar. Fazia uso de um medicamento (não soube dizer o nome) para controlar a HA. Parou de fumar há 3 anos (fumou por 20 anos), não faz ou fez uso de álcool. Refere que dois irmãos têm histórico de HAS. Nega alergias. Pesa 56,7 Kg e mede 1,69 m

Em janeiro de 2008 detectou-se que seu rim direito não estava funcionante e a artéria renal esquerda apresentava-se obstruída (aterosclerose) na qual foi colocado um stent, com sucesso.

Em março de 2008 o Sr. A foi encaminhado ao pronto socorro do Incor e internado por piora da função renal e bacteremia (bactérias da gengiva ou intestino) na corrente sanguínea. No momento não se queixava de disúria, mas queixou-se de dor ao urinar em dias anteriores. Estava com anasarca, oligúrico e dispneico, queixando-se de astenia (sensação de fraqueza muscular). Três dias após, estava iniciando a diálise. Hoje submete-se à mesma 3 vezes por semana. Possui FAV ainda com pontos em MSE e queixa-se intenso prurido em membros inferiores. Refere não ter vontade de evacuar há 4 dias.

O Sr. A não esperava ter de se submeter ao tratamento (diálise) e ter de ficar hospitalizado. Espera recuperar sua saúde, voltar para sua casa para cuidar de sua esposa e neto, enfim, retomar suas responsabilidades de chefe de família.

Resultados de exame laboratoriais do dia que antecedeu a diálise.

```
Ur\'eia / soro = 138 \ mg/dl (10 -20)

Creatinina/soro = 10,72 \ mg/dl (0,7-1,4)

S\'odio/soro = 138 \ mEq/L (135-145)

Pot\'assio/soro = 4,3 \ mEq/L (3,5-5)

Hb = 9,6 \ g/dl (13-18)

Leuc\'ocitos = 6300/\ mm^3 (4500-11000)
```

 $Plaquetas = 278000/ mm^3$

(150000-450000)

MEDICAMENTOS:

Ácido Acetilsalicílico 100 mg: 1 comp VO Anlopidina (bensilato) 5mg: 10 mg VO 12/12 h

Propanolol 40 mg: 1 comp VO 12/12 h Maleato de enalapril 20 mg: 1 comp VO Hidralazina 25 mg: 2 comp VO 8/8h Bromazepam 3 mg:1 comp VO noite

Furosemida 40 mg: 1 comp VO 2 x ao dia

Bromoprida 10 mg: 1 comp VO Dipirona 10 ml: 40 gotas VO sn 6/6h. Metoclorpramida 4 mg/ml: 35 gotas VO

Epoetina Alfa 2000 UI/ ml : FR-AMP IV 3x por semana pós diálise.

Omeprazol 20 mg: 1 caps VO Lactulose:10ml VO 12/12 h

No diário de campo anotamos a dinâmica para discussão desse caso.

A enfermeira facilitadora anotou na lousa todas as hipóteses diagnósticas realizadas pelo grupo, e em seguida solicitou que cada participante expressasse as pistas para cada hipótese; clarificou, juntamente com a auxiliar de pesquisa, algumas definições, características definidoras e fatores relacionados a cada diagnóstico, e solicitou que os participantes questionassem P10 para maiores esclarecimentos sobre os relatos do paciente quanto a ser cuidador e cuidado, a prescrição de medicamentos e dos sinais e sintomas apresentados. Por exemplo, P10 esclareceu ao grupo que a anemia era comum entre doentes com insuficiência renal, pois o rim diminuía a secreção de eritropoetina, a qual era administrada após as sessões de hemodiálise epoetina alfa (conhecimentos de fisiopatologia, relato da história de vida - passado e presente, expectativas sobre a história de vida futura)

Como hipóteses diagnósticas foram levantadas:

- Ansiedade
- Atividade de recreação deficientes
- Constipação
- Disposição para enfrentamento aumentada
- Dor aguda

- Eliminação urinária prejudicada
- Estilo de vida sedentário
- Excesso de volume de líquidos
- Intolerância à atividade
- Manutenção do lar prejudicada
- Perfusão tissular ineficaz: renal
- Proteção ineficaz
- Risco de infecção
- Risco de integridade da pele prejudicada
- Risco de volume de líquidos excessivo
- Tensão devida ao papel de cuidador

Após essa discussão, com os dados existentes, foram apontados pelo grupo os seguintes diagnósticos como mais acurados: perfusão tissular ineficaz: renal, proteção ineficaz, disposição para enfrentamento aumentada e constipação.

P10 comentou que ficou surpresa com a quantidade de diagnósticos levantados pelo grupo e que não havia pensado em diversas pistas, na época do estágio (análise de informações, história de vida - passado).

g) G3- Estudo de caso real - Centro Comunitário

No encontro 2 do G3, foi apresentado por P19 o caso de uma criança que havia cuidado recentemente, em um centro comunitário.

NAA, sexo feminino, 11 anos, residente da capital de São Paulo. Estudante em período integral, sendo que no período matutino permanece em um centro comunitário e o vespertino na escola. O tempo transcorrido entre a saída do centro

comunitário e o início da aula na escola permanece na casa da mãe, sendo que essa é separada do pai e tem outro filho com o atual marido. Cursa a quinta série do ensino fundamental. Mora com o pai, que tem a guarda definitiva, tanto sua como de sua irmã mais nova, em apartamento invadido de um único cômodo dividido em quarto, sala, cozinha e banheiro coletivo. Eventualmente, sua madrasta também reside na casa, agregando a essa família mais seis pessoas (um adulto e cinco crianças). Dessas crianças, duas são irmãos biológicos de NAA (um menino de 9 meses e uma menina de 2 anos), e os outros são filhos somente da madrasta. No exame físico, a criança apresentou peso, altura e IMC em relação à idade abaixo do percentil 3, tanto na tabela norte-americana como na do Ministério da Saúde. Segundo relato de profissionais de saúde do centro comunitário, a escolar não consegue comer porções maiores de alimento. Apresentou lesão escavada em 1º prémolar esquerdo e 1º pré molar direito.

A facilitadora anotou na lousa as pistas e hipóteses diagnósticas, utilizando o diagrama de Pesut, e solicitou que as participantes fizessem questões de esclarecimento a P19, que clarificou que a menina foi avaliada por ela e pela professora de estágio, que respondeu questões às duas, que era quieta, brincava com crianças na mesma faixa etária, e citou amigos da escola, que a madrasta às vezes saia do cômodo em que moravam e ficava na casa de parentes, que o pai trabalhava à noite e que, como a madrasta se ausentava, as crianças ficavam sozinhas nesse período, havia um filho da madrasta no centro comunitário com acuidade visual diminuída. (complexidade das histórias de vida)

As hipóteses diagnósticas levantadas foram:

- Atraso no crescimento e desenvolvimento
- Controle familiar ineficaz do regime terapêutico
- Déficit auto cuidado: higiene oral
- Deglutição prejudicada
- Dentição prejudicada
- Desesperança
- Manutenção do lar prejudicada
- Manutenção ineficaz da saúde
- Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais

- Processos familiares interrompidos
- Risco de angústia espiritual
- Risco de crescimento desproporcional
- Risco de infecção
- Risco de memória prejudicada
- Risco de paternidade ou maternidade prejudicadas
- Risco de sofrer violência
- Risco de vínculo pais e filhos prejudicado

A enfermeira facilitadora comentou que nesse caso as questões psicossociais eram predominantes, e que com os dados de um único encontro, precisar um diagnóstico era difícil, inclusive pelas questões ético-legais envolvidas. Contudo, mediante as pistas existentes, seria possível apontar alguns diagnósticos, por meio do qual a assistência poderia ser iniciada (complexidade do caso, complexidade das histórias de vida).

O grupo discutiu as diversas pistas e hipóteses, consultou a NOC sobre metas que poderiam auxiliar a criança, antes de determinar os diagnósticos considerados mais acurados, os quais foram, com os dados existentes: risco de paternidade ou maternidade prejudicados, atraso no crescimento e desenvolvimento, dentição prejudicada.

As metas localizadas na NOC que mediaram a escolha dos diagnósticos foram principalmente a melhora do desenvolvimento da criança, o aumento de peso, e o melhor desempenho da maternidade e paternidade (estudo da literatura científica, expectativas sobre a história de vida futura).

h) G3- Estudo de caso real – UBS

No encontro 4 do G3, P16 apresentou o seguinte caso porque o considerou complexo em seu estágio. (complexidade do caso, complexidade das histórias de vida)

VPS, sexo feminino, 1 mês e 22 dias. Comparece com a mãe na UBS para uma consulta de enfermagem para acompanhamento. Reside atualmente em favela da região. Procedente do estado do Maranhão, durante a gravidez sua mãe adquiriu malária e fez acompanhamento de gravidez de risco em São Paulo. Fez tratamento com cloroquina durante a gravidez (dos 5 aos 7 meses de gestação). A mãe tem 40 anos, primigesta, ex-tabagista, desempregada, analfabeta, ganhou pouco peso durante a gestação e o pai está trabalhando na Guiana Francesa, em uma mina de ouro. Nascida a termo (IG 37 semanas), PIG (peso ao nascer 2330g), comprimento 45 cm, sofreu de icterícia neonatal. Percentil de peso NCHS < 10 e percentil de IMC igual a 50. Está em aleitamento materno exclusivo, mas a mãe apresenta muitas dificuldades com a amamentação (pega incorreta). Está com ganho de peso insuficiente (< 25-30g por dia). Mãe se mostra muito preocupada com a criança, no entanto tem medo de realizar os cuidados com ela, sua irmã (na casa de quem reside atualmente) é quem presta os cuidados à criança. Tem medo de que a criança morra, não a estimula e se sente culpada por ter adquirido a malária. A criança também faz acompanhamento no mesmo hospital que a mãe, devido a possibilidade de ter adquirido malária, a mãe foi aconselhada a qualquer sinal de febre trazê-la urgentemente ao hospital. A mãe por diversas vezes a levou ao hospital, e os resultados dos exames deram negativos para malária, no entanto, o risco de ter adquirido o microorganismo e este ainda não ser encontrado no sangue existe. Ao exame físico, a criança apresentou poucos movimentos, não chorou em nenhum momento, não acompanhava objetos com a visão, nem se virava em direção ao estímulo sonoro. Sem outros sinais significativos.

As hipóteses diagnósticas levantadas pelas participantes foram:

- 1. Amamentação ineficaz
- 2. Ansiedade
- 3. Atraso no crescimento e desenvolvimento
- 4. Conflito no desempenho do papel de pai/ mãe
- 5. Desempenho de papel ineficaz
- 6. Enfrentamento familiar comprometido
- 7. Interação social prejudicada

- 8. Manutenção do lar prejudicada
- 9. Medo
- 10. Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais
- 11. Padrão ineficaz de alimentação do bebê
- 12. Pesar
- 13. Processos familiares interrompidos
- 14. Proteção ineficaz
- 15. Risco de atraso no desenvolvimento
- 16. Risco de paternidade/ maternidade prejudicada
- 17. Risco de vínculo pais/ filhos prejudicado
- 18. Sentimento de impotência
- 19. Tensão no papel do cuidador

P16 esclareceu dúvidas das colegas sobre os dados, e comentou que a mãe da criança encontrava-se em acompanhamento psicológico, e que o pai estava em São Paulo para visitar a criança. (automonitoramento sobre coleta de dados, relato da história de vida - passado e presente)

A facilitadora chamou a atenção das participantes para classificarem os diagnósticos de acordo com os domínios da classificação da NANDA-I, e constataram que 8 pertenciam ao domínio relacionamentos de papel, 4 ao domínio tolerância ao estresse, 2 ao domínio nutrição, 2 ao domínio crescimento e desenvolvimento, 1 ao domínio autopercepção, 1 ao domínio segurança e proteção e 1 ao domínio promoção da saúde, portanto, a maioria dos diagnósticos eram psicossociais. Foram apontadas pelas participantes as pistas para cada diagnóstico, e realizado o refinamento dos diagnósticos, por meio da comparação entre os diagnósticos do mesmo domínio.

Pelos dados disponíveis, como mais acurados foram decididos os diagnósticos atraso no crescimento e desenvolvimento e amamentação ineficaz.

P18 comentou uma experiência em saúde coletiva: como foi difícil fazer uma entrevista com um usuário que tinha AIDS há 9 anos, e revelou, a_ela e outra estudante, que ninguém sabia de seu diagnóstico; ele chorou muito durante a entrevista, e que, ao reavaliar essa situação, pensou em como poderia desenvolver maiores habilidades para sua prática profissional no futuro. (automonitoramento sobre habilidades interpessoais, relato de história de vida - passado e presente, expectativas sobre a história de vida futura).

Os diagnósticos discutidos pelas participantes como presentes nos estudos de casos reais foram categorizados segundo os domínios da Taxonomia NNN da Prática de Enfermagem, e tiveram a seguinte freqüência: fisiológico (41 citações), funcional (32 citações), psicossocial (27 citações) e meio ambiente (4 citações). Não foi possível categorizar os seguintes diagnósticos: **atividade de recreação deficientes** e **risco de sofrer violência**, por não estarem categorizados na Taxonomia NNN, com uma citação cada.

As Tabelas 5 e 6 contém a lista das hipóteses diagnósticas em cada um desses domínios e o número de citações.

Tabela 5 - Hipóteses diagnósticas presentes nos estudos de casos reais dos Grupos 1, 2 e 3, domínios fisiológico e funcional da Taxonomia NNN, São Paulo – 2008 (continua)

Domínio	Hipóteses diagnósticas	N° de citações	
Fisiológico	Proteção ineficaz	6	
	Risco de infecção	5	
	Desobstrução ineficaz de vias aéreas	3	
	Padrão respiratória ineficaz	3	
	Constipação	2	
	Débito Cardíaco Diminuído	2	
	Risco de aspiração	2	
	Risco de integridade da pele prejudicada	2	
	Volume excessivo de líquidos	2	
	Dentição prejudicada	1	
	Eliminação urinária prejudicada	1	

Integridade da pele prejudicada	1
Integridade tissular prejudicada	1
Percepção sensorial perturbada	1
Perfusão tissular ineficaz: cardiopulmonar	1
Perfusão tissular ineficaz: periférica	1
Perfusão tissular ineficaz: renal	1
Risco de constipação	1
Risco de glicemia instável	1
Risco de memória prejudicada	1
Risco de volume excessivo de líquidos	1
Troca de gases prejudicada	1
Ventilação espontânea prejudicada	1

Tabela 5 - Hipóteses diagnósticas presentes nos estudos de casos reais dos Grupos 1, 2 e 3, domínios fisiológico e funcional da Taxonomia NNN, São Paulo – 2008 (conclusão)

Domínio	Hipóteses diagnósticas	N° de citações
Funcional	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	6
	Amamentação ineficaz	3
	Atraso no crescimento e desenvolvimento	3
	Déficit no autocuidado para higiene	3
	Déficit no autocuidado para banho	2
	Deglutição prejudicada	2
	Mobilidade física prejudicada	2
	Padrão ineficaz alimentar do bebê	2
	Comportamento desorganizado do bebê	1
	Déficit no autocuidado para alimentação	1
	Déficit no autocuidado para vestir-se,	1
	Dor aguda	1
	Estilo de vida sedentário	1

Intolerância à atividade	1	
Risco de atraso no desenvolvimento	1	
Risco de crescimento desproporcional	1	
Risco de quedas	1	

Considerando as classes desses domínios como temas, e os diagnósticos presentes em cada classe, podemos ressaltar como principais temas discutidos por meio da estratégia de casos reais:

- Domínio funcional necessidades básicas como atividade/ exercício, conforto, crescimento e desenvolvimento, nutrição, autocuidado, sono/repouso, valores e crenças.
- Domínio fisiológico função cardíaca, eliminação, líquidos e eletrólitos, função farmacológica, regulação física, reprodução, função respiratória, sensação/ percepção, integridade tissular.
- Domínio psicossocial comportamento, enfrentamento, emocional, papéis/relacionamentos, autopercepção.
- Domínio meio ambiente –controle de riscos.

Tabela 6 - Hipóteses diagnósticas presentes nos estudos de casos reais dos Grupos 1, 2 e 3, domínios meio ambiente e psicossocial da Taxonomia NNN, São Paulo - 2008

Domínio	Hipóteses diagnósticas	Nº de citações
Meio ambiente	Manutenção do lar prejudicada	4
Psicossocial	Ansiedade	4
	Processos familiares interrompidos	3
	Risco de vínculo pais e filhos prejudicado	3
	Manutenção ineficaz da saúde	1
	Risco de paternidade ou maternidade prejudicadas	2

Tensão devida ao papel de cuidador	2
Conflito no desempenho do papel de pai/ mãe	1
Controle familiar ineficaz do regime terapêutico	1
Desempenho de papel ineficaz	1
Desesperança	1
Disposição para enfrentamento aumentada	1
Enfrentamento familiar comprometido	1
Interação social prejudicada	1
Medo	1
Paternidade/ maternidade prejudicada	1
Pesar	1
Risco de angústia espiritual	1
Sentimento de impotência	1

Por meio da análise dos dados do diário de campo, foram registrados os seguintes temas desencadeados a partir dos casos reais:

- ✓ Acurácia diagnóstica
- ✓ Análise de informações
- ✓ Aprimoramento das classificações
- ✓ Autocuidado do profissional de saúde
- ✓ Automonitoramento sobre a coleta de dados
- ✓ Automonitoramento sobre habilidades interpessoais
- ✓ Competências profissionais
- ✓ Complexidade do caso
- ✓ Complexidade das histórias de vida
- ✓ Conhecimentos de fisiopatologia
- ✓ Contexto da assistência
- ✓ Estrutura do hospital

- ✓ Estrutura do sistema de saúde
- ✓ Estrutura social
- ✓ Estudo da literatura científica
- ✓ Expectativas sobre a história de vida futura
- ✓ Interesse pelo caso
- ✓ Intervenções psicossociais
- ✓ Normas coletivas aplicadas ao uso de diagnósticos específicos
- ✓ Relato de história de vida presente
- ✓ Relato de história de vida passado

4.4. ESCRITA E PARTILHA DAS HISTÓRIAS DE VIDA E PROJETOS

Desde o primeiro encontro as participantes foram estimuladas a refletir sobre a própria vida, e escreverem sobre ela.

Nos encontros 3 e 4 houve reflexões sobre as auto-avaliações de saúde. No encontro 6, houve um momento de reflexão em grupo, no qual as participantes conversaram sobre pontos importantes da sua formação.

No encontro 7, as participantes contaram suas histórias de vida em subgrupos (os mesmos que realizaram as comparações sobre a avaliação de saúde). E partilharam, no grupo maior, seus projetos.

No encontro 8, avaliaram essas atividades e detalharam como pretendem operacionalizar seus projetos.

No G1, cinco enfermeiras, no G2 cinco estudantes, e no G3 seis estudantes entregaram um registro sobre sua história de vida e projeto, quatro participantes comentaram suas histórias de vida e os seus projetos nos encontros, embora não

tenham oferecido os registros às pesquisadoras, (<u>relato de história de vida- passado e</u> presente, expectativas sobre a história de vida futura).

Conforme acordo com as participantes, não serão inclusos neste relatório seus textos sobre histórias de vida e projetos, mas os temas existentes nessas escritas e comentados nos encontros.

Sobre esses registros e partilhas nos encontros, os principais temas expressos foram:

História de vida P1 – 2 páginas – data, hospital e cidade de nascimento; irmãos, convívio com avós em sua cidade, trabalho dos pais, aulas de balé, perda gestacional de sua mãe, morte da avó e do pai, doença que enfrentou, escolas, universidade e cursos que freqüentou, escolha profissional, trabalhos, esposo e filho.

Projeto P1 - realizar um curso sobre o tema do estudo de seu mestrado, publicar artigos, participar de eventos, continuar fazendo parte de um grupo de estudos do HU, fazer doutorado, ter outro filho (talvez), um negócio próprio em sua cidade natal, trocar de apartamento, trocar de carro, preparar-se para envelhecer e ser cuidada.

- História de vida P2 1 página relato sobre seu nascimento, pais e irmãos, doenças que ela e seus familiares tiveram na infância, morte da irmã, estudos na enfermagem, escolha e trabalhos no HU, esposo e filhos.
 - Projeto P2 participar de programas de atualização, fazer atividade física com esposo e filhos, fazer curso de canto, melhorar sua qualidade de vida.
- História de vida P3 1 página ano de nascimento, convívio com os pais, escolha da profissão e áreas de atuação, dificuldades que encontrou em trabalhar na sua área de interesse, moradia distante da família, preocupações em relação à sua família.
 - Projeto P3 mestrado, casamento, e se tiver filhos, tentará estar mais presente na vida deles, buscar e manter o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, ficar mais próxima dos pais, desenvolver um projeto com os funcionários do HU.

 História de vida P4 – 1 página - cidade de nascimento, pais e irmãos, sonho de estudar, mudança para São Paulo, escolha da universidade e HU, esposo e filhos, perda gestacional, amor pela família.

Projeto P4 - em curto prazo emagrecer 6 kg, por meio da realização de dieta e exercícios e engravidar, realizar um trabalho melhor a cada dia, aprimorar o inglês, fazer mestrado e doutorado.

• História de vida P5 – registro não entregue

Projeto P5 - mudar de casa, ter um cachorro, realizar mestrado, casamento, filhos, trabalhar na área de educação.

História de vida P6 – registro não entregue

Projeto P6 - organizar sua vida pessoal, depois mestrado e participar de um grupo de pesquisa.

 História de vida P7 – 1 página – cidade de nascimento, irmãos, moradia e infância em São Paulo, escola e trabalho na adolescência, esposo, escolhas profissionais e universidade, experiências profissionais e acadêmicas após a graduação, HU.

Projeto P7 - mestrado na USP ou na UNIFESP, conhecer os grupos de estudos dessas instituições, iniciar curso de inglês e francês intensivo e preparar-se para a prova de mestrado, ficar quinze dias em férias.

História de vida P8 – 2 páginas – data, horário e hospital onde nasceu, nome dos pais e irmãs, convivência com pais e avó, brincadeiras e escolas na infância, trabalho dos pais, artista que gostava, amigos e namorados no colégio, filmes e livros que marcaram a adolescência, cursinho, opção profissional, professora orientadora na faculdade.

Projeto P8 – especialização, compra de um carro, conhecer outro país, trabalhar no hospital em que fez estágio, fazer um curso de gastronomia, planejar cozinha e banheiro de sua casa, continuar sentindo-se bem com sua vida.

• História de vida P9– registro não entregue.

- Projeto P9 ser mais saudável, melhorar alimentação e praticar exercícios físicos, continuar iniciação científica e realizar novas pesquisas.
- História de vida P10 nascimento do irmão, pré-escola, doença da tia e mãe, convivência com avó, colégio, opção profissional, cirurgias que realizou, vestibular, experiências significativas durante estágios e na universidade, morte de animais de estimação, morte do avô, música que gosta.

Projeto P10- aprender italiano e inglês, viajar para sua cidade natal e outro país, tocar um instrumento musical, conviver com animais de estimação, ter um emprego, ser uma profissional competente, fazer pós-graduação, auxiliar financeiramente a família, casamento, filhos e netos.

- História de vida P11 registro não entregue
 - Projeto P11 fazer estágio extra-curricular, continuar estudando inglês, aprimoramento ou residência profissional, namorado, viagens, casamento.
- História de vida P12 2 páginas período político em que nasceu, dificuldades no seu nascimento, convivência com o pai, opção profissional, amigos na escola, crise, terapia, vestibular.
 - Projeto P12 realizar especialização, ter um bom emprego, estudar francês, viajar para outro país, ser pesquisadora e voluntária em outro país, casamento, filho, cuidar dos pais.
- História de vida P13 2 páginas cidade onde nasceu e mora, pais e irmãs, animais de estimação, avós, morte do avô, colégio, doença e morte do pai, cursinho, opção profissional, filme que gosta.
 - Projeto P13 tornar-se mais saudável, melhorar alimentação, realizar exercícios físicos, trabalhar, constituição de família.
- História de vida P14 3 páginas Pais e irmãs, características pessoais, filmes, receitas, amigos, livros, infância, adolescência, opção profissional, vestibular, preocupações com o futuro.

- Projeto P14 trabalho após a faculdade, viajar para outro país, aprender italiano, fazer cursos de culinária, realizar atividades físicas, desfilar em uma escola de samba.
- História de vida P15 1 página idade, cidade de nascimento, nomes dos pais e irmão, infância, amigos, brincadeiras, escolas, lazer, adolescência, grupos, namorado, casas, faculdade, compreensão do processo saúde-doença.
 - Projeto P15 aumentar rede social, lazer, inglês, especialização, doutorado, reconhecimento profissional, viagem.
- História de vida P16 6 páginas infância, avós, doença do avô e irmão, apoio e experiências do pais, pré-escola e escolas, namorado, amor, opção profissional, vestibular.
 - Projeto P16 fazer especialização, mestrado, doutorado, trabalhar, comprar um apartamento, casamento e filhos, viagens, lazer.
- História de vida P17 1 página pais e irmãos, infância, tios, primos e avós, morte do pai, adolescência, amigos, religião, namorado, tratamento que realiza, doença do tio e repercussões na família.
 - Projeto P17 casamento, mobília da casa, emprego e especialização.
- História de vida P18 3 páginas gosto pela leitura, bibliotecas que freqüentou, filmes, trabalhos, colégio, cursinho, namorado, amigos, opção profissional.
 - Projeto P18 fazer especialização, ser uma profissional competente, fazer uma cirurgia, dirigir um carro, montar uma biblioteca particular, conhecer outros países, ter um filho, fazer dança de salão, culinária, massoterapia, cuidar dos pais.
- História de vida P19 2 páginas hospital e cidade em que nasceu, período político, escolas, opção profissional, preocupações com o futuro, contato com instituições de saúde.
 - Projeto P19- dirigir um carro, comprar casa, morar sozinha, aprender inglês, emprego, faculdade, viagens.

História de vida P20 – 2 páginas – infância, programas de TV, esportes,
 opção profissional, cursinho, pais, doença da avó.

Projeto P20 – especialização, pós graduação ou curso de idiomas no exterior, curso na área de esportes, comprar uma casa, casamento, família, estudar piano.

A análise das histórias de vida e projetos revelou os seguintes temas:

1. Adolescência	2 Amigos
	2. Amigos
3. Amor	4. Ano e cidade de nascimento
5. Animais	6. Carro
7. Artes	8. Casamento
9. Casa	10. Cuidado
11. Cidade de moradia	12. Cursos
13. Culinária/ gastronomia	14. Dificuldades e superação
15. Dieta	16. Emagrecimento
17. Doenças	18. Envelhecimento
19. Enfermagem	20. Esportes/ Exercícios físicos
21. Escolas	22. Férias
23. Experiências profissionais	24. Grupos
25. Família	26. Idiomas
27. Hospitais e postos de saúde	28. Mortes
29. Infância	30. Negócio próprio
31. Lazer	32. Período político
33. Namorado	34. Qualidade de vida
35. Opção profissional	36. Reconhecimento profissional
37. Pesquisa, Pós Graduação	38. Rede social
39. Saúde e Bem-Estar	40. Universidade
41. Viagens	42. Voluntariado

Realizando o cruzamento dos temas discutidos por meio das estratégias de auto-avaliação de saúde, hetero-avaliação de saúde, casos reais, escrita e partilha das histórias e projetos de vida, obtivemos os quadros 9 e 10.

Quadro 9 - Cruzamento dos temas da Taxonomia NNN^1 discutidos por meio das estratégias de auto-avaliação de saúde, hetero-avaliação de saúde e casos reais

Temas discutidos por meio das estratégias						
Auto-avaliação Hetero-avaliação Casos reais						
atividade/ exercício autopercepção comportamento	atividade/ exercício autopercepção comportamento	atividade/ exercício autocuidado* autopercepção				
conforto	conforto	comportamento				
conhecimento*	eliminação	conforto				
eliminação emocional controle de riscos*.						
emocional enfrentamento crescimento/						

enfrentamento	líquidos e eletrólitos	desenvolvimento*
<u>integridade tissular</u>	<u>neurocognição</u>	eliminação
<u>neurocognição</u>	nutrição	emocional
nutrição	papéis/relacionamentos	enfrentamento
papéis/relacionamentos	sono/repouso	função cardíaca*
sono/repouso	<u>valores/ crenças</u>	função farmacológica*
		regulação física*
		função respiratória*
		<u>integridade tissular</u>
		<u>líquidos e eletrólitos</u>
		reprodução*
		nutrição
		papéis/relacionamento
		sensação/percepção*
		sono/repouso
		valores/ crenças

¹Em negrito, os temas coincidentes nas três estratégias; em itálico e sublinhados, os temas coincidentes em duas estratégias; com asteriscos, os temas presentes em uma estratégia.

Quadro 10 - Temas¹ presentes nas reflexões desencadeadas pelas estratégias de auto-avaliação e hetero-avaliação de saúde, casos reais, histórias e projetos de vida

Auto e hetero avaliação	Casos reais	Histórias e projetos de vida
avanação		
Avaliação de saúde	Acurácia diagnóstica*	Adolescência*
como atividade	Análise de informações*	Amigos
cotidiana*	Aprimoramento das	Amor*
Atividades de recreação	classificações*	Animais*
<u>deficientes</u>	Atividades de recreação	Ano/ cidade de nascimento
Coleta de dados	deficientes	Artes*
psicossociais*	Autocuidado do	Carro*
Competências	profissional de saúde*	Casa
profissionais	Automonitoramento	Casamento
Complexidade das	sobre a coleta de dados*	Cidade de moradia
histórias de vida	Automonitoramento	Cuidado
Contexto para coleta de	sobre habilidades	Culinária, gastronomia*
dados*	interpessoais*	Cursos*
Entrevista/ interação	Competências	Dieta
motivando auto-	profissionais*	2.000
avaliação*	Complexidade do caso*	Dificuldades e superação Doenças
Ética na coleta de dados/	_	Emagrecimento
	<u>Complexidade das</u> histórias de vida	
nas interações*	Conhecimentos de	Enfermagem Envelhecimento
Expectativas sobre a história de vida futura		Escolas*
Habilidades	fisiopatologia* Contexto da assistência*	2500100
		Esportes/ Exercícios físicos*
interpessoais durante coleta de dados/	Estrutura do hospital*	Experiências profissionais Família
	Estrutura do sistema de saúde*	
interações*		Férias*
Instrumento para coleta de dados*	Estrutura social*	Grupos*
	Estudo da literatura científica*	Hospitais e postos de saúde Idiomas*
Interesse na auto-		
avaliação*	Expectativas sobre a	Infância
<u>Intervenções</u>	história de vida futura	Lazer
psicossociais	Interesse pelo caso*	Namorado*
Participação dos	<u>Intervenções</u>	Negócio próprio*
pacientes nas decisões	<u>psicossociais</u>	Opção profissional*
clínicas*	Normas coletivas	Período político*
Relato de violência*	aplicadas ao uso de	Pesquisa/ Pós Graduação*
Relato de história de	diagnósticos específicos*	Qualidade de vida
vida – passado	Relato de história de	Reconhecimento profissional*
Relato de história de	vida - passado	Rede social
vida - presente	Relato de história de	Saúde e Bem-Estar
Sentimentos durante	vida – presente	Universidade*
coleta de dados/	Risco de sofrer	Viagens*
interações*	violência*	Voluntariado*
Tempo-espaço para		
reflexão*		

Em negrito, os temas coincidentes nas três estratégias; em itálico e sublinhados, os temas coincidentes em duas estratégias; com asteriscos, os temas presentes em uma estratégia.

4.5. INTERVENÇÕES DAS PESQUISADORAS – REGISTROS NOS DIÁRIOS DE CAMPOS

Descrevemos, a seguir, as atividades desenvolvidas nos encontros pelas pesquisadoras e pela auxiliar de pesquisa.

Em todos os encontros

A facilitadora e a auxiliar de pesquisa mantiveram uma atitude inclusiva e respeitosa a todas as questões socializadas no grupo, e acolhiam todos os pontos de vista expressos pelas participantes. Essa atitude era considerada fundamental para que as participantes sentissem interesse na formação e se reconhecessem como sujeitos do processo.

A auxiliar de pesquisa preparou um lanche para servir aos participantes (café, bolo, biscoitos, água), anotou observações sobre as atividades em um diário de campo.

A facilitadora:

- entre os encontros, estudava alguns temas e relia os textos para discussão no
 encontro seguinte; para os encontros em que haveria reflexão sobre os casos
 reais, retomava ou estudava conteúdos, essa estratégia foi especialmente
 utilizada na área de Pediatria, com a qual tem menor vivência;
- durante os encontros, estimulava a reflexão e a escrita das histórias e projeto de vida;
- iniciava com um pequeno resumo sobre a atividade do encontro anterior e conduzia os trabalhos;
- expunha ao grupo conhecimentos sobre raciocínio clínico (conceitos dos textos sobre processo de enfermagem, acurácia diagnóstica, conhecimentos,

habilidades, hábitos da mente e atitudes envolvidos no raciocínio clínico) e sobre histórias de vida;

- trazia os livros da NANDA, NIC e NOC para consulta das participantes (10 NANDA, 01 NIC e 01 NOC, últimas edições em português) e ensinou a localizar os diagnósticos, intervenções e resultados nos livros;
- trazia aos grupos as avaliações realizadas com a outra pesquisadora sobre os trabalhos em andamento;
- depois de cada encontro a facilitadora enviava por correio eletrônico as atividades de estudo da semana, e as previstas para o próximo encontro presencial.

Nos encontros 1 e 2

A facilitadora falou sobre seu interesse e estudos na área de processo de enfermagem durante sua vida profissional, seu trabalho de mestrado a partir da implementação da Classificação da NANDA no HU-USP, e sobre os objetivos deste trabalho de doutorado, que foi a realização deste programa (pesquisa-ação) em instituições com tradição no uso dessa mesma classificação e na EEUSP, porque constatou em sua experiência profissional que o raciocínio clínico é uma atividade complexa e necessita de formação permanente.

A auxiliar de pesquisa comentou sobre sua trajetória, especialmente no Grupo de Pesquisa sobre Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, e também como enfermeira do Grupo de SAE no INCOR, e agora como candidata ao mestrado. E também colaborou nos comentários sobre os textos e casos escritos, demonstrando sua experiência com o tema.

A facilitadora:

 expôs as finalidades deste programa: uso reflexivo das classificações em enfermagem, por meio de estratégias da educação permanente, que envolvem as experiências e as histórias de vida dos envolvidos, e a realização de projetos adequados aos interesses individuais e coletivos, visando a melhoria da assistência aos usuários do sistema de saúde. Especialmente sobre as estratégias, e que seria necessário refletir sobre os aspectos envolvidos nas entrevistas e exames físicos, em comparação com as biografias, a autoavaliação de saúde, e em contraponto com as avaliações feitas pelos colegas;

- apresentou um formulário com a estrutura da Classificação da NANDA, segundo seus domínios, e comentou sobre as ligações das classificações NANDA, NIC e NOC (Taxonomia NNN) e como essas influenciar outras classificações em enfermagem – CIPE, CIPESC;
- comentou que a classificação da NANDA é reconhecida pela OMS Organização Mundial de Saúde, e de que há a perspectiva de que essa
 organização elabore uma classificação multiprofissional, incluindo todos os
 fenômenos relacionados ao processo saúde e doença (prevenção, doenças,
 reabilitação, qualidade de vida);
- incentivou os grupos a procurar determinados diagnósticos dentro da classificação que conheciam pouco ou cujos títulos lhes chamassem atenção (G1- campo de energia perturbado, G2 – atividades de recreação deficientes, G3 – negligência unilateral);
- explicou os conceitos de título e conceito diagnóstico, características definidoras e fatores relacionados, diagnósticos reais, de risco, de promoção da saúde, de bem-estar, e de síndromes, exemplificando-os; além de expor sobre a possibilidade de envio de novos diagnósticos para avaliação da NANDA – I e seus congressos bienais;
- comentou que quando estamos diante de um paciente tendemos a pensar em vários diagnósticos, que vamos escolhendo sobre o que parece mais apropriado àquele contexto (situação clínica, intervenções e resultados possíveis);
- que há variação entre as enfermeiras, devido aos graus diferentes de *expertise*, mas também devido ao que cada enfermeira considera que seja o mais acurado, ou como ocorrem as relações, de acordo com o contexto;

- solicitou que as participantes lembrassem de séries de TV como "House" e
 "Emergency Room" e comentou sobre a existência ou não de posturas éticas
 em todas as atividades do processo diagnóstico conhecimentos atualizados,
 respeito pelas preferências do usuário, escolha das melhores práticas
 possíveis em determinado contexto;
- solicitou que as enfermeiras lessem o termo de consentimento livre e esclarecido, bem como o contrato biográfico, esclareceu as dúvidas sobre os objetivos e métodos da pesquisa-formação, ressaltou o caráter voluntário de todas as manifestações no grupo, sobre a responsabilidade de cada participante sobre as falas socializadas e o respeito pelas manifestações dos colegas, e de que não se tratava de um programa terapêutico, mas educacional;
- recebeu os termos assinados pelas enfermeiras.
- apresentou o questionário de avaliação da saúde baseado nos Padrões
 Funcionais de Saúde (PFS) de Marjory Gordon, e as contribuições desse
 modelo para elaboração da atual estrutura da Classificação da NANDA.
 Solicitou que comparassem a estrutura do PFS com os domínios da NANDA
 e com o instrumento de coleta de dados que geralmente utilizavam;
- apresentou o impresso para registro do raciocínio clínico baseado nos trabalhos de Pesut (OPT – Outcome Present State Model), que orientam a análise de pistas, a realização de testes de hipóteses, a consideração dos resultados possíveis e das intervenções para alcançá-los, bem como a definição do diagnóstico mais acurado;
- enviou por correio eletrônico o cronograma do programa;
- entregou as apostilas com o cronograma e os textos do programa casos escritos relacionados à prática das participantes, textos sobre processo de enfermagem, auto-aprimoramento nas habilidades diagnósticas e pensamento crítico;
- explicou que seria possível desenvolver habilidades diferentes ao estudar casos escritos (observação de dados relevantes, discussão sobre a acurácia

- diagnóstica), e casos reais (conhecimento sobre o contexto, avaliação da complexidade).
- exemplificou sobre as atividades de autobiografia e o seu relacionamento com o raciocínio clínico;
- comentou que os autores da linha teórica Histórias de Vida em Formação concebem que os trabalhos reflexivos sobre a própria vida (os percursos de formação) são fundamentais para a definição de objetivos, organização de projetos, que as pessoas doentes também têm uma história, que precisa ser considerada durante o processo de raciocínio clínico;
- comentou que, embora façamos entrevistas com frequência, poucas vezes
 pensamos sobre como seria viver tal situação em nossas próprias vidas, que
 este seria um trabalho que privilegiaria a apreensão desses conceitos por meio
 da experiência, que visava permitir que cada enfermeira pudesse refletir sobre
 sua biografia, sobre um projeto concreto, que interessasse a si mesma, e
 talvez pudesse ser de interesse coletivo, cooperando para a melhoria do
 sistema de saúde;
- comentou sobre trabalhos de história de vida na área de enfermagem, realizados na Europa e inclusive realizados no HU-USP, embora esses últimos tenham utilizado outra metodologia;
- lembrou que a proposta de educação permanente do Ministério da Saúde recorda-nos que os compromissos de formação dos profissionais de saúde são compartilhados com as instituições, com o governo, mas que também há uma parte dessa formação que é de responsabilidade do profissional, que justamente esse é o espaço que temos para ser criativos, reinventarmos o sistema, já que o sistema de saúde, o SUS, é feito por pessoas, que têm limites gerados pelos contextos, mas também têm muitas capacidades e potencialidades, individuais e coletivas.

Nos encontros 3 e 4:

A auxiliar de pesquisa comentou sobre uma proposta de histórico para ambulatório escrito pelas Professoras Diná Cruz e Cibele Pimenta, da EEUSP, baseada na Taxonomia I da NANDA.

A facilitadora:

- orientou as atividades de auto e hetero-avaliação.
- comentou sobre as concordâncias e discordâncias entre as avaliações dos sub-grupos; informou que nessa atividade os sub-grupos usaram 20 a 30 minutos, que algumas pesquisas apontam que o tempo necessário a uma avaliação acurada é muito distinto entre os casos, dependendo da complexidade da situação e da expertise do diagnosticador, mas que, de qualquer forma, parece que deve haver a necessidade de um tempo-espaço que facilite a interação entre o diagnosticador- avaliado, o que para algumas pessoas vai exigir um tempo maior, ou mais encontros.

A facilitadora e a orientadora da pesquisa analisaram as avaliações de saúde, e esses comentários foram transmitidos aos grupos:

- as metas geram intervenções específicas, e estão de acordo com as hipóteses diagnósticas levantadas e fatores relacionados percebidos;
- ❖ não existe certo ou errado em termos de avaliação, as diferenças entre os avaliadores é bastante comum, porque os profissionais têm experiências e formações diferentes, é necessário haver um acordo entre os avaliadores sobre qual seria o DE, a meta e as intervenções mais apropriadas a determinado casos, quando possível, esse acordo deve ser realizado também com a pessoa avaliada, como nas questões psicossociais;
- o raciocínio clínico envolve certo nível de incerteza, deve-se buscar e testar pistas visando a diminuição dos riscos ou pequeno benefício advindos de diagnósticos não acurados, contudo é impossível eliminar a incerteza;

- ❖ há situações em que não é possível acordo com o avaliado ex: situações de urgência, risco de morte, onde a decisão do profissional pode ser unilateral, o que aumenta a responsabilidade quanto a acurácia;
- as hipóteses diagnósticas podem ser contraditórias, porque, em geral, há pistas que confirmam e outras que negam determinados diagnósticos: o importante é testar as hipóteses e pensar no DE mais acurado;
- diagnósticos aparentemente biológicos por exemplo, problemas nutricionais podem envolver questões psicossociais: ansiedade, autoestima, relacionamentos;
- ❖ todas as avaliações são "tendenciosas", porque tomamos determinadas decisões; é importante ter em mente quais são as nossas tendências, como elas estão influenciando os processos de decisões, e se posso mudá-las. Seria útil mudá-las ou devo mantê-las? Quais filtros estou utilizando? Estou excluindo pistas importantes?
- Os vínculos podem ser formados quando temos uma atitude autêntica durante a entrevista: envolvimento, empatia, presença autêntica.

Nos encontros 4 a 6

A auxiliar de pesquisa colaborou na análise dos textos, comentando sua experiência com o tema.

A facilitadora com a auxiliar de pesquisa demonstraram como as pistas dos casos reais poderiam ser testadas quanto a especificidade, coerência e relevância (existência de pistas contraditórias, quais deveriam ser mais exploradas) e motivaram as escolhas dos diagnósticos mais acurados, com os dados existentes, respeitando as decisões das participantes.

A facilitadora:

• utilizando o diagrama de Pesut, anotou na lousa as diversas hipóteses diagnósticas, com os *links* às características definidoras e fatores relacionados;

depois solicitou que as colegas fizessem questões às participantes que trouxeram os casos reais;

- solicitou que as participantes pedissem esclarecimentos sobre os dados que não haviam compreendido ou sobre os quais desejassem mais informações, às participantes que trouxeram o caso; no último caso de cada grupo, sugeriu que algumas participantes fossem à lousa e fizessem o exercício de registro do raciocínio clínico do grupo;
- comentou que nos casos onde as questões psicossociais estavam presentes, com os dados de um único encontro, provavelmente precisar um diagnóstico era difícil, inclusive pelas questões ético-legais envolvidas, contudo, mediante as pistas existentes, talvez fosse possível apontar alguns diagnósticos, por meio do qual a assistência poderia ser iniciada;

chamou a atenção das participantes para classificarem os diagnósticos de acordo com os domínios da classificação da NANDA-I, e buscarem realizar diagnósticos diferenciais em cada domínio, e entre domínios;

- sobre os diagnósticos psicossociais, comentou que as intervenções também são mais difíceis, porque envolvem conhecimentos e habilidades que, às vezes, exigem formação específica;
- que a opção por afirmar diagnósticos depende da possibilidade e pertinência de intervenções em dado contexto, do interesse do paciente e da experiência das enfermeiras, e que há alguns dificultadores em relação aos diagnósticos psicossociais, por exemplo, o tempo curto de contato com o usuário;
- sobre os diagnósticos psicossociais comentou que é necessário que estejam plenamente validados antes de serem escritos no prontuário, porque implicam em questões legais e éticas;
- comentou que alguns títulos diagnósticos da NANDA parecem inadequados quando consideramos a necessidade de não julgamento, a autonomia dos usuários, a existência de mecanismos de determinação social e multifatoriais, e a não culpabilização do doente: por exemplos, manutenção ineficaz da saúde e desobediência;

- discutiu que o DE proteção ineficaz era um diagnóstico "guarda-chuva", que engloba diversas metas e intervenções: área imunológica, nutricional, risco de aspiração, formação de feridas; contudo ao identificá-lo poder-se-ia também optar por escrever todos os DE, aumentando a lista para: risco de aspiração, risco para integridade da pele prejudicada, nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, déficit no autocuidado para banho, higiene íntima, alimentação, vestir-se etc;
- comentou que as características definidoras expostas na Classificação da NANDA-I para os DE da área respiratória são muito próximas, e parece ser necessário refinamento desses DE (ventilação espontânea prejudicada, padrão respiratório ineficaz, troca de gases prejudicada e desobstrução ineficaz de vias aéreas);
- ratificou que os DE sobre déficit no auto-cuidado poderiam ser validados, já que nessas situações hospitalares de sedação, coma, anestesia a pessoa não colabora e o cuidador também não, seria necessário propor um novo DE envolvendo "dependência de cuidados", que englobasse nutrição, higiene, proteção contra quedas, broncoaspiração?
- comentou que as dificuldades relativas ao encaminhamento e acompanhamento de casos (referência e contra-referência) ocorrem na maioria dos hospitais públicos brasileiros;
- ressaltou que atender a questões tão complexas pode gerar sentimentos de angústia, stress, tristeza, impotência, e que é necessário pensar em alternativas racionais para os casos, para o bem dos usuários do Sistema de Saúde, e a preservação da saúde mental dos profissionais;
- embasou os testes das pistas em conhecimentos de fisiopatologia, farmacologia, utilizando os conceitos de evidências científicas e melhores práticas em saúde, epidemiologia e estratégias de resolução de problemas em saúde coletiva, em todos os grupos, como exemplos dessas discussões, citamos as intervenções a seguir;

- ❖ no G1, caso real UTI, a facilitadora conduziu a decisão sobre os diagnósticos mais acurados, embasada em diversas pistas, contudo ressaltou que a questão da hipotensão deveria ser esclarecida a retenção de CO2 pode causar vasodilatação cerebral e sistêmica, contudo haveria outros fatores envolvidos infecção, por exemplo?; o uso de noradrenalina seria devido a essa vasodilatação?; a função renal estava limítrofe, aparentemente havia razoável perfusão desse órgão (que é muito sensível ao baixo débito cardíaco), mas a musculatura cardíaca ou o sistema de condução elétrica estavam comprometidos?; por que os sangramentos?; quais os resultados de temperatura, coagulograma?; seria necessário acompanhar a paciente nos próximos dias, verificar novos exames para validar os DE e avaliar os resultados das intervenções sugeridas;
- ❖ no G1, caso real PSI, considerou alguns dados como importantes para o estabelecimento de um possível diagnóstico psicossocial: mãe fumante, exposição à poluição, mudanças climáticas, aleitamento dificultado, retorno ao trabalho da mãe, contudo não foi possível estabelecê-lo, e esclareceu que isso exigiria continuar a coleta de dados − qual a rede social de apoio?; se seria possível e desejável que a criança ficasse em uma creche, qual a segurança das creches as quais a criança poderia freqüentar; na impossibilidade do aleitamento, que leite artificial a criança deveria tomar, onde obtê-lo, se não houvesse condições financeiras; também comentou que esse diagnóstico psicossocial poderia ser fundamental na escolha de novas metas e intervenções para o binômio mãe-bebê;
- ❖ no G1, caso real PSI, sugeriu algumas reflexões: seria possível o desenvolvimento de novos papéis para as enfermeiras atenderem as questões psicossociais no HU? Em quais situações? Nas situações em que esses atendimentos devessem ser realizados fora do HU, como poderiam ser articulados com outros níveis de assistência (primária, terciária, atividades intersetoriais educação, serviço social, ...)?

- ❖ no G1 e G3 (caso real Clínica Médica e Centro Comunitário), comentou que apareceu a questão da falta de suporte social, falta de acesso aos serviços de saúde. Sugeriu que o grupo refletisse se seria possível criar um espaço para resolução dos diagnósticos psicossociais dentro de cada instituição, negociado com as chefias. Comentou ainda que casos complexos exigem ações intersetoriais, que envolvem a Secretaria de Saúde, além de outras secretarias e participação comunitária.
- ❖ no G1 e G2 (casos reais PSI, Pediatria e UTI Neonatal), levantou uma questão para os grupos "por que crianças têm problemas respiratórios?" A pergunta norteadora da facilitadora durante a discussão desses casos foi "se fizermos esta intervenção conseguiremos uma melhora no estado de saúde do bebê ?".

Nos encontros 7 e 8

A facilitadora:

- orientou a partilha das histórias de vida nos sub-grupos (mantendo os mesmos que realizaram a avaliação de saúde), e a escolha de um colega para fazer a escrita do relato em primeira pessoa, que entregaria essa escrita após o relato;
- orientou a partilha dos projetos no grupo maior, com a explicação de como esse projeto estava ligado a história de vida de cada participante;
- reforçou que as histórias de vida e projetos partilhados eram falas socializadas, e portanto, estavam permeadas pelo reconhecimento de quem eram os ouvintes e do contexto em que estavam sendo pronunciadas, e revelavam os aspectos que cada um gostaria de expressar no grupo, existindo ainda muitas outras experiências significativas e projetos que se mantinhas ocultos, que eram o "mistério" do outro, com o qual sempre conviveremos;

- solicitou a avaliação das participantes sobre o programa por escrito, e uma avaliação verbal no grupo, incluindo como se percebeu no processo, e qual a competência que percebeu que possui por meio das atividades realizadas;
- ressaltou que o reconhecimento das competências é tão importante ao raciocínio clínico quanto o reconhecimento dos próprios valores, e falhas nos conhecimentos e habilidades necessárias em todo as fases desse processo;
- retomou o texto de Lunney sobre o auto-monitoramento, em como esse processo deve ser feito de uma forma natural, sem angústias "sou tão capaz quanto uma enfermeira com a mesma experiência e conhecimentos", "sou capaz de aprimorar o raciocínio clínico e realizar melhor assistência aos pacientes".

4.6. AVALIAÇÃO DAS PARTICIPANTES

No encontro final da formação, que previa a avaliação das participantes, no G1, compareceram 4 enfermeiras e suas contribuições foram anotadas pela facilitadora e a auxiliar de pesquisa nos diários de campo. No G1, uma dessas enfermeiras também respondeu ao questionário por correio eletrônico, e outra enfermeira enviou as respostas do questionário por correio eletrônico, totalizando cinco avaliações no G1.

No G2 e G3, 10 participantes responderam ao questionário, e suas respostas foram categorizadas de acordo com as estratégias do programa.

Os adjetivos, pronomes, substantivos e verbos predominantes em cada resposta das 12 participantes foram contabilizados e geraram a Tabela 7.

P1 disse que o curso deu-lhe mais segurança para elaborar e refinar os DE em sua prática clínica. Referiu que o exercício das histórias de vida foi interessante, "um outro olhar sobre o que e quem estou escrevendo, o que estou fazendo". Que mudou sua história de vida várias vezes, que começou a escrever toda sua história desde o

nascimento, e que percebeu que seria difícil sintetizá-la em duas páginas para partilhar no grupo, que mesmo escrevendo muito não daria para colocar toda a sua história no papel, parou para refletir sobre sua formação. Fez uma crítica - pensou que história de vida e autobiografia eram coisas diferentes, pediu que fossem feitos melhores esclarecimentos sobre os termos em cursos futuros. Pensou em uma competência - percebeu que é preciso raciocinar sobre a situação na qual está trabalhando - deu exemplo sobre o caso da mãe na banca de jornal - devemos priorizar ações, não dá para ficar angustiada tentando resolver tudo, que não é possível saber tudo em uma entrevista, sua busca é dia-a-dia, que o raciocínio clínico é um processo. Ficou menos angustiada, mais satisfeita e segura com o seu trabalho. Está trabalhando melhor com os alunos, procura transmitir a eles que é preciso estudar, consultar os livros da NANDA, NIC e NOC. Que está fazendo o auto-monitoramento para si e para os alunos. Refere que após a discussão de caso em grupo, mudou os DE na unidade, e que não houve problemas com as colegas em alterar os DE já estabelecidos (resolver alguns, propor outros). Que já está implementando seu projeto - elaborar cursos, apresentar seu trabalho de mestrado no HU. (P1, diário de campo)

A participação neste curso trouxe benefícios tanto pessoais quanto profissionais. Ampliou meu raciocínio clínico facilitando a aplicação dos diagnósticos de enfermagem, as intervenções e os resultados na minha prática. Sabemos que não existe uma fórmula para o cuidado, pois, como dizem alguns autores, são necessidades humanas individuais. Todas as aulas foram muito proveitosas, mas foram muito interessantes as aulas da auto-avaliação e da avaliação, pois nos mostra uma visão de como as pessoas descrevem de maneiras diversas. Parabéns pela dedicação e incentivo dado e boa sorte!

(P1, comentário anexo à história de vida e projeto)

P2 comentou que o texto sobre auto-monitoramento se aplica a pessoas com mais experiência, que seria difícil trabalhá-lo com estudantes. Que leu o projeto de pesquisa antes, que achou que seriam muitas atividades para pouco tempo. Mas que participando percebeu que o enfoque da formação permanente é diferente: que ficava pensando - não vai ter aula formal? Gostou de ter momentos de reflexão,

que foi muito prático, atingiu os objetivos de fazer os DE mais acurados. Refere que o uso dos termos histórias de vida e autobiografia gerou confusão. As atividades sobre história de vida foram interessantes, porque deu para se colocar no lugar do outro. Que teve aprimoramento das habilidades relacionadas aos DE. Que ainda não começou a executar seu projeto - atividades com os filhos, que falta tempo, mas pretende colocá-lo em prática no próximo ano. (P2, diário de campo)

P4 diz que anteriormente a preocupação era levantar DE, que atualmente sua preocupação é estabelecer o DE mais acurado. Que as enfermeiras ainda trabalham com problemas, algumas ainda não conseguem fazer raciocínio clínico e estabelecer DE. Que as atividades aproximaram o grupo, pois as enfermeiras eram de unidades diferentes. Disse que achou interessante, diferente o exercício de avaliação da saúde. Gostou mais dos estudos de caso, porque levantar muitos DE a incomoda, que gosta de reduzir o número de DE. Para sua prática, o ganho foi raciocinar melhor antes de anotar os DE dos pacientes. Que seria interessante discutir mais os textos e estudos de caso escritos. Refere que é uma pessoa reflexiva, tem o costume de escrever metas para cada ano, que quando escreve costuma atingir o objetivo, senão ele passa batido. Que mudou seu projeto desde a última reunião, que pretende desenvolver mais seu lado profissional, e que vai esperar um pouco mais antes de tentar engravidar. (P4, diário de campo)

P7 gostou da dinâmica, dos estudos de caso, foram muito enriquecedores, levou a experiência para sua unidade, ela e a P3 estão estudando sobre os DE no PSI. Com relação a escrever e partilhar a história de vida, foi difícil porque teve uma "criação fechada", que fez uma autobiografia bem formal. No começo trabalhar com crianças foi difícil, é preciso conhecer seus limites. Quando começou a trabalhar no PSI percebeu que os funcionários sempre investigavam questões psicossociais, achava que isso era paranóia. O curso permitiu melhorar os termos utilizados, levantar DE mais acurados. Disse que seu projeto é realizar um mestrado, que já escreveu uma proposta para o mestrado, que não sabe se fará na USP ou na UNIFESP. (P7, diário de campo)

Tabela 7 - Adjetivos, pronomes, verbos e substantivos mais citados pelas participantes nas avaliações escritas sobre o programa (n=12)* (continua)

Número e	Número	Adjetivos	Pronomes	Substantivos	Verbos
tema da questão	de palavras diferentes				
1 Facilitadora	129	Importante (4), preparada (2), Acolhedora, agradável, comprometida, eficiente, fundamental, orientadora, ótima, pertinente, profissional, proveitosa, receptiva, respeitosa, simpática, tranqüila (1).	eu, mim, nos, ti (1)	Nome da facilitadora(4), nome da auxiliar de pesquisa (4), encontros (3), aprendizado, conteúdo, diagnóstico, discussões, orientação, raciocínio, vontade, prática, tema, textos, vontade (2), abordagem, avaliação, concreto, conhecimento, desenvolvimento, dificuldades, domínio, experiência, futuro, interesse, intervenção, mútuo, observações, organização, pensamentos, raciocínio clínico (1)	Conduzir, conhecer, explicar, fazer, mostrar, poder (2) agregar, criar, Dominar, ensinar, entender, envolver, expor, facilitar, falar, funcionar, fundamentar, influenciar, pensar, realizar, refletir, sentir, tornar, trazer, utilizar(1)
2 Contrato biográfico	93	Importante (6), excelente (2), fundamental, organizado, responsável (1)	Você (3), eu, mim (1)	Contrato (4), dados, pesquisa, realização, sigilo, trabalho, vida (2), amigos, aprendizado, atitude, comportamento, compromisso, curso, dimensão, documentação, encontros, ética, fato, formação, forma, informações, intimidade, legais, pertinência, pessoal, pessoa, prática, profissional, projeto, responsabilidade, segurança, sentido, seriedade, tempo, trabalho, vontade (1)	Ter (3), falar, utilizar (2), achar, aumentar, coletar, demonstrar, estar, expor, facilitar, fazer, ficar, influenciar, informar, manter, mudar, promover, propor, poder, realizar, sentir, tornar, trazer, vir
3 Avaliação de saúde	117	Interessante (6), Importante (4), Capaz, própria (2), diferente, efetiva, grande, parcialmente, responsável (1)	Nós (8), eu (2), nos, você (1)	Paciente (8), Avaliação (6), Estratégia (4), Vida (3), Experiência, Hetero, julgamento, lugar, pessoa, saúde (2), atitudes, autoavaliação, colega, conduta, empatia, formação, história, informação, objetivo, pessoa, prática, processo, sentimento, surpresa, trabalho, valor (1)	Fazer (8), avaliar, colocar, olhar, pensar, perceber, refletir (3), cuidar, poder (2), afirmar, alcançar, autoavaliar, auxiliar, conhecer, contribuir, envolver, estabelecer, evitar, exercitar, levar, parar, pegar, permitir, realizar, relatar, transformar, tratar, ter (1)

Tema da questão	Número de palavras diferentes	Adjetivos	Pronomes	Substantivos	Verbos
4 Casos reais	152	Acurado(4), Importante (4), Melhor (4), Diferente (2), Apropriado, bastante, comprometido, eficiente, excelente, facilitadora, relevante, rico, válido (1)	Nos (4)	Diagnóstico (9), Caso (6), Discussão, ponto (4), raciocínio clínico (3), curso, enfermagem, estudo, grupo, pediatria, preparo, processo, real, situação (2), aprendizado, aprendizagem, área, aspecto, assunto, característico, conceito, criança, cronograma, curricular, decisão, dia, dificuldade, efeito, específico, estratégia, fase, intervenção, momento, opinião, parte, pena pessoa, possibilidade, prática, problema, relação, sala, unidade, vida, visão (1)	Fazer (4), escolher, ser, ter (3), Ajudar, melhorar, pensar, perceber, poder, trazer (2), Achar, acontecer, acreditar, aprender, auxiliar, buscar, colocar, consolidar, contemplar, crer, decidir, desenvolver, dever, diagnosticar, funcionar, gostar, levar, limitar, manusear, orientar, preparar, propor, qualificar, selecionar, tentar, utilizar, ver (1)
5 Escrita da história de vida	162	Importante (6), Interessante (5), profissional (2), adorável, calma, essencial, legal, possível, relevante, rica, satisfeito, saudável (1)	Eu (5), Nós (4), Mim, você (1)	Vida (7), Raciocínio clínico (4). Paciente (3), História, prática, trajetória (2), Acadêmica, acostumada, adolescência, aspecto, assistência, autoavaliação, avaliação, caso, clínica, colega, contato, costume, enfermagem, estratégia, estudante, experiência, físico, hoje, idéia, importância, infância, jovem, passado, potencial, problema, profissão, sensibilidade, tempo, valorização, verdade (1)	Fazer (13), pensar (5), escrever, estar (4), perceber, poder, refletir, reviver, ver (3), avaliar, colocar, considerar, dever, lembrar, ser, ter, tornar, (2), abordar, achar, adquirir, buscar, contar, dedicar, desenvolver, emocionar, envolver, enxergar, gostar, influenciar, interrogar, organizar, passar, permitir, propor, querer, realizar, relembrar, repensar, selecionar, tratar, utilizar, valorizar, viver (1)
6 Partilha da história de vida	113	Interessante (5), importante, melhor, diferente (2), cheia, engraçado, fácil,, fútil, legal, pertinente, prazeroso, rica, surpreendente (1)	Nós (1)	História (8), Vida (5), pessoa (4), entrevista, momento, paciente (3), menina (2), admissão, aprendizado, aspecto, assistência, atualidade, caminho, comportamento, emoção, experiência, família, idéia, meta, oportunidade, prática, repercussão, sensação, sensibilidade, totalidade, valor (1)	valorizar, viver (1) Fazer (6), Ouvir (5), falar, partilhar, poder, ser, ter (3), expor, pensar, perceber (2), abordar, achar, carregar, conhecer, contar, conversar, costumar, depender, desenvolver, escrever, julgar, reconhecer, refletir, retirar, saber, sentir, solicitar, transcorrer (1)

Tabela 7 - Adjetivos, pronomes, verbos e substantivos mais citados pelas participantes nas avaliações escritas sobre o programa

(continuação)					
Tema da questão	Número de palavras diferentes	Adjetivos	Pronomes	Substantivos	Verbos
7 Textos	109	Americano, complexo, difícil, enriquecedor, grande, importante, interessante, melhor (2), legal, preciso, válido (1)	Los, nos (1)	Texto (8), Caso (6), leitura (5), conhecimento, diagnóstico (3), Assunto, enfermagem, prática, <u>raciocínio clínico (2)</u> , aprendizado, automonitoramento, comentário, compreensão, conceito, contexto, discussão, estudante, estudo, experiência, <u>formação</u> , indivíduo, Lunney, realidade, saúde, sentido, serviço, teoria (1)	Achar, ajudar, fazer, pensar, poder, ser (3), conseguir, saber, sedimentar (2) abolir, acrescentar, adequar, aprender, aprimorar, compartilhar, complementar, conseguir, descobrir, discutir, facilitar, focar, fugir, haver, ilustrar, levar,ler, raciocinar, refletir, relacionar, selecionar, suprir, ter, trazer (1)
8 Escrita do projeto	108	Importante (5), interessante (3), novo, possível (2), curto, fundamental, maluca, melhor, própria (1)	Nos (4), eu (2), mim (1)	Projeto, vida (6), Meta (5), profissional (4), pessoa, forma (3), Ação, atividade, avaliação, concreto, desenvolvimento, diversão, enfermagem, idéia, intervenção, momento, paciente (2), escolha, escrita, estudante, etapa, futuro, história, hoje, implicação, mente, objetivo, passado, plano, prática, prazo, significado, tempo (1)	Fazer (6), escrever, pensar (3), achar, considerar, dever, estar, haver, influenciar, organizar, permitir, poder, realizar, relacionar, ter, traçar (2), acreditar, alcançar, avaliar, conseguir, criar, entender, incluir, levar, nortear, planejar, refletir, rever, saber, tornar, trazer, viver (1)
9 Partilha do projeto	79	Interessante (5), anterior, importante (2), difícil, fundo, possível, própria, tranqüilo (1)	Mim, nos (1)	Projeto (5), vida (4), objetivo (3), Aprendizado, colega, meta, pessoa, plano (2), atividade, etapa, intervenção, momento, necessidade, participante, significado, similar, sonho, valor, variável, visão (1)	Poder (4), pensar (3), falar, fazer, ouvir, partilhar, saber, ter(2), achar, adaptar, avaliar, coincidir, conhecer, conseguir, crescer, determinar, envolver, escolher, esperar, estar, expor, haver, mudar, permitir, planejar, relacionar, ser, sentir, visualizar (1)

Tabela 7 -Adjetivos, pronomes, verbos e substantivos mais citados pelas participantes nas avaliações escritas sobre o programa

(continuação)

Tema da questão	Número de palavras diferentes	Adjetivos	Pronomes	Substantivos	Verbos
10 Encontros	86	Ideal, maior (3), adequado, possível, suficiente (2), bom, burocrático, complexo, curto, extenso, longo, melhor, pouco, próximo, satisfatório (1)	Nos (2)	Encontros (4), atividade, hora, tempo (3), Assunto, caso, dia, estudo, número, objetivo, vez, vontade (2), aula, biografia, casa, <u>raciocínio clínico</u> , conteúdo, discussão, maneira, pausa, problema, proveito, questionário, registro, retorno, tamanho, variedade, vez (1)	Poder (4), Dever, ser (3), Acreditar, ter (2), abordar, buscar, considerar, crer, dar, deixar, desempenhar, estimular, explorar, expor, fazer, gostar, perceber propor, sentir (1)
11 Atividades extra-classe	70	Importante (4), confusa, pouca (2), interessante, necessária, positivamente, significativa, tranqüila (1)	Nos (3), las (1)	Curso, leitura, resenha (3), Aprendizado, atividade, classe, conhecimento, sala, textos (2), Animadora, <u>raciocínio clínico</u> , compreensão, crítica, dedicação, discussão, encontro, foco, graduação, orientação, propósito, sentido, sobrecarga, tempo, valor, verdade (1)	Fazer (3), sedimentar (2), abordar, acabar, achar, agregar, ajudar, auxiliar, complementar, contribuir, dar, exigir, facilitar, haver, poder, propiciar, saber, ser, tornar (1)
12 Correio eletrônico	54	Efetivo, eficaz, eficiente, excelente, importante, maior, ótimo, pertinente, próximo, válido (1)		Comunicação (5), atividade (4), continuidade, discussão, encontro, estratégia, horário, mudança, participante, recurso, registro, sugestão, tarefa, tema, trabalho, troca (1)	Facilitar, poder, receber, ser (2), Abordar, assegurar, desenvolver, dever, executar, precisar, ter, utilizar (1)

Tabela 7 - Adjetivos, pronomes, verbos e substantivos mais citados pelas participantes nas avaliações escritas sobre o programa (conclusão)

Tema da questão	Número de palavras diferentes	Adjetivos	Pronomes	Substantivos	Verbos
13 Expectativas e sugestões	127	Diferente, novo, interessante (2), adequado, anterior, básico, denso, feliz, inesperado, melhor, parcialmente, pertinente, principalmente, surpreendente, tradicional (1)	Nos (2), eu (1)	Curso (7), Aula, expectativa, diagnóstico (4), caso, estudo (3), conceito, discussão, enfermagem, formação, hora, raciocínio clínico (2), assunto, audiovisuais, autobiografia, carga, certeza, conhecimento, dado, dia, disciplina, duas, encontro, espaço, estratégia, estrutura, experiência, figura, fim, história, informação, música, oportunidade, optativa, padrão, processo, recurso, reflexão, tema, verdade, vida, visão (1)	Poder (6), ter (4), mudar, acreditar, aprimorar, atender, realizar, superar, utilizar (2), Achar, acontecer, ajudar, aprender, apresentar, conhecer, conter, dever, diminuir, discutir, dizer, esperar, faltar, fazer, focar, fugir, gostar, haver, imaginar, levar, ocupar, propor, refletir, sair, saber, tornar, trabalhar, valorizar (1)

^{*}Quando apresentados com diversas variações, os adjetivos e substantivos foram colocados no singular e no masculino; os verbos no infinitivo. As palavras raciocínio clínico e formação estão destacadas na tabela, por serem o núcleo desta pesquisa.

A frase inicial do questionário foi "Avalie como as estratégias influenciaram sua formação sobre raciocínio clínico". O registro de todas respostas encontra-se no final deste relatório (Apêndice L).

Considerando as palavras mais freqüentes nas respostas para cada questão, e também incluindo algumas sugestões e críticas, destacamos algumas frases escritas pelas participantes:

Orientação da facilitadora nos encontros

"Achei que orientou bem os <u>encontros</u>, mostrou-se bastante comprometida com o programa" (P4)

"Tanto a <u>Erika</u> quanto a <u>Josi</u> foram facilitadoras nos encontros, influenciaram meu aprendizado e maior interesse pelo tema e pelo curso, pois <u>conduziram</u> as reuniões de forma tranquila e acolhedora" (P9).

"A Josi se envolveu bastante com cada tema e isso foi <u>importante</u> para o desenvolvimento das discussões, bem como para que eu pudesse me sentir à vontade em falar de mim e expor meus pensamentos. A Erika foi fundamental para organização das aulas e discussões em suas opiniões e controle do tempo" (P12)

♦ Contrato biográfico

"Excelente e importante para a realização do trabalho proposto. Assim as participantes também ficaram cientes da dimensão do trabalho e da importância de se manter o sigilo" (P3).

"A realização ou 'não do contrato não mudaria minhas atitudes perante o <u>sigilo</u> do que foi comunicado. Mas acho <u>importante</u> fazer isso, além de segurança para aquilo que você fala, traz respaldos legais". (P17)

"Excelente, foi organizado, facilitou meu comportamento com o curso" (P19)

♦ Estratégia de avaliação da saúde (auto e hetero)

- "Ajudou-me a ver como os <u>pacientes</u> se sentem ao relatar coisas da sua vida pessoal" (P4)
- "A auto e hetero avaliação foram as grandes surpresas do curso, e responsáveis por transformar o curso em algo muito <u>interessante</u>, me fez refletir mais sobre como <u>fazer</u> um diagnóstico" (P14)

"A auto-avaliação foi <u>interessante</u> pois nos exercitou com relação a nossa empatia ao cuidarmos de outras pessoas. Nos auxiliou a evitar os pré-julgamentos e fez com que pensássemos em como está a nossa própria saúde. A hetero-avaliação também foi um exercício que nos auxiliou a elencar informações relevantes ao entrevistarmos a nossa colega, e a partir disso avaliarmos a sua saúde" (P19)

♦ Preparo e discussões sobre os casos reais

"Foi excelente. Acredito que qualificou um pouco mais a nossa forma de diagnosticar, ou melhor, no levantamento dos <u>diagnósticos</u> de enfermagem". (P3)

"Achei este ponto um dos mais importantes do curso pois me ajudou a utilizar o raciocínio clínico na escolha dos <u>diagnósticos</u> mais <u>acurados</u> para cada caso. Na minha opinião este foi o ponto mais rico do curso, fomos bem orientadas pela facilitadora" (P4)

"Quando preparei o estudo de caso sobre criança estava no curricular em pediatria, e tentei escolher um <u>caso</u> que fosse amplo e bem característico de uma unidade pediátrica, então levei alguns dias para decidir qual era o melhor, depois de escolhido, a discussão sobre o estudo de caso que eu trouxe e os demais foram muito legais, pois quando se discute em grupo cada um traz uma contribuição e no que uma pessoa pensou como diagnóstico talvez eu nem teria pensado, e assim você consegue refletir sobre o assunto, foi uma experiência enriquecedora". (P14)

"Fez parte de todo o processo de aprendizagem, pena que esses casos se limitaram a dois, creio que seria, numa fase inicial, fazer bastantes casos, seguir o cronograma, passando por diferentes áreas, já que há diagnósticos muito específicos, e ai sim, ir para a segunda parte. mas entendo o período curto do curso". (P17)

♦ Escrita da história de vida

"Achei que foi <u>interessante</u>, mas pouco relevante no raciocínio clínico, talvez pelo fato de sermos pessoas jovens e saudáveis e estarmos acostumadas a utilizar o <u>raciocínio clínico</u> para tratar de pessoas com problemas físicos, psíquicos e sociais" (P4)

"Me_fez_reviver momentos de minha vida e pensar mais sobre nós mesmos. muito interessante, o colega ter de escrever a minha <u>história de vida</u> na primeira pessoa. O <u>raciocínio clínico</u> envolve também se colocar na presença do outro e pensar que nem sempre o que julgo mais relevante ou <u>importante</u> é o que o paciente julgará como mais relevante e importante, pois só ele sabe o valor e a importância de suas experiências de vida" (P10).

"Escrever sobre minha história de vida foi <u>importante</u> porque <u>fez</u> com que eu tivesse contato com acontecimentos bons e outros que na verdade nem gostaria mais de lembrar, mas são essenciais na minha **vida**. Isto me fez pensar nos pacientes que devem ser vistos como um todo" (P13).

"Etapa muito <u>importante</u> também porque me <u>fez</u> refletir sobre a minha vida, o que <u>fiz</u>, o que deveria ter <u>feito</u>, o que <u>faço</u> na minha prática de estudante para me tornar uma boa **profissional** de enfermagem" (P16).

♦ Partilha da história de vida

"No momento da partilha, pude pôr em prática a sensibilidade desenvolvida. Reconheci a importância dos fatos e experiências expostas na <u>vida</u>, e na consideração de quem falava. Foi muito prazeroso perceber que <u>histórias</u> tão ricas e cheias de caminhos diferentes estavam ali, naquele momento, encontrando-se umas com as outras e ajudando a enriquecer cada uma das histórias presentes." (P12)

"Me <u>fez</u> ver que os pré-conceitos que <u>fazia</u> de algumas pessoas eram fúteis e me <u>fez</u> pensar no valor da <u>vida</u>, e como é importante a família na vida de cada um." (P16)

"Foi <u>interessante</u>, principalmente <u>ouvir</u> daquela pessoa que fiz a entrevista. Percebi que mesmo com uma entrevista bem feita, e com muitos aspectos abordados, nunca

se sabe da totalidade daquela pessoa, sua história total. Isso me <u>fez</u> refletir que não basta por exemplo saber um fato, mas saber em que fase de vida a pessoa estava quando isso ocorreu. Isso influenciou no <u>raciocínio clínico</u> que nunca se saberá a complexidade de tudo. "(P17)

♦ Leitura de textos

"Importantes para sedimentar o conhecimento, apenas os textos da Lunney achei bastante complexos, talvez uma segunda leitura ajudaria". (P9)

"Os textos foram muito enriquecedores no sentido em que puderam mostrar a dimensão do assunto <u>diagnóstico de enfermagem</u>. Com a leitura deles pude descobrir que ainda há muito o que aprender para conseguir adequar para cada <u>caso</u> e para cada indivíduo um diagnóstico realmente acurado. Foi um <u>conhecimento</u> que se iniciou e que de fato não se esgota. Percebi que, como diz o filósofo, "só sei que nada sei", mas que esse é o início e, por isso, já é significante." (P12)

"Os textos são muito <u>interessantes</u>, os estudos de <u>caso</u> até certo ponto foram legais, mas alguns fogem um pouco do nosso contexto, digo, não exatamente os estudos de casos, mas os comentários destes, focando uma realidade de serviço de saúde <u>americano</u>, que não é o mesmo do nosso. O texto de automonitoramento achei bacana, mas muito <u>complexo</u>." (P14)

"A leitura facilitou o andamento do curso e a compreensão de diversos conceitos, além do que nos trouxe um grande **aprendizado**, acerca do **raciocínio clínico** e entre outros assuntos." (P20)

♦ Escrita do projeto

"Achei <u>interessante</u>, mas ainda não consegui relacionar esta atividade com as outras. É como se as etapas anteriores tivessem mais significado. (P3)

"Levou-me a entender que ao traçar intervenções de enfermagem estamos <u>fazendo</u> <u>projetos</u> para o paciente. Portanto é fundamental incluirmos, na medida do possível, o paciente no desenvolvimento de intervenções para que as metas sejam alcançadas. (P10)

"Foi <u>importante</u> para traçar novas metas e objetivos de <u>vida</u> que ainda não havia realizado como estudante de enfermagem, ou seja, principalmente as <u>metas</u> relacionadas com a prática <u>profissional</u> (P16)

"Bom, nos dá a idéia de que devemos planejar, <u>fazer</u> algo concreto para nosso futuro. Acho que traz idéia que devemos também nos preocupar com os <u>projetos</u> das pessoas, pois isso também influencia na vida da pessoa neste momento, e não só saber do passado. (P17)

♦ Partilha do projeto

"Permitiu conhecer um pouco mais a fundo o outro e pensar sobre suas necessidades, em quais variáveis podem ter influenciado a escolha de determinado **projeto.**" (P9)

"Foi <u>interessante</u> ouvir os planos das pessoas, mas foi um pouco difícil falar de mim, me senti um pouco exposta. (P12)

"Não sei o quanto isso mudou, só me <u>fez</u> pensar que nunca havia pensado nessas coisas anteriormente. Foi mais um aprendizado (P17)

"Com a partilha do **projeto** podemos ver um pouco de quais são os objetivos de vida uma das outras e com isso podemos avaliar como é que estão nossas próprias metas de **vida.** (P20)

♦ Tempo e número de encontros

"Foram bons, mas percebo que os primeiros foram um pouco extensos, sem muito proveito, talvez porque o objetivo era que nos sentíssemos mais a vontade, expor melhor o objetivo, deixar-nos a vontade para os próximos **encontros.** (P3)

"Foi <u>adequado</u> devido as atividades acadêmicas, e retorno para casa (longa jornada). (P10)

"Duas <u>horas</u> por dia foi satisfatório, pois desta maneira os encontros não foram cansativos. Acredito que o número de encontros <u>poderia</u> <u>ser maior</u>, assim poderíamos ter explorado mais variedades de estudos de caso, sobre nossas biografias. (P14)

"Considero que foi pouco <u>tempo</u> para um assunto tão importante e complexo (P15)

♦ Atividades extra-classe

"Importantes para sedimentar o conhecimento" (P13)

"As leituras foram significativas, facilitaram a compreensão do curso. Achei a resenha um pouco confusa, na verdade a orientação da resenha foi confusa, não sei se fiz a resenha dos textos certos." (P14)

"As atividades extra-classe sempre são importantes para que possamos <u>sedimentar</u> e aprimorar melhor o conhecimento obtido nos encontros (especialmente a leitura de textos)" (P16)

"Não deu para <u>fazê-las</u> com tempo e dedicação. Já que a graduação nos exige muito, mas acho que foram <u>poucas</u>." (P17)

♦ Comunicação por correio eletrônico

"Importante para lembrar as tarefas que deveriam ser executadas" (P9)

"<u>Poderia</u> ter sido <u>maior</u>, principalmente para comunicação sobre as próximas atividades." (P13)

"Recebi todas as informações <u>pertinentes</u> como mudanças de horário dos encontros, temas abordados e atividades a serem desenvolvidas por email. <u>Facilitou</u> muito a <u>comunicação</u> entre todos os participantes." (P16)

"**Ótimo** recurso " (P19)

♦ A formação atendeu às suas expectativas? O que você mudaria?

"<u>Sim</u>, na verdade aconteceu de uma forma <u>inesperada</u>, que eu nem poderia imaginar, relacionado ao <u>processo em si</u>. Foi uma <u>experiência diferente</u>, que fugiu um pouco dos padrões tradicionais de aula, de curso. E isto foi <u>interessante</u>." (P3)

"Sim, atendeu minhas expectativas, acho que seria interessante discutir os textos nos encontros, isto tornaria o curso mais denso e ajudaria muito na formação do raciocínio clínico." (P4)

"Sim. Não mudaria, pois achei a estrutura e proposta muito boas." (P9)

"Sim, saio do curso feliz. Pude aprender coisas novas sobre diagnósticos de enfermagem e raciocínio clínico e refletir sobre a vida, um pouco mais. Não sei se seria pertinente, mas utilizar recursos audiovisuais para levar à reflexão (figuras, música) poderia ser uma boa estratégia, por exemplo nos estudos de caso ou reflexão sobre histórias de vida. Um poema, talvez, mas é só uma observação para tornar o ambiente mais reflexivo, filosófico." (P10)

"Acho que ainda falta aprender muito, mas <u>o básico e a complexidade</u> do tema <u>me</u> <u>foram apresentados</u> de forma adequada. Acho que nas aulas em que houve estudos de caso, eles deveriam ocupar menos espaço na aula, a fim de <u>valorizar</u> um pouco mais os <u>conceitos</u>." (P12)

"Sim superou minhas expectativas, mudaria a carga horária, diminuindo uma aula." (P13)

"O curso <u>superou</u> as minhas expectativas, esperava um curso focado nas discussões de estudo de caso e ele foi <u>surpreendente</u>, principalmente nas <u>autobiografias e</u> <u>partilha das histórias</u>. Acredito que o curso poderia ter <u>mais tempo</u> em dias, mas manter duas horas por encontro." (P14)

"Parcialmente, gostaria de ter trabalhado mais com estudos de caso." (P15)

"Sim, atenderam as minhas expectativas. Pude aprimorar o conhecimento que já possuía de diagnósticos, conheci assuntos novos como a NIC e NOC, além das informações contidas nos textos. Não mudaria nada, apenas aprimoraria o que foi dado, como disse anteriormente, com a discussão de mais casos, especialmente abordando distintas áreas do conhecimento (administração/ doente crônico/ mulher) " (P16)

"Sim, mudou minha visão. Com certeza foi realizar os diagnósticos de forma diferente e melhor." (P19)

"Com essa formação <u>pude ampliar os conceitos</u> sobre diagnósticos de enfermagem, pois na disciplina optativa não tive a oportunidade de realizar discussões como as que tivemos neste curso. Acredito que as <u>estratégias</u> utilizadas foram <u>boas</u> e fizeram com que atingisse as expectativas do curso". (P20)

P2 preparou um café para todos os encontros, para ser partilhado no grupo.

P8 e P14, que escreveram em seus projetos que desejavam estudar gastronomia e culinária, trouxeram para o grupo, nos encontros 7 e 8, uma torta e um pão recheado.

P10, que sugeriu a inclusão de figuras, músicas, poemas nos encontros, escreveu em seu projeto uma frase "Nós devemos ser a mudança que desejamos ver no mundo" (Mahatma Gandhi). Na sua história de vida acrescentou a música "Brincar de viver", do compositor e cantor brasileiro Guilherme Arantes.

Brincar de viver (Guilherme Arantes)

Quem me chamou? Quem vai querer voltar pro ninho Redescobrir seu lugar... Prá retornar e enfrentar o dia-a-dia Reaprender a sonhar

Você verá que é mesmo assim Que a história não tem fim Continua sempre que você responde sim A sua imaginação A arte de sorrir Cada vez que o mundo diz não

Você verá
Que a emoção começa agora
Agora é brincar de viver...
Não esquecer
Ninguém é o centro do universo
Assim é maior o prazer...

Você verá que é mesmo assim Que a história não tem fim Continua sempre que você responde sim A sua imaginação A arte de sorrir Cada vez que o mundo diz não

Eu desejo amar A todos que eu cruzar Pelo meu caminho Como eu sou feliz Eu quero ver feliz Quem andar comigo

Após o último encontro, P17 enviou por correio eletrônico ao G3, inclusive pesquisadoras e auxiliar de pesquisa, um link para visualização na internet, da música "Letter to me" do compositor e cantor americano Brad Paisley****, a qual descreve uma reflexão de um adulto sobre sua adolescência – experiências com família, namoradas, amigos, escola, seus sentimentos em relação a esse passado, presente e futuro, como os projetos que realizou e gostaria de ter realizado.

Incluímos esta música no relatório, pois consideramos que se trata de uma experiência reflexiva da participante, que desejou partilhar com o grupo, conforme sua descrição no correio eletrônico:

Tô passando pra mandar a música que comentei semana passada(...) como disse, acho que é pra continuar a reflexão! No começo parece meio piegas, mas é bom, pelo menos eu gostei... Ouçam até o final!!!!! Espero que gostem e reflitam um pouco, não é nada direto, uma mensagem linda! É algo

^{§§§} Disponível no site You Tube http://www.youtube.com/watch?v=3lyIRiNdDy0. Acesso em 14.12.2008.

^{****} Localizamos no site http://en.wikipedia.org/wiki/Letter_to_Me, em 14 de dezembro de 2008, as seguintes informações sobre o compositor e a música: Brad Paisley é um ganhador do prêmio Grammy Award - country music. Ele é cantor ou compositor de 12 músicas no U.S. Billboard Hot Country Songs. A música "Letter to me" esteve em primeiro lugar no mês de fevereiro de 2008 no U.S. Billboard Hot Country Songs e no Canadian Country Singles Chart.

Paisley inspirou-se em escrever "Letter to Me" após sua esposa, Kimberly Williams-Paisley, ser solicitada, em 2007, para escrever sobre o livro What I Know Now: Letters to My Younger Self, e pensou que escrever uma carta para ele mesmo mais jovem poderia ser uma boa idéia para uma música country. Na música, fez referências a ruas e pessoas de sua cidade natal, Glen Dale, West Virginia, como a Professora Brinkman; no vídeo incluiu imagens de sua formatura em 1991.

pra vc ouvir e pensar o que vc talvez estaria escrevendo pra vc nessa situação ou o que vc já passou e gostaria de ser avisada por vc mesmo, se pudesse....Bom, é isso! Bom fim de ano!!!! Muitas energias boas pra todos e bom 2009!!!
(P17, mensagem enviada por correio eletrônico ao G3)

Letter to me (Brad Paisley)^{††††}

Letter to me (Brad Paisley)		
If I could write a letter to me	Se eu pudesse escrever uma carta para mim	
And send it back in time to myself at 17	E de volta no tempo, enviá-la para mim quando tinha 17 anos.	
First I'd prove it's me by saying look under your bed	Em primeiro lugar, provaria que sou eu mesmo dizendo "olhe embaixo de sua cama"	
There's a Skoal can and a Playboy no one else would know you hid	"Tem uma lata de Skoal e uma Playboy que ninguém mais sabe que você esconde"	
And then I'd say I know it's tough	E então eu diria que eu sei que é difícil	
When you break up after seven months	Quando você termina depois de sete meses	
And yeah I know you really liked her and it just don't seem fair	E sim, eu sei, que você realmente gostava dela e isso não parece justo	
All I can say is pain like that is fast and it's rare	Tudo o que eu posso dizer é que dor como essa é rápida e rara.	
And oh you got so much going for you going right	Oh, você ganhou tanto caminhando para si mesmo e andando direito	
But I know at 17 it's hard to see past Friday night	Mas eu sei que aos 17 anos é duro ver passar a noite de sexta-feira	
She wasn't right for you	Ela não era para você	
And still you feel like there's a knife sticking out of your back	E você ainda sente como se tivesse uma faca perfurando suas costas	
And you're wondering if you'll survive	E você se pergunta se sobreviverá	
You'll make it through this and	Você fará isso passar e você verá	

 †††† Tradução livre realizada pelas pesquisadoras.

-

you'll see You're still around to write this letter to me

Você ainda está por aí para escrever esta carta para mim

At the stop sign at Tomlinson and Eighth

Na placa de pare da Tomlinson com a Eighth

Always stop completely don't just tap your breaks

Sempre pare completamente, não adianta só reduzir

And when you get a date with Bridgett make sure the tank is full

E quando você conseguir um encontro com a Bridgett, esteja seguro que o tanque está cheio

On second thought forget it that one turns out kinda cool

Pensando novamente, esqueça isso, parece que foi legal

Each and every time you have a fight

Cada e todas as vezes que você tiver uma briga

Just assume you're wrong and dad is right

Apenas assuma que você está errado e que seu pai está certo

dad is right

E você realmente deveria agradecer a Sra Brinkman

And you should really thank Mrs. Brinkman

Ela gastou tanto tempo extra

She spent so much extra time

Ela gastou tanto tempo extra

It's like she sees the diamond underneath

É como se ela visse o diamante escondido

And she's polishin' you 'til you shine

E ela está polindo até que você brilhe

And oh you got so much going for you going right

Oh você ganhou tanto caminhando para si mesmo e andando direito

But I know at 17 it's hard to see past Friday night

Mas eu sei que aos 17 anos é duro ver passar a noite de sexta-feira

Tonight's the bonfire rally

Esta noite é a reunião na fogueira

But you're staying home instead because if you fail Algebra

Mas você fica em casa porque você pode reprovar em Álgebra

Mom and dad will kill you dead

Mamãe e papai vão te matar

Trust me you'll squeak by and get a C

Confie em mim, você passará raspando e conseguirá um C

And you're still around to write this letter to me

E você ainda está por aí para escrever esta carta para mim

You've got so much up ahead

Você conseguiu tantas coisas boas adiante

You'll make new friends Você fará novos amigos E deveria ver suas crianças e esposa You should see your kids and And I'd end by saying have no E eu terminaria dizendo não tenha medo fear These are nowhere near the best Esses não são nem de perto os melhores years of your life anos de sua vida I guess I'll see you in the mirror Eu acho que verei você no espelho When you're a grown man Quando você for um homem crescido P.S. go hug Aunt Rita every PS: Vá abraçar a Tia Rita sempre que você puder chance you can Oh você ganhou tanto caminhando para si And oh you got so much going for you going right mesmo e andando direito But I know at 17 it's hard to see Mas eu sei que aos 17 anos é duro ver past Friday night passar a noite de sexta-feira I wish you'd study Spanish Eu queria que você tivesse estudado Espanhol Eu queria que você tivesse tido aula de I wish you'd take a typing class datilografia Eu queria que você não ficasse I wish you wouldn't worry, let it aborrecido, deixe estar I'd say have a little faith and Eu diria tenha um pouco de fé e você verá you'll see If I could write a letter to me Se eu pudesse escrever uma carta para mim To me Para mim

5. DISCUSSÃO

Ao conhecimento dos homens pertence a virtude dos medicamentos, e o Altíssimo deu aos homens a ciência, para ser por eles honrado nas suas maravilhas, com eles cura e mitiga a dor. Filho, não te descuides de ti mesmo na tua enfermidade, mas faze oração ao Senhor, e ele te curará. **Eclesiástico**, 38:6,9.

Conhece a ti mesmo. **Sócrates**, Templo de Delfos.

A hipótese que embasou esta pesquisa-formação foi de que as atividades metacognitivas relacionadas às histórias de vida dos participantes (cuidado de si) permitiriam o aprimoramento do raciocínio clínico sobre os pacientes (cuidado dos outros).

Essa hipótese partiu dos pressupostos teóricos de que:

- a enfermagem é constituída pelos conhecimentos empírico, ético, estético e pessoal, os quais exigem métodos para seu desenvolvimento que são diferentes entre si, contudo, conectados mutuamente;
- o raciocínio clínico contém elementos pertencentes aos domínios afetivo e cognitivo, tratando-se sobretudo de uma orientação da mente, com determinados estilos de pensamento, os quais podem ser recuperados em atividades metacognitivas;
- o diagnosticador deve reconhecer como e quanto seus conhecimentos, habilidades, expectativas, atitudes e valores, experiências prévias pessoais e profissionais influenciam suas decisões clínicas;
- ao realizar a reflexão sobre si mesmo, o profissional de saúde reaviva em sua memória as múltiplas influências que o formam, e as que formam o outro e, portanto, dinamizam os conhecimentos necessários nas relações com os usuários, os colegas de trabalho, com sua profissão.

Apresentamos agora a discussão dos resultados, de acordo, com os referenciais teóricos escolhidos.

5.1. RACIOCÍNIO CLÍNICO PERMEADO PELAS EXPERIÊNCIAS PRÉVIAS, VALORES E ESCOLHAS ÉTICAS

De acordo com os trabalhos de Gordon⁽¹⁵⁾ e colaboradores - publicado em 1994, e Corrêa⁽¹⁶⁾ – doutorado defendido em 2003, o raciocínio clínico ocorre no momento da vivência prática da enfermagem, no contato com os pacientes e suas famílias, a qual requer o processamento de informações que, por sua vez, é permeado por valores, componentes morais e éticos.

Essas autoras compreendem que esses processos são concomitantes, ou seja, todas as decisões sobre diagnósticos, intervenções e avaliações sobre resultados possuem aspectos intrínsecos a cada enfermeira (sua formação, sua autopercepção como cuidadora, seus valores e interesses), que dialoga e ajusta-se a determinada cultura institucional e profissional (contexto) e às relações possíveis com os usuários do sistema de saúde.

Como afirmaram Gordon e colaboradores⁽¹⁵⁾

In many studies of human judgment, information is provided to subjects, whereas in real life tasks, information is purposefully collected and analysed within some format that reflects the clinician's interest. Also, ecologic validity in research argues for recognition of the purpose, or motivation, for engaging in a judgment task; this is expressed in a psychologic set. The helping role and the set to describe and explain a situation are examples of psychologic set that act as motivational variables in nursing.(...) In the ethical or diagnostic domain*, interpretation of information is influenced by variables such as the conceptual focus (scope of assessment), motivational set of subjects (purpose), and the reliability and validity of information.(...)

The integrated model of diagnostic-therapeutic and ethical reasoning would suggest a number of important considerations in information collection and interpretation. First, scope of information collected is influenced by a

_

o destaque em negrito é nosso.

nurse's philosophic basis for practice, especially the beliefs about nursing's conceptual focus and its social mandate. Values, implicit or explicit, underlie choices about what information is worth of collection, particularly in situations where time constraints exist. Second, the personal and sometimes confidential nature of clinical data and the personal style of interaction used to collect information suggest that autonomy, beneficence, and confidentiality may influence information collection and interpretation (...)

The most significant strength of an integrated approach to information collection is to encourage sensitivity to ethically relevant cues in the admission and daily assessment. (p.61-62)

Explicando seu modelo teórico "Raciocínio clínico: o desafio de cuidar", Corrêa (16) comentou que os valores da enfermeira são fundamentais para a compreensão do raciocínio clínico:

No raciocínio clínico*, o enfermeiro age e pensa de acordo com os significados que constrói sobre a situação em que se encontra. Os significados são transformados continuamente durante as interações, o que faz o processo ter alto grau de influência de características individuais.

Os dados do estudo compatibilizam-se com essa perspectiva e a importância do contexto expressa-se no constructo Atribuindo valor ao cuidar. Esse constructo foi determinado pelas descrições das experiências dos enfermeiros, quando eles referiam-se a um ambiente, que funciona como um interstício, que permeia e modula todos os processos de pensamento, julgamento e tomada de decisão na experiência clínica. É importante ressaltar que, apesar de podermos considerar esse ambiente como "interno", ele vai se constituindo por processos sócio-culturais inerentes à forma de o enfermeiro interagir com o mundo profissional em que está inserido, e por isso considerá-lo como exclusivamente "interno" é pouco apropriado. p.157)

Portanto, é um sistema complexo, e o ensino do raciocínio clínico não se pode resumir a simples exposição dos conhecimentos sobre as classificações, fisiopatologia, métodos intervencionistas ou os indicadores de resolução dos diagnósticos, mas, envolver processos reflexivos sobre a prática dos profissionais, a

fim de que eles próprios percebam os diversos componentes envolvidos, e as necessidades formativas visando ao seu aprimoramento.

Essas autoras geraram diagramas sobre os modelos teóricos que propuseram, os quais foram reproduzidos nos diagramas 1 e 2.

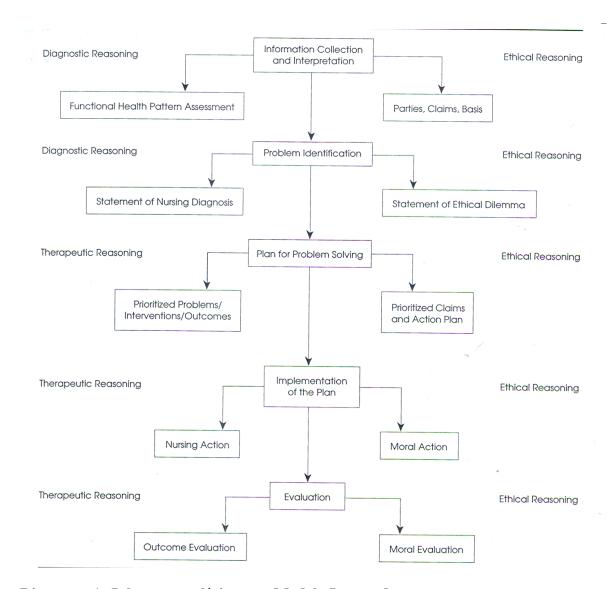


Diagrama 1- Julgamento clínico: um Modelo Integrado

Fonte: Gordon M, Murphy CP, Candee D, Hiltunen E. Clinical judgment: an integrated model. Adv Nurs Sci 1994;16(4):60.

-

^{*} o destaque em negrito é nosso.

Sobre o seu diagrama, Gordon e colaboradoras (15) clarificam:

In the center of the diagram is generic information processing, which is central to understanding reasoning in any of the three domains. The generic structure (center boxes) represents a summary of human judgment. The content within the components of the two domains, diagnostic-therapeutic (left boxes) and ethical judgments (right boxes), is derived from nursing philosophy, theory, and research. The model* is presented as a flow diagram to indicate that at one level of description, reasoning moves through a set of interrelated, interdependent operations. This is consistent with the familiar problem identification-problem solving sequence. For example, judgments about solving a problem cannot precede some level of problem recognition.

Although represented as a linear process, clinical reasoning within any of the components is complex and does not proceed in a predetermined, stepwise manner. More likely, clinicians consider multiple components (see center boxes) in an iterative manner, going back and forth among the components. For example, in ethical reasoning, prioritizing claims may require a reanalysis of information collected earlier in the process or may require the collection of additional information from a party in the dilemma. In addition, the flow diagram cannot capture adequately the dynamic interaction among domains within a component of clinical reasoning. Frequently, as a therapeutic judgment is being made, the clinician may reframe clinical data from an ethical perspective and subsequently identify a dilemma (p. 59)

^{*} o destaque em negrito é nosso.

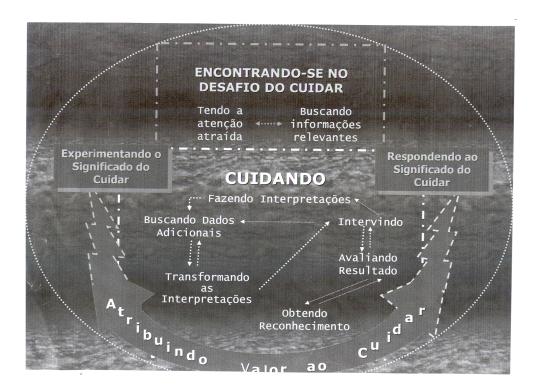


Diagrama 2 - Raciocínio clínico: o desafio de cuidar

Fonte: Corrêa CG. Raciocínio clínico: o desafio do cuidar [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003. p.146.

Corrêa⁽¹⁶⁾ também explicou alguns aspectos do seu diagrama:

O modelo de raciocínio clínico* representa uma experiência composta por fenômenos interdependentes, que caracterizam os processos mentais envolvidos. Esses fenômenos são ENCONTRANDO-SE NO DESAFIO DE CUIDAR e CUIDANDO. Permeiam esses fenômenos e modulam seus conteúdos, elementos que configuraram o constructo ATRIBUINDO VALOR AO CUIDAR.

A análise das descrições e a elaboração do modelo teórico foi embasada na perspectiva do Interacionismo Simbólico, complementada com algumas vertentes da Ciência Cognitiva (p.151)

ENCONTRANDO-SE NO DESAFIO DE CUIDAR, o enfermeiro se vê na tarefa de atribuir significados à situação em que ele entra de forma deliberada ou não. Esse desafio ativa uma série de processos cognitivos que o conduzem nas interpretações necessárias para, em última instância, decidir sobre qual ou quais são as necessidades de cuidado em questão. Isso corresponde ao raciocínio diagnóstico (p.152)

.

^{*} o destaque em negrito é nosso.

Como consequência de encontrar-se no desafio de cuidar(deliberadamente ou não), são desencadeados outros processos cognitivos componentes do raciocínio clínico. Esses componentes são a expressão legítima do cuidar e foram designados como CUIDANDO. O processo de interpretar, explicar e transformar o pensamento em ação é dinâmico e ocorre em um movimento helicoidal pelo qual, a cada nova explanação ou hipótese, o enfermeiro refaz a interpretação. Esse movimento continua até que o enfermeiro se sinta satisfeito com suas conclusões (p.153)

ATRIBUINDO VALOR AO CUIDAR (...) envolve dinâmicas entre os significados particulares do cuidar que são ativados pelas experiências, e as estratégias privilegiadas de reações ou respostas a esses significados. Portanto, temos um conjunto pessoal de crenças, valores, influências sociais, aspectos afetivos, espirituais e emocionais, o conhecimento clínico, habilidades cognitivas, experiências anteriores e atitudes, que determinam a atribuição de significados necessária ao raciocínio clínico (p.157-8)

Corrêa esclareceu ainda que o atribuir valor ao cuidar poderia ser desdobrado em dois componentes: EXPERIMENTANDO O SIGNIFICADO DO CUIDAR e RESPONDENDO AO SIGNIFICADO DO CUIDAR.

EXPERIMENTANDO O SIGNIFICADO DO CUIDAR* é a ativação, intencional ou não, de valores, crenças e atitudes sobre o cuidar, sobre a enfermagem e sobre a vida e a morte. Essa ativação desencadeia estratégias particulares de pensar-agir no cuidar. Isto é, desencadeia formas alternativas, simultâneas ou não, de responder aos significados experimentados pelo profissional. Esse elemento revelou-se a partir de componentes que emergiram dos relatos dos enfermeiros (Corrêa 16, p.121)

RESPONDENDO AO SIGNIFICADO DO CUIDAR envolve diversas respostas ou recursos, que o enfermeiro lança mão para julgar, e mais do que isso, para desenvolver julgamentos mais pertinentes ou adequados, visando a resultados de maior qualidade para o cuidado (Corrêa¹⁶, p.132).

Os dois modelos teóricos sobre raciocínio clínico escolhidos para análise dos dados são similares e complementares. Consideram que toda a análise das

_

^{*} o destaque em negrito é nosso.

informações sobre os pacientes depende dos valores e atitudes das enfermeiras em relação a si mesmas, aos pacientes e à importância que atribuem ao seu trabalho.

Nos encontros, percebemos diversos momentos em que as participantes expressaram e realizaram experiências que englobaram esse cuidado a si mesmas e aos outros.

5.1.1. Coleta de informações, interpretações e julgamentos clínicos

Houve diversas possibilidades de coletar informações, interpretá-las e realizar julgamentos, as quais resultaram na expressão de hipóteses sobre diagnósticos, intervenções e resultados que poderiam ser esperados nos casos reais e nas auto e hetero-avaliações, conforme a descrição do quadro 9.

Durante os encontros foram trabalhados nos grupos diversos temas relacionados à coleta de informações, interpretações e julgamentos clínicos, como coleta de dados psicossociais, contexto para coleta de dados, ética na coleta de dados/ nas interações, habilidades interpessoais durante coleta de dados/ interações, instrumento para coleta de dados, intervenções psicossociais, sentimentos durante coleta de dados/ interações, tempo-espaço para reflexão, acurácia diagnóstica, análise de informações, automonitoramento sobre a coleta de dados, automonitoramentos sobre habilidades interpessoais, complexidade do caso, competências profissionais, conhecimentos de fisiopatologia, contexto da assistência, estudo da literatura científica. (quadro 10).

Achei bastante válidos os textos selecionados. Mas o mais importante foram as experiências compartilhadas e os estudos de caso discutidos, porque aí sim estava um pouco da parte prática relacionada a alguns textos lidos. (P3, sobre os textos, avaliação do programa)

Foi excelente. Acredito que qualificou um pouco mais a nossa forma de diagnosticar, ou melhor, no levantamento dos diagnósticos de enfermagem. (P4, sobre os casos reais, avaliação do programa)

Pude aprimorar o conhecimento que já possuía de diagnósticos, conheci assuntos novos como a NIC e NOC, além das informações contidas nos textos. Não mudaria nada, apenas aprimoraria o que foi dado, com a discussão de mais casos, especialmente abordando distintas áreas do conhecimento (administração, doente crônico, mulher, etc). (P19, sobre as suas expectativas, avaliação do programa)

Foi possível entender melhor como funciona o processo de raciocínio clínico, pois pudemos elencar os aspectos importantes na formulação de um diagnóstico. As estratégias utilizadas pela facilitadora (textos discutidos em sala, resenha e auto-avaliação) foram muito relevantes. (P20, sobre a facilitadora, avaliação do programa)

5.1.2. Verbalização dos dilemas ético/ morais

As participantes puderam expor ao grupo suas experiências e pensamentos sobre dilemas ético/ morais que vivenciaram durante as atividades relacionadas ao raciocínio clínico.

Essas expressões foram observadas nos temas coleta de dados psicossociais, competências profissionais, ética na coleta de dados/ nas interações, coleta de dados e intervenções psicossociais, estudo da literatura científica, participação dos pacientes nas decisões clínicas, relato de violência, acurácia diagnóstica, automonitoramento sobre a coleta de dados, complexidade do caso, complexidade das histórias de vida, contexto da assistência, estrutura do hospital, estrutura do sistema de saúde, estrutura social, expectativas sobre a história de vida futura, risco de sofrer violência.

Como exemplificam as manifestações:

No G1, discutiu-se que o diagnóstico psicossocial relacionado ao caso do PSI mereceria um acompanhamento pelo sistema de assistência primária (UBS, PSF), incluindo visita domiciliária, como foi sugerido no caso escrito "Uma criança com asma", mas que no sistema de saúde brasileiro não há disponibilidade do mesmo quadro de pessoal, como as

enfermeiras nos espaços educativos dos Estados Unidos - as enfermeiras escolares. (interesse pelo caso, estrutura do sistema de saúde)

No G2, caso da UTI Neonatal, a escolha dos diagnósticos foi mediada pela verificação na NOC e NIC sobre resultados (crescimento 1 mês, eficácia bomba cardíaca, amamentação bebê) e intervenções possíveis (cuidados cardíacos, alimentação, promoção de vínculo). A pergunta norteadora da facilitadora durante esse processo foi "se fizermos esta intervenção conseguiremos uma melhora no estado de saúde do bebê?". (estudo da literatura científica)

P1 discutiu quais seriam as competências de cuidados pelos leigos e pelos profissionais de saúde, as exigências do COREN. (competências profissionais)

P2 ponderou que só se deve fazer perguntas se você pretende utilizar esses dados, se for possível tratar, por ex. sobre atividades sexuais – somente se for pertinente, porque senão parecerá simplesmente curiosidade, invasão da vida, da intimidade alheia. Que outras perguntas não são fáceis de serem feitas em um primeiro encontro. Comentou que se sentiria à vontade para fazer diagnósticos psicossociais se esses fossem acompanhados por uma psicóloga ou assistente social (Ética na coleta dos dados/ nas interações; intervenções psicossociais; competências profissionais)

P3 e P7, que trabalham com crianças, comentaram que algumas mães não gostam de responder questões relativas à família, suporte social, condições em que a criança sofreu o "acidente", mas que ainda assim as enfermeiras o fazem, porque se preocupam com os casos de negligência, violência doméstica, que, às vezes, fazem diagnósticos psicossociais, mas não registram no prontuário, e transferem o caso para a assistente social, que valida esses diagnósticos, e realiza intervenções junto a comunidade, ao Conselho Tutelar, ao Juiz, exemplos: criança não tem registro de nascimento, ferimentos suspeitos de violência -TCE, fraturas (Coleta de dados e Intervenções psicossociais, complexidade das histórias de vida, competências profissionais)

P6 comentou que é mais difícil levantar DE psicossociais junto aos adultos, porque às vezes os adultos não querem falar sobre esses aspectos, que é mais fácil realizar um

diagnóstico psicossocial quando a questão está exacerbada (ex: ansiedade). Mas que já acompanhou casos de pessoas susceptíveis— como uma mulher com esquizofrenia, que relatou abuso sexual por um comerciante, e uma senhora, cuja filha relatou maus tratos realizados pelo pai (coleta de dados psicossociais, complexidade das histórias de vida, relato de violência, relato de história de vida — passado e presente)

P6 salientou que ela percebe um movimento do HU em buscar a solução para os casos, em orientar as famílias, acompanhar os doentes. Lembrou ainda o projeto do Centro de Cuidadores. . (estrutura do hospital)

P17 relatou que pensou em como a entrevistada estava se sentindo em expor sua intimidade, que seria estranho discutir dos diagnósticos com o paciente. (sentimentos durante coleta de dados/ interações, participação do paciente nas decisões clínicas)

P18 comentou uma experiência em saúde coletiva: como foi difícil fazer uma entrevista com um usuário que tinha AIDS há 9 anos, e revelou a ela e outra estudante, que ninguém sabia de seu diagnóstico; ele chorou muito durante a entrevista, e que, ao reavaliar essa situação, pensou em como poderia desenvolver maiores habilidades para sua prática profissional no futuro. (automonitoramento sobre habilidades interpessoais, relato de história de vida - passado e presente, expectativas sobre a história de vida futura)

Durante a formação, a facilitadora incentivou o reconhecimento desses dilemas ético-morais durante os processos de trabalho, e a organização racional e consciente de possíveis soluções para esses dilemas, como a negociação de recursos institucionais e do sistema de saúde. Nessas ocasiões, comentou "Seria possível estabelecer sistemas de comunicação mais eficazes entre os profissionais e as instituições sobre esses casos? Como a enfermeiras e estudantes poderiam contribuir para a melhoria da estrutura social, do hospital, do sistema de saúde?"

Duas enfermeiras participantes cuidaram da mesma paciente, em momentos diferentes, e após o término dos encontros, as pesquisadoras durante a análise dos dados, refletiram: "Como as enfermeiras e estudantes podem ampliar o tempo de

cuidado, conhecer o que ocorre com o paciente em diversos momentos de sua estada no hospital?"

5.1.3. Atribuição de valor ao cuidar

Para Corrêa ⁽¹⁶⁾, a atribuição de valor ao cuidar durante o raciocínio clínico, poderia ser expressa pela experimentação do significado de cuidar e pela resposta a esse significado do cuidado. E exemplificou esses conceitos, especificando categorias pelas quais poderiam ser observados entre os enfermeiros.

Experimentando o significado do cuidar	Respondendo ao significado do cuidar
do cultur	uo cuidai
(Des) Gostando de cuidar	Colocando-se no lugar do paciente
(Des) Conhecendo a enfermagem	Olhando macro e vendo micro
(Des) Valorizando a enfermagem	Revendo experiências
(Não) Tendo a expectativa do papel e	Interagindo com o paciente e outros
compromisso profissional	profissionais
(Não) Estando sensível ao que é relevante	(Des) Confiando em suas capacidades
	intelectuais
(Não) Tendo o cuidado entranhado	Considerando/ comparando padrões
(Não) Tendo consciência dos dilemas ético-	(Des) Conhecendo o paciente
morais	_
	Aplicando capacidades cognitivas
	Sendo persistente/ determinado
	Orientando-se pelo resultado esperado
	Orientando-se pelas normas e estrutura

Algumas dessas categorias, relacionadas ao significado do cuidado (**gostar de cuidar, conhecer e valorizar a enfermagem, expectativa do papel e compromisso profissional, estar sensível ao que é relevante, ter o cuidado entranhado**), foram comentadas pelas participantes como sendo uma busca durante a graduação e o exercício profissional, e também um ganho com as reflexões propiciadas no programa.

Documentação da <u>responsabilidade com o outro.</u>

<u>Responsabilidade é importante na prática profissional.</u>

Temos de utilizar informações/ dados dos pacientes de forma ética e responsável. (P10, sobre o contrato biográfico, questionário de avaliação do programa)

Foi adorável escrever minha história, relembrar certos fatos e enxergar meu potencial. Pude perceber quão rica torna-se minha história com cada experiência vivida e revivida. Diante disso, desenvolvi certa sensibilidade para valorizar ainda mais as histórias de vida de cada paciente, pois cada uma delas também é única e muito enriquecedora. Isso só aumentou meu interesse pelas pessoas! No momento da partilha, pude pôr em prática a sensibilidade desenvolvida. Reconheci a importância dos fatos e experiências expostas na vida, e na consideração de quem falava. (P12, questionário de avaliação do programa)

Pude <u>aprimorar o conhecimento que já possuía</u> de diagnósticos, <u>conheci assuntos novos</u> como a NIC e NOC, além das informações contidas nos textos (P16, questionário de avaliação do programa)

Foi interessante pensar e organizar aquilo que você busca. E perceber como influencia na sua idéia de profissão, profissional (P19, sobre a escrita da história de vida, questionário de avaliação do programa)

O cruzamento dos temas da Taxonomia NNN, discutidos por meio das auto, hetero-avaliações de saúde e dos casos reais, evidenciou a existência de diversos focos da própria saúde e da saúde das colegas que eram idênticos ou semelhantes aos focos dos casos que atenderam, como os diagnósticos, intervenções e resultados esperados para os temas atividade/ exercício, autopercepção, comportamento, conforto, eliminação, emocional, enfrentamento, nutrição, papéis/ relacionamento, sono/ repouso, valores/crenças (Quadro 9).

Acreditamos que essa semelhança favoreceu a experiência de **colocar-se no lugar do paciente**. Essa constatação foi expressa por P4 e P19:

Ajudou-me a ver como os <u>pacientes</u> se sentem ao relatar coisas da sua vida pessoal. (P4, sobre a estratégia de auto e hetero-avaliação de saúde, questionário de avaliação do programa)

A auto-avaliação foi interessante, pois nos exercitou com relação <u>a nossa empatia ao cuidarmos de outras pessoas</u>. Nos auxiliou a evitar os pré-julgamentos e fez com que pensássemos em como está <u>a nossa própria saúde</u>. A hetero-avaliação também foi um exercício que <u>nos auxiliou</u> a elencar informações relevantes ao entrevistarmos a nossa colega, e a partir disso avaliarmos a sua saúde. (P19, questionário de avaliação do programa)

Ao propormos a atividade de avaliação de um colega, tínhamos a intenção de possibilitar o exercício da avaliação de uma pessoa cujas experiências e ambiente cultural eram mais próximos, e visávamos favorecer a consideração do outro a um nível igual ou superior a consideração de si mesmo, essa situação de empatia que algumas participantes relataram. Também foi descrito por diversas participantes uma dificuldade para entrevistar os colegas, justamente porque ao considerar a outra, temiam magoá-la, ser invasivas, não dar uma resposta adequada, por não se tratar de ambiente terapêutico, o que registramos no tema *sentimentos durante coleta de dados/interações*. A facilitadora ressaltou, nessas situações, que esses valores e experiências de **cuidado com o outro** eram fundamentais na formação, e poderiam ser memorizados para as situações da vida profissional, ratificou ainda que todos haviam acordado o contrato biográfico, sendo todas as manifestações voluntárias.

O estudo dos casos reais também permitiu a discussão de situações graves, como os da UTI adulto e neonatal, UBS, nas quais havia situações limítrofes (vida/morte) e necessidade de conhecimentos muito específicos sobre o corpo das pessoas cuidadas e terapias, como os conhecimentos sobre crescimento/ desenvolvimento, função cardíaca, função farmacológica, função respiratória, que exigiram o estudo da literatura científica, promovendo a possibilidade de conhecer a enfermagem, rever experiências, aplicar capacidades cognitivas, orientar-se pelo resultado esperado, pelas normas e estrutura ou de aprimorar esses conhecimentos.

Já a escrita e partilha da história de vida para algumas participantes teve o efeito de otimizar as reflexões sobre o colocar-se no lugar do paciente, rever experiências, confiar em suas capacidades intelectuais, ser persistente, determinado, conforme descreveram:

Foi importante para o alcance do objetivo proposto. Assim, também <u>foi possível se colocar um pouco no lugar do outro, no caso o paciente, que sempre é avaliado, interrogado</u>. No momento de escrevê-las me emocionei um pouco, lembrei-me de fatos já passados. (P3, questionário de avaliação do programa)

Permitiu que eu <u>refletisse sobre acontecimentos de minha</u> <u>vida</u> e que visse a importância da valorização da história de cada um durante as práticas clínicas e assistência aos pacientes. <u>Me fez pensar sobre a vida do outro e suas repercussões na atualidade (atitudes, metas, comportamento)</u> (P9, questionário de avaliação do programa)

Me fez reviver momentos de minha vida e pensar mais sobre nós mesmos. Muito interessante o colega ter de escrever a minha história de vida na primeira pessoa. O raciocínio clínico envolve também se colocar na presença do outro e pensar que nem sempre o que julgo mais relevante ou importante é o que o paciente julgará como mais relevante e **importante**, pois só ele sabe o valor e a importância de suas experiências de vida. Foi uma forma de me imaginar mais uma vez como paciente. O paciente conta para nós no momento da admissão e no transcorrer da assistência aquilo que julga pertinente. Quando fazemos inúmeras perguntas na entrevista, solicitando dele que partilhe sua vida para alguém que não conhece. (Escrever o projeto) levou-me a entender que ao traçar intervenções de enfermagem estamos fazendo projetos para o paciente. Portanto é fundamental incluirmos, na medida do possível, o paciente para que as metas sejam alcançadas (P10, questionário de avaliação do programa).

Foi adorável escrever minha história, relembrar certos fatos e enxergar meu potencial. Pude perceber quão rica torna-se minha história com cada experiência vivida e revivida. Diante disso, desenvolvi certa sensibilidade para valorizar ainda mais as histórias de vida de cada paciente, pois cada uma delas também é única e muito enriquecedora. Isso só aumentou meu interesse pelas pessoas! No momento da partilha, pude pôr em prática a sensibilidade desenvolvida. Reconheci a importância dos fatos e experiências expostas na vida, e na consideração de quem falava. Foi muito prazeroso perceber que histórias tão ricas e cheias de caminhos diferentes estavam ali, naquele momento, encontrando-se umas com as outras e ajudando a enriquecer cada uma das histórias presentes (P12, questionário de avaliação do programa)

Escrever sobre minha história de vida foi importante porque fez com que eu tivesse contato com acontecimentos bons e outros que na verdade nem gostaria mais de lembrar, mas são essenciais na minha vida. Isto me fez pensar nos pacientes que devem ser vistos como um todo. Achei bastante interessante, pois, ao ver outras pessoas falando, podemos ter diferentes percepções da pessoa que contava sua história de vida. (P13, questionário de avaliação do programa)

Me fez ver que os pré-conceitos que fazia de algumas pessoas eram fúteis e me fez pensar no valor da vida, e como é importante a família na vida de cada um (P16, questionário de avaliação do programa)

Sobre o raciocínio clínico, foi importante porque percebi quanto selecionamos o que queremos contar e os pacientes também fazem isso. Foi interessante, principalmente ouvir daquela pessoa que fiz a entrevista. Percebi que mesmo como uma entrevista bem feita, e com muitos aspectos abordados, nunca se sabe da totalidade daquela pessoa, sua história total. Isso me fez refletir que não basta, por exemplo, saber um fato, mas saber em que fase de vida a pessoa estava quando isso ocorreu. Isso influenciou no raciocínio clínico que nunca se saberá a complexidade de tudo. (P17, questionário de avaliação do programa)

Para outras participantes pode ter auxiliado na visualização de diferenças das próprias concepções e vivências de saúde em relação às dos pacientes, e ratificou a visão de que no raciocínio clínico devem-se reconhecer as diferenças entre estar doente e estar "saudável", ser paciente e ser enfermeira, ou seja de que a empatia necessária nas interações não pode ser confundida com a simples projeção da própria história e concepções da enfermeira.

Achei que foi interessante, mas pouco relevante no raciocínio clínico, talvez <u>pelo fato de sermos pessoas jovens e saudáveis e estarmos acostumadas a utilizar o raciocínio clínico para tratar de pessoas com problemas físicos, psíquicos e sociais (P4, questionário de avaliação do programa)</u>

5.2. EXPERIÊNCIAS RELACIONADAS À ESCRITA E PARTILHA DA HISTÓRIA DE VIDA E PROJETO

Os trabalhos das autoras Marie Christine Josso ⁽¹⁴²⁾ e Christine Delory Momberger ⁽¹⁴⁶⁾ forneceram elementos que contribuíram para formulação teóricometodológica do programa.

O planejamento do programa embasou-se na leitura desses trabalhos, na participação em eventos em que essas pesquisadoras estiveram presentes e na vivência da facilitadora em processos formativos que privilegiaram a reflexão, escrita e partilha de biografias e projetos.

Dois trabalhos específicos foram usados para análise dos dados provenientes das participantes desta pesquisa: os livros "Biografia e educação: figuras do indivíduo-projeto" - de Delory-Momberger, e "Experiências de vida e formação" – de Josso.

No texto de "Biografia e educação", Delory- Momberger ⁽¹⁴⁶⁾ comenta sobre a relação do ato de escrever a biografia e sua relação com os processos educativos:

A biografização abrange de fato um conjunto de operações mentais, verbais e comportamentais, por intermédio das quais um indivíduo se inscreve subjetivamente nas temporalidades históricas e sociais que preexistem e que o cercam, e por intermédio das quais ele contribui, por sua vez, para produzir mundos sociais dos quais participa. A biografização socializa a experiência individual nas linguagens, que, por definição, são sistemas de signos partilhados. Ela dá a palavra a quem sem ela seria privado dessa partilha, e faz ingressar, no universo dos signos e códigos comuns (representações, palavras, esquemas, figuras, narrativas), o que permaneceria propriamente sem voz, por ser incapaz de sair da nebulosa do indiviso. A categoria do biográfico aparece, assim, como um princípio de organização que orienta e estrutura, sob a forma de linguagens partilhadas e transmissíveis, a experiência social cotidiana dos indivíduos.

A importância crescente do biográfico nas sociedades da modernidade está muito diretamente relacionada com as mutações institucionais, econômicas e tecnológicas, vividas por essas sociedades. Tais mutações se traduzem para os indivíduos na redução dos pontos de referência institucionais tradicionais e na deslocalização dos universos de pertencimento; na mobilidade e flexibilidade profissionais e sociais que acarretam as transformações da empresa e do mercado; na complexificação e na multiplicação dos espaços sociais na sociedade da informação e da globalização.

(...)

Cada indivíduo, pressionado a se fazer o ator biográfico de sua própria vida, é assim levado a realizar um trabalho biográfico intenso para tentar restabelecer a continuidade e a coerência entre "histórias" plurais, marcadas pela dispersão, pela fragmentação, pela dissociação (...) Seria hoje preciso falar de auto-socialização para designar o processo segundo o qual os membros das sociedades pósmodernas trabalham sua individuação, buscando neles mesmos os recursos para sua socialização. A biografia, tal como nós a entendemos, é um dos lugares privilegiados deste processo de auto-socialização.

Pareceu-nos que, no trabalho amplamente implícito da biografização, entra em jogo precisamente o que está no centro do processo educativo, a saber, a conjunção, a negociação e a elaboração partilhada entre o que chamamos de projeto de si e os projetos coletivos, veiculados pelas instituições socializadoras (a família, a escola, os pares, a profissão, a empresa, a mídia, etc). A educação, qualquer que seja sua natureza, é sempre a execução e o resultado do trabalho de reflexividade e de subjetivação que ela imprime no sujeito no qual atua. (p.139-41)

E para localizar essas concepções comenta ainda:

Seja para inspirar-se nele, seja para desconstruí-lo, o modelo dominante que está na base das representações e das práticas biográficas contemporâneas foi amplamente herdado da Europa Iluminista e do movimento de pensamento que se desenvolveu na Alemanha, em torno da noção de Bildung, e deu origem ao tipo de narrativa conhecido como narrativa de formação. Só podemos plenamente debate biográfico compreender 0 contemporâneo, se situarmos esse modelo na sua dupla origem, espiritual e filosófica, e se interrogarmos o quadro de inteligibilidade e o esquema de construção do sujeito que a narrativa de formação trouxe até nós. (p.39)

Para os pensadores do Iluminismo alemão (Lessing, Herder, Humboldt, Schiller, Goethe), a Bildung é o movimento de

formação de si pelo qual o ser, próprio e único, que constitui qualquer homem, manifesta suas disposições e participa da realização do humano como valor universal. Para essa filosofia da humanidade (Humanitätsphilosophie), que se exprime segundo uma concepção organicista que deve muito às ciências da vida, particularmente à botânica, o desenvolvimento humano é concebido como uma semente que cresce e floresce segundo suas próprias forças e disposições (Ausbildung), adaptando-se às restrições do meio ambiente (Anbildung). (p.44)

Com o enfraquecimento dessa referência cosmológica e organicista, a Bildung se tornará o que ela é ainda hoje para a cultura alemã: uma prática da educação de si, uma preocupação com o desenvolvimento interior, a qual interpreta toda situação, todo acontecimento, como a ocasião de uma experiência de si e de um retorno reflexivo sobre si, na perspectiva do aperfeiçoamento e da completude do ser pessoal. (p.45)

Em seu livro, Delory-Momberger ⁽¹⁴⁶⁾ comenta a proposta de método para a realização dos ateliês biográficos de projeto, formação que privilegia os processos de biografização, e desenvolveu em universidades e ambientes de educação não formal: Etapa 1) informação sobre o procedimento, objetivos do ateliê e dispositivos de segurança; Etapa 2) elaboração, negociação e ratificação coletiva do contrato biográfico; Etapas 3 e 4) produção da primeira narrativa autobiográfica e sua socialização; Etapa 5) socialização da narrativa autobiográfica; Etapa 6) momento de síntese (quinze dias após a etapa 5) e balanço da incidência da formação no projeto profissional de cada um (um mês após o momento de síntese).

Conforme esclareceu Delory-Momberger, em um workshop realizado na FEUSP, em setembro de 2008, Esses ateliês podem incluir a realização de desenhos, brasões, mandalas, fotografias, escritas, por meio das quais se reconstituem a infância, adolescência, escolas, trabalhos e outras experiências de formação dos participantes; são realizados em períodos variados, em encontros semanais de 4 horas, totalizando aproximadas 30 horas de duração.

O procedimento adotado apóia-se em duas práticas complementares: a da autobiografia, do trabalho realizado sobre si mesmo num ato de fala que, dito ou escrito, é sempre um ato de escrita de si; e da heterobiografia, isto é, o trabalho de escuta / leitura e compreensão da narrativa

autobiográfica feito pelo outro. A atitude hermenêutica tende a considerar essas duas práticas como os dois aspectos de um mesmo movimento: a fala/ palavra de si não é jamais puramente solipsista; ela se realiza na relação com o outro e no ajuste de uma situação de interlocução particular. Da mesma forma, a compreensão da fala autobiográfica do outro constrói-se na relação do ouvinte ou do leitor consigo mesmo e com sua própria construção biográfica (Delory-Momberger 146, p.103)

Josso ⁽¹⁴²⁾, em "Experiência de vida e formação", comentou sobre a sua prática de estimular reflexões sobre as formações ao longo da vida:

Embora a Universidade seja o local central onde se desenvolve a minha prática de formação de adultos com públicos de profissionais à procura de formação contínua universitária, numerosas oportunidades, fora do contexto universitário, foram-me dadas no âmbito de sessões de formação profissional contínua. Os públicos dessas sessões eram compostos de professores e professoras de escolas profissionais, de formadores, de trabalhadores sociais, de especializados, educadores de enfermeiras, fisioterapeutas, de dietistas. Devo referir-me ainda a um programa destinado а concepção de pedagógicos para a formação profissional inicial e contínua na área de saúde. (...) Há de se levar em consideração o peso dos conhecimentos técnicos ou instrumentais lado a lado com conhecimentos que provêm das ciências do homem (que, além disso, os formando desejam muitas vezes reduzir a simples processos do saber-fazer) e que estão em jogo nestas formações. (p.234)

A prática das histórias de vida orientada pela identificação da formação e dos seus processos (modalidades, dinâmicas, gêneros de aprendizagem e de conhecimento construídos ao longo da vida) permitiu revelar o conceito de experiências de vida como fundamento do processo de formação.

A experiência, as experiências de vida de um indivíduo são formadoras na medida em que, a priori ou a posteriori, é possível explicitar o que foi aprendido, em termos de capacidade, de saber-fazer, de saber pensar e de saber situar-se. O ponto de referência das aquisições experenciais dimensiona o lugar e a importância dos percursos educativos certificados na formação do aprendente, ao valorizarem um conjunto de atividades, de situações, de relações, de acontecimentos como contextos formadores. Assim, os tradicionais curriculum vitae que pretendiam, ainda há pouco tempo, fornecer indicadores úteis para a determinação

dos percursos, dos contextos e dos níveis de formação, revelaram-se de uma extrema pobreza. (p.234-5)

E sobre as contribuições das histórias de vida como projeto de conhecimento, Josso (142) comentou que:

As abordagens das histórias de vida, tal como são desenvolvidas e dadas a conhecer pelos textos publicados nos últimos quinze anos, parecem apontar dois tipos de objetivos teóricos: 1. Assinalam um processo de mudança do posicionamento do pesquisador, por meio do apuramento das de pesquisa-formação, metodologias articuladas construção de uma história de vida. Esse apuramento visa diferenciar melhor as modalidades e os papéis assumidos durante o processo, as etapas e os projetos de conhecimento específicos da pesquisa-formação. 2. Demarcam também a contribuição do conhecimento dessas metodologias para o projeto de delimitação de um novo território de reflexão abrangendo a formação, a autoformação e as suas características, bem como os processos de formação específicos voltados para públicos específicos. (p.23)

No capítulo V do livro, Josso descreveu uma síntese sobre as etapas de três pesquisas-formações que realizou, com dois pesquisadores auxiliares: fase de introdução à construção da narrativa da história da formação, fase de elaboração da narrativa, fase de compreensão e de interpretação das narrativas escritas, fase de balanço dos formadores e dos participantes; essas formações ocorreram em períodos longos, como um ano, também em encontros semanais.

A pesquisa-formação que desenvolvemos com as enfermeiras do HU-USP e estudantes da EEUSP inspirou-se nas idéias Josso sobre estratégias de formação para os profissionais de saúde, embora o número de horas e etapas tenha correspondido mais a proposta de Delory-Momberger, dos ateliês biográficos de projeto. No entanto, apesar do planejamento, a execução do programa não focalizou os processos de escrita e partilha das histórias de vida como sugerem essas pesquisadoras; justamente porque integrou os interesses das participantes em refletir mais sobre sua prática profissional (cuidado do outro), reservou alguns momentos presenciais e estimulou as atividades extra-classe de reflexão sobre o cuidado de si.

As etapas e técnicas sugeridas por Delory-Momberger se mostraram úteis ao desenvolvimento do programa, e para o alcance dos objetivos – contrato biográfico, reflexão sobre a formação envolvendo as fases da vida, partilha em sub-grupos, escrita da história do outro em primeira pessoa, levantamento de uma competência percebida por meio da escrita da história de vida, elaboração e partilha de um projeto, encontro final de síntese do processo.

A análise dos trabalhos das participantes mostrou diversos aspectos da relação da biografização (cuidado de si) com os conhecimentos relacionados ao raciocínio clínico (cuidado do outro), motivo primeiro que trouxe as participantes ao trabalho. No entanto, a atividade de escrever sobre a própria história e partilhar essas escritas, bem como se comprometer com as colegas, ouvir essas colegas e seus casos, gerou ainda novos conhecimentos sobre a própria vida, as próprias capacidades e sobre a vida em sociedade.

A participação neste curso trouxe benefícios tanto pessoais quanto profissionais. Ampliou meu raciocínio clínico, facilitando a aplicação dos diagnósticos de enfermagem, as intervenções e os resultados na minha prática. Sabemos que não existe uma fórmula para o cuidar, pois, como dizem alguns autores, trata-se de necessidades humanas individuais (P1)

O contrato biográfico promoveu a efetivação do <u>meu</u> <u>compromisso com o curso e conseqüentemente com o meu</u> <u>aprendizado</u> (P9)

Foi adorável escrever minha história, relembrar certos fatos e enxergar meu potencial. <u>Escrever o projeto foi importante</u> <u>para me organizar como pessoa e profissional</u> (P12)

Eu revivi muitas coisas da minha vida, me emocionei, e também dei muitas gargalhadas, e fiquei orgulhosa da minha trajetória até hoje. A partilha das histórias foi surpreendente, pois expor um pouco sobre nossa vida não é fácil, mas me senti muito bem em fazê-lo, ouvir as histórias também foi muito legal, a gente conhece um pouco mais da outra pessoa, mas a melhor parte foi escrever sobre a história do colega e ficou evidente como o ponto de vista de cada um é tão diferente (P14)

Segundo a análise lexical das respostas ao questionário de avaliação, a escrita da história de vida constituiu-se a atividade com maior frequência dos verbos "fazer"

e "pensar", e do pronome "eu", e ressaltaram a ação e a reflexão necessárias à realização dessa atividade.

Os temas presentes nas escritas das histórias e projetos destacaram os momentos e espaços de formação das participantes, suas aspirações sobre sua vida pessoal e profissional, as mudanças de ambiente durante a vida (residência, escolas, família), as incertezas, dificuldades e superações nesses processos.

Conforme visualizado no quadro 10, diversos temas foram unicamente expressos por meio das escritas das histórias de vida e projetos: amor, animais, artes, carro, culinária, gastronomia, cursos, escolas, esportes/ exercícios físicos, férias, idiomas, namorado, negócio próprio, opção profissional, período político, pesquisa/ pós graduação, universidade, viagens, voluntariado.

Esses temas foram os universos reconhecidos de formação, aspirações, envolvimento e pertencimento dessas enfermeiras e estudantes, que demandam sua energia psíquica e física cotidianamente, assim como o trabalho na enfermagem.

Porque o trabalho biográfico sobre o passado se efetua a partir dos interesses, das questões, das preocupações, das expectativas e dos desejos de um presente que contém um futuro implícita ou explicitamente projetado, esse trabalho é portador de uma mudança que "faz" sentido (direção, valor e significação), assim como de uma potencialidade, captada ou não, de poder ir à descoberta de um saber-viver consigo, com os outros, com o meio humano e natural (incluíndo aí a dimensão cósmica^{‡‡‡‡}) e isto tanto no que diz respeito aos aspectos visíveis como os invisíveis. É por isso que considero que a intenção de caminhar conscientemente para si é um processo-projeto que só termina no fim da vida (Josso 142, p.83)

A escrita e partilha dos projetos contribuiu para que as participantes refletissem sobre sua formação, seus sonhos, reconhecimento de suas competências e

-

Na página 86, Josso esclarece "A dimensão espiritual, apenas sugerida, aqui e ali, com a introdução do conceito de cosmogonia e os tipos de causalidade subjacentes às posições existenciais, é o tema exclusivo de uma escrita sobre as ligações que se podem fazer entre formação e sabedoria, como arte de viver. A autora se refere ao trabalho que escreveu "Histoire de vie et sagesse: la formation comme quête dún art de vivre", in Education et sagesse. Paris: Albin Michel, 2001.

se mobilizassem buscando estratégias de concretização desses desejos, que fossem em direção ao cuidado de si, à expressão do projeto de si, reforçando o conhecimento sobre sua capacidade criativa e realizadora.

Permitiu <u>rever</u> metas e <u>fazer</u> novos planos, pensar sobre o que é importante para mim a curto e longo prazo (P9)

Escrever o projeto foi importante para <u>me organizar</u> como pessoa e profissional (P12)

Achei <u>importante</u>, mas acredito que poderia ter pensado melhor sobre o meu projeto (P13)

Foi uma diversão escrever meu projeto, eu já tinha ele em mente, há algum tempo, mas <u>escrevê-lo o tornou mais</u> <u>possível de realizar.</u> Foi tranqüilo partilhar e muito interessante ouvir os projetos dos colegas, <u>alguns foram similares aos meus projetos</u> (P14)

Interessante porque nos faz pensar na própria vida e porque <u>reflete</u> aquilo que cada um considera ou considerou <u>importante para si</u> (P15)

Foi importante para traçar novas metas e objetivos de vida que ainda não havia realizado como estudante de enfermagem, ou seja, principalmente as metas relacionadas com a prática profissional. Foi bom a partir do momento que pude visualizar que muitos de meus objetivos coincidiam com os de outros colegas. Nos ajuda a crescer mais como pessoas. (P16)

Bom, nos dá a idéia de que devemos planejar, fazer algo concreto para nosso futuro. Acho que traz idéia que devemos também nos preocupar com os projetos das pessoas, pois isso também influencia na vida da pessoa neste momento, e não só saber do passado. Me fez pensar que nunca havia pensado nessas coisas anteriormente, foi mais um aprendizado. (P17)

Permite <u>a avaliação do meu momento de vida</u> e as implicações <u>na minha vida profissional</u>, nas escolhas profissionais (P19)

A escrita do projeto <u>influenciou a forma que</u> <u>eu me</u> <u>organizo atualmente</u>. Ela fez com que criássemos metas, mesmo que malucas, para que pudéssemos nortear ações futuras. Com a partilha do projeto <u>podemos ver um pouco de</u> <u>quais são os objetivos de vida uma das outras</u> e com isso podemos avaliar como é que estão nossas próprias metas de vida (P20)

Algumas concretizações simples foram visíveis nos últimos encontros: negociar um curso sobre o seu mestrado com outra participante do grupo (P1), trazer lanches para os colegas, exercitando suas habilidades culinárias (P8 e P14), sugerir uma música reflexiva para outros, apesar de ser uma pessoa que gosta mais de ouvir, que falar (P17).

Para Delory-Momberger (146):

Se o projeto de si excede sempre os projetos particulares que tentam objetivá-lo, ele precisa, no entanto, dessas mediações para se dar forma e deve encontrar a situação espaçotemporal na qual elas vão se desenvolver e se realizar. algumas Entre essas realizações, envolvem temporalidade longa (projetos de formação, projetos profissionais, projetos matrimoniais e familiares) e se atualizam em figuras às quais estão ligados valores de sucesso ou fracasso que podem ser considerados como formas de destino. (...) Mas o projeto de si se atualiza a cada momento em atitudes muito pontuais que tocam à imagem física e mental que o indivíduo tem de sua própria forma. Estou numa relação de "estilo" comigo mesmo, isto é, seleciono as imagens que faço de mim mesmo em função de uma impressão de correspondência, de ajuste de formas sentidas como minhas (...) De certa modo, não paro de me escrever, isto é, de compor os efeitos de escrita que vêm, ao mesmo tempo, modelar e autenticar meu estilo, permitindo reconhecer-me a mim mesmo e ser reconhecido pelos outros (p.64-65)

A construção biográfica é, pois, a tentativa – necessariamente inacabada e indefinidamente reiterada – de reduzir a distância que separa o eu de seu projeto primordial. Pôde-se, algumas vezes, representar a narrativa da vida como uma forma de balanço prospectivo, apresentando o estado de uma relação com o possível e buscando, no reconhecimento do passado, pontos de referência para o futuro. (p.65)

A "história de vida" não é a história da vida, mas a ficção apropriada pela qual o sujeito se produz como projeto dele mesmo. Só pode haver sujeito de uma história a ser feita, e é, à emergência desse sujeito, que intenta sua história e que se

experimenta como projeto, que corresponde o movimento da biografização. (p.66)

Josso ⁽¹⁴²⁾ salienta que além de desenvolver o saber ser, aprender e fazer, a escrita e partilha do projeto possibilita exercitar o aprender a viver em conjunto:

A prática racionalizada do projeto poderia tornar-se tanto uma espécie de metodologia de auto-formação, de autogestão, como uma experiência de rede de solidariedades indispensável ao desenvolvimento do projeto no mundo visível ou sensível. A realização do projeto não exigirá ser feita consigo mesmo, com os outros, com um meio natural e instrumental? Podemos imaginar a realização do projeto sem interações, transações, negociações tanto em diferentes ordens de realidade (consigo, com um e/ou vários outros), como em diferentes contextos e hierarquias de contextos? Aí se constrói, se tece o tecido social, fundador da individualidade na sua comunidade (p.257)

As atividades de auto-avaliação e heteroavaliação da saúde também se constituíram como biografização, pois por meio da reflexão da própria história de saúde-doença, as participantes pensaram seu passado, presente e futuro. Essa atividade foi considerada interessante por muitos participantes, não só por ser uma estratégia inovadora em um programa sobre raciocínio clínico, mas por propiciar espaço-tempo, dentro do ambiente profissional, educacional sobre elas mesmas: seus interesses, hábitos, escolhas. Categorizamos nos temas *interesse pela auto-avaliação* e *entrevistal interação motivando auto-avaliação*, as manifestações das participantes durante os encontros sobre esses processos de biografização e heterobiografia.

Segundo a análise lexical do questionário de avaliação, o pronome "nós", foi o mais frequente nas respostas sobre as auto e hetero-avaliações, demonstrando que a estratégia propiciou momentos de interação e reflexão em grupo, e sobre o grupo.

Para alguns participantes, essas atividades de biografização - a auto e heteroavaliação de saúde, a escrita e partilha das histórias de vida e projetos, pareceram inicialmente estranhas a uma formação em ambiente profissional, tarefas que seriam difíceis de serem realizadas, o que evidenciava que, talvez, julgassem mais apropriadas a discussão dos casos dos pacientes, e tivessem aderido ao programa sem compreender suficientemente toda a proposta, ou que não fizessem relação direta entre os conceitos de formação e educação.

A facilitadora conviveu naturalmente com essa aceitação progressiva da participação, e buscou clarificar a importância dos processos de biografização para a enfermagem, em todos os encontros, tentando simplificar a compreensão desse conhecimento. Percebeu que, para todas as envolvidas, houve oportunidades de experimentar o processo de biografização, e o valor do cuidado de si antes, durante e antevendo o cuidado do outro, ou seja, tiveram oportunidades de considerar suas próprias histórias, experiências e projetos, como fonte de conhecimento para e nas interações com os usuários do sistema de saúde Muitas participantes reconheceram a contribuição desses processos de biografização, e outras poderão amadurecer essas experiências em períodos futuros.

Como crítica a visão de que as aprendizagens sejam realizadas somente de forma racional e de que sejam sempre reconhecidas conscientemente, Josso (142) comenta

A modalidade mais corrente do ato de aprender é sem dúvida aprender sem o saber, quer em situação de formação, quer na nossa vida quotidiana: aprender gestos, aprender comportamentos, aprender posturas do corpo, seqüências de interações sociais, fragmentos de conhecimentos, de competências. Integradas de forma não consciente, estas aprendizagens, seja qual for a sua natureza, revelam-se quando somos confrontados com mudanças mais ou menos escolhidas, que implicarão aprendizagens novas. Mesmo nos casos de aprendizagens conscientemente investidas, estas aprendizagens acontecem "sem o sabermos", e é preciso constatar toda a dificuldade que há em conceber situações educativas que não sejam parasitadas por qualquer outra coisa que não seja o que se pretende desenvolver. (p. 237)

As estratégias propostas e reconhecidas por Josso⁽¹⁴²⁾ foram utilizadas pela facilitadora e contribuíram para o desenvolvimento positivo do programa: iniciar o encontro com uma reflexão sobre o último encontro, e manter essa atitude de abertura aos tempos e formas de participação.

Constatei de novo a importância de achar perguntas que dinamizam a reflexão e que criam uma ponte no trabalho de uma sessão para outra. Por exemplo, a continuidade da reflexão é estimulada no início da sessão de trabalho, ao longo da qual os participantes são convidados a exprimir "o que se passou à volta do nosso trabalho desde a última vez" (p.123)

Constatei igualmente a importância da negociação das tarefas não apenas no princípio do seminário, mas igualmente em cada etapa. Essa maneira de proceder não é apenas o indicador concreto do respeito pelo outro, mas mobiliza, no decorrer do processo, a responsabilidade de cada um no trabalho em curso. É também uma maneira de permitirmos a explicitação dos diálogos interiores que vivemos, sempre que há tomada de decisão e compromissos numa atividade com outros. Por fim, as resistências são respeitadas, assim como tantos outros indícios de obscuridade no trabalho, como sendo outra maneira de pensar ou de abordar a atividade, como um outro ritmo de progressão. Se elas forem respeitadas, são de fato um espaço para a evolução e a precisão (p. 124)

Finalizando essa discussão, avaliamos que, embora em pouco tempo de trabalho e realizando ainda uma primeira expressão de suas autobiografias, cada participante realizou ativamente os processos de biografização, e cultivou a autonomia, o respeito, a responsabilidade consigo e com as outras envolvidas nesses processos, redimensionando sua presença como enfermeiras, estudantes de enfermagem.

Como Josso (142), comprovamos que

A abordagem de Histórias de Vida pode não apenas provocar um conhecimento da sua existencialidade e do seu saber-viver como recursos de um projeto de si auto-orientado, mas convoca ainda o sujeito da formação a reconhecer-se como tal, a assumir a sua quota de responsabilidade no processo e, finalmente, a colocar-se numa relação renovada consigo, com os outros, com o meio humano e com o universo, na sua vida em geral e nosso grupo em particular. (p.84)

Gostaria de sublinhar um aspecto essencial, nomeadamente em relação a outras abordagens que revelam preocupações idênticas: o nosso processo utiliza a construção da narrativa de vida como uma mediação para reflexão formativa sobre os processos de formação, de conhecimento e de aprendizagem. Assim, a construção da narrativa e a sua escrita, tendo a narrativa como produto, não é o que está em jogo na nossa metodologia, ainda que esta seja indissociável

de um processo contínuo de produção de uma narrativa. (p.85)

6. CONCLUSÕES

A vida é uma oportunidade, aproveite-a. A vida é uma beleza, admire-a. A vida é felicidade, deguste-a. É um sonho, torne-o realidade. É um desafio, enfrente-o. A vida é um dever, cumpra-o. É um jogo, jogue-o. A vida é preciosa, cuide dela. É uma riqueza, conserve-a. A vida é um mistério, descubra-o. É uma promessa, cumpra-a. É uma tristeza, supere-a. É aventura, arrisque-a. É um hino, cante-o. É uma luta, aceite-a. A vida é a vida, defende-a.

Madre Teresa de Calcutá.

O desenvolvimento contínuo do raciocínio clínico é necessidade em todas as profissões da saúde. Embora se conheça que o raciocínio clínico sofre a influência de características subjetivas do clínico, pouco se conhecia sobre o emprego dos pressupostos das histórias de vida em formação em programas para o desenvolvimento do raciocínio clínico na enfermagem.

A hipótese deste estudo foi de <u>que as atividades metacognitivas relacionadas</u> às histórias de vida das enfermeiras (cuidado de si) permitiriam o aprimoramento do raciocínio clínico sobre os pacientes de quem cuidam (cuidado dos outros).

O programa de formação testado permitiu que as enfermeiras e estudantes de enfermagem expressassem e refletissem sobre a influência de características pessoais (conhecimentos, habilidades, expectativas, experiências prévias, atitudes, valores, experiências pessoais e profissionais) no raciocínio clínico.

Os temas presentes nos processos cognitivos e metacognitivos das participantes, desencadeados pelas estratégias do programa, foram: 24 da Taxonomia NNN, 39 temas coincidentes em duas ou mais estratégias do programa e 21 temas unicamente expressos por meio das histórias de vida e projetos.

Temas da Taxonomia NNN		
1. Atividade/ exercício	2. Autocuidado	3. Autopercepção
4. Comportamento	5. Conhecimento	6. Conforto
7. Controle de riscos.	8. Crescimento/ desenvolvimento	9. Eliminação
10. Emocional	11. Enfrentamento	12. Função cardíaca
13. Função farmacológica	14. Regulação física	15. Função respiratória
16. Integridade tissular	17. Líquidos e eletrólitos	18. Neurocognição
19. Reprodução	20. Nutrição	21. Papéis/relacionamento
22. Sensação/percepção	23. Sono/repouso	24. Valores/ crenças
Temas c	oincidentes em duas ou mais es	stratégias
1. Acurácia diagnóstica	2. Análise de informações	3. Aprimoramento das classificações
4. Atividades de recreação	5. Autocuidado do	6. Automonitoramento
deficientes	profissional de saúde	sobre a coleta de dados
7. Automonitoramento	8. Avaliação de saúde como	9. Coleta de dados
sobre habilidades	atividade cotidiana	psicossociais
interpessoais		•
10. Competências	11. Complexidade das	12. Complexidade do caso
profissionais	histórias de vida	-
13. Conhecimentos de	14. Contexto da assistência	15. Contexto para coleta de
fisiopatologia		dados
16. Entrevista/ interação	17. Envelhecimento	18. Estrutura do hospital
motivando auto-avaliação		
19. Estrutura do sistema de	20. Estrutura social	21. Estudo da literatura
saúde		científica
22. Ética na coleta de dados/	23. Expectativas sobre a	24. Habilidades interpessoais
interações	história de vida futura	durante coleta de dados/ interações
25. Infância	26. Instrumento para coleta	27. Interesse na auto-
	de dados	avaliação
28. Interesse pelo caso	29. Intervenções psicossociais	30. Lazer
31. Normas coletivas	32. Participação dos	33. Rede social
aplicadas ao uso de	pacientes nas decisões	22. 11000 500141
diagnósticos específicos	clínicas	
34. Relato de história de vida	35. Relato de história de vida	36. Relato de violência
– passado	– presente	

Esses temas confirmaram a concepção de que o raciocínio clínico contém elementos pertencentes aos domínios afetivo e cognitivo, que podem ser recuperados em atividades metacognitivas.

Vinte e um temas foram unicamente expressos por meio das histórias de vida e projetos – adolescência, amor, animais, artes, carro, culinária/ gastronomia, cursos, escolas, esportes/ exercícios físicos, férias, grupos, idiomas, namorado, negócio próprio, opção profissional, período político, pesquisa/ pós graduação, reconhecimento profissional, universidade, viagens, voluntariado.

As reflexões sobre o autocuidado e as próprias histórias de vida (cuidado de si) permitiram às participantes reavivarem as múltiplas influências que as formam, e que formam os outros, e dinamizaram conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias em suas relações com os usuários do sistema de saúde, colegas de trabalho e profissão.

As principais influências das estratégias do programa sobre o raciocínio clínico das participantes foram: realizar e refletir sobre a coleta e interpretação de informações, e elaboração de julgamentos clínicos, analisar dilemas éticomorais, experimentar o valor do cuidar (gostar de cuidar, conhecer e valorizar a enfermagem, expectativa de papel e compromisso profissional, estar sensível ao que é relevante, ter o cuidado entranhado), responder ao significado do cuidar (colocarse no lugar do paciente, rever experiências, aplicar capacidades cognitivas, orientarse pelo resultado esperado, orientar-se pelas normas e estrutura, confiar em suas capacidades intelectuais, ser persistente, determinado).

Duas pesquisadoras e uma auxiliar de pesquisa realizaram as seguintes intervenções:

◆ Pesquisadora 1 – planejou o programa, atuou como facilitadora nos encontros, propôs, estimulou e esclareceu os objetivos das atividades, realizou comentários sobre os textos e referenciais teóricos (processo de enfermagem, raciocínio clínico, acurácia diagnóstica, conceitos das classificações da NANDA, NIC e NOC, histórias de vida em formação), analisou dados produzidos e partilhados pelas participantes, acolheu dúvidas e interesses das participantes, anotou observações sobre as atividades em um diário de campo .

- Pesquisadora 2 planejou o programa, atuou como orientadora das atividades dos encontros, analisou dados produzidos e partilhados pelas participantes.
- Auxiliar de pesquisa anotou observações sobre as atividades em um diário de campo, colaborou nos comentários dos textos sobre processo de enfermagem e classificações NANDA, NIC e NOC, analisou os casos reais, preparou os lanches para os encontros.

A execução do programa em duas instituições, e com três grupos, permitiu a visualização de algumas dificuldades, limites e possibilidades do programa planejado.

Como principal dificuldade, as pesquisadoras avaliaram a diminuição do tempo destinado às diversas atividades, pois originalmente pensou-se em 8 encontros presenciais, com 4 horas cada, ou seja 32 horas presenciais, as quais foram reduzidas a 16 horas presenciais, mantidos o número de encontros, contudo alterando o número de horas pela metade. Essa diminuição foi recomendação dos serviços de educação continuada porque as enfermeiras estavam envolvidas em outras atividades na instituição, e muitas possuíam dois empregos. Essa preocupação mostrou-se pertinente, pois diversas participantes avaliaram o período do programa como adequado, devido a outros compromissos já assumidos.

Em virtude do limite de tempo, foram feitos alguns ajustes na proposta, centralizando os encontros presenciais nas estratégias de auto e hetero-avaliação de saúde, casos reais e partilha das histórias de vida, projetos e avaliação do programa. Então, a estratégia de reflexão sobre alguns textos foi modificada para a elaboração de resenhas, e os momentos de reflexão sobre o percurso de formação foi reduzido para um encontro presencial, enquanto estimulou-se a sua realização como atividade extra-classe. Certamente, essa mudança no método trouxe impactos sobre os resultados obtidos, contudo também contemplou o desejo das participantes de realizar um programa com as discussões de casos, por meio das quais foram obtidos

novos dados sobre a possibilidade do uso associado das estratégias analíticas às reflexivas.

Também a pouca experiência das enfermeiras em participar de atividades reflexivas, relacionadas às próprias histórias de vida foi apontada pelos serviços de educação continuada como um possível fator de dificuldade para a adesão ao programa. Não se percebeu essa dificuldade entre as estudantes, cujo número de inscrições foi superior aos hospitais.

No entanto, as participantes demonstraram grande envolvimento e responsabilidade com as atividades do programa e com o grupo, justificando suas ausências por mensagens comunicadas oralmente pelas outras participantes ou pelo correio eletrônico, e entregando a maioria dos trabalhos acordados.

Ainda assim, percebemos que as escritas realizadas pelas participantes (histórias de vida, projetos, resenhas) possuíam poucas páginas, o que poderia estar associado ao tempo reduzido para a escrita, ao tempo reduzido das reflexões presenciais, ao conflito de estratégias – pois nos casos reais buscávamos a síntese, a escolha de palavras, e não a extensão dos pensamentos, a pouca habilidade em descrição, ou a simples reserva em escrever dados pessoais, que seriam utilizados em uma pesquisa.

Em decorrência dessa análise, consideramos que os limites apresentados estiveram associados à característica inovadora do programa, e, portanto, ao fato de não estar incorporado à prática dos próprios serviços de formação das instituições, o que permitiria o seu planejamento junto às demais atividades (cursos, grupos, disciplinas), com maior disponibilidade de tempo e em período mais prolongado, propiciando novos dados para compreensão dos procedimentos necessários para o aprimoramento do raciocínio clínico.

Apesar dessas dificuldades e limites, as experiências e os dados obtidos foram muito ricos e interessantes, e houve avaliação positiva do programa pelas participantes, ressaltando as contribuições das estratégias e das pesquisadoras a sua prática profissional.

Após a formação, as participantes realizaram sugestões de maior esclarecimento conceitual sobre autobiografias, histórias de vida, raciocínio clínico e

classificações, ampliação da comunicação por correio eletrônico, incorporação de estratégias artísticas, aumento do número de casos reais e discussão sobre os textos propostos nos encontros presenciais. Essas sugestões foram avaliadas como pertinentes e serão consideradas no planejamento do programa para outros grupos.

Os resultados deste estudo mostraram que os pressupostos das 'histórias de vida em formação' podem influenciar positivamente o desenvolvimento do raciocínio clínico, quando aplicados em programas de formação permanente em enfermagem, por oferecer oportunidades de experimentação e reflexão sobre o cuidado de si e o cuidado dos outros.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. Adv Nurs Sci 1:13, 1978 apud Chinn PL, Kramer MK. Theory and nursing: integrated knowledge development. 5^a ed. S. Louis: Mosby, 1999. Chap 1 – Nursing's fundamental patterns of knowing. p. 1-16.
- ² Chinn PL, Kramer MK. Theory and nursing: integrated knowledge development. 5^a ed. S. Louis: Mosby, 1999. Chap 1 – Nursing's fundamental patterns of knowing. p.
- ³ Bastos JAS. Graus de dificuldade para formulação de diagnósticos e intervenções de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2004.
- ⁴ North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2003-2004. Porto Alegre: ARTMED, 2003.
- ⁵ Braga CG. Cruz DALM. A resposta psicossocial de impotência em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Rev Esc Enf USP 2003; 37(1): 26-35.
- ⁶ Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Obietiva, 2001. p. 740; 2373.
- ⁷ Tanner CA. Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. J Nurs Educ. 2006; 45(6); 204-11.
- ⁸ Carnevali DL, Thomas MD. Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing. St. Louis: J. B. Lippincott; 1993. p.141-68.
- ⁹ Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1994. Chap.8.p.153-95.
- ¹⁰ Lee J, Chan ACM, Phillips DR. Diagnostic practise in nursing: a critical review of the literature. Nurs Health Sci. 2006; 8: 57-65.
- ¹¹ Elstein AS, Kogan N, Shulman LS, Jason H, Loupe M. Methods and theory in the study of medical inquiry. J Med Educ. 1972; 47(2): 85-92.
- ¹² Rea Neto A. Raciocínio clínico o processo de decisão diagnóstica e terapêutica. Rev Assoc Med Bras 1998; 44(4): 301-11.
- ¹³ Kira CM, Martins MA. O ensino e o aprendizado das habilidades clínicas e competências médicas. Medicina (Ribeirão Preto) 1996; 29(4): 407-13.
- ¹⁴ Sobral DT. Avaliação da maturação do processo de raciocínio diagnóstico de estudantes de medicina. Medicina (Ribeirão Preto) 2001; 34(1): 89-99.
- ¹⁵ Gordon M, Murphy CP, Candee D, Hiltunen E. Clinical judgment: na integrated model. Adv Nurs Sci. 1994; 16(4): 55-70.

¹⁶ Correa CG. Raciocínio clínico: o desafio do cuidar [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.

- ¹⁷ Turner P. Critical thinking in nursing education and practice as defined in the literature. Nurs Educ Perspect. 26(5): 272-7.
- ¹⁸ Simpson E, Courtney M. Critical thinking in nursing education: literature review. Int J Nurs Pract. 2002; 8(2): 89-98.
- ¹⁹ Scheffer BK, Rubenfeld GM. A consensus statement on critical thinking in nursing. J Nurs Educ 2000; 39(8): 352-9.
- ²⁰ Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Reading, MA: Addison-Wesley, 1984.
- ²¹ Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses diagnoses. Part I: risk of low accuracy diagnoses and nex views of critical thinking. Rev Esc Enf USP 2003; 37(2): 17-24.
- ²² Lauterbach SS, Becker PH. Caring for self: becoming a self reflective nurse.Holist Nurs Pract. 1996; 10(2):57-68.
- ²³ Crowe MT. O'Malley J. Teaching critical reflection skills for advanced mental health nursing practice: a deconstructive-reconstructive approach. J Adv Nurs. 2006;56(1):79-87.
- ²⁴ Hynes P, Bennett J. About critical thinking. Dynamics. 2004; 15(3):26-9.
- ²⁵ Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses diagnoses. Part II: application of cognitive skills and guidelines for self-development. Rev Esc Enf USP. 2003; 37(3): 106-12.
- ²⁶ Lunney M. Critical thinking and nursing diagnosis: case studies e analyses. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association, 2001.
- Watson G, Glaser EM. Watson-Glaser critical thinking appraisal manual. Cleveland: Psychological Corp, 1980.
- ²⁸ Facione PA. The Califórnia Critical Thinking Skills Test Manual. Millbrae: California Academic Press, 1992.
- ²⁹ Ennis RH, Weir E. The Ennis-Weir Critical Thinking Essay Test. Pacific Grove: Midwest Publications, 1985.
- ³⁰ Ennis RH, Millman J, Tomko TN. Cornell Critical Thinking Tests level X and level Z manual (3rd ed.) Pacific Grove, Midwest Publications, 1985.
- ³¹ Facione NC, Facione PA. The California Critical Thinking Dispositions Inventory test manual. Millbrae: California Academic Press, 1992.

³² Hicks FD. Critical thinking; toward a nursing science perspective. Nurs Sci Q. 2001; 14(1):14-21.

- ³³ Brunt BA. Models, measurement, and strategies in developing critical thinking skills. J Contin Educ Nurs. 2005; 36(6): 255-62.
- ³⁴ Banning M. Nursing research: perspectives on critical thinking. Br J Nurs. 2006; 15(8):458-61.
- ³⁵ Walsh CM, Seldomridge LA. Critical Thinking: Back to Square Two. J Nurs Educ. 2006; 45(6): 212-9.
- ³⁶ Cody WK. Critical thinking and nursing science: judgment or vision? Nurs Sci Q. 2002; 15(3): 184-9.
- ³⁷ Lima MAC, Cassiani SHB. Pensamento crítico: um enfoque na educação de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2000; 8(1): 23-30.
- ³⁸ Jensen G, Resnik L, Haddad A. Expertise and clinical reasoning. In: Higgs J, Jones MA, Loftus S, Christensen N. Clinical reasoning in the health professions. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier; 2008. Chapter 11; 123-35.
- ³⁹ Cruz DALM. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. Cap 4; 63-84.
- ⁴⁰ Tardif J. Pour um enseignement stratégique, làpport de la psychologie cognitive. Montreal : Logiques Écoles, 1992 citado por Chartier L. Use of metacognition in developing diagnostic reasoning skills of novice nurses. Nurs Diag. 2001; 12(2):55-60.
- ⁴¹ Lunney M. Critical thinking & nursing diagnosis: case studies & analyses. Philadelphia: North American Diagnosis Association; 2001b. Accuracy of diagnosing human responses: the need for critical thinking, Chap 2; p.18-28.
- ⁴² Marin HF. Vocabulários em enfermagem: revisão e atualização. Nursing (São Paulo). 2001; (1):25-9.
- ⁴³ Souza MF. As classificações e a construção do conhecimento na enfermagem. Rev Bras Enf 2002; 55(6): 691-6.
- ⁴⁴ Antunes MJM, Chianca TCM As classificações de enfermagem na saúde coletiva : o projeto CIPESC. Rev Bras Enferm. 2002;55(6):644-51.
- ⁴⁵ Crossetti MGO, Dias V. Utilização da classificação na prática e no ensino de enfermagem: experiência brasileira. Rev Bras Enferm. 2002;55(6):720-4.
- ⁴⁶ Michel JLM, Barros ALBL. A pesquisa nas classificações de enfermagem: a experiência brasileira. Rev Bras Enferm 2002;55(6):664-9.

North American Nursing Diagnosis Association - International. Nursing diagnoses: definitions and classification 2009-2011. Oxford: Wiley-Blackwell, 2009.

- ⁴⁸ International Council of Nurses. ICNP International Classification for Nursing Practice version 1. Geneva: 2005.
- ⁴⁹ Cruz DALM. Processo de enfermagem e classificações. In: Gaidzinski RR et al (org). Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.25-37.
- 50 Cerullo JASB, Cruz DALM. Implementação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I em hospitais brasileiros. In: Gaidzinski RR et al. (org.). Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 38-46.
- North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: ARTMED, 2008.
- ⁵² Cruz DALM. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: Cianciarullo TI. Sistematização da assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001. P.. 63-84.
- ⁵³ Hogston R. Nursing diagnosis and classifications systems: a position paper. J Adv Nurs. 1997; 26: 496-500.
- ⁵⁴ Powers P. A discourse analysis of nursing diagnosis. Qual Health Res. 2002; 12(7): 945-65.
- ⁵⁵ Bowker GC. The science and art of classification. In: Dochterman JMC, Jones DA (editors). Unifying nursing languages: the harmonization of NANDA, NIC and NOC. Washington, DC: American Nurses Association; 2003. Chap 4; p.47-54.
- ⁵⁶ Lunney M, Delaney C, Duffy M. Advocating for standardized nursing languages in electronic health records. JONA. 2005; 35(1): 1-3.
- ⁵⁷ Lunney M. Helping nurses use NANDA, NOC and NIC. Nurs Educ. 2006; 31(1): 40-6.
- ⁵⁸ Crossetti MGO, Rodegheri M, D'Avilla ML, Dias VLM. O uso do computador como ferramenta para implementação do processo de enfermagem. Rev Bras Enf. 2002; 55(6):705-8.
- ⁵⁹ Thoroddsen A, Thorsteinsson HS. Nursing diagnosis taxonomy across the Atlantic Ocean: congruence between nurses' charting and the NANDA taxonomy. J Adv Nurs. 2002; 37(4):372-81.
- ⁶⁰ Frisch NC, Kelley JH. Nursing diagnosis and nursing theory: exploration of factors inhibiting and supporting simultaneos use. Nursing Diagn. 2002; 13(2):53-61.
- ⁶¹ Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1994. Nursing diagnosis: development and classification, p.274-306.

⁶² Gordon M. Historical perspective: The National Conference Group for Classification of Nursing Diagnoses (1978,1980). Nurs Diagn.1998; 9(2):27-31.

- ⁶⁴ Pesut DJ, Herman J. Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking. Albany: Delmar, 1999.
- ⁶⁵ Fontes CMB. Perfis de diagnósticos de enfermagem antes e após a implementação da classificação da NANDA-I. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo; 2006.
- Gaidzinski RR. Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.88-326.
- ⁶⁷ Pasini D, Alvim I, Kanda L, Mendes RSP, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidades de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP. 1996; 30(3):501-18.
- ⁶⁸ Freitas MC, Guedes MVC, Silva LF. Diagnósticos de enfermagem em pós operatórios de cirurgias traumato-ortopédicas. Rev Enferm UERJ. 1997; 5(2):439-48.
- ⁶⁹ Martino MMF, Lopes, MHBM. Identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem em unidade de cardiologia. Rev Campin Enferm. 1999; 2(2):32-36.
- Assis JF, Cunha MMLC., Nunes MWA. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em unidade de clínica médica. Rev Baiana Enferm. 2000; 13(1/2):55-68.
- ⁷¹ Rossi LA, Torrati FG, Carvalho EC., Manfrim A., Silva DF. Diagnóstico de enfermagem do paciente no pós operatório imediato. Rev Esc Enferm USP. 2000; 34(2):154-64.
- ⁷² Volpato MP. (2002). Diagnósticos de enfermagem em clientes internados em unidade médico-cirúrgica. Rev Bras Enferm 2002; 55(6):728-29.
- ⁷³ Santana MS, Garcia TR. Diagnósticos de enfermagem em paciente submetidos à prostatectomia. Nursing (São Paulo) 2005; 8(90):528-33.
- ⁷⁴ Lunney M, Karlik BA, Kiss M, Murphy P. Accuracy of nurses' diagnoses of psychosocial responses. Nursing Diagn. 1997; 8(4): 157-66.
- ⁷⁵ Thoroddsen A, Thorsteinsson HS. Nursing diagnosis taxonomy across the Atlantic Ocean: congruence between nurses' charting and the NANDA taxonomy. J Adv Nurs. 2002; 37(4): 372--81.
- ⁷⁶ Lopez Medina IM, Pancorbo Hidalgo PL, Sanchez Jurado LI, Sanchez Criado V. Nursing diagnoses and reports. Na appropriate relationship? Rev Enferm. 2003; 26(3): 62-6.

⁶³ Gebbie KM, Lavin MA. Utilization of a Classification of Nursing Diagnoses. Nurs Diagn. 1998; 9(2):17-26.

⁷⁷ King VM, Chard ME, Elliot T. Utilization of nursing diagnosis in three Australian hospitals. Nursing Diagn. 1997; 8(3): 99-109.

- ⁷⁸ Gordon M, Hiltunen E. High frequency: treatment priority nursing diagnoses in critical care. Nursing Diagn. 1995, 6(4): 143-54.
- ⁷⁹ Lunney M, Karlik BA, Kiss M, Murphy P. Accuracy of nurses' diagnoses of psychosocial responses. Nursing Diagn. 1997; 8(4): 157-69.
- ⁸⁰ Braga CC, Cruz DALM. Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem. Rev Esc Enf USP. 2006; 40(1): 98-104.
- ⁸¹ O'Connor FW, Eggert LL. Psychosocial assessment for treatment planning and evaluation. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1994; 32(5):31-42.
- ⁸² Barry P. Psychosocial nursing: care of phisically ill patients and their families.3rd. ed. Philadelphia: Lippincott, 1989. Clinical decision making; p. 223-30.
- ⁸³ Miresco MJ. The persistence of mind brain dualism in psychiatric reasoning about clinical scenarios. Am J Psychiatry. 2006; 163(5): 913-8.
- ⁸⁴ Elstein AS. Clinical judgment: psychological research and medical practice: interdisciplinary effort may lead to more relevant research and improved clinical decisions. Science. 1976; 194:696-700.
- ⁸⁵ Jones M. Conceptual models for implementing biopsychosocial theory in clinical practice. Man Ther. 2002; 7(1): 2-9.
- ⁸⁶ Neistadt ME. The classroom as clinic: applications for a method of teaching clinical reasoning. Am J Occup Ther. 1992; 46(9): 814-9.
- ⁸⁷ Marriner A, Alligood MR (org). Nursing theorists and their work. 5th. ed. St Louis: Mosby; 2002.
- ⁸⁸ George JB (org). Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- ⁸⁹ Polak YNS. A corporeidade como resgate do humano na enfermagem. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1997.
- 90 Foucault M. História da sexualidade: I A vontade de saber. 15° ed. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
- ⁹¹ Foucault M. História da sexualidade: II O uso dos prazeres. 10^a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
- ⁹² Foucault M. História da sexualidade: III– O cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

⁹³ Rego TC. Educação, cultura e desenvolvimento: o que pensam os professores sobre as diferenças individuais. In: Aquino JG (org.) Diferenças e preconceitos na escola: alternativas práticas e teóricas. São Paulo: Summus, 1998. p. 49-71.

- ⁹⁴ Oliveira MK de. Sobre diferenças individuais e diferenças culturais: o lugar da abordagem histórico-cultural. In: Aquino JG (org.) Erro e fracasso na escola. São Paulo: Summus, 1997. p. 45-61.
- ⁹⁵ Silva APS, Rosseti-Ferreira MC, Carvalho AMA. Circunscritores: limites e possibilidades no desenvolvimento. In: Rosseti-Ferreira MC (org). Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano. São Paulo: Artmed, 2004, p. 81-91.
- ⁹⁶ Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad Saúde Pública. 2003;19(5):1527-34.
- ⁹⁷ Masetto MT. Didática: aula como centro. 4ª. ed. São Paulo: FTD, 1997. cap 4; p. 41-50.
- ⁹⁸ Peluso TCL. A educação de adultos: refletindo sobre a natureza de sua especificidade. Formação. 2001;3: 5-15.
- Delors J. Educação: um tesouro a descobrir, relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a educação para o século XXI. [texto na internet]. 2009 [citado 2009 jan. 28]. Disponível em http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001298/129801por.pdf
- ¹⁰⁰Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2^a ed. São Paulo: Cortez; 2000.
- ¹⁰¹ Werthein J. A sociedade da informação e seus desafios. Ci. Inf. 2000; 29(2):71-7.
- ¹⁰² Palloff RM, Pratt K. Construindo comunidades de aprendizagem no ciberespaço. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- ¹⁰³ Palloff RM, Pratt K.. O aluno virtual. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- ¹⁰⁴ Levy P. As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática. Rio de Janeiro: Editora 34; 1993.
- ¹⁰⁵ Kenski VM. Novas tecnologias: o redimensionamento do espaço e do tempo e os impactos no trabalho docente. Rev Bras Educ. 1998;8:58-71.
- ¹⁰⁶ Petter O. Didática do ensino a distância: experiências e estágio da discussão numa visão internacional. São Leopoldo: UNISINOS; 2003.
- ¹⁰⁷ Kramer EAWC (org). Educação a distância: da teoria à prática. Porto Alegre: Alternativa; 1999.
- ¹⁰⁸ Belloni ML. Educação a distância. 2^a ed. Campinas: Autores Associados; 2001.

¹⁰⁹ Petters O A educação a distância em transição. São Leopoldo: Unisinos; 2003.

- ¹¹⁰ Franco MA, Cordeiro LM, Del Castillo RAF. O ambiente virtual de aprendizagem e sua incorporação na Unicamp. Educ Pesqui. 2003; 29(2):341-53
- ¹¹¹ Piconez SCB. A construção de conhecimentos por mapas conceituais. [texto na internet]. São Paulo; 2004 [citado 2009 jan. 28]. Disponível em: www.nea.fe.usp.br.
- ¹¹² Gadotti M. A educação contra a educação. 2^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1984.
- ¹¹³ Pineau G. Temporalidades na formação. São Paulo: Triom; 2004.
- ¹¹⁴ Pineau G. Emergencia de um paradigma antropoformador de pesquisa-ação-formação transdisciplinar. Saúde Soc. 2005; 14(3):102-10.
- Paul P. Transdisciplinaridade e antropoformação: sua importância nas pesquisas em saúde. Saúde Soc. 2005; 14(3):72-92.
- ¹¹⁶ Beraldo M, Rosito MMB. A importância da abordagem interdisciplinaridade e transdisciplinaridade na formação como processo inclusivo. Mundo Saúde. 2005; 29(1): 94-103.
- ¹¹⁷ Feuerwerker LCM, Lima VV. Os paradigmas da atenção à saúde e da formação de recursos humanos. In: Brasil, Ministério da Sáude. Política de recursos humanos em saúde. Brasília: 2002. p.169-78.
- ¹¹⁸ Malik AM (org). Gestão de recursos humanos, volume 9. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998. p.82-94.
- ¹¹⁹ Mancia JR, Cabral LC, Coerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Rev Bras. Enf. 2004; 57(5):605-10.
- ¹²⁰ Matos E, Pierezan CP, Schneider DG, May LE, Sandoval RCB. Proposta de programa de educação no trabalho no contexto da Divisão de Enfermagem de Emergência e Ambulatório do Hospital Universitário. Texto & Contexto Enferm. 2001; 10(1):145-56.
- ¹²¹ Paul P. A dimensão ética na educação para a saúde. Saúde Soc. 2005; 14(1):30-40.
- ¹²² Hoga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde. Rev Esc Enf USP. 2004; 38(1):13-20.
- ¹²³ Pessini L, Pereira LL, Zaher VL, Silva MJP. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. Mundo Saúde. 2003; 27(2): 203-30.
- ¹²⁴ Silva JPL, Tavares CMM. Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. Saúde Debate. 2003; 65: 290-301.

¹²⁵ Bettineli LA, Waskievicz J, Erdmann AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. Mundo Saúde. 2003; 27(2): 231-39.

- Silva MJP. Cuidando com qualidade, consciência e confiança reflexões teóricas.
 Rev Paul Enferm. 2002; 21(1): 5-11.
- ¹²⁷ Gaberson K. Oermann MH. Clinical teaching strategies in nursing. Nova York, Springer, 1999. A philosophy of clinical teaching; p. 1-11.
- ¹²⁸ Pineau G. As histórias de vida em formação: gênese de uma corrente de pesquisaação-formação existencial. Educ Pesqui. 2006; 32(2):329-43.
- ¹²⁹ Josso MC. Histórias de vida e projeto: a história de vida como projeto e as "histórias de vida" a serviço de projetos. Educ Pesqui. 1999; 25(2):11-23.
- ¹³⁰ Bueno BO. O método autobiográfico e os estudos com histórias de vida de professores: a questão da subjetividade. Educ Pesqui. 2002; 28(1):11-30.
- Dominicé P. A formação de adultos confrontada pelo imperativo biográfico. Educ Pesqui. 2006; 32(2):345-57.
- ¹³² Delory-Momberger C. Formação e socialização: os ateliês biográficos de projeto. Educ Pesqui. 2006; 32(2): 359-71.
- Bueno BO, Chamlian HC, Sousa CP, Catani DB. Histórias de vida e autobiografias na formação de professores e profissão docente. Educ Pesqui. 2006; 32(2): 385-410.
- Novoa A, Finger M. O método (auto)biográfico e a formação. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional; 1988.
- ¹³⁵ Josso MC. La formation au coeur des recits de vie: expériences et savoirs universitaires. Paris: L'Harmattan; 2000. p. 231-73.
- ¹³⁶ Alvarez MAS, Paul P. As histórias de vida como busca de identidade entre abordagens conscientes e inconscientes. In: Anais do 2º Congresso Internacional sobre pesquisa autobiográfica: tempos, narrativas e ficções: a invenção de si, 2006, Salvador, BR. Salvador; 2006.
- ¹³⁷ Josso MC. As figuras de ligação nos relatos de formação: ligações formadoras, deformadoras e transformadoras. Educ Pesqui. 2006;32(2): 373-83.
- ¹³⁸ Josso MC. Le pouvoir transformateur de récits de vie centrés sur la formation à la lumière des différents rôles tenus dans la construction et l'interprétation de récits. In: Chaput M, Giguere PA, Vidricaire A, coordenadores. Le pouvoir transformateur du récit de vie: acteur, auteur et lecteur de sa vie. 2° Symposium du Réseau québécois pour la pratique des histoires de vie. Paris: L'Harmattan; 1995. p.169-82.
- ¹³⁹ Sawaia BB. Análise psicossocial do processo saúde-doença. Rev Esc Enferm USP. 1994; 28(1):105-10.

¹⁴⁰ Ciampone MHT. Impacto da pesquisa em enfermagem na sociedade. IX SENPE – Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 22 a 25 de julho de 1997, Vitória, BR. Vitória; 1997.

- ¹⁴³ Delory-Momberger C. Formação e socialização: os ateliês biográficos de projeto. Educ Pesqui. 2006; 32(2):359-71.
- Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1994. Appendix H Functional Health Patterns: assessment guidelines for adult, infant and early childhood, family, community, critically ill; p.320-7.
- ¹⁴⁵ Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Setenta; 2008.
- ¹⁴⁶ Delory-Momberger C. Biografia e educação: figuras do indivíduo-projeto. São Paulo: Paulus; 2008.

¹⁴¹ Demo P. Metodologia científica em ciências sociais. 2ª. ed. São Paulo: Atlas; 1989. p.231-41.

¹⁴² Josso MC. Experiências de vida e formação. São Paulo: Cortez; 2004.