**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**RACIOCÍNIO CLÍNICO: O DESAFIO DO
CUIDAR**

CONSUELO GARCIA CORRÊA

**SÃO PAULO
2003**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CONSUELO GARCIA CORRÊA

RACIOCÍNIO CLÍNICO: O DESAFIO DO CUIDAR

Tese apresentada à **Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo**, para obtenção do título
de Doutor em Enfermagem.

Orientadora:

***Profa. Dra. Diná de Almeida Lopes
Monteiro da Cruz***

**São Paulo
2003**

Meu pai, obrigada pelo apoio
incondicional e pela sabedoria de viver e amar

Minha mãe, por ter se
tornado mãe mais uma vez, para me ajudar nas
horas mais difíceis

Ricardo, pelo projeto de
vida e o amor que construímos juntos, o
companheirismo e o apoio em tudo que faço

Marcela e Paula, minhas
princesas, por existirem e trazerem sentido e
realização à minha vida

AMO TODOS VOCÊS!

À Deus e Nossa Mãe, por guiarem todos os caminhos que
percorri até aqui, abençoando a mim e aos meus

À Profa. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz,
minha orientadora, pessoa que admiro imensamente pela
inteligência, capacidade de raciocínio e sensibilidade
com que conduz nossos passos. A você dedico meu respeito
e meu afeto

À Prof. Dra. Margareth Ângelo por sua disponibilidade e
prontidão na orientação metodológica que nos conduziu a
este estudo

À enfermeira Ms. Leda Maria Doccosse Pavani , por ter
aberto suas portas e seu coração para possibilitar a
realização desse estudo

Às enfermeiras, sujeitos da pesquisa, pela prontidão e
disponibilidade e principalmente por me mostrarem em suas
conversas a beleza e a força de exercer a verdadeira
enfermagem, pautada na competência e na crença do cuidado
humanizado. Em especial, às enfermeiras Fátima Gil e
Grazia Guerra por nossa amizade tão especial

Aos amigos, Arthur, Rosemeire, Elizete, Paulo que
participaram do desafio, com seus olhares compreensivos,
palavras oportunas, estímulo e compreensão para a
realização dessa tarefa

À todas as pessoas que me apoiaram, seja em momentos
circunstanciais ou períodos longos dessa trajetória.
Agradeço a vocês pelo silêncio estimulante e paciente,
pelas palavras cálidas ou reflexivas, por dividirem algo
de vocês com a minha proposta e a crença em nossa
profissão.

Aos funcionários da EE-USP, secretaria de pós-graduação,
biblioteca, recepção, editoração, enfim todos os que, com
gentileza e disponibilidade, nos ajudam a conduzir a
apresentação dos estudos

SUMÁRIO

Resumo
Abstract

CAPÍTULO I - INTRODUZINDO A IDÉIA

Introdução	09
Delimitando a proposta do estudo -O julgamento clínico do enfermeiro	17
Revisão de literatura	33
Estudos de abordagem analítica	34
Estudos de abordagem não-analítica	52
Objetivo	66

CAPÍTULO II - IDENTIFICANDO OS REFERENCIAIS TEÓRICO E METODOLÓGICO

O Caminho Metodológico	68
A Perspectiva do Interacionismo Simbólico	72

CAPÍTULO III - REALIZANDO A PESQUISA

Local	89
Enfermeiros participantes	90
Coleta e registro dos dados	92
Interpretação dos dados	95

CAPÍTULO IV - COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DO RACIOCÍNIO CLÍNICO DO ENFERMEIRO

Apresentando os resultados	101
Encontrando-se no Desafio do Cuidar	102
Cuidando	106
Atribuindo valor ao cuidar	120

CAPÍTULO V - REFLETINDO SOBRE A EXPERIÊNCIA

CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Corrêa CG. Raciocínio Clínico: o desafio do cuidar. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

RESUMO

O objetivo deste estudo é compreender a experiência do raciocínio clínico de enfermeiros especialistas. Utiliza-se como referencial teórico o Interacionismo Simbólico e como referencial metodológico a Teoria Fundamentada em Dados (Grounded Theory). Em entrevistas, 11 enfermeiros especialistas foram solicitados a relatar a experiência de identificar necessidades de cuidados em uma situação clínica que haviam vivenciado. A análise comparativa dos dados conduziu o delineamento de um modelo sobre a experiência do raciocínio clínico do enfermeiro especialista. O raciocínio diagnóstico apresentou-se indissociável do raciocínio terapêutico na maioria dos relatos. O modelo foi definido por três constructos. O constructo **ENCONTRANDO-SE NO DESAFIO DO CUIDAR** representa os processos pelos quais o enfermeiro vivencia o desafio do raciocínio clínico. A partir da vivência do desafio emerge o segundo constructo **CUIDANDO** que se refere ao processo central do raciocínio clínico. Trata-se de um processo sistematizado e dinâmico, composto de uma seqüência de pensamentos do enfermeiro no sentido de tomar decisões sobre suas ações. Esses dois constructos integrados são permeados por um terceiro, **ATRIBUINDO VALOR AO CUIDAR**, que os modula e dá especificidade a cada situação vivenciada. Dar continuidade ao estudo do modelo derivado nesta pesquisa possibilitará propor hipóteses que permitam testá-lo e aprofundar a compreensão do raciocínio clínico.

Palavras chave: Raciocínio clínico; diagnóstico de enfermagem; intuição; cognição; cuidado.

Corrêa CG. Clinical Reasoning: the challenge of caring. [Phd Thesis]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

ABSTRACT

The aim of this study is to understand the specialist nurses experience of clinical reasoning. The Symbolic Interactionism is the theoretical framework, and the Grounded Theory is the methodological one. Eleven specialist nurses were asked to report their experience on identifying nursing care needs in a clinical situation that they had experienced. Comparative analyses of the data led to the design of a clinical reasoning model for the specialist nurse. The diagnostic reasoning presented itself inseparable from the treatment reasoning in most reports. The model was defined by three constructs. The construct **FINDING HIM/HERSELF OUT ON THE CARE CHALLENGE** represents the processes by which nurses experience clinical reasoning challenge. Experiencing the caring challenge led to the second construct, **CARING**, which is concerned about the major judgement process. It refers to a systematic, dynamic process consisting of a sequence of thoughts in order to make decisions about the nurse actions. These two integrated constructs are permeated by a third one, **ASCRIBING VALUE TO CARING**, which modulates and gives uniqueness to each experienced situation. Further studies of the model devised in this research will develop hypotheses to test it and to deepen the understanding on clinical reasoning.

Key words: clinical reasoning, nursing diagnosis, intuition, cognition, caring.

INTRODUZINDO A IDÉIA

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O avanço do conhecimento e o crescimento da enfermagem como profissão aumentaram significativamente a amplitude e a complexidade da prática assistencial, especialmente no que se refere à definição de cuidado, abrangência do conceito de saúde e doença, identificação de necessidades de cuidado do paciente e proposição de soluções adequadas. Ao voltar-se para o cuidado individualizado e utilizar-se do processo de enfermagem em sua vivência clínica, o enfermeiro depara-se com a prática do julgamento clínico e do raciocínio diagnóstico, envolvidos na tomada de decisão sobre as ações de cuidado dos seus pacientes.

Para alcançar a proficiência na tomada de decisão, o enfermeiro deve desenvolver habilidades e competências cognitivas, técnicas, afetivas e sociais. Essas habilidades são fundamentais para o julgamento clínico, que envolve processos cognitivos tais como: o raciocínio analítico e a intuição nas situações da prática clínica. Isto posto, vem-nos à mente uma pergunta:

Os enfermeiros utilizam o julgamento clínico para conduzir suas ações em direção ao alcance de resultados no cuidado de seus pacientes?

Se pararmos para pensar em nossa prática, veremos que o enfermeiro desenvolve inconscientemente a atividade diagnóstica e o julgamento clínico nas situações em que se propõe a prestar cuidados aos pacientes. Entretanto, ainda não conseguimos a incorporação do processo de tomada de decisão e julgamento como função específica e prioritária do

enfermeiro em sua prática clínica; também não temos claro como se manifestam os elementos do raciocínio diagnóstico para a tomada de decisão.

A dicotomia entre o fazer e o pensar, entre a prática e a teoria, e entre o papel administrativo e o assistencial persiste entre os profissionais como um marcador social resultante da evolução histórica da enfermagem. O delineamento de uma função, ou atividade ou profissão, bem como a caracterização do profissional que a exerce, está diretamente ligada ao sentido, ao significado, que lhes é atribuído pelo conjunto da sociedade ⁽¹⁾. Charon ⁽²⁾ refere que “o ser humano age em relação às coisas com base nos sentidos que elas têm para ele”, quando aponta para a interpretação da ação humana e de suas relações sociais, segundo a perspectiva do Interacionismo Simbólico.

Ao depararmo-nos com a complexidade da tarefa de assumir julgamentos, tomar decisões e ser responsáveis pelo resultado de nossas ações, percebemos que estamos frente a um mundo desconhecido e a um desafio de proporções maiores que a nossa capacidade imediata de adaptação. Muitos questionamentos e certezas surgem em nossas discussões.

Em primeiro lugar, surgem questões relativas à nossa formação. O enfermeiro tem a oportunidade de capacitar-se como profissional seguro no diagnóstico e na tomada de decisão do cuidado? A ciência da enfermagem oferece uma estrutura capaz de embasar nossos julgamentos e nossas ações? Essas preocupações têm sido amplamente discutidas pelos

teóricos e docentes de enfermagem, dentro e fora das academias e dos cursos de pós-graduação que se desenvolveram rapidamente em nosso meio, no que se refere à quantidade e qualidade.

Num segundo momento, voltamos a atenção para a compreensão dos processos de raciocínio diagnóstico, pensamento crítico e tomada de decisão. Verificamos então, que pouco sabemos e discutimos sobre isso. Que processos cognitivos e/ou não-cognitivos o enfermeiro utiliza para chegar ao diagnóstico das necessidades de cuidado de seus pacientes? Quais os elementos desse processo? Qual a articulação desses elementos no julgamento das situações clínicas reais? Essas questões podem ser respondidas, em parte, com os estudos desses processos a partir do referencial de outras ciências que têm estudado o assunto, aplicando-os à enfermagem.

Nos últimos 50 anos, a enfermagem tem empenhado grande esforço para adquirir a condição de 'ciência do cuidado', e oferecer aos seus praticantes uma estrutura de conhecimento e instrumentos de trabalho que os permitam desenvolver o exercício do cuidar profissional, enriquecido com componentes de competência técnica, ética, afetiva e humanista. Diversas teorias e linhas teóricas de enfermagem têm sido estabelecidas como base para a prática assistencial. A operacionalização dos modelos teóricos se dá pelo uso do processo de enfermagem. Atualmente, Barnum⁽³⁾ propõe que o processo de enfermagem, propriamente dito, pode ser considerado como um modelo teórico.

O modelo do processo de enfermagem teve uma grande evolução em dois movimentos recentes: sua utilização nas teorias que não propõem um elemento de processo e sua utilização na elaboração de taxonomias dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem como elementos complementares. O uso na prática clínica dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem, de forma estruturada e padronizada, ressaltou nos enfermeiros a preocupação com a capacidade de tomada de decisão e com o processo de julgamento clínico.

O surgimento da enfermagem como uma disciplina diferenciada e relevante recai sobre a competência dos enfermeiros em definirem precisamente, com alto grau de especificidade, as áreas privativas de interesse no cuidado de saúde das pessoas para as quais eles, como enfermeiros, são exclusivamente qualificados para oferecer soluções. Tais definições devem focar uma perspectiva dos problemas dos pacientes que seja distinta da perspectiva dos outros membros da equipe com os quais o enfermeiro trabalha de forma colaborativa⁽⁴⁾.

A capacidade de definir os problemas pelos quais é estritamente responsável requer que a enfermagem, como profissão, ofereça aos seus praticantes uma base de conhecimentos extensivamente fundamentada na pesquisa e orientada para uma estrutura conceitual própria. Entretanto, existe também a necessidade de o profissional ser instrumentalizado com habilidades intelectuais que o capacitem a manipular e integrar esse conhecimento, identificando os problemas do paciente⁽⁴⁾.

Esse movimento da enfermagem em direção ao desenvolvimento dos conhecimentos científicos que servem como base para a prática sistematizada vem acontecendo com grande rapidez, encontrando barreiras e desafios importantes que envolvem os enfermeiros que atuam tanto no ensino e pesquisa, quanto na prática assistencial. Para nós, enfermeiros brasileiros, que nos propusemos a acompanhar esse processo evolutivo, mesmo conscientes da grande disparidade estrutural de nossa realidade, o desafio parece ainda maior e mais significativo.

Foi nesse contexto de desenvolvimento que me inseri na enfermagem, desde o curso de graduação. Fazendo parte de uma geração de enfermeiros que necessitavam participar da construção dessa estrutura da profissão, percorri minha vida profissional entre a assistência e a docência, praticando e estudando o processo de enfermagem como eixo norteador de minhas ações. Já no curso de mestrado, tive conhecimento da classificação dos diagnósticos de enfermagem desenvolvida pela NANDA (North American Nursing Diagnoses Association), em processo de validação.

Pelo estudo dos diagnósticos, sua estrutura conceitual e sua inserção no contexto do processo de enfermagem, pude verificar coerência em sua potencial aplicabilidade na assistência e no ensino de enfermagem. Os diagnósticos explicitam o processo de raciocínio exigido para sua determinação, o que envolve a aquisição de habilidades e competências de julgamento clínico por parte dos profissionais envolvidos. Esse enfoque de julgamento clínico, já bastante estudado na área médica, pareceu-me um

grande avanço para a enfermagem e motivou-me a desenvolver estudo sobre o assunto.

Conforme colocado anteriormente, o desenvolvimento tecnológico exigiu da profissão o estabelecimento de uma 'linguagem padronizada' que caracterizasse e definisse seus fenômenos e suas ações. Tal necessidade desencadeou a formulação e o uso dos diagnósticos de enfermagem, que trouxeram à tona o desafio de melhor compreender o **juízo clínico** nas situações de saúde pertinentes ao cuidado.

Os enfermeiros defrontam-se, na sua prática clínica, com a tarefa de identificar os diagnósticos seus pacientes para tomar decisões sobre as condutas ou intervenções adequadas. Para que essas decisões venham de encontro com as reais necessidades dos pacientes, é necessário que o profissional tenha desenvolvido ao máximo a capacidade de raciocínio clínico. Isto envolve elementos importantes tais como: capacidade cognitiva, conhecimento clínico e experiência, integrados pela percepção intuitiva da situação como um todo.

Os diagnósticos de enfermagem surgiram como um movimento que envolveu a determinação, classificação e verificação científica dos mesmos, por meio de um esforço conjunto de enfermeiras americanas a partir dos anos setenta. Essa força tarefa inicial buscava a uniformização de termos que designavam as situações em que o enfermeiro intervinha. O movimento evoluiu para a organização de uma associação, a NANDA, com a proposta de: desenvolver e refinar as categorias diagnósticas organizadas em uma taxonomia, promover estudos de validação dos diagnósticos,

desenvolver uma estrutura conceitual para os diagnósticos e fundamentos metodológicos para pesquisas de identificação e validação destes⁽⁵⁾.

A NANDA aprovou em sua nona conferência, em 1990, uma definição oficial e amplamente aceita de diagnóstico de enfermagem, como

um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Um diagnóstico proporciona a base para a seleção de intervenções de enfermagem para garantir resultados pelos quais a enfermeira é responsável⁽⁶⁾.

A estruturação, divulgação e utilização de diagnósticos tornaram-se imperiosas a partir da atuação da NANDA e da incorporação dos mesmos na Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) desenvolvida pelo CIE (Conselho Internacional de Enfermagem). Esse movimento dos diagnósticos ainda gera polêmica nos meios acadêmicos e clínicos.

Ao analisar o processo de enfermagem enquanto uma teoria em estruturação, Barnum⁽³⁾ afirma que não existem teorias sem limitações e isso também é verdadeiro para o mesmo. Apesar dos passos do processo serem facilmente aprendidos e utilizados na prática, os diagnósticos são tão numerosos que fazem de sua aplicação um desafio. O mesmo pode ser dito sobre a classificação das intervenções de enfermagem, como por exemplo a Nursing Interventions Classification (NIC). Existem dúvidas sobre como sistemas tão complexos podem ter impacto na prática⁽³⁾.

Muitas críticas e resistências têm-se levantado em relação ao uso de classificação dos diagnósticos de enfermagem. Talvez, a de maior

pertinência recaia sobre o fato de que, ao utilizar-se de uma lista de classificação, o enfermeiro esteja agindo de forma reducionista com as respostas do paciente, o que seria contraditório aos modelos teóricos predominantes, que apontam para o ser humano e a saúde numa perspectiva holística.

Nesse aspecto, concordamos com Carvalho⁽⁷⁾ que ao discutir a problemática do uso dos diagnósticos de enfermagem afirmou:

Se atentarmos para o fato de que as atividades de enfermagem eram anteriormente orientadas quase que de maneira automática, a partir de esquemas preestabelecidos, e que eram delineados e convencionados segundo critérios que tomávamos de empréstimo das ciências básicas e correlatas, veremos que o diagnóstico de enfermagem deu nova dimensão ao mundo contingente dos cuidados de enfermagem, estendendo-se assim, as perspectivas profissionais até o âmbito da investigação científica. Os conhecimentos adquiridos mediante a prática do diagnóstico de enfermagem, vieram também ampliar, sem dúvida alguma, as possibilidades da enfermagem no que concerne à sistematização e ao domínio de novos métodos e instrumentos de trabalho, como ainda ampliaram o alcance dos objetivos profissionais⁽⁷⁾.

Podemos verificar que, a partir da segunda metade do século passado, observou-se nas diversas áreas de conhecimento, em especial na área de saúde, um movimento no sentido de gerar profissionais com capacidade analítica e cognitiva primorosa e, acima de tudo, indivíduos capazes de sentir, de relacionar-se e de perceber as necessidades de seus pacientes dentro do contexto em que estão inseridos. A enfermagem talvez já tenha atentado para este segundo aspecto, demonstrado através do incremento dos estudos qualitativos de pesquisa, porém, o interesse e

estudos no que se refere às capacidades cognitivas do enfermeiro ou julgamento clínico não têm recebido maior ênfase em nossa história.

Em nosso meio, na última década, foram desenvolvidos vários estudos sobre o ensino dos diagnósticos de enfermagem⁽⁸⁻¹⁰⁾. Uma vez que a tarefa de fazer inferências ou diagnósticos é entendida como essencial para a prática da profissão, a compreensão desse processo é importante, tanto para quem está envolvido na condução do cuidado direto a pacientes quanto para quem se responsabiliza pelo ensino⁽¹¹⁾.

DELIMITANDO A PROPOSTA DO ESTUDO - O JULGAMENTO CLÍNICO DO ENFERMEIRO

Partindo do entendimento do **julgamento ou raciocínio clínico** do enfermeiro como ponto central do processo diagnóstico, inserido no contexto do processo de enfermagem, surge a necessidade de conhecer como ocorre este processo.

Essa tarefa é de grande complexidade e vem recebendo maior atenção há mais de três décadas nas pesquisas médicas, com o auxílio de teorias da psicologia cognitiva, neurociência e educação.

Para Gordon⁽¹²⁾, o processo diagnóstico envolve quatro atividades perceptuais e cognitivas cíclicas conforme se segue:

⇒ Coleta de informações – inicia-se com a história e o exame de enfermagem na busca de dados relativos à saúde do indivíduo, família ou comunidade. A habilidade de coleta de informações é

influenciada pelo conhecimento clínico que, armazenado na memória, proporciona sensibilidade às evidências clínicas.

- ⇒ Interpretação das informações – a interpretação das informações do estado de saúde do paciente permite ao diagnosticador prever ou explicar os achados. Duas operações mentais estão envolvidas, o raciocínio inferencial e o julgamento.
- ⇒ Agrupamento de informações – na prática clínica, ao coletar e interpretar as informações, os enfermeiros ‘montam um quadro ou uma figura’ onde essas informações encaixam-se ou não. Isso ocorre provavelmente por acessar evidências clínicas significativas de categorias diagnósticas previamente aprendidas e armazenadas na memória. A ‘figura ou quadro’ referida é provavelmente o grupo de sinais e sintomas presentes na memória que define a categoria diagnóstica.
- ⇒ Denominação do agrupamento – após a coleta, interpretação e agrupamento das informações, o enfermeiro determina o nome do problema de saúde do paciente. A identificação ou denominação do problema de saúde é um ato de julgamento que diz ‘é isto e não aquilo’. A denominação dos agrupamentos utiliza termos concisos que expressam o significado atribuído àquela condição que exige intervenção de enfermagem.

O raciocínio diagnóstico é um processo cognitivo complexo de resolução de problemas clínicos. A habilidade necessária a esse raciocínio envolve fatores como a complexidade da situação apresentada,

características do diagnosticador e natureza da disciplina. As características principais do diagnosticador incluem o conhecimento clínico e científico, a experiência clínica e o desenvolvimento cognitivo. Essas características têm efeito somatório na capacidade de diagnosticar. O desenvolvimento cognitivo é essencial para a qualificação do julgamento clínico do diagnosticador porque reflete a capacidade de processar informações⁽¹³⁾.

Os diagnósticos de enfermagem resultam de uma série de julgamentos clínicos, que são decisões complexas sobre o estado do indivíduo ou família e a situação contextual que afeta as respostas dos mesmos, baseadas em achados e sua interpretação. A complexidade do julgamento clínico está em suas características de incerteza, variabilidade das situações clínicas, disponibilidade e ambigüidade dos dados, e sua natureza repleta de valores⁽¹⁴⁾.

Gordon⁽¹²⁾ refere que o julgamento clínico incorpora vários tipos de julgamentos que incluem:

- ⇒ julgamentos perceptuais - sobre quais dados deverão ser coletados; se um sinal ou sintoma está presente ou não; quais forças e elementos positivos existem na pessoa e na situação contextual;
- ⇒ julgamentos inferenciais - sobre o significado e significância dos achados, bem como as relações existentes entre os dados coletados; e
- ⇒ julgamentos diagnósticos - sobre a existência ou não de algum agrupamento de dados que se ajuste a padrões associados a um diagnóstico específico.

Os julgamentos clínicos dos enfermeiros resultam em produtos cognitivos, sejam estes impressões não verbalizadas ou diagnósticos formais. Quando um diagnóstico de enfermagem é enunciado, ele tem uma estrutura consistente com dois ou três componentes⁽¹⁴⁾:

- um estado de saúde, problema de saúde, condição ou processo vital identificado como potencial ou existente;
- fatores relacionados e;
- manifestações do problema ou características definidoras.

O raciocínio diagnóstico é um processo que possibilita a um observador atribuir significado e classificar fenômenos em situações clínicas, pela integração de observação e pensamento crítico. Esse processamento de informações envolve memória sensorial, ativa (curta duração) e de longa duração, e ocorre por uma série de julgamentos clínicos feitos durante e após a coleta de dados, podendo ocorrer espontânea ou deliberadamente como atividade consciente⁽¹⁴⁾.

A memória sensorial é a porção da memória que recebe estímulo do mundo externo e interno através dos sentidos (percepção). Tem uma grande capacidade de receber esses estímulos, mas é capaz de reter somente uma pequena parte no sistema de memória. A sua função é a de proporcionar a permanência do estímulo o suficiente para assegurar ao sistema de percepção um tempo mínimo de processamento do mesmo. O tempo de armazenamento do estímulo na memória sensorial é muito curto. Durante esse tempo, processos cognitivos de atenção e codificação iniciais devem atuar sobre o estímulo para enviá-lo à memória ativa. Essa

codificação envolve a transformação inicial das sensações recebidas em representações mentais ou interpretações das mesmas. Caso esse processo não ocorra, a informação é perdida e substituída por outro estímulo⁽¹⁴⁾.

A memória ativa ou memória de curta duração retém a informação corrente e a informação que recebeu atenção imediata. A memória ativa recebe informação do mundo interno, mental, e trabalha com a informação recebida da memória sensorial. O tempo de permanência desta informação é relativamente curto, e essa pode ser perdida por interferência da chegada de outra informação ou distração do ambiente. É nessa porção do sistema de memória que ocorre o processamento da informação. Várias atividades cognitivas acontecem na memória ativa e incluem: codificação/interpretação, repetição (manutenção e elaboração), recodificação/agrupamento e transferência da informação para e da memória de longa duração⁽¹⁴⁾.

A memória de longa duração é a parte do sistema de memória capaz de reter a informação por períodos maiores e armazenar quantidades ilimitadas de material, indefinidamente. Recebe e transmite informação para a memória de curta duração. Está dividida em duas categorias: episódica (que armazena experiências pessoais) e semântica (que é o repositório do conhecimento, conceitos e linguagem). As duas são altamente interativas e, apesar de não estar claro a existência separada das mesmas, aceita-se a idéia de que os seres humanos armazenam dois tipos diferentes de informação (experiências pessoais e conhecimento), e que essas são formas diferentes de informação⁽¹⁴⁾.

Gordon⁽¹²⁾ afirma que o processo diagnóstico envolve processos analíticos (lógicos) e não analíticos (intuitivos). O raciocínio **analítico** usa processos indutivos e dedutivos, sendo muitas vezes referido como pensamento lógico, crítico ou racional. O entendimento é obtido pela análise e interpretação da informação. Raciocínio **não analítico** inclui a intuição e outros processos que trazem o entendimento 'imediato' da situação. O grau no qual um ou outro tipo de raciocínio predomina nas situações clínicas é provavelmente influenciado pela experiência do diagnosticador, aspectos situacionais e tarefa diagnóstica.

O uso das explicações analíticas é mais adequado para os principiantes e conseqüentemente para o ensino do processo diagnóstico. Entretanto, na prática, são utilizados tanto processos analíticos quanto não-analíticos, sendo que o enfermeiro experiente parece utilizar mais os não-analíticos⁽⁹⁾.

Ao considerar o ato do raciocínio diagnóstico nos primeiros estudos médicos, Medawar⁽¹⁵⁾ faz uma discussão interessante sobre o uso do método no pensamento científico, desenvolvendo uma comparação do raciocínio científico, apresentado como indutivo e intuitivo. O autor define o 'Indutivismo como um ritual de convicções, um complexo de atitudes e práticas metodológicas relacionadas com a natureza da ciência e da pesquisa científica, com dois elementos principais, a observação e a inferência'⁽¹⁵⁾.

A visão tradicional da indução a define como 'raciocinar do específico para o geral'. A indução é um esquema de raciocínio que, de

alguma forma, permite-nos passar de afirmações que expressam fatos particulares, para afirmações gerais que as compreendem. Portanto, o raciocínio indutivo é ampliativo em sua natureza, ou seja, expande nosso conhecimento ou todos os eventos que pretendemos conhecer. O processo indutivo determina que o pensamento científico é logicamente mensurável, ou seja, uma determinada crença, opinião, lei natural é aceitável quando pode ser testada por procedimentos que envolvam o uso da lógica ⁽¹⁵⁾.

Medawar ⁽¹⁵⁾ descreve duas representações ou tipos de profissionais médicos em sua forma de chegar ao diagnóstico clínico, considerados dentro do modelo hipotético-dedutivo: O primeiro tipo demonstra ‘pensamento indutivo’ em sua abordagem para fazer o julgamento clínico, partindo das queixas do paciente e de observação acurada e intencional de fatos e evidências clínicas. Quando todas as possíveis evidências concretas estão acumuladas, categorizadas e processadas, o diagnosticador indutivo define um diagnóstico que é alcançado pela lógica e raciocínio. Na realidade, ele está usando mais do que fatos e evidências. Esse processo racional de diagnóstico é complementado com o discernimento, a perspicácia e o enriquecimento que a longa experiência traz à habilidade clínica. O segundo tipo envolve a observação do paciente com um propósito, uma idéia pré-determinada na mente do diagnosticador. A partir do momento em que encontra o paciente, ele estabelece questões para si mesmo, as quais são influenciadas por uma espécie de conhecimento anterior ou ‘indício/pista sensorial’. Isso direciona seus pensamentos e o guia na busca de novas informações, as quais podem

ser aceitas e validadas, ou não. Esse segundo diagnosticador está envolvido em 'um processo imaginativo e um processo crítico, entre uma conjuntura imaginativa e a avaliação crítica'. Na parte imaginativa do processo, forma-se uma opinião, faz-se uma suposição ou tem-se um pressentimento e, conseqüentemente, forma-se uma hipótese. Conforme o autor, o raciocínio científico é 'um diálogo exploratório que sempre pode ser decidido entre duas vozes ou episódios do pensamento, crítico e imaginativo, os quais alternam-se e interagem', ou seja, um diálogo entre o possível e o real ⁽¹⁵⁾.

A preocupação dos enfermeiros com a compreensão do processo de julgamento clínico tem produzido uma série de estudos. Esses estudos discutem as abordagens analítica e/ou intuitiva, buscando entender a relação existente entre elas, ou mesmo, discutindo a preponderância de uma sobre a outra, em função da situação clínica vivenciada ou de características do próprio diagnosticador. Nesse sentido, destaca-se o estudo de Benner ⁽¹⁶⁾, que construiu um modelo para explorar a excelência clínica a partir do 'Modelo Dreyfus de Aquisição de Habilidades' descrito em cinco níveis de aquisição de habilidades. De acordo com esse modelo, a autora apresenta a habilidade na prática de enfermagem nos níveis a seguir:

1. Principiante (novice)– o enfermeiro principiante aprende regras que independem do contexto para guiar suas ações. Ele apresenta pouca sutileza no entendimento das situações e simplesmente aplica as regras objetivamente;

2. Principiante avançado (advanced beginner)- nesse nível o enfermeiro começa a avaliar alguns 'aspectos da situação' que requerem experiência prévia para seu reconhecimento, porém ele ainda necessita de ajuda na colocação de prioridades e na escolha entre o que é importante ou não. Ele está somente iniciando o reconhecimento de padrões significativos repetidos;
3. Competente (competent performer)- esse nível é alcançado após dois a três anos de prática. O enfermeiro começa a perceber suas ações em termos de metas e planos de longo alcance. Apesar de carecer de velocidade e flexibilidade, ele tem um sentimento de supremacia/domínio e a capacidade de lidar com muitas contingências;
4. Proficiente (proficient performer)- o profissional vê as situações como um todo sem a preocupação com aspectos isolados. Ele reconhece quando o quadro esperado deixa de materializar-se e não conta mais com regras ou princípios analíticos;
5. Especialista (expert performer)- o enfermeiro possui uma compreensão intuitiva de cada situação e seu desempenho pode ser realmente prejudicado por regras e princípios. Ele concentra a atenção nos problemas e soluções, sem perder tempo, considerando alternativas. Todo o seu conhecimento incorporado na prática torna-se visível.

Parece estar claro que a aquisição de competência inicia-se com o aprendizado seguindo um modelo analítico, progredindo para um raciocínio mais elaborado que envolve as experiências, os significados do enfermeiro e a apreensão mais imediata do contexto (intuição). Entretanto,

conforme poderemos ver a seguir, os resultados das pesquisas em enfermagem demonstram que esses processos mais elaborados, que envolvem cognição e intuição, não estão ainda completamente compreendidos e descritos.

Toynbee; Ikeda⁽¹⁷⁾ discutiram a relação estrita entre razão e intuição....

razão e intuição complementam-se mutuamente no sentido de que a primeira pressupõe a função da segunda, enquanto que esta é retificada e esclarecida pela outra. O funcionamento repetido da faculdade da razão pode sistematizar e elucidar a sabedoria adquirida através da intuição. Enquanto a razão em geral adota o enfoque analítico e decompõe questões complicadas em elementos constituintes simples, a intuição apreende o assunto como um todo e penetra diretamente em sua natureza essencial. Embora possa parecer que os dois se opõem, acho que são aspectos estreitamente relacionados da sabedoria humana e que produzem um efeito enriquecedor na natureza do homem'. 'a validade de coisas percebidas intuitivamente tem que ser verificada pela cognição racional. Dando um passo além nesse processo, vemos que necessitamos de uma percepção em um novo plano, onde razão e intuição se complementem. Essa percepção poderia ser chamada de intuição racional ou razão intuitiva.

A dicotomia entre os processos analíticos ou não está evidente nos estudos científicos da atualidade. Essa discussão ainda está voltada para o paradigma vigente (positivista), que considera a validade científica vinculada à mensuração de eventos concretos. Os estudos nessa área avançaram em suas abordagens, porém, existe a necessidade de aprofundamento do entendimento do raciocínio clínico, principalmente na área de enfermagem e em nosso meio.

Em uma revisão de literatura sobre pesquisas em raciocínio diagnóstico, Radwin⁽¹⁸⁾ afirma que o raciocínio diagnóstico é uma forma de julgamento clínico. Nos anos 70, médicos e psicólogos intrigados com as questões de tomada de decisões clínicas, buscaram a adaptação de teorias da psicologia cognitiva com a utilização da 'Teoria do Processamento de Informação' como um modelo para o estudo do raciocínio diagnóstico. De acordo com esse modelo, a descrição de explicações analíticas ocorre em uma sequência de eventos conforme se segue⁽¹⁸⁾:

- o diagnosticador encontra-se com o paciente, reúne informações clínicas e identifica evidências e características do paciente;
- o diagnosticador infere relações entre algumas evidências e agrupa tais evidências; pensa na possibilidade de condições alternativas ou hipóteses diagnósticas que expliquem esse agrupamento (geração de hipóteses);
- o diagnosticador busca informações posteriores para confirmar ou eliminar as hipóteses diagnósticas consideradas (aceita-se ou rejeita-se a hipótese dependendo de sua congruência com dados adicionais obtidos); essa informação adicional não garante que um diagnóstico específico exista; a incerteza está sempre presente;
- novas hipóteses podem ser geradas;
- finaliza-se a testagem das hipóteses quando o grau de incerteza sobre os diagnósticos é tolerável e se escolhe a mais adequada das condições em consideração (decisão diagnóstica).

Com base nesse modelo, Cruz⁽⁹⁾ apresentou uma síntese dos modelos ou descrições analíticas do processo diagnóstico desenvolvido pelos principais autores de enfermagem:

AUTOR	ETAPAS DO PROCESSO DIAGNÓSTICO
RISNER (1986)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Categorização dos dados 2. Identificação de lacunas de dados 3. Agrupamento dos dados relevantes em padrões 4. Comparação dos agrupamentos com padrões, normas e conceitos 5. Identificação de desvios ou potencialidades de saúde 6. Proposição de relações etiológicas
DOENGES et al (1989)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coleta de dados 2. Análise e revisão dos dados para identificar informações relevantes 3. Síntese (combinação/organização) dos dados em diagnósticos 4. Comparação dos diagnósticos 5. Combinação dos diagnósticos com fatores etiológicos e sinais e sintomas
CARNEVALI, THOMAS (1993)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coleta de dados antes do encontro com o paciente 2. Ingresso na situação de avaliação 3. Coleta de dados 4. Agrupamento dos dados relevantes 5. Seleção de grupos prioritários de dados 6. Recuperação das possíveis explicações diagnósticas 7. Comparação das características dos diagnósticos com os dados do paciente 8. Seleção do diagnóstico
GORDON (1994)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coleta de informações 2. Interpretação das informações 3. Agrupamento das informações 4. Denominação do agrupamento

As descrições acima são apresentadas de maneira linear. Entretanto, os autores ressaltam que o processo na realidade é dinâmico e envolve decisões que exigem voltar a fases anteriores, mesmo quando o processo já está avançado. Também afirmam que não há um limite nítido entre uma fase e outra. Apesar das variações, pode-se afirmar que não há diferenças fundamentais entre as descrições⁽⁹⁾.

A abordagem científica do raciocínio clínico tem sido feita em estudos da área médica há pelo menos três décadas. Diversos estudos

descritivos foram conduzidos baseados no modelo de processamento de informações. McGuire⁽¹⁹⁾, em 1985, apresentou uma revisão bibliográfica referente ao processo de resolução de problemas médicos, com uma análise crítica do que se havia produzido em um período de cinco anos. A autora refere que esse assunto foi abordado pelos estudos em três principais paradigmas de pesquisa: a abordagem de resolução de problemas, cujo ponto de partida é o processamento de informações; a abordagem de julgamento, que utiliza os modelos estatísticos correlacionais; e a abordagem de análise de decisão, que utiliza-se de estimativas e manipulação de probabilidades.

Os trabalhos de pesquisa analisados por McGuire⁽¹⁹⁾ distribuem-se em três categorias: A primeira discute os estudos direcionados para a resposta dos estudantes ou médicos frente à queixa do paciente; esses estudos descrevem o processo de raciocínio clínico como próximo do método científico hipotético dedutivo, no qual o diagnosticador: a) parte de uma impressão ou conceito inicial; b) formula um número limitado de hipóteses (impressões diagnósticas); c) utiliza essas hipóteses simultaneamente para direcionar uma operação de 'busca e varredura' de dados adicionais; e) usa esses dados para refinar, verificar, revisar, rejeitar ou reconsiderar hipóteses e estabelecer a formulação do problema. Esse processo ocorre de formas diferentes entre diagnosticadores bem ou malsucedidos e entre iniciantes ou experientes. Além disso, a quantidade de informação reunida varia inversamente ao nível de formação e experiência dos sujeitos. A segunda categoria envolve a inespecificidade das

competências e habilidades para a resolução de problemas. A terceira categoria refere-se à análise de decisão, a qual considera que as decisões médicas baseiam-se na avaliação de probabilidades, e que o uso de árvores de decisão formais otimizam o julgamento clínico⁽¹⁹⁾.

Depois de realizada a avaliação crítica das metodologias e resultados dos estudos, a autora concluiu que os médicos vinham enfrentando problemas com o processo de raciocínio clínico, no que se refere à coleta de dados; ao uso eficiente do conhecimento na interpretação e inferências sobre os dados; aos riscos incorporados a essas incertezas e à qualidade das ações desenvolvidas a partir dessas inferências⁽¹⁹⁾.

O modelo de raciocínio diagnóstico, baseado no processamento de informações, foi desenvolvido por Taylor ⁽²⁰⁾ a partir dos estudos iniciais de Elstein et al., sobre o processo de resolução de problemas clínicos utilizado por médicos, definido como abordagem hipotético-dedutiva. Esse modelo foi refinado e validado pelos próprios autores e usado como base de pesquisa para autores de enfermagem.

Conforme o modelo, o enfermeiro envolve-se em quatro maiores atividades cognitivas durante a resolução de problemas clínicos: 1- prestar atenção a evidências disponíveis (sinais, sintomas e outros dados sobre o paciente e ambiente); 2- tentar gerar hipóteses sobre as evidências; 3- reunir dados sobre as hipóteses para julgá-las adequadas ou excluí-las; 4- avaliar cada hipótese com base nos dados para decidir o diagnóstico. As hipóteses diagnósticas tentativas são geradas precocemente no levantamento de dados do paciente, e esse fato parece ser uma estratégia que auxilia os

profissionais a manejar a grande quantidade de informação que precisa ser processada durante a avaliação clínica. Pelo agrupamento de dados, o espaço da memória de curta duração é conservado, permitindo que informações subseqüentes sejam coletadas e usadas na decisão sobre cada hipótese considerada⁽²⁰⁾.

A partir da aceitação da atividade diagnóstica como competência do enfermeiro e ponto central da assistência, oficializada pela ANA (American Nurses Association) em 1980, a enfermagem passa a preocupar-se mais com o estudo do processo de raciocínio clínico do enfermeiro.

Nessa linha, Jones⁽⁴⁾ apresentou três modelos principais de processo de raciocínio: 1. Hipotético-dedutivo – utiliza-se da dedução hipotética para levantar hipóteses diagnósticas a respeito de problemas de saúde do paciente, a partir de evidências clínicas que devem ser validadas; 2. Análise de decisão – configura uma cadeia de decisões sobre eventos que determinam o processo seqüencial de diagnóstico (árvore de decisão); e 3. Processamento de informação – serve-se de uma série de pequenos passos envolvendo partes simples de lógica inferencial.

A maior parte dos estudos de raciocínio diagnóstico desenvolvidos na enfermagem está baseada na teoria do processamento de informação, a qual oferece um modelo prévio onde as variáveis e suas definições operacionais são extraídas dedutivamente. A teoria de análise de decisão tem sido amplamente utilizada em estudos médicos e, com pouca freqüência na enfermagem. Essas metodologias recebem críticas por usarem simulações de situações diagnósticas e porque o enfoque desse

raciocínio é voltado ao racionalismo, desconsiderando outros fatores como a emoção, o afeto, o contexto, história e cultura. Existe, entretanto, uma segunda linha de pesquisa na enfermagem, que inclui estudos indutivos de relacionamento entre a intuição e a tomada de decisão do enfermeiro, os quais evidenciam a experiência como base de conhecimentos indispensáveis para o julgamento intuitivo. Porém, ainda não foi possível concluir desses estudos que os 'insights' intuitivos tenham um papel definido na maior parte das decisões tomadas pelos enfermeiros. Em um terceiro grupo de estudos, os pesquisadores têm utilizado métodos qualitativos para identificar e descrever os processos pelos quais os enfermeiros decidem o cuidado de pacientes com problemas específicos de interesse de enfermagem⁽²¹⁾.

Considerando-se a complexidade e multiplicidade de abordagens que envolvem o raciocínio clínico, tanto na enfermagem quanto na área médica, julgamos pertinente abrir um capítulo deste estudo, para apresentação e análise da produção científica dos últimos dez anos. Essa revisão é de extrema importância para o objetivo deste estudo, por delimitar o conhecimento existente e subsidiar a condução desta investigação. O propósito é o de sumarizar e levantar questões sobre os métodos e resultados oferecidos pelos estudos científicos considerados mais importantes para o assunto.

REVISÃO DE LITERATURA

Para o levantamento bibliográfico, optou-se pelo uso de sites especializados em publicações científicas na área da saúde (Biomednet/ Bireme/ Scielo/ ProQuest). Através do site 'Biomednet' foi executada a busca de publicações no período de dez anos (1990 - 2000), com cruzamentos de palavras-chave tais como: 'clinical reasoning', 'diagnostic', 'nursing', 'intuition', 'diagnostic reasoning'. Um grande número de artigos foi obtido, selecionando-se os mais apropriados para discussão e análise conforme a proposta desse estudo. Posteriormente, uma nova busca tornou-se necessária para a atualização da temática. Para tanto, foi utilizado o site 'ProQuest', que ofereceu artigos relativos ao período de 2000-2003.

Em função da abrangência do assunto, analisaremos os textos a partir de categorias de abordagem do raciocínio clínico. Para tanto, levamos em consideração os objetivos do estudo, o tipo (metodologia) de pesquisa, os sujeitos do estudo e resultados e conclusões relevantes. Os estudos analisados estão agrupados conforme os temas ou a fundamentação seguida pelos autores.

A literatura de enfermagem aponta para o uso de duas principais linhas metodológicas de pesquisa em raciocínio diagnóstico: as que envolvem modelos analíticos e as que aplicam métodos naturalísticos. Os modelos de tomada de decisão clínica, baseados no processamento de informação ou teoria de análise de decisão, são considerados analíticos porque há predomínio de processos lógicos de indução e dedução, ou seja, as enfermeiras usam raciocínio indutivo para formular hipóteses e essas

hipóteses são testadas de forma dedutiva. Tais modelos desconsideram a emoção e a intuição como elementos relevantes do processo, além de estar pautados em resultados obtidos por métodos de simulação que, mesmo sendo úteis do ponto de vista metodológico, não oferecem fidelidade às situações reais da prática clínica⁽²¹⁾. Essa crítica é pertinente também aos estudos de metodologia qualitativa, mas na verdade, os achados dos estudos em ambas linhas metodológicas complementam-se e abrem espaço para o aprofundamento do conhecimento no tema.

Em outra linha, estudos qualitativos resultaram na delineação de um modelo denominado “Conhecendo o paciente (Knowing the patient)” como sendo um importante processo, conceito ou elemento na tomada de decisão clínica dos enfermeiros, oferecendo uma conceitualização diferente daquela descrita nos métodos analíticos⁽²¹⁾.

Esse processo ou conceito ‘conhecendo o paciente’ foi explorado por vários autores, abrindo uma perspectiva nova para a análise do raciocínio clínico na enfermagem.

Estudos de Abordagem Analítica

A abordagem analítica está descrita em uma primeira linha de estudos desenvolvidos pelos enfermeiros, com foco no modelo de processamento de informação. Tais estudos, sumarizados a seguir, envolvem a área clínica e de ensino e oferecem resultados significativos para a compreensão do processo de raciocínio clínico.

Para ampliar a compreensão do processo de tomada de decisão clínica utilizado por “nurse practitioners”^{1A}, e descobrir diferenças que caracterizam esses processos em enfermeiras que atuam em diferentes especialidades, White et al.⁽²³⁾ desenvolveram um estudo, no qual a tomada de decisão clínica é definida como o processo que as enfermeiras usam para reunir informações dos pacientes, avaliar essas informações e fazer um julgamento que resulte em prestação de cuidados ao paciente. Partindo do pressuposto teórico de que o processo de raciocínio hipotético-dedutivo é utilizado por todos os enfermeiros na tomada de decisão, as autoras utilizaram esse modelo como estrutura para guiar o estudo. As questões envolvidas eram: a identificação das hipóteses que as enfermeiras produzem quando colocadas diante de queixas específicas de pacientes; como elas usam a investigação clínica para o trabalho de elaboração de hipóteses; o uso que essas enfermeiras fazem dos procedimentos diagnósticos na testagem das hipóteses e suas decisões a respeito de intervenções.

O estudo foi desenvolvido com 'nurse practitioners' que atuavam em três áreas específicas: família - mais de dois anos de prática, ginecologia/ obstetrícia e família - menos de dois anos de prática. Essa população diferia em idade, formação e número de pacientes atendidos por

^{1A} Nota: Essa categoria de enfermeiros não possui similar na realidade brasileira. O termo 'nurse practitioner' foi traduzido em periódico científico (Nursing Diagnosis 2000; 11(3): 110) como 'enfermeira que realiza trabalho liberal' e 'uma modalidade de estudo em nível de pós-graduação, que habilita a enfermeira a exercer a enfermagem de forma liberal, permitindo-lhe inclusive a prescrição de medicamentos'.

Kelly; Joel⁽²²⁾ referem-se a 'nurse practitioner' como enfermeiros que atuam em prática clínica com ampla abrangência envolvendo família, saúde do adulto e da mulher, saúde escolar, pediátrica, domiciliar, geriatria, entre outras. Esta função requer formação avançada (pós-graduação em nível de mestrado) e o enfermeiro assume algumas funções que são de domínio médico na prestação de assistência à saúde a nível primário, no que diz respeito à promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico e tratamento de doenças agudas menos graves e controle de doenças crônicas estabilizadas.

dia. Utilizou-se como método um estudo de caso simulado em programa interativo de computador. Os resultados obtidos foram apresentados em relação às questões do estudo⁽²³⁾.

No que diz respeito à tomada de decisão, verificou-se que os enfermeiros utilizaram um processo consistente com o modelo hipotético dedutivo em três formas: 1- **sintoma dirigido** onde a aquisição de dados está diretamente relacionada com as hipóteses inicialmente formuladas; 2- **físico ampliado** quando o enfermeiro desenvolvia uma avaliação (exame) mais abrangente, além do que a hipótese requeria; e 3- **cuidado amplo/completo** quando o enfermeiro buscava informações subjetivas e objetivas que ampliavam o seu entendimento do paciente e seu estado de saúde, além da queixa principal. Em relação a que hipóteses eram geradas pelos 'nurse practitioners' frente às queixas dos pacientes, identificou-se que todas as participantes apresentaram uma lista inicial de hipóteses e as modificaram após a aquisição de informação adicional, sendo que os principiantes identificaram um número consideravelmente maior do que os outros participantes⁽²³⁾.

Na conclusão do trabalho, as investigadoras afirmam que a especialidade em uma área não está primariamente ligada ao uso de hipóteses para direcionar a investigação clínica, mas sim na compreensão da significância dos dados adquiridos e na tomada de decisões corretas. A diferença entre os três grupos de enfermeiros no tempo gasto com o processamento das simulações e na quantidade de dados subjetivos foi consistente com os modelos cognitivos envolvidos, os quais indicam que a

eficiência na reunião de informações desenvolve-se com a experiência em áreas específicas. Além disso, foi considerado relevante o fato de pequeno número de enfermeiros utilizarem a situação aguda de atendimento (queixa do paciente), para integrar os dados com estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde. O estudo finaliza com a identificação dos três modelos (processos) de tomada de decisão clínica, e demonstra que a interpretação dos dados e subsequente intervenção estão mais relacionadas ao conteúdo (base) de conhecimento do que à aquisição de dados⁽²³⁾.

A partir dos resultados de White et al.⁽²³⁾, Lyenam⁽²⁴⁾ propôs um estudo de validação da decisão clínica utilizada por enfermeiros especialistas em emergência, com base no modelo hipotético-dedutivo. A escolha do modelo baseia-se no fato de o mesmo ser considerado flexível e dinâmico e, portanto, adequado para a análise de situações vivenciadas por enfermeiras na prática clínica de unidades de emergência. O objetivo era verificar a utilização do modelo na tomada de decisão.

Para tanto, a metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory) foi definida como estrutura de análise e interpretação de entrevistas, realizadas com enfermeiros clínicos especializados em um departamento de emergência médica na Austrália. Os dados foram coletados com três enfermeiros selecionados para o estudo, que trabalhavam com cinco estudos de casos clínicos em situações comuns de emergência. Os resultados comprovaram o uso do modelo hipotético-dedutivo pelos enfermeiros, que tinham como base informações verbais e não-verbais, ou seja, usavam métodos observacionais para obter e

selecionar grandes quantidades de dados. A autora discute a complexidade dessa tarefa para os enfermeiros e defende a inclusão do modelo de tomada de decisão como base teórica pra os cursos de enfermagem em emergência⁽²⁴⁾.

Em 1992, Cholowski, Chan⁽²⁵⁾ desenvolveram um estudo para investigar o desempenho de estudantes de enfermagem em uma situação simulada de raciocínio diagnóstico. As autoras consideraram que, a abordagem da aprendizagem e o processamento de informações, o conhecimento científico, a capacidade de interpretação e organização de dados clínicos e a capacidade de raciocínio lógico têm relação direta com a acurácia e a qualidade na elaboração de diagnósticos de enfermagem. O estudo explorou um modelo de raciocínio diagnóstico na enfermagem que incorpora cinco elementos inter-relacionados. Tais elementos podem, supostamente, medir vários comportamentos e atividades realizadas pelos enfermeiros no raciocínio diagnóstico e referem-se a:

- Diagnóstico de enfermagem - nome dado ao problema de saúde do paciente. Em enfermagem o termo 'diagnóstico' é usado em um contexto mais amplo do que no sentido restrito de identificação de doença, ou seja, não denomina entidades médicas como processos patológicos que requerem cirurgia ou prescrição de medicamentos. Refere-se a *condições ou comportamentos que são relevantes para o controle da saúde e podem ser alterados pela ação de enfermagem*. Um diagnóstico auxilia o enfermeiro a comunicar a informação clara e concisa sobre o estado de saúde do paciente e oferece base para o cuidado. O processo

de determinação do diagnóstico refere-se ao raciocínio diagnóstico, descrito como uma atividade cognitiva complexa envolvendo a geração de hipóteses e a busca de informações para confirmar ou rejeitar as hipóteses⁽²⁵⁾.

- Conteúdo de conhecimento - o conhecimento que o enfermeiro traz para atividade diagnóstica desempenha um papel crítico na determinação de como o problema será interpretado e quais itens na informação serão levados em consideração. Diversos trabalhos de pesquisa demonstraram a influência do conteúdo do conhecimento na proficiência do raciocínio diagnóstico. O uso eficiente do conhecimento para fazer diagnósticos depende, não somente do montante de conhecimento acumulado, mas de como este conteúdo está estruturado coerentemente e da complexidade e riqueza dessa estrutura. Os especialistas são seletivos no conhecimento, utilizando somente aquele conhecimento diretamente relevante para a solução do problema, produzindo associações mais simples entre dados clínicos novos e a informação conhecida. Isso sugere que o desenvolvimento da especialidade resulta de um conhecimento que é eficientemente armazenado na memória e estruturado em redes de informação interconectadas por ligações racionais. Essa estrutura de conhecimento ricamente interconectada estabelece o entendimento e permite ao indivíduo reconhecer um problema, colocado como pertencente a uma categoria particular de conhecimento. O enfermeiro especialista é capaz de acessar essa rede prontamente e, rapidamente decidir qual informação clínica é importante,

quais evidências são significantes e como integrar esses achados na elaboração de diagnósticos apropriados⁽²⁵⁾.

- Levantamento de dados de enfermagem - é o reconhecimento e registro da informação clínica que requer a capacidade de agrupar, interpretar e organizar essas informações. A obtenção sistemática de dados clínicos ajuda o enfermeiro a fragmentar o problema diagnóstico em grupos de informações menores e mais manejáveis. Ao lidar com grupos de informações, mais memória ativa é liberada para as demandas cognitivas envolvidas no acesso e aplicação do conhecimento, facilitando grandemente o entendimento do problema abordado. Assim, a trajetória em direção a resolução do problema diagnóstico torna-se um processo que compreende pedaços de informação relativamente simples combinados e estruturados dentro de unidades mais gerais⁽²⁵⁾.
- Raciocínio lógico - a capacidade de raciocínio lógico dos enfermeiros está relacionada com a eficiência com que fazem as conexões entre informações clínicas novas e o conhecimento já adquirido. Essa capacidade requer o uso do conteúdo de conhecimento para explicar e detalhar as dificuldades dos pacientes. O raciocínio lógico é empregado para desenvolver idéias e suposições sobre a estrutura de um problema diagnóstico e produzir um fortalecimento da linha de pensamento⁽²⁵⁾.
- Abordagens para processamento de informação - são os diferentes caminhos que enfermeiros utilizam para organizar, estruturar e lidar com as informações e estão relacionados a diferenças individuais. De forma geral, essas abordagens para a aprendizagem são caracterizadas em

três tipos: superficial, profunda e completa. Elas se referem aos fatores predominantes que incitam os aprendizes a empenhar uma tarefa cognitiva e à estratégia que logicamente brota desta motivação⁽²⁵⁾.

No estudo, os cinco elementos do raciocínio diagnóstico foram aplicados ao contexto do 'Modelo 3P'. Este modelo refere-se a três fatores que se relacionam diretamente: 1. Fatores de Presságio (presage factors) - referentes à predisposição do enfermeiro em direção à tarefa de raciocínio diagnóstico (abordagem para processamento de informação); 2. Fatores de Processo - incluem conteúdo de conhecimento, levantamento de dados de enfermagem e raciocínio lógico; 3. Fatores de Produto – referem-se ao resultado do raciocínio diagnóstico, ou seja, aos diagnósticos de enfermagem. O objetivo principal do estudo foi examinar a viabilidade da aplicação do modelo em um grupo de estudantes de enfermagem, para identificar a influência direta ou indireta dos elementos no raciocínio diagnóstico. Foram realizadas medidas através de vários questionários e testes. Os resultados obtidos indicam que as variáveis de presságio e processo possuem relação direta com o raciocínio diagnóstico e que o conteúdo do conhecimento sozinho é insuficiente para influenciar a qualidade e acurácia do diagnóstico de enfermagem. As autoras concluem que o uso do 'Modelo 3P' na educação de enfermagem pode oferecer um método para examinar o processo de raciocínio diagnóstico dos enfermeiros e também, prover um número de pontos focais importantes para intervenção no ensino desse raciocínio⁽²⁵⁾.

No que se refere ao ensino do raciocínio diagnóstico, o estudo de Cruz⁽⁹⁾ buscou examinar a influência do ensino dos diagnósticos de enfermagem no processamento de informações. O estudo foi desenvolvido com alunos de graduação em enfermagem, através da metodologia de estudos de caso. Foi utilizado o modelo de raciocínio diagnóstico de Gordon⁽¹²⁾, composto de três etapas básicas: coleta de informações, agrupamento/interpretação das informações e formulação/ denominação do problema. Para tanto, comparou-se a capacidade de identificar, agrupar e nomear os agrupamentos de dados relevantes entre dois grupos de estudantes: experimental e controle. O grupo experimental foi submetido ao conteúdo dos diagnósticos de enfermagem através de curso formal e o grupo controle não teve contato prévio com este conteúdo. Ao final do curso, o grupo experimental apresentou melhor desempenho nas atividades propostas, sugerindo que o ensino dos diagnósticos de enfermagem favorece o raciocínio clínico para determinar as necessidades de cuidado dos pacientes⁽⁹⁾.

Ainda em nosso meio, Jesus⁽²⁶⁾ apresentou um estudo descritivo sobre o raciocínio clínico de enfermeiros e estudantes na construção de diagnósticos de enfermagem. Foi construído um instrumento computadorizado para avaliar o raciocínio diagnóstico de uma população composta por enfermeiros e estudantes de enfermagem. Utilizando-se de estudos de casos construídos, validados por juízes e inseridos em um programa de computador, o estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar as estratégias de raciocínio utilizadas pelos sujeitos. Buscou-se avaliar o

conhecimento clínico, as hipóteses diagnósticas levantadas, a aquisição de dados e a acurácia diagnóstica. Os resultados demonstraram que os enfermeiros levantaram maior número de hipóteses diagnósticas e tiveram maior número de acertos quando comparados com os estudantes. Contudo, não houve modificação importante na acurácia diagnóstica entre os grupos. Verificou-se também, que os grupos diferenciaram-se quanto ao tipo de raciocínio utilizado, sendo que os enfermeiros utilizaram-se predominantemente do raciocínio 'para frente' (forward reasoning), que é orientado pela hipótese. Apesar da limitação do estudo em utilizar-se de situações simuladas, a autora refere que o tema é relativamente novo para a enfermagem brasileira e o tempo, associado ao uso diário dos diagnósticos na prática clínica, poderá garantir maior desenvolvimento e aprimoramento nessa área.

Considerando as dificuldades no ensino e aprendizagem, em relação à proficiência na identificação dos diagnósticos de problemas do paciente, Aquilino⁽¹³⁾ investigou o desenvolvimento cognitivo insuficiente do estudante de graduação, como componente importante das dificuldades apresentadas no complexo processo de resolução de problemas. O propósito do estudo foi o de examinar a inter-relação entre o conhecimento clínico, experiência clínica e desenvolvimento cognitivo com a capacidade diagnóstica, buscando explicar a dificuldade dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros recém-formados em desempenhar julgamentos clínicos adequados.

A autora argumenta que, o conhecimento e a experiência clínica estão consistentemente demonstrados como fatores que influenciam a capacidade de raciocínio diagnóstico e, teoricamente, o desenvolvimento cognitivo também contribui na abordagem individual para a resolução de problemas de enfermagem. O desenvolvimento ou maturidade cognitiva é o crescimento de um indivíduo na capacidade de processar informação que ocorre pela aprendizagem e experiência. Enfoca o como e o porquê a pessoa sabe. Esse desenvolvimento cognitivo apresenta-se em níveis qualitativamente diferentes em cada indivíduo. Em função do nível de desenvolvimento cognitivo, a interpretação dada a um evento, questão ou problema modifica-se. Portanto, a capacidade de diagnosticar depende da maturidade cognitiva do diagnosticador, que pode apresentar interpretações mais adequadas e melhores estratégias de resolução de problemas. O conhecimento clínico é uma síntese do conhecimento geral e conhecimento específico de uma disciplina, o que determina a especialização. Os especialistas, partindo de estruturas iniciais de conhecimento, através de aprendizagem e experiência, passam à organização de estruturas mais complexas e organizadas de obtenção, acesso e utilização do conhecimento⁽¹³⁾.

O estudo foi desenvolvido com estudantes matriculados no 4º ano do curso de bacharelado em enfermagem, para avaliar suas convicções sobre a natureza do conhecimento e aprendizado, sua familiaridade com o conteúdo específico do cuidado de enfermagem para crianças de berçário (childbearing), a extensão de sua participação no cuidado das famílias

dessas crianças e, sua capacidade para utilizar as evidências situacionais para formular um diagnóstico de enfermagem. Para tanto, utilizou-se o método de corte transversal (cross-sectional design) para examinar as mudanças desses atributos do início da vida acadêmica ao final do curso⁽¹³⁾.

Os resultados do estudo indicaram um aumento na capacidade diagnóstica dos estudantes de graduação em enfermagem em função de seus avanços na experiência e conhecimento clínicos. Entretanto, os estudantes demonstraram somente níveis moderados de desenvolvimento cognitivo. Demonstrou-se evidente a relação entre conhecimento clínico e capacidade diagnóstica, mas não houve indicação de relação positiva entre o desenvolvimento cognitivo e a capacidade diagnóstica. A autora afirma que o conhecimento é um componente do raciocínio diagnóstico necessário, porém insuficiente, e a capacidade de acrescentar novas informações às estruturas de conhecimento existentes é crítica para a qualidade e precisão dos diagnósticos de enfermagem. Os achados do estudo sugerem que ainda é necessário explorar o ensino e a avaliação do raciocínio diagnóstico no ensino e na prática de enfermagem⁽¹³⁾.

A arte da prestação de cuidados requer conhecimento, habilidade e experiência, necessárias à prática efetiva da capacidade de resolver problemas durante a implementação do cuidado. Apesar de o processo de enfermagem ser um instrumento válido para a implementação de cuidados para o paciente, ele é um exercício de planejamento avançado e diferencia-se do processo que os clínicos utilizam para resolver problemas enquanto prestam esses cuidados. A resolução destes é uma habilidade que ocorre

em quatro abordagens principais: tentativa e erro, intuição, experimentação e método científico⁽²⁰⁾.

A partir dessas afirmações, Taylor⁽²⁰⁾ apresentou um estudo que identificou o processo cognitivo de resolução de problemas de enfermeiros durante a prestação de assistência. A revisão de literatura indicou que, as pesquisas conduzidas até o momento consistiam de estudos que tentavam descrever o processo de julgamento clínico, ou identificar a influência de variáveis pessoais ou situacionais que contribuem para o processo.

Para focar a resolução de problemas, a autora baseou-se na teoria de Newell e Simon (1972), que oferece uma estrutura útil na análise construtiva da cognição humana, sugerindo que o processo global de resolução destes pode ser analisado como dois sub-processos coordenados: 'entendimento' e 'busca'. O processo de entendimento é responsável pela assimilação dos estímulos que propõem o problema, e pela produção de estruturas mentais de informação que constituem a compreensão do mesmo. Ele faz isso pela conversão do estímulo em informação inicial necessária ao processo de busca, que então é acionado pelos produtos do processo de entendimento, mais do que pelo estímulo propriamente dito. O processo de busca é responsável por encontrar ou calcular a solução do problema, e consiste de pequenas alterações nas crenças individuais, que podem ser apresentadas como um grupo de afirmações⁽²⁰⁾.

Com o objetivo de descrever detalhadamente o processo cognitivo envolvido no decorrer dos procedimentos de enfermagem, a pesquisadora propôs-se a: identificar as estratégias cognitivas do processo,

investigar o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas com a experiência clínica e identificar fatores intervenientes do processo. Foi utilizada a metodologia qualitativa com entrevista de enfermeiros especialistas e iniciantes num total de 80 participantes⁽²⁰⁾.

A análise dos resultados indicou precocemente que o processo utilizado para resolução de problemas era o raciocínio diagnóstico. Essa análise decompôs o processo diagnóstico em cinco partes que foram discutidas pela autora: dados prévios; evidências da situação apresentada; ativação, suporte e avaliação das hipóteses; evidências internas do diagnosticador e questões de socialização que afetam o processo. Os resultados levaram a esclarecimentos sobre esses componentes do raciocínio diagnóstico, e demonstraram que era evidente a pequena utilização do processo pelos enfermeiros iniciantes, devido a sua inabilidade de reconhecer as evidências das situações. Concluiu-se que atenção especial deve ser dada ao ensino do processo de raciocínio clínico e que são necessários mais estudos que explorem esses processos para o avanço da enfermagem⁽²⁰⁾.

Em estudo subsequente, Taylor⁽²⁷⁾ apresentou uma revisão sobre as teorias desenvolvidas, abordagens e conclusões obtidas de como os clínicos resolvem problemas, ou melhor, buscou o entendimento de como os enfermeiros pensam e o que é o processo de resolução de problemas durante a prestação de cuidados. A autora volta a afirmar que o processo de enfermagem, apesar de ferramenta útil para o cuidado, é diferente do processo de decisão daquele que presta o cuidado. A resolução de

problemas é definida como a 'geração de possíveis soluções para uma questão de responsabilidade do profissional e portanto, precisa ser parte inerente da prática de todos os profissionais'.

As duas maiores abordagens do processo são as teorias de decisão e a de processamento de informações, ambas de perspectiva cognitiva. Os resultados de pesquisa nessa linha sugerem que, os clínicos tendem a utilizar estratégias similares na busca de informação dos pacientes no sentido de chegar a um diagnóstico. Não existe uma estratégia ou modelo único, devido à complexidade do processo, mas o uso do raciocínio indutivo (ativação de hipóteses) parece ser o mais comum. Essa estratégia cognitiva é diferente da utilizada na realização do processo de enfermagem, que faz uso do raciocínio dedutivo. As diferenças apresentadas devem ser levadas em consideração no ensino da enfermagem e na capacitação dos profissionais para essa tarefa⁽²⁷⁾.

Considerando os aspectos ético e diagnóstico-terapêutico do julgamento clínico de enfermagem, Gordon et al.⁽²⁸⁾ fizeram uma discussão da literatura com o objetivo de fundamentar a proposta de um modelo integrado de raciocínio clínico, composto pela inter-relação desses dois domínios. As autoras afirmam que as decisões diagnósticas e terapêuticas raramente ocorrem sem referência a valores, e a ética é parte integrante de cada componente do processo de enfermagem. A maior parte das inquietações éticas surge no contexto da avaliação, diagnóstico e prestação de cuidados de enfermagem. Ressaltam que, na sua prática clínica, com o avanço dos modelos teóricos, os enfermeiros têm assumido maior

responsabilidade na tomada de decisão, e isso inclui sérias reflexões da dimensão moral e de valores. O modelo proposto de 'julgamento clínico integrado' baseia-se nas afirmações de que o julgamento clínico é um conceito multidimensional, e que cada ato de julgamento clínico na enfermagem tem dimensões diagnósticas, terapêuticas e éticas. Esse modelo é proposto para ser utilizado como ferramenta de ensino e pesquisa e estrutura para avaliação de resultados na assistência.

Uma segunda linha de abordagem, a qualitativa, emprega métodos naturalísticos e tem como base o uso da metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory), em um número significativo de estudos de enfermagem na década de 90. Esses estudos ofereceram contribuições importantes para os elementos envolvidos no processo de julgamento clínico.

Um dos primeiros estudos nessa linha de investigação foi o de Pyles; Stern ⁽²⁹⁾ que desenvolveram uma teoria para explicar o processo cognitivo dos enfermeiros especialistas em unidades de terapia intensiva nas avaliações, julgamentos e tomada de decisões em sua prática clínica. Utilizando-se da Teoria Fundamentada nos Dados como método, foi elaborado um estudo exploratório para a coleta de dados qualitativos nas situações clínicas de detecção precoce e prevenção de choque cardiogênico, em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio. Os resultados do estudo levaram a um processo denominado 'Nursing Gestalt'^{2A}, utilizado

^{2A} Gestalt é uma palavra alemã usada na psicologia e traduzida como forma, modelo, padrão ou configuração⁽²⁷⁾.

pelos enfermeiros como base para decisão sobre a ocorrência do choque cardiogênico.

‘Nursing Gestalt’ é uma operação matriz por onde os enfermeiros encadeiam o conhecimento básico, as experiências passadas, a identificação de evidências apresentadas pelos pacientes e os indícios sensoriais, incluindo o que chamam de sentimentos interiores ou ‘gut feelings’. Com essa matriz, os enfermeiros empregam estratégias de categorização e diferenciação para chegar aos diagnósticos nos quais baseiam seu cuidado. ‘Nursing Gestalt’ é uma sinergia entre lógica e intuição envolvendo ações conceituais e sensoriais. O elemento descrito como ‘gut feelings’ envolve a impressão sensorial, em situações como: o paciente saindo do padrão, a intuição do paciente e a intuição do enfermeiro. Após a apresentação dos elementos do modelo, as autoras afirmam que sua base encontra-se tanto na percepção acurada e identificação de evidências, quanto na capacidade de designar significados válidos para os sentimentos. O conhecimento e a experiência são inerentes a esses processos⁽²⁹⁾.

Em um estudo qualitativo da prática de enfermeiras especialistas no desmame ventilatório de pacientes adultos, Jenny; Logan⁽³⁰⁾ identificaram e analisaram o conceito ‘Conhecendo o paciente’ (Knowing the Patient), que se refere ao processo de adquirir e utilizar uma forma particularizada de conhecimento clínico. ‘Conhecendo o paciente’ significava um processo cognitivo e relacional, no qual os enfermeiros determinaram aspectos salientes de uma situação clínica especial, ao mesmo tempo em que demonstravam sua credibilidade e obtinham a confiança do mesmo. Usando

um conhecimento particular do paciente, os enfermeiros formulavam uma série de julgamentos clínicos sobre seu estado de saúde, sobre os quais eles baseavam suas estratégias de intervenção.

Com base na metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados, as autoras realizaram uma análise secundária de cinco variáveis que identificavam aspectos específicos e relacionaram os sub-conceitos associados ao fenômeno em questão: contexto, condições causais, condições intervenientes, estratégias e conseqüências. Essas variáveis incluíam o tempo despendido no cuidado do paciente e a experiência prévia do enfermeiro no cuidado de pacientes em situação de desmame ventilatório. A análise permitiu a descrição de cada variável e concluiu que, o processo de aquisição e uso do conhecimento clínico 'conhecendo o paciente' é uma dimensão intrínseca da prática de enfermagem que permite o cuidado individualizado, o que constitui uma contribuição ímpar para a qualidade do cuidado prestado ao paciente com resultados terapêuticos adequados⁽³⁰⁾.

A partir de suas conceitualizações a respeito dos métodos de estudo do raciocínio clínico, Radwin⁽³¹⁾ desenvolveu um estudo com o objetivo de identificar, descrever e fornecer uma análise teórica para as estratégias de tomada de decisão dos enfermeiros. Fazendo uso da Teoria Fundamentada nos Dados, foram realizadas entrevistas, observações de campo e análise de documentos de enfermeiros especialistas em uma unidade de cardiologia. A análise dos dados produziu um modelo inicial, que

delineia o processo pelo qual os enfermeiros fazem escolhas terapêuticas no contexto de interação com o paciente.

O modelo consiste no processo central 'conhecendo o paciente'. Suas propriedades são a familiaridade e a intimidade. As condições presentes para a ocorrência do processo são o tempo, a experiência e a energia dispensada pelo enfermeiro. As estratégias utilizadas incluem empatia, comparação com padrão, desenvolvimento de um quadro ampliado da situação do paciente, e balanceamento entre preferência do paciente e dificuldades a serem enfrentadas. 'Conhecendo o paciente' foi conceitualmente definido como 'quando o enfermeiro utiliza sua compreensão das experiências, comportamentos, sentimentos e/ou percepções do paciente para selecionar as intervenções individualizadas'. Essas intervenções variam no grau de individualização, que depende basicamente do tempo gasto na interação com o paciente e da experiência prévia do enfermeiro. A autora conclui que o modelo estudado oferece uma abordagem da tomada de decisão clínica diferente dos modelos analíticos, e que essa abordagem deve ser estudada no que diz respeito aos antecedentes do processo ou às conseqüências, do ponto de vista dos pacientes⁽³¹⁾.

Estudos de Abordagem Não-analítica

Uma terceira linha de estudos sobre o processo de raciocínio diagnóstico traz um elemento com um papel relevante nas características/habilidades do enfermeiro diagnosticador, a **intuição**. Crow;

Spicer apud Carvalho⁽⁸⁾ destacam que a habilidade de compreender globalmente a situação, sem ter que ver cada elemento separadamente, tem sido descrita como intuição, entendida como conhecimento embasado na experiência prática. Essas autoras referem que a aparente habilidade para solucionar problemas inconscientemente usando a intuição é considerada como o resultado de um processo elaborado de categorização, adquirida através da experiência clínica. Essa capacidade inicia-se a partir do desenvolvimento de habilidades de observação e da construção de um corpo de conhecimento em categorias organizadas na memória, adquiridas por exemplos clínicos⁽³²⁾.

Parece ser difícil sumarizar os resultados de pesquisa nos estudos do raciocínio intuitivo, em função da falta de congruência entre os termos e métodos utilizados pelos pesquisadores. A própria definição de intuição é extremamente variável incluindo: 'compreensão sem o uso da razão'; 'percepção de possibilidades, significados e relações por meio de insight/discernimento'; 'distinção imediata de algo sem o uso consciente da razão'; 'um processo pelo qual o enfermeiro distingue algo sobre um paciente que não pode ser verbalizado, é verbalizado com dificuldade ou pelo qual a fonte de conhecimento não pode ser determinada'. Essas definições têm em comum que a intuição é um entendimento prévio, imediatamente percebido e ocorrendo sem raciocínio consciente⁽¹⁸⁾.

Os estudos de raciocínio intuitivo variam em finalidade e abordagem, sendo mais comumente usado o método de entrevista aprofundada para reunir lembranças dos enfermeiros clínicos, quanto às

experiências de raciocínio intuitivo. Os estudos encorajam o reconhecimento e a descrição do fenômeno que os enfermeiros acreditam ser uma parte da prática de enfermagem. A abordagem intuitiva oferece 'insights' que podem complementar o modelo de processamento de informação. Em outras palavras, os estudos sugerem que, na prática clínica, ocorre um processo de julgamento no qual o raciocínio intuitivo e o processamento de informação estão associados⁽¹⁸⁾.

Para estudar o processamento de informação são mais adequados os métodos quantitativos e, para o raciocínio intuitivo os métodos qualitativos. Faz-se, portanto necessária, a combinação ou triangulação de métodos na busca de novo entendimento desse processo. A partir de um maior entendimento do raciocínio diagnóstico, é possível a prestação de um cuidado mais qualificado e eficiente em função da identificação precoce dos problemas do paciente e conseqüentemente de intervenção imediata⁽¹⁸⁾.

Utilizando a metodologia qualitativa, Rew⁽³³⁾ estudou a intuição como fenômeno grupal, por meio de análise do conceito. Para tanto, a autora realizou uma revisão de literatura do conceito, incluindo o uso do mesmo em dicionário, e definiu intuição como 'conhecimento ou aprendizagem direta de algo, sem o uso consciente do raciocínio; apreensão ou entendimento imediato', entre outras. A partir das definições, foram determinados os **atributos** da intuição: entendimento de um fato ou verdade como um todo; posse imediata do conhecimento e; conhecimento independente do processo de raciocínio linear. Os **antecedentes** da intuição, ou seja, aquelas situações ou condições que ocorrem anteriores ao

conceito, consistem de: conhecimento ou verdade global que não está aparente ou disponível facilmente através do processo de raciocínio consciente e; um canal aberto para tal conhecimento ser recebido. As **consequências** da intuição, ou situações que ocorrem como resultado do conceito consistem em: verificação do fato ou verdade através de análise e; aplicação linear do conhecimento de maneira teórica e prática.

A última etapa da análise de conceito de intuição foi a de identificar referentes empíricos, que demonstrassem como o conceito é medido ou determinado no mundo real. A autora encontrou instrumentos que mensuravam a intuição como um traço ou tipo de personalidade e como uma habilidade cognitiva (Myers-Briggs Type Indicator e Singer-Loomis Inventory of Personality). Ao concluir, refere que a intuição deve ser considerada como uma habilidade cognitiva respeitável da ciência de enfermagem, e que o futuro da enfermagem como profissão pode depender da disposição de explorá-la em maior profundidade e amplitude⁽³³⁾.

A partir dessa análise do conceito, Rew⁽³⁴⁾ desenvolveu um estudo exploratório com o propósito de descrever como os enfermeiros experimentam a intuição, em sua prática clínica, nas etapas do processo de enfermagem. Por meio de entrevistas e dados demográficos, foram investigados 56 enfermeiros que atuavam em cuidado intensivo e cuidado domiciliar. Esses deveriam descrever, por meio de definições e exemplos, as situações em que experimentaram a intuição na prática clínica.

As descrições foram apresentadas em termos de sensações (feelings) e conhecimento (knowing), os quais foram categorizados em três

tipos de intuição: inferência cognitiva, que ocorre quando conclusões são determinadas espontaneamente; intuição 'gestalt', quando a pessoa detecta dados esquecidos, lacunas de informação ou relações ocultas dentro do todo e; intuição pré-cognitiva, que permite a obtenção da informação voltada para o futuro em vez de inferência baseada no conhecimento do passado e presente⁽³⁴⁾.

Os resultados evidenciaram a maior parte dos enfermeiros descrevendo suas experiências intuitivas em termos de sensações globais e específicas, enquanto outros, em termos de conhecimento. Essa situação foi justificada pela autora, como sendo devida ao fato de os enfermeiros com mais experiência serem mais seguros com o que acontece e associarem suas experiências intuitivas com conhecimento, em vez de sentimentos. Além disso, foi destacado o fato de a maior parte das respostas serem categorizadas nos tipos inferência cognitiva e intuição 'gestalt'. O tipo intuição pré-cognitiva foi pouco mencionado, provavelmente por ser considerado não-científico⁽³⁴⁾.

O estudo também avaliou as conseqüências da intuição, como sendo afetivas, cognitivas e comportamentais, e estarem refletidas nas ações e decisões do enfermeiro. Ao concluir, a autora refere que existe um acúmulo de evidências da importância da intuição no processo de tomada de decisão, porém é necessário um entendimento mais profundo e completo de como os enfermeiros sintetizam dados objetivos e subjetivos, a fim de alcançar e agir sobre suas decisões⁽³⁴⁾.

Em estudo subsequente, Rew; Barrow⁽³⁵⁾ postularam a intuição como componente essencial do processo de tomada de decisão. Eles afirmam que, no desenvolvimento da enfermagem profissional em busca da construção de um corpo científico de conhecimentos, foi priorizado o modelo linear de análise, representado pelo processo de enfermagem. Entretanto, as pesquisas recentes trazem um modelo emergente de comportamento de enfermagem, que é não-linear e está baseado em aspectos experimentais da intuição. Os pesquisadores procederam a uma análise de diversos trabalhos com esse enfoque, verificando que os mesmos apresentaram resultados comuns, no que se refere ao uso da intuição pelos enfermeiros em sua prática clínica.

Ao discutir os achados da revisão, os autores questionam o processo de enfermagem como um modelo único para guiar a prática clínica do enfermeiro. Afirmam que a estrutura linear do processo é benéfica por oferecer suporte para enfermeiros inexperientes, que têm o conhecimento limitado à educação formal. Também é muito efetivo, quando todos os elementos necessários para um diagnóstico estão postos e são facilmente reconhecidos. Entretanto, ele não é apropriado todo o tempo. A avaliação sistemática, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a evolução remetem somente a uma parte do processo utilizado pelos enfermeiros, que empregam conhecimento pessoal e intuitivo adquiridos pela experiência, para ampliar e acentuar a análise linear que lhes foi ensinada. Assim sendo, os enfermeiros seguem um método mais reflexivo, que inclui estar abertos para dados ambíguos e desconhecidos e validar sua intuição junto a dados

concretos. Em cada passo sucessivo do processo de enfermagem, eles reconhecem suas próprias percepções e seguem seus pressentimentos e então, procuram padrões inesperados, que não seriam encontrados se eles se prendessem estritamente aos passos do processo científico⁽³⁵⁾.

Para Benner; Tanner⁽³⁶⁾ a intuição está definida como 'entendimento sem racionalização', e parece ser um aspecto essencial e legítimo do julgamento clínico. Para descrever o desempenho dos enfermeiros especialistas, no uso da intuição em sua prática clínica, as autoras basearam-se em estudos preliminares e desenvolveram um estudo sobre a natureza e o papel da intuição no julgamento clínico. Foram realizadas entrevistas com vinte e um enfermeiros, com o mínimo de cinco anos de experiência em uma determinada área clínica, os quais foram consideradas especialistas por seus pares. A análise das entrevistas baseou-se no modelo de Dreyfus, que propõe seis aspectos chave no julgamento intuitivo: reconhecimento de padrão, reconhecimento de similaridade, compreensão do senso-comum, conhecimento qualificado, senso de saliência e racionalidade deliberativa. Esses aspectos funcionam conjuntamente, em sinergia, no que parece ser uma combinação necessária de condições para o julgamento intuitivo.

O 'reconhecimento de padrão' refere-se a uma capacidade perceptual de reconhecer relações, sem especificação prévia dos componentes da situação; o paciente apresenta padrões de respostas que a enfermeira especialista aprende a reconhecer. 'Reconhecimento de similaridade' é a capacidade humana surpreendente de reconhecer

semelhanças vagas, a despeito de diferenças expressas nos aspectos objetivos das situações passadas e presentes; a percepção de que *este* paciente lembra ao enfermeiro um paciente similar, suscita novas questões e possibilidades. A 'compreensão do senso comum' é um profundo domínio da cultura e linguagem, de tal forma que é possível um entendimento flexível em diversas situações; isto é a base para a compreensão da experiência da doença em uma linguagem de emoções e experiências vividas, em contraste com o conhecimento da patologia com sua linguagem fisiopatológica e testes de exclusão ou confirmação de hipóteses. 'Conhecimento qualificado' refere-se ao saber baseado na inteligência incorporada; essa incorporação do conhecimento resulta de uma habilidade desenvolvida pela enfermeira. Ter um 'senso de saliência' é viver em um mundo significativo, onde eventos sobressaem como mais ou menos importantes, completo com nuances; o especialista não considera todas as tarefas como igualmente importantes, nem todas as observações serão igualmente pertinentes. A 'racionalidade deliberativa' está relacionada a uma atenção seletiva que os especialistas têm, de visualizar as situações em termos passados, ou seja, esperar certos eventos e ainda seletivamente ficar atentos a certos aspectos da situação⁽³⁵⁾.

As autoras concluem que os julgamentos mais significativos e perspicazes podem ser desvalorizados ou desacreditados por falta aparente de evidência concreta. Afirmam que o problema com a lógica formal é que ignora a especialidade humana que envolve situações ambíguas, abertas e não estruturadas, e esse conhecimento humano é considerado pela cultura ocidental, como não legítimo. A estimativa racional aparentemente está

sendo confundida com raciocínio humano e sendo erroneamente oferecida como a síntese do conhecimento, o que leva ao falso dualismo: raciocínio analítico x misticismo. Entretanto, ambos não se opõem, mas sim, podem funcionar conjuntamente⁽³⁶⁾.

Em 1997, King; Appleton⁽³⁷⁾ elaboraram uma revisão crítica da produção científica sobre a intuição no julgamento clínico. As autoras consideraram as definições de intuição e examinaram os trabalhos de pesquisa que abordam a compreensão do componente intuitivo na tomada de decisão, entre eles: Benner (1982,1984,1992,1994), Pyles & Stern(1983), Gerrity(1987), Schraeder & Fischer(1987), Young(1987), Benner & Tanner(1987), Rew(1988, 1990), McCormack(1993), English(1993). As autoras ressaltam que, as pesquisas indicam que a intuição parece ser usada por todos os enfermeiros, de estudantes a especialistas. A relação entre intuição e o processo cognitivo no julgamento clínico precisa ser examinada em maior profundidade. Foi estabelecido que a intuição é uma parte integral do processo de tomada de decisão na enfermagem, e que sentimentos intuitivos parecem agir como um 'gatilho' no método linear de resolução de problemas do processo de enfermagem.

O crescimento do corpo de conhecimentos a respeito da intuição evidencia a necessidade de a mesma ser considerada na questão do ensino da enfermagem. Além disso, é evidente que os enfermeiros que percebem a intuição em sua prática clínica, sentem-se culpados por usar essa habilidade na interpretação e no julgamento, em vez de confiar somente nos dados objetivos. Um achado interessante dos estudos é o fato de os enfermeiros

experientes aparentemente reconhecerem a importância de se considerar os sentimentos intuitivos dos pacientes sobre sua própria condição, o que os ajuda a compreender melhor a situação dos mesmos. As autoras concluem que, não se pode por muito mais tempo ignorar o crescimento da pesquisa empírica de enfermagem, no que se refere ao reconhecimento e utilização da intuição na prática clínica. Deve ser reconhecido que a intuição ocorre em resposta ao conhecimento, é um gatilho para a ação e/ou reflexão de enfermagem e, dessa maneira, tem um significado direto no processo analítico do cuidado do paciente/paciente⁽³⁷⁾.

Lamond; Thompson⁽³⁸⁾ fazem uma interessante discussão sobre as abordagens da tomada de decisão, que envolvem o modelo analítico e o julgamento intuitivo, pela comparação dos mesmos, com o apoio do referencial de pesquisa no assunto. O objetivo do estudo foi examinar os dois processos utilizados para a decisão, e a qualidade ou resultado dessa decisão para o paciente/paciente, com foco no modelo analítico. As autoras colocam que, as áreas onde os enfermeiros atuam de forma autônoma têm exigido uma estrutura maior de análise sistemática de problemas e escolhas terapêuticas. Apesar de muitos autores sugerirem a intuição como base para a tomada de decisão, não existe concordância sobre a natureza da mesma como um conceito. As diferentes definições trazem uma ambigüidade da intuição, como um tipo de conhecimento ou uma forma de pensamento. Quando o conhecimento intuitivo é a base para as decisões, as crenças e valores que permeiam o processo estão explícitos somente para a pessoa que toma a decisão, o que é um problema, ao considerar-se a necessidade

de políticas de maior participação da enfermagem nas decisões da equipe de saúde. Outras formas de tomada de decisão precisam ser consideradas, pois os profissionais devem justificar as escolhas feitas aos seus pares e aos próprios pacientes, que são os maiores envolvidos nessas decisões.

Hamm apud Lamond;Thompson⁽³⁸⁾ propõe o conceito de um *continuum cognitivo*, onde diferentes tarefas são direcionadas para o uso de diferentes modos cognitivos, variando da intuição à análise. Essa teoria indica que, para tarefas mal-estruturadas com um grande número de evidências e muito pouco tempo, a intuição é o modo cognitivo mais apropriado. Em tarefas bem-estruturadas, com poucas evidências e muito tempo, a análise é o modo cognitivo mais favorável. Entretanto, a maior parte das tarefas é uma mistura de bem e mal-estruturadas, situando-se no meio do continuum. Por conseguinte, a forma mais apropriada de cognição deveria ser uma mistura de análise e intuição. Os autores reforçam que, a introdução de abordagens mais analíticas para a tomada de decisões explicita as informações usadas, permitindo total explicação das escolhas e avaliação dos resultados oferecidos aos pacientes/pacientes⁽³⁸⁾.

Nesse estudo, partimos do entendimento do diagnóstico de enfermagem como um processo que envolve o uso de capacidades sensoriais, cognitivas e intuitivas. A descrição desse processo e a importância de se conhecer como ele se dá, tem sido uma preocupação reconhecida pelos pesquisadores na área médica e de enfermagem⁽⁹⁾. O aprofundamento na compreensão do raciocínio diagnóstico torna-se necessário por oferecer ao enfermeiro maior eficiência e qualidade no

cuidado desenvolvido na prática clínica, em função da identificação precoce das necessidades de cuidado e da intervenção imediata.

Os estudos apresentados são consensuais na afirmação de que o julgamento clínico envolve processos complexos e multifatoriais. Parte dos estudos aceitam a idéia de complementaridade da intuição e do processo de raciocínio analítico na tomada de decisão. Parece evidente que esses elementos alternam-se nas situações clínicas, conforme a situação apresentada. Entretanto, a relação entre a intuição e o processo cognitivo necessita de um entendimento mais profundo.

Após 18 anos de vivência em prática clínica e ensino, pude constatar que em nossa realidade, na maior parte das instituições, o caráter funcional da assistência de enfermagem é predominante. Apesar dos avanços da profissão, o enfermeiro segue um processo de trabalho reiterativo e tarefairo, baseado em protocolos de assistência e cumprimento de ações prescritivas, dependentes da decisão do profissional médico. Entretanto, individualmente, podemos encontrar enfermeiros comprometidos com o cuidado e com o referencial teórico dos modelos da enfermagem. Mesmo informalmente, esses enfermeiros realizam os processos intelectuais e humanos, alcançando o cuidado integral aos seus pacientes.

Estamos vivendo na enfermagem um movimento de busca da implantação do processo de enfermagem nas diversas áreas de atuação, voltado para o 'cuidado individualizado' e conseqüentemente, para a qualidade desse cuidado. Muito tem sido feito nesse sentido, o que oferece

à enfermagem uma possibilidade real de atuação baseada em competência e compromisso com os resultados da assistência oferecida à pacientela.

Rossi; Casagrande⁽³⁹⁾ discutem as questões envolvidas na implantação do processo de enfermagem e afirmam que diversos fatores interferem nessa implementação. Esses fatores envolvem aspectos organizacionais que não consideram o enfermeiro como sujeito do cuidado; atitudes, crenças, valores e habilidades técnicas e intelectuais do enfermeiro; e o modo como o processo tem sido operacionalizado nos serviços, que valoriza a documentação e não sua implementação efetiva na prática.

Mesmo com as dificuldades, o processo de enfermagem desenvolve-se através de um melhor entendimento de sua estrutura e elementos. O advento dos diagnósticos de enfermagem traz consigo a perspectiva da capacitação profissional no processo de raciocínio clínico, o qual permite um avanço significativo na atitude dos profissionais, no que diz respeito a assumirem a sua função de oferecer aos pacientes a resolução de problemas que lhes compete.

Considerando que, a atuação do enfermeiro de forma autônoma, voltada para o foco de sua prática clínica está baseado em conhecimentos específicos da ciência do cuidar, o entendimento do processo de raciocínio clínico é prioritário para o desenvolvimento de estratégias de capacitação de profissionais para atender a essa demanda. Devido à complexidade do processo, o conhecimento desenvolvido até então pela pesquisa tem deixado algumas lacunas e levantado questionamentos.

Os elementos descritos como parte do processo envolvem o raciocínio analítico e intuitivo. Entretanto, não existe uma compreensão de como esses elementos articulam-se na experiência do julgamento clínico.

Qual o papel e a participação de cada elemento do raciocínio clínico nas situações clínicas reais?

Como se manifestam esses elementos?

Como se dá a incorporação dos mesmos no profissional?

Existem aspectos peculiares da formação do enfermeiro que determinam o processo pelo qual ele julga as necessidades de seus pacientes?

Os estudos desenvolvidos ainda mantêm a lógica e a intuição dicotomizadas, e não explicam como ocorre a interação dos mesmos. Em nosso meio, não existem estudos que abordem essas questões levantadas. Além disso, pouco do que se apresenta na literatura é apreendido pelos profissionais, seja no campo do ensino ou na assistência. Os trabalhos, em sua grande maioria são desenvolvidos por enfermeiros americanos e canadenses de forma sistemática e aprofundada. Esse conhecimento tem sido recebido de forma gradual em nosso meio, mas limita-se ao espaço acadêmico que envolve parte dos cursos de pós-graduação. Acreditamos que trazer à tona essa temática, independente de sua complexidade é de fundamental importância para a formação e capacitação de nossos enfermeiros, além de enriquecer a produção científica de nossos pesquisadores.

A partir dessas inquietações, o presente estudo busca compreender o julgamento clínico do enfermeiro considerando os componentes envolvidos nesse processo do ponto de vista analítico e intuitivo. Segundo Charon⁽²⁾, a perspectiva do Interacionismo Simbólico tem o propósito de compreender a causa da ação humana, causa essa transformada de maneira a significar definição humana, auto-direção e escolha nas situações. Considerando a premissa de que o Interacionismo Simbólico parte do comportamento para entender os processos mentais, buscamos estudar a experiência por essa perspectiva.

OBJETIVO: Compreender a experiência de raciocínio diagnóstico de enfermeiros especialistas nas situações clínicas

**IDENTIFICANDO
OS REFERENCIAIS
TEÓRICO E METODOLÓGICO**

CAPÍTULO II

O CAMINHO METODOLÓGICO

A escolha do método de um estudo baseia-se na problemática levantada, a partir de conceitos e perspectivas que atribuem sentido e explicação à realidade focalizada. Conforme Charon⁽²⁾

pensar no conceito perspectiva, inevitavelmente nos remete ao problema da verdade, já que literalmente pensar a respeito de alguma perspectiva leva-nos à conclusão de que para seres humanos uma verdade sobre qualquer realidade é impossível num sentido absoluto.

Assim, a escolha de um referencial teórico oferece um instrumento de trabalho e uma perspectiva de olhar para o fenômeno em uma ótica determinada por esse referencial. Quando aplicamos o termo referencial teórico, falamos da maneira de olhar o mundo e dos pressupostos sobre o que se considera importante e que orientam o pensamento e a pesquisa⁽⁴⁰⁾.

Perspectivas não são percepções, mas guias para nossas percepções. Elas influenciam o que vemos e como interpretamos aquilo que vemos. São 'óculos ou lentes' que usamos para ver a realidade, composta de estrutura conceitual, conjunto de afirmações, valores e idéias, os quais influenciam nossa percepção e ação em determinada situação⁽⁴⁰⁾.

O interesse pela compreensão do raciocínio clínico do enfermeiro foi despertado em mim desde o início das disciplinas do mestrado. Ao estudar neurociência e informática, fiquei interessada em desenvolver um estudo de raciocínio diagnóstico baseado no modelo de árvore de decisão e, subseqüentemente, disponibilizá-lo em forma de software. A complexidade

da tarefa, o pouco conhecimento e o difícil acesso aos sistemas computadorizados me fizeram desistir da idéia. Segui então, minha trajetória de formação em pesquisa incorporando um referencial positivista, confortável no paradigma cartesiano predominante, apesar de reconhecer a abordagem dos métodos qualitativos como extremamente válida e pertinente aos fenômenos da enfermagem.

Os conhecimentos adquiridos sobre os diagnósticos de enfermagem e o uso dos mesmos no ensino de graduação (Saúde do Adulto), foram me dando algumas certezas sobre o uso do processo de enfermagem na prática do cuidado. Ficou consolidada a idéia de que, o uso da classificação dos diagnósticos da NANDA, ou outra, é de fundamental importância para a enfermagem, por oferecer uma linguagem padronizada que permite identificar o foco de ação do enfermeiro, documentar a prática e oferecer subsídios para a pesquisa.

Entretanto, sempre tive claro que a maior contribuição dos diagnósticos de enfermagem é o resgate e a validação do julgamento clínico do enfermeiro. Os processos de julgamento, tomada de decisão e determinação de resultados esperados são essenciais para que o profissional se estruture-se diante da equipe, do paciente/família e da sociedade a quem presta serviços.

Ao decidir estudar o julgamento clínico, tive que enfrentar do desafio de apreender outras correntes filosóficas ou referenciais teóricos, já que a perspectiva sob a qual queria estudar o tema não permitia considerá-lo em termos de decomposição analítica. Para a construção desse trabalho,

foi necessário construir primeiramente em minha mente um pensamento mais reflexivo e aberto, utilizando diferentes lentes para visualizar a realidade da enfermagem.

Quando se pensa em raciocínio clínico ou julgamento clínico, visualiza-se um fenômeno complexo que envolve cognição, valores, relações e significados. Muitos enfoques foram dados na pesquisa a esse tema, mas parece claro que esses estudos optaram por enfoques voltados ora para o aspecto cognitivo, ora para o aspecto intuitivo do processo, mesmo estabelecendo uma ligação estrita entre eles. Para este estudo, foi proposto um olhar que incorpore o fenômeno de forma mais aberta, buscando compreender o processo de julgamento clínico realizado pelo enfermeiro, diante das demandas de cuidado de seus pacientes.

Para tanto, fez-se necessária a escolha de um referencial que pudesse embasar a análise do fenômeno, em função de suas próprias características. A complexidade do fenômeno estudado pareceu ser compatível com o Interacionismo Simbólico, que traz à luz as questões dos processos ocorridos no interior da pessoa, na atribuição de significado às interações que vivencia.

O Interacionismo é a base teórica da Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory), desenvolvida por Glaser e Strauss em 1967, *“para atender questões suscitadas na sociologia sobre o entendimento do comportamento humano fundamentada no paradigma quantitativo e na verificação estatística desse comportamento”*. O propósito principal da teoria

fundamentada nos dados é gerar teorias explanatórias do comportamento humano⁽⁴¹⁾.

O Interacionismo Simbólico ressalta que o comportamento humano desenvolve-se por meio da interação com outros, por um processo contínuo de negociação e renegociação. As pessoas constroem sua própria realidade dos símbolos ao seu redor, pela interação com esses símbolos. Portanto, são participantes ativos na determinação de significados para uma situação⁽⁴¹⁾.

Consideramos a idéia de que o julgamento clínico do enfermeiro ocorre em um continuum cognição-intuição, sendo, portanto, construído individualmente por meio da interação com o paciente, conhecimento clínico e experiência. Esse processo envolve, todo o tempo, a atribuição de valores e significados, além de resultar da compreensão da realidade de cada indivíduo. O entendimento de que a Interação Simbólica é uma teoria sobre o comportamento humano, que tem como ponto central o significado dos eventos para as pessoas no ambiente natural, leva-nos a crer que essa perspectiva conduza à apreensão da experiência do raciocínio clínico do enfermeiro em sua interação com o paciente e na definição de suas ações, concomitantes à identificação das necessidades do mesmo.

Essa teoria aplica-se a estudos que envolvam os aspectos internos ou experiências do comportamento humano partindo da premissa que 'o significado guia o comportamento', de modo que 'a realidade ou significado da situação é criada pela pessoa e leva à ação e às conseqüências dessa ação'⁽¹⁾.

A partir disso, compreender a experiência do julgamento clínico do enfermeiro, no momento em que ele encontra o paciente e estabelece uma **interação** com o mesmo em busca do cuidado, é compreender que processos interpretativos internos determinam os significados atribuídos pelo mesmo, à realidade ou necessidade apresentada pelo paciente.

O Interacionismo Simbólico parece ser referencial teórico compatível com o objetivo do estudo e então, julgamos necessária a fundamentação do mesmo para o embasamento da análise dos dados a serem coletados.

A PERSPECTIVA DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO

A fundamentação básica do Interacionismo simbólico decorre dos trabalhos de George Herbert Mead, datados do início do século passado (1893-1931), na Universidade de Chicago, direcionado para a perspectiva da psicologia social, em uma linha filosófica conhecida como pragmatismo. Sua concepção dos elementos que se mostraram essenciais ao interacionismo, encontra-se na obra *Mind, Self and Society*, publicada pela primeira vez em 1934. A aplicação e proposição dos pressupostos básicos do interacionismo, na perspectiva da sociologia, foram feitas por Herbert Blumer, discípulo de Mead, apresentada na obra *Symbolic Interactionism – perspective and method*, publicada em 1969. Embora tenha raízes na psicologia e na sociologia, é uma perspectiva que se pode dizer distinta das duas ciências, por não focalizar as características de personalidade do indivíduo ou a

estrutura social do indivíduo, como o fazem respectivamente aquelas ciências⁽⁴⁰⁾.

O Interacionismo simbólico busca estudar a natureza das interações e das ações desempenhadas pelo indivíduo e baseia-se em três premissas básicas pontuadas por Blumer⁽⁴²⁾:

- os seres humanos agem em relação às coisas (objetos físicos, outros seres humanos, instituições ou situações da vida cotidiana) com base nos significados que elas têm para eles. Este significado influencia a formação do comportamento do indivíduo; conhecê-lo é o que nos leva a compreender a ação humana.
- o significado das coisas é derivado da interação social que os seres humanos estabelecem uns com os outros. O significado não é nem inerente à coisa em si, nem união de elementos que o indivíduo tem em relação à coisa.
- os significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que encontra. A interpretação não é considerada mera aplicação automática de significados estabelecidos, mas é um processo formativo no qual eles são usados e revisados como instrumentos para guiar e formar a ação.

As idéias do Interacionismo Simbólico são apresentadas por Charon⁽²⁾ a partir dos trabalhos de Mead e Blumer:

- Os indivíduos interagem. Ao ter como foco a interação, o Interacionismo simbólico cria uma imagem mais ativa do ser humano e rejeita a imagem de passivo determinada pelo organismo. A interação implica em pessoas

agindo em relação a outras, percebendo, interpretando e atuando novamente.

- ser humano é entendido como agindo no presente, não apenas influenciado pelo que sucedeu no passado, mas pelo que está acontecendo agora. O passado entra em ação conforme o trazemos ao presente e o aplicamos à situação. A interação acontece agora e o que fazemos está ligado a ela.
- Interação não é simplesmente o que está acontecendo entre pessoas, mas também o que está ocorrendo no íntimo do indivíduo. Os seres humanos agem num mundo definido por eles. Nós agimos de acordo com a maneira como definimos a situação em que nos encontramos.
- interacionismo descreve o ser humano como imprevisível e ativo no mundo. O ser humano é “livre” de alguma forma no que faz. Todos nós definimos o mundo em que atuamos. Parte dessa definição é nossa própria vida: isso envolve escolhas conscientes, direções de acordo, avaliação de nossas ações e de outros redirecionamentos.

O Interacionismo Simbólico enquanto perspectiva tem o propósito de compreender a causa da ação humana, causa esta transformada de maneira a significar definição humana, autodireção e escolha nas situações. Neste sentido, reconhece que parte da ação humana é escolha, é criativa, é livre. Considera uma cuidadosa descrição da interação humana como um objetivo central das ciências sociais. Por isso, um princípio importante é a obtenção de dados através da observação em situações reais de vida.⁽²⁾

Ainda como perspectiva, o Interacionismo Simbólico focaliza sua atenção na interação, na definição, no presente e no ser humano como um ser ativo no mundo, e os principais conceitos componentes são:

Símbolo

Símbolo é o conceito central do interacionismo, sem o qual não podemos interagir com os outros. São uma classe de objetos sociais usados para representar alguma coisa. O *símbolo* é usado pelo indivíduo para pensar, comunicar-se, representar, sendo simbólico apenas quando há um significado, quando seu uso é intencional⁽²⁾.

Os *símbolos* são importantes no entendimento da conduta humana. O ser humano vive com os *símbolos* tão bem quanto com o meio físico. O indivíduo utiliza-se do *símbolo* intencionalmente, com o objetivo de dar significado, um sentido para si e para o outro com quem interage. Ele aprende *símbolos*, seus significados e valores de outras pessoas com quem interage. Esse conjunto de significados e valores é parte de um conjunto da cultura de grupo⁽²⁾.

Os *símbolos* são críticos para o ser humano porque são nossa realidade, tornam nossa complexa vida em grupo possível e tornam possível nossa existência humana. Eles permitem ao indivíduo funções básicas como a denominação e categorização de objetos, a percepção do mundo, o pensamento e a resolução de problemas, as quais dependem de sua manipulação⁽²⁾.

Self

O Interacionismo Simbólico considera que o ser humano apresenta um *self*, isto é, assim como o indivíduo age socialmente em relação aos outros indivíduos, ele interage socialmente consigo mesmo⁽²⁾.

O *self* pode ser entendido como um objeto social no qual a pessoa age voltada para o ambiente externo e/ou interno; surge da interação, sofrendo mudanças ou permanecendo estável na interação. O significado do *self* é a capacidade da pessoa de ver-se como objeto. O indivíduo consegue ver a si ou à sua pessoa, e olhar a si mesmo como faz com qualquer objeto social⁽²⁾.

A importância do conceito relaciona-se a todo processo de interação interna do indivíduo em relação a si próprio, como identidade, percepção e julgamento de si. Devido ao *self*, os seres humanos são capazes de pensar, mostrar coisas para si mesmos, interpretar a situação, comunicarem-se consigo mesmos e com os outros. A posse de um *self* oferece ao ser humano um mecanismo de auto-interação, com o qual encontra o mundo. Esse mecanismo é utilizado para guiar sua conduta⁽²⁾.

O *self* representa um processo social interiorizado no indivíduo e apresenta dois aspectos ou partes: o *Eu* e o *Mim*. O *Eu* é a resposta do organismo às atitudes dos outros, é o indivíduo como sujeito, é espontâneo, não se sujeita às regras socialmente estabelecidas. O *Mim* são atitudes organizadas que o indivíduo adota, fruto da interiorização da sociedade, constitui a pessoa como objeto. O *Mim* é o *Self* social, o objeto que surge da interação, cuja ação é norteadas pelas definições e expectativas dos outros

que cercam o indivíduo. Nesse sentido, o *Eu* impulsiona o indivíduo e o *Mim* representa a incorporação do outro no indivíduo. Portanto, toda ação começa impulsionada pelo *Eu*; o *Mim* direciona o ato ⁽²⁾.

Mente

Segundo Mead, o cérebro permite ao indivíduo exercer domínio consciente de sua conduta. É a simbolização que permite a conduta mentalmente controlada, a partir da indicação que o indivíduo faz a si mesmo e aos outros na situação⁽⁴⁰⁾.

A *mente* é definida como ação simbólica em relação ao *self*. Deve ser vista como atividade. A *mente* é uma comunicação ativa com o *self* pela manipulação dos símbolos. Significa que o indivíduo faz indicações a si próprio. Pela atividade mental (pensar) a pessoa faz indicações para si, atribui significados, interpreta dando sentido às coisas em relação àquela situação ou ao fato vivenciado. Assim, a ação é resposta decorrente da interpretação que o indivíduo fez, e não uma resposta reflexa ao objeto (coisa) ⁽²⁾.

A manipulação dos símbolos não é uma simples recordação de imagens. Podemos ser estimulados em uma situação e recordar uma imagem, e essa imagem pode nos levar a uma resposta. Porém, a manipulação ativa interna das coisas exige símbolos que são capazes de estar propositalmente combinados e recombinaados em diferentes maneiras.

Pode-se dizer que o processo mental é a interação simbólica do organismo humano com seu *self* ⁽²⁾.

Assumir o papel do outro

O conceito está inteiramente ligado aos anteriores. *Assumir o papel do outro* é a mais importante atividade mental e torna possível o desenvolvimento do *self*, a aquisição e o uso de símbolos.

Assumir o papel do outro é adotar a perspectiva do outro, vendo o mundo dessa perspectiva e direcionando o *self* dessa maneira. É a própria atividade mental que permite entender o significado das palavras e ações do outro e compartilhar esses significados⁽²⁾.

Ao *assumir o papel do outro*, o indivíduo busca uma explicação para a ação que observa e, em consequência, alinha sua ação à razão identificada. Sendo assim, esse conceito é considerado como condição à comunicação e à interação simbólica⁽²⁾.

Ação humana

Os seres humanos comprometem-se em uma interminável corrente de ação influenciada por decisões que dependem da interação com outros e com o *self*. Ou seja, a interação com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso da ação⁽²⁾.

Segundo Blumer ⁽⁴²⁾, a capacidade que o ser humano possui de fazer indicações para si mesmo dá uma característica à *ação humana*. Significa que o indivíduo humano confronta-se com o mundo que deve

interpretar, a fim de agir. Precisa lidar com a situação para qual é chamado a agir, investigar o significado das ações dos outros e definir sua própria linha de ação à luz da interpretação. Pelo processo de auto-interação, o indivíduo manipula seu mundo e constrói sua ação.

As ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito, que envolve a definição da situação e esta por sua vez, envolve interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição da situação feita pelo ator que é central para como a ação ocorrerá⁽²⁾.

A *ação humana* diz muito a respeito do indivíduo que a realiza, por ser um processo simbolicamente construído⁽²⁾.

Interação Social

Todos os conceitos básicos para o Interacionismo Simbólico surgem da interação e são parte dela. A *interação*, quando possibilita criar perspectiva, definir objetos e símbolos, criar e definir o self, criar e influenciar a mente, criar e influenciar a habilidade de assumir papéis, viabiliza condições para continuar o processo de interação, ativamente iniciado e manipulado pelo indivíduo⁽²⁾.

Quando interagimos, nós nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o self, engajamo-nos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos realidade, definimos a situação e assumimos o papel do outro⁽²⁾.

A interação social é simbólica porque envolve interpretação e definição, e porque ocorre no interior das pessoas e entre elas, que alinham suas ações, portanto interagem. As ações de cada um têm significado para o criador e o receptor da ação. Nós agimos intencionalmente e comunicamos quando agimos para que os outros interpretem e sejam influenciados pela ação⁽²⁾.

A experiência do raciocínio clínico do enfermeiro e o Interacionismo Simbólico como perspectiva

Conforme discutido anteriormente, esse estudo surgiu de uma expectativa pessoal de aprofundar os conhecimentos no processo de julgamento clínico do enfermeiro. Essa expectativa está relacionada a um questionamento que me incomodou desde o início dos estudos do processo de enfermagem e, mais especificamente, dos diagnósticos de enfermagem. Apesar da importância da linguagem e documentação do foco clínico da enfermagem, não consegui responder às críticas feitas ao uso das classificações na prática da enfermagem. Por outro lado, em minha experiência de ensino, percebi que a utilização dos diagnósticos modificaram a estrutura das disciplinas permitindo, principalmente, o exercício mais elaborado do raciocínio clínico.

Junto a esse contexto, por meio de discussões nas disciplinas do programa de doutorado, pude constatar que o raciocínio diagnóstico é um tema que se desenvolveu intensamente na pesquisa da Psicologia, Medicina, e Enfermagem, porém sua complexidade impõe um desafio aos

pesquisadores, no sentido de compreender a mente humana e seus processos.

A perspectiva do interacionismo simbólico surgiu como uma abordagem clara e compatível com a experiência de julgamento clínico, considerando que a base fundamental de ambos é a interação. O foco do interacionismo é a compreensão da ação humana a partir de significados que são derivados da interação. Esse foco, aplicado ao raciocínio clínico, mostrou uma possibilidade de compreensão mais aprofundada do processo de pensar do enfermeiro na identificação de diagnósticos de enfermagem.

Não encontrei na literatura a aproximação desse conhecimento, mas acredito que as premissas básicas do interacionismo são compatíveis com a experiência do raciocínio clínico. Para que o enfermeiro identifique uma necessidade de cuidado ou resposta humana de um paciente, ele utiliza-se do processo analítico consciente ou não, embasado em uma interação com o mesmo. A partir dessa interação o enfermeiro percebe os sinais ou evidências apresentadas pelo paciente, atribui significados a esses, interpreta-os e age em direção ao resultado dessa interpretação.

Para que esse processo ocorra, é preciso fundamentalmente ocorrer a interação, já que o cuidado envolve esta. O processo se inicia no encontro com o paciente e na identificação de dados, que é básica para o julgamento clínico e se dá por meio de um processo de comunicação enfermeiro-paciente. Isso é possível pela manipulação de símbolos, que possuem significados construídos individualmente e modificados a cada situação clínica vivenciada.

Ao encontrar-se na situação clínica, o enfermeiro desencadeia o processo de julgamento pela interação consigo mesmo, onde o *self* o permite pensar, interpretar e comunicar-se. A mente manipula os símbolos, transformando as evidências clínicas em elementos significativos, faz indicações para o *self* que as interpreta, estabelece relações, e toma decisões que determinam o curso da ação.

O interacionismo explica que a ação humana depende de como o indivíduo lida com o mundo externo e interno, por meio de interpretações. Para agir o indivíduo precisa definir a situação posta a si. No diagnóstico e tomada de decisão clínica do enfermeiro é necessário que ele identifique seus elementos, interprete-os e assuma uma atitude ao lidar com o resultado da interpretação, o que direciona sua ação.

Partindo disso, podemos fazer algumas considerações sobre o porquê o raciocínio diagnóstico dos enfermeiros é um processo social presente nas interações humanas:

- ↳ o cuidado envolve indivíduos em *interação simbólica*
- ↳ a identificação de necessidades de cuidado em situações clínicas depende do julgamento do enfermeiro
- ↳ o enfermeiro julga e diagnostica com a *mente* e o *self*
- ↳ a *ação* do enfermeiro é determinada pela interpretação e tomada de decisão
- ↳ *assumir o papel do outro* é uma atividade mental que direciona o *self* e o uso dos *símbolos*, e é fundamental no julgamento clínico

As idéias acima, indicam-nos que o raciocínio clínico ocorre por pessoas em interação simbólica. Os enfermeiros atribuem significados e definem a situação clínica por meio do uso da mente, do self, dos símbolos. Ele se coloca no lugar do paciente e interpreta suas respostas, o que é fundamental para a tomada de decisão do cuidado. Essa interpretação transforma os significados para o próprio enfermeiro e para o paciente.

A adoção do Interacionismo Simbólico como referencial exige um caminho metodológico que permita a apreensão das ações e dos processos experienciados. Esse caminho é oferecido pelas metodologias interpretativas de investigação, que compreendem as abordagens qualitativas e indutivas de pesquisa. Na enfermagem utiliza-se a tradição interpretativa em metodologias orientadas ao estudo dos significados, como a teoria fundamentada nos dados, a etnografia, a observação participante ou o interacionismo interpretativo. O Interacionismo Simbólico apresenta-se como referencial gerador dessas diversas metodologias⁽⁴⁰⁾.

A opção por uma metodologia qualitativa para a realização desse estudo deveu-se à natureza subjetiva tema e ao caráter exploratório da pergunta de pesquisa. Os métodos qualitativos são descritos como os que visam a natureza e a essência do fenômeno e portanto, tornou-se imperioso o seu uso para o alcance do objetivo proposto. Como colocado anteriormente, utilizar abordagem quantitativa no estudo seria não focalizar adequadamente o problema de interesse, apesar de, pessoalmente, não ter familiaridade com a aplicação desses métodos.

Conforme visto na literatura, os caminhos metodológicos usados para a compreensão do raciocínio clínico seguem linhas diferentes: mais objetivas ou analíticas, ou mais interpretativas. Diversos estudos foram conduzidos na metodologia da teoria fundamentada nos dados, a qual será utilizada nesse estudo em função de seu objetivo de buscar a compreensão do processo de julgamento clínico utilizado pelos enfermeiros no diagnóstico das respostas humanas de seus pacientes.

A Teoria Fundamentada nos Dados, proposta no início dos anos 60 por Glaser; Strauss, é hoje reconhecida como uma das principais abordagens interpretativas ou qualitativas. Essa abordagem destina-se a explorar os processos sociais presentes nas interações humanas. Amplamente utilizada na enfermagem, tornou-se um importante método para estudar os fenômenos da enfermagem⁽⁴⁰⁾.

O método explora a riqueza e a diversidade da experiência humana e contribui para o desenvolvimento de teorias, sobretudo aquelas relativas a fenômenos específicos, denominadas teorias substantivas. A teoria fundamentada nos dados consiste numa forma de estudar fenômenos que são descobertos, desenvolvidos conceitualmente e verificados através de um processo de coleta e de análise de dados sistematicamente conduzidos. O resultado desse processo é uma teoria que emerge das relações estabelecidas entre os conceitos descobertos. O aspecto relevante dessa metodologia consiste precisamente no desenvolvimento de teorias, o que a diferencia de outras abordagens interpretativas destinadas à

descrição. O que garante tal resultado é a identificação de conceitos e o estabelecimento de relações teóricas entre eles, através da interpretação⁽⁴¹⁾.

A Teoria Fundamentada nos Dados, como um sistema de análise de dados qualitativos, consiste em uma série de procedimentos sistematizados de comparação inicialmente entre os dados, prosseguindo até a comparação de categorias e dos fenômenos descobertos, o que possibilita a proposição do processo relativo a experiência estudada. Essa comparação é constante em todo o processo. O primeiro passo da análise consiste na codificação dos dados, que se dá pela quebra dos dados brutos das entrevistas em pequenos pedaços denominados incidentes, sendo que a cada pedaço é atribuído um nome representativo de seu significado (**código**), que permite o movimento de comparação entre cada um dos códigos. Os códigos por sua vez sofrem novo processo de comparação, dando origem a **categorias** que são uma classificação de conceitos ou nomes atribuídos aos eventos ou incidentes da experiência estudada. Os nomes atribuídos tanto aos códigos como às categorias têm a característica de ser provisórios, e passam a ter caráter definitivo somente quando se configuram como adequados ao que significam na experiência, pelo processo análise que vai tornando-se mais abstrato. O agrupamento de vários conceitos numa ordem mais abstrata dá origem a **fenômenos**. Os fenômenos ou categorias centrais geram a configuração de um modelo teórico representativo da experiência⁽⁴⁰⁾.

Glaser; Strauss ⁽⁴³⁾ descrevem quatro etapas do método comparativo:

1. comparar incidentes aplicáveis a cada categoria – o pesquisador inicia pela codificação de cada incidente dos seus dados dentro de quantas categorias de análise forem possíveis; durante a codificação de um incidente para uma categoria, este é constantemente comparado com incidentes anteriores em grupos diferentes ou iguais, codificados na mesma categoria;
2. integrar categorias e suas propriedades – as unidades comparativas constantes mudam da comparação entre os incidentes para a comparação do incidente com as propriedades da categoria.
3. delimitar a teoria - conforme a teoria se desenvolve, várias características delimitadas do método comparativo começam a reprimir a tarefa que se torna esmagadora; a teoria se solidifica, as propriedades são reduzidas e as categorias são teoricamente saturadas;
4. escrever a teoria – nesse estágio o pesquisador possui os dados codificados, uma série de memos e uma teoria; a discussão dos memos oferecem o conteúdo dos temas principais da teoria; a teoria é apresentada quando o pesquisador estiver convencido de que sua estrutura analítica forma uma teoria substantiva sistemática.

As questões de estudos da teoria fundamentada nos dados obrigatoriamente orientam-se para as ações e os processos do fenômeno a ser estudado. No processo de investigação em que se utiliza essa metodologia, além da obediência rigorosa aos passos característicos de coleta e análise dos dados, um outro aspecto que deve ser ressaltado é a sensibilidade teórica do pesquisador. O pesquisador é instrumento

fundamental dessa abordagem, devendo ser sensível teoricamente para orientar-se na coleta de dados relevantes ao fenômeno e para identificar, no momento da análise, as sutilezas dos significados que eles contém⁽⁴⁰⁾.

REALIZANDO A PESQUISA

CAPÍTULO III

LOCAL

O estudo foi realizado em um hospital escola, especializado em cardiologia na cidade de São Paulo. Trata-se de uma instituição pública, mantida pelo Estado de São Paulo e por uma fundação privada. O hospital é o maior Centro Especializado em cardiologia do país, e faz parte de um complexo hospitalar de referência no Brasil e América Latina; atende pacientes adultos e crianças provenientes de todo o país. Classifica-se como hospital de grande porte, pelo número de leitos; divide-se em sub-especialidades que vão desde o atendimento ambulatorial até UTIs. As unidades distribuem-se conforme as cardiopatias (clínicas e cirúrgicas), e faixa etária (adultos e crianças). A Instituição caracteriza-se como campo de formação de profissionais de saúde (graduação e pós-graduação), além de manter cursos de ensino médio profissionalizante. Está ligada a diferentes unidades da maior universidade do país. Associados aos cursos de pós-graduação distribuem-se, na Instituição, diversos grupos de pesquisa médica.

A opção por esse local deveu-se ao fato de dispor de enfermeiros altamente especializados na área de cardiologia, com vasta experiência na assistência a pessoas portadoras de afecções cardiovasculares, o que foi definido como critério para o estudo. Também foi decisivo o fato de eu, pesquisadora, ser especialista em cardiologia, tendo sido formada nessa Instituição, o que facilitaria a abordagem dos enfermeiros.

Para a realização da pesquisa, foi feito um primeiro contato com o Setor de Educação Continuada da Divisão de Enfermagem. Após o

consentimento da Diretoria de Enfermagem, iniciamos o processo para aprovação 'Comissão Científica de Ética' da Instituição. Esse processo envolveu o cadastramento do projeto de pesquisa na Comissão de Ética para a Análise de Projetos de Pesquisa conforme o protocolo do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Após um período de sete meses, o projeto foi aprovado e cadastrado no CNPQ – SISNEP.(Anexo I)

ENFERMEIROS PARTICIPANTES

Considerando o problema a ser estudado, estabeleci alguns critérios para a seleção dos enfermeiros participantes no estudo: 1- ser enfermeiro pertencente à Instituição; 2- possuir mais de cinco anos de experiência na área de cardiologia e/ou pós-graduação *latu-senso* na área; e/ou 3- ser indicado por seus pares como um enfermeiro especialista.

Participaram do estudo 11 enfermeiros, caracterizados conforme a Tabela 1. Essa caracterização foi compatível com os critérios do estudo, sendo considerada mais importante a indicação dos enfermeiros pelos seus pares. Tratava-se de enfermeiros que exerciam função assistencial e/ou administrativa, com experiência comprovada na área de atuação, trabalhando em UTIs ou unidades clínico-cirúrgicas e de pesquisa.

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros participantes do estudo. São Paulo, 2003.

ENFER- MEIRO	UNIDADE*	FUNÇÃO	TEMPO FORMADO	TEMPO CARDIO- LOGIA	FORMAÇÃO	DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM **
1	UCO e UTI clínica	Enfermeira Encarregada	16 anos	16 anos - 2 em UTI	Especialista em Cardiologia	Não trabalha Aulas de mestrado

				cirúrgica e 14 em UTI clínica	Mestre em Saúde do Adulto	
2	REC1	Treinamento de pessoal Enfermeira assistencial	18 anos	13 anos - 6 anos de docência	Aprimoramento em Cardiologia	Curso no Simpósio de diagnósticos e estudos
3	REC1 e 2	Enfermeira encarregada	14 anos	14 anos	-	Graduação Usa SAE na UTI
4	REC1	Enfermeira encarregada	8 anos	8 anos	Aprimoramento em Cardiologia há 5 anos	-
5	REC 1 infantil	Enfermeira assistencial	5 anos	4 anos	Aprimoramento em Cardiologia há 5 anos	Curso de Atualização-Simpósio de DE
6	REC 2	Enfermeira assistencial	10 anos	6 anos	Especialista em Cardiologia e UTI	Aulas da instituição
7	Laboratório de Pesquisa Hipertensão	Enfermeira pesquisadora	19 anos	19anos	Especialista em Cardiologia Mestre em Fundamentos de Enfermagem Doutora em Fisiopatologia experimental	Dissertação de Mestrado sobre o tema
8	Laboratório de Pesquisa Hipertensão	Enfermeira estagiária	9 anos	9 anos – Uti geral e cardiológica	Especialista em UTI e administração hospitalar	Disciplina de SAE - especialização
9	7º. andar - cirúrgico	Enfermeira assistencial	4 anos	3 anos	Mestranda – fase final	Dissertação de mestrado em DE
10	UCO	Enfermeira assistencial	10 anos	10 anos – UTI e UCO	-	Palestras na instituição
11	UCO	Enfermeiro assistencial	7 anos	6 anos	Especialista em circulação extra-corpórea	Participa de implantação de DE em outro hospital

* UTI – unidade de terapia intensiva; UCO – unidade coronariana; REC – unidade de recuperação pós-operatória.

** Refere-se ao conhecimento ou uso dos diagnósticos de enfermagem

Nesse estudo, o número de enfermeiros foi se configurando em razão na análise de seus depoimentos e das reflexões sobre as categorias que surgiam. Esse número de participantes oportunizou o surgimento dos conceitos. A coleta de dados foi realizada até acontecer a saturação teórica, quando se verificou a repetição dos dados e a compreensão satisfatória dos conceitos identificados.

Conforme a Teoria Fundamentada nos Dados, a determinação da amostragem teórica ocorre durante o processo de análise comparativa constante que é característica principal do método. O número

de participantes determina-se pelo alcance da saturação teórica das categorias. ⁽⁴¹⁾

COLETA E REGISTRO DOS DADOS

Os dados foram coletados pela pesquisadora, no período de outubro de 2002 a junho de 2003, por meio de entrevista gravada, com duração média de uma hora. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas. Durante o procedimento, foram realizadas anotações em caderno sobre a interpretação das falas e o comportamento não verbal das enfermeiras. Essas anotações foram utilizadas na interpretação e descrição das categorias.

No intuito de conhecer e aplicar o referencial metodológico da teoria fundamentada nos dados, foi realizada uma primeira entrevista que se constituiu do primeiro grupo amostral. Foi entrevistada uma enfermeira que possuía 16 anos de trabalho na Instituição, tendo grande parte desse tempo atuado no cuidado direto, em UTIs clínica e cirúrgica. Também possuía extensa formação acadêmica, com especialização em cardiologia e mestrado em enfermagem. Essa entrevista foi muito importante para o estudo, por ser uma enfermeira amplamente reconhecida por seus pares como uma especialista. A entrevista possibilitou-me vivenciar as dificuldades de realizar esse procedimento, bem como identificar a forma de abordagem mais adequada dos sujeitos de pesquisa.

Após contato e consentimento de participação, foi realizada a entrevista após o horário de trabalho, no próprio local, com duração de uma hora e meia. Inicialmente foram feitos a apresentação e esclarecimento do

objetivo do estudo, além de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II). A entrevista foi gravada em fita cassete, transcrita e posteriormente analisada. Essa entrevista permitiu descobrir as primeiras categorias potenciais.

Angelo⁽⁴⁰⁾ refere que, nos estudos que utilizam essa metodologia, a coleta de dados tem como foco inicial apenas a questão básica do estudo. O pesquisador deve ser sensível desde o início e compreender o rumo que o estudo tomará em função dos dados disponíveis.

A entrevista não estruturada teve como questão norteadora:

Como ocorre o processo de definição das necessidades do paciente em uma situação clínica que você está vivenciando?

Conforme determinado pela metodologia, realizou-se essa entrevista, considerada uma situação inicial ou zero, buscando identificar as primeiras categorias que nortegassem o desenvolvimento do estudo. Na realização da mesma senti uma grande dificuldade na elaboração da questão norteadora, onde o sujeito pudesse expor os elementos de sua experiência. Discutindo com a orientadora e com especialista no método, consideramos que a pergunta norteadora deveria ser refinada para situar melhor o sujeito na experiência vivenciada.

Após essa primeira abordagem, houve um período de afastamento em função de problemas de saúde. Subseqüentemente, o projeto foi submetido ao Exame de Qualificação, o que possibilitou a discussão das dúvidas e a clarificação dos objetivos e da problemática estudada.

Muitos questionamentos surgiram após a análise inicial e a coleta de dados foi retomada com enfermeiras que atuavam junto a pacientes críticos. O segundo grupo amostral constituiu-se de cinco enfermeiras que atuavam nas unidades de recuperação pós-operatória. Essas unidades (REC1 e 2) são destinadas ao atendimento dos pacientes submetidos à cirurgia cardiovascular, em seu pós-operatório imediato, ou seja, em fase crítica e/ou hemodinamicamente estável. A segunda unidade (REC2) atende os pacientes cirúrgicos que apresentam complicações pós-operatórias. Os enfermeiros dessas unidades assumem função assistencial considerada de grande complexidade, exigindo atuação imediata e diagnóstico precoce das situações de risco.

Para a abordagem dessas enfermeiras, decidimos modificar a pergunta inicial da entrevista devido a dificuldade de entendimento observada anteriormente. Para tanto, foi solicitado que elas se lembrassem de uma experiência (situação clínica), onde tomaram condutas baseadas na identificação de uma necessidade de cuidado de um paciente. A pergunta era:

Fale dessa experiência clínica. O que e como você pensou para chegar à compreensão da situação?

Para dar densidade às categorias identificadas e maior especificidade a elas, constituiu-se um terceiro grupo amostral. Buscava-se alcançar a saturação teórica e testar as categorias encontradas na análise. Portanto, essas entrevistas foram mais direcionadas. A questão norteadora manteve-se, mas, no decorrer das falas, procurei questionar pontos que se

apresentavam compatíveis com as categorias que estavam se formando na análise inicial.

INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise comparativa ocorreu desde o início da coleta de dados. O primeiro grupo amostral constituiu-se de uma enfermeira especialista indicada pela diretoria de enfermagem. Após a entrevista, foi efetuada a transcrição da fala, configurando os dados brutos que passaram a ser codificados por meio de 'codificação aberta'. Esse procedimento consiste em examinar cada entrevista, linha por linha buscando identificar: o que é aquilo? O que representa? O que está acontecendo aqui? Os códigos foram reescritos procurando preservar a fala na íntegra e formando frases com o uso de um verbo no gerúndio (indicando processo). Cada código recebeu um marcador alfa-numérico para ser trabalhado em planilhas.

Entrevista	Códigos
...Eu comecei a observar o comportamento dele e o que eu poderia fazer pra aliviar essa ansiedade dele, porque do sofrimento seria... assim, muita pretensão minha. Mas o que eu poderia estar fazendo pra aliviar e que nome eu daria pra aquilo, porque não é da minha prática... Aí eu fui lendo, fui observando ele, fui conversando com ele... pedi pra ele verbalizar o que ele sentia..	K39 começando a observar o comportamento do pai K40 pensando o que poderia fazer para aliviar a ansiedade do pai K41 julgando que seria muita pretensão sua poder aliviar o sofrimento do pai K42 pensando o que poderia estar fazendo para aliviar aquele sofrimento K43 pensando que nome daria àquilo (situação) K44 considerando que essa situação não era de sua prática K45 lendo sobre o assunto K46 observando o pai K47 conversando com o pai K48 pedindo para o pai verbalizar o que ele sentia

As entrevistas gravadas e transcritas foram lançadas no programa de computador Windows Excel, onde criou-se uma planilha para cada entrevista codificada e diversas planilhas complementares para cada categoria identificada pelos agrupamentos de códigos. Essa preparação buscava facilitar o processo de análise.

Após a extração dos códigos, iniciou-se a análise comparativa buscando atribuir significados aos mesmos, efetuando-se agrupamentos dos códigos em função da semelhança de seus significados. Os significados foram interpretados indutivamente estabelecendo-se nomes primários para os agrupamentos.

No decorrer da comparação dos dados da primeira entrevista, novas questões foram surgindo sobre essas primeiras categorias e seus significados. Avaliando as igualdades e diferenças entre os grupos, foi desenvolvido um segundo agrupamento para a configuração de categorias que englobassem sub-categorias iniciais em algumas situações. Essa nova estruturação dos dados fez emergir questões que foram incorporadas na continuidade da coleta e análise dos dados. Entretanto, descartamos essa segunda análise por ser considerada precoce na condensação das categorias. Isso exigia a complementação de novos dados, para explorar outros aspectos da experiência.

As entrevistas subseqüentes (demais grupos amostrais) receberam o mesmo tratamento de codificação e interpretação. Essa foi a primeira etapa do trabalho de interpretação dos dados obtidos, realizada por

meio de desmembramento, exame minucioso, comparação e formação de conceitos iniciais.

Códigos	Categoria
tendo a sensação de que não estava normal identificando pelo aspecto intuitivo que tinha alguma coisa errada considerando que tudo isso levou a pressentir ou identificar uma alteração importante pensando que não podia ser percebendo que tinha alguma coisa incongruente, alguma coisa que não estava correta dando um click: olha eu já vivi situação parecida com essa	Tendo percepção intuitiva

Ao final dessa etapa, estava diante de 11 entrevistas codificadas, com agrupamentos de códigos distribuídos em planilhas, com um nome atribuído para representar o significado de cada agrupamento, ou seja, categorias iniciais. Havia um montante significativo de dados, acompanhado de anotações realizadas durante as entrevistas e durante o trabalho de codificação e agrupamento (memos).

A etapa seguinte foi acrescida consideravelmente no grau de dificuldade, já que compreendia a ‘codificação teórica’. Nessa fase as categorias são reorganizadas; faz-se conexões entre as categorias e suas sub-categorias de forma a reduzi-las e uni-las em um significado comum, ou fenômeno. Essa codificação teórica foi do tipo de ‘estratégias’, que permite ao pesquisador pensar nas várias maneiras de organizar os mecanismos,

as estratégias e os arranjos que as pessoas utilizam em suas interações sociais ⁽⁴²⁾.

Nessa fase, o trabalho consistiu em estabelecer a ligação entre as categorias, baseando-se nos dados que as compunham, realizando comparações constantes e reorganizando essas categorias conforme pertinente. Buscava-se compreender as relações existentes entre as categorias. Foi realizado um novo agrupamento, agora composto de categorias oriundas das diversas entrevistas.

Os agrupamentos que surgiram foram realizados a partir dos significados das categorias e dos códigos, e foi atribuído um novo nome aos mesmos. Um nível de abstração maior foi exigido, assim como o aprofundamento das interpretações. Isso resultou de consulta aos memos e discussão entre pesquisadora e orientadora. Vários diagramas foram elaborados buscando visualizar melhor as conexões e os significados das categorias.

Seguiu-se uma terceira etapa, onde foram retomadas as entrevistas na íntegra, realizando um trabalho de comparação, localização e densificação das categorias desenvolvidas até então. Após esse trabalho, realizado em conjunto com a orientadora, obtivemos a compreensão de três fenômenos distintos que englobavam as categorias analisadas.

Na última etapa, procurou-se avançar na compreensão das relações entre os fenômenos que, nas fases precedentes, vinham delineando-se. Das relações entre os fenômenos, inferidas a partir dos

relatos das experiências de julgamento clínico, derivou-se um modelo teórico.

O modelo teórico que explica a experiência do raciocínio diagnóstico do enfermeiro em situações clínicas ficou constituído por dois constructos integrados e modulados por um terceiro constructo que os permeia.

Esse modelo está apresentado e descrito no próximo capítulo.

**COMPREENDENDO A
EXPERIÊNCIA DO RACIOCÍNIO
CLÍNICO DO ENFERMEIRO**

CAPÍTULO IV

APRESENTANDO OS RESULTADOS

A comparação e a interpretação dos dados possibilitaram desvendar os significados da experiência do enfermeiro especialista no julgamento das necessidades de cuidado de seu cliente, em uma situação clínica vivenciada.

Trata-se de uma experiência complexa e humana, na qual é preciso resgatar a ação reflexiva o enfermeiro quando ele se propõe a pensar sobre o pensar-agir na sua prática do cuidado. As situações relatadas caracterizaram-se basicamente por dois tipos de descrições: numa delas, o relato é feito com riqueza de detalhes dos movimentos do pensar e agir ao mesmo tempo, dentro da situação; na outra, a descrição mantém o movimento, mas é mais sucinta e linear.

A análise dos conteúdos verbais e não verbais obtidos pelas entrevistas possibilitou identificar duas fases articuladas de forma dinâmica:

I. ENCONTRANDO-SE NO DESAFIO DO CUIDAR

II. CUIDANDO

Essas fases constituem etapas da experiência do enfermeiro a partir do momento em que ele entra na situação do cuidar, passando por um processo (movimento de ir e vir) dinâmico, até alcançar ou não, a satisfação e o reconhecimento do resultado de sua ação. Esse movimento retroalimenta a experiência que se reinicia transformada em termos de significado.

A primeira fase da experiência do raciocínio corresponde à forma de entrar na situação clínica, que apresenta demanda de atuação do

enfermeiro e se caracteriza por duas maneiras de encontrar-se no desafio do cuidar, conforme esquema a seguir:

Diagrama 1: ENCONTRANDO-SE NO DESAFIO DO CUIDAR

ENCONTRANDO-SE NO DESAFIO DO CUIDAR refere-se à entrada do enfermeiro na situação clínica, quando encontra uma demanda de cuidado do paciente, que deve ser considerada a partir de sua avaliação crítica, ou seja, discriminada, quantificada e qualificada pelo julgamento clínico. A percepção da situação e a aquisição de dados são primordiais para a formulação de hipóteses iniciais, que se consolidam ou não, no decorrer do movimento do raciocínio. A obtenção de dados clínicos ajuda o enfermeiro a facilitar a tarefa diagnóstica. Ele percebe sinais clínicos e comportamentos do contexto da situação corrente e se sente atraído na sua direção. A forma de obtenção (imediata ou processual) e o processamento

da informação determinam individualmente, o que é relevante ou não, para a situação sob julgamento.

Eu me lembro disso, que foram as coisas que eu bati o olho rapidamente e vi, mas o que me chamou mais a atenção foi até o quadro, é ... os dados que estavam ali marcados no monitor, mas a parte do corpo, de como é que ele tava, do que ele falava, das reações dele. E aí eu percebi que aquele lá não era o jeito dele.E1

...a pouca interação que eu tive com ela me foi possível avaliar que ela tava tendo alteração psicomotora, que foi o primeiro sinal que ela obteve, quer dizer, a primeira demonstração de... o primeiro indicador de que ela poderia estar complicando ou piorando o quadro dela. E7

Nesse fenômeno, o enfermeiro tem a atenção atraída pela significância de uma informação obtida sensorialmente. O enfermeiro encontra-se no desafio do cuidar a partir de uma ou mais informações significativas, e, de imediato, elabora mentalmente um quadro ampliado que sintetiza as informações que está obtendo em explicações que as explicam.

Aí eu vi que tinha uma movimentação ali e eu entrei no quarto. E aí na hora que eu entrei no quarto eu vi... E aí, quando eu bati o olho naquilo, eu já me chamou atenção e eu não saí mais do quarto.E1

...mas o pai, ele nunca ficava muito perto da criança, então você sentia aquela coisa de querer estar junto, mas não querer se apegar ao filho ... então você via esse conflito. Então hora ele tentava pegar na criança, passava a mão, acariciava, e tinha hora que ele mal olhava. Então ele estava em conflito constante, e você percebe o medo... mas assim, não o medo... do filho, é o medo de perder a relação, de perder a criança, não dá essa continuidade. Então é uma sensação mesmo de perda antecipada, né ...E5

O **ENCONTRANDO-SE NO DESAFIO DO CUIDAR** ocorre com maior ou menor deliberação do enfermeiro, entre dois extremos de um continuum: ou o enfermeiro se vê na situação porque algo atraiu sua atenção, ou então, ele estava intencionalmente buscando informações junto ao paciente. Assim, os processos que se expressam pelo **ENCONTRANDO-**

SE NO DESAFIO DO CUIDAR são: **Tendo a atenção atraída** e **Buscando informações relevantes**, que se diferenciam por ocorrerem de forma menos deliberada e mais deliberada, respectivamente.

Quando escolheram uma experiência clínica para descrever, os enfermeiros do estudo diferenciaram-se em dois grupos em relação à forma de entrar na situação: o primeiro caracterizou-se por **Tendo a atenção atraída**, ou seja, quando algum evento ou fato chamou a sua atenção em um momento que não buscava deliberadamente identificar as necessidades do paciente. Essa situação foi fortemente marcada pela percepção intuitiva, referida como 'se algo fosse estranho' em um quadro mais amplo, onde um determinado sinal ou evento se destacasse do normal. A percepção intuitiva funciona como uma espécie de gatilho para iniciar o processo de raciocínio.

... eu acho, aquilo me chamou atenção, me deu a sensação de que não tinha, é ... vamos dizer, que não estava normal, e ... aí veio o aspecto intuitivo: "olha isso tem alguma coisa errada" e evidentemente somando esses aspectos físicos né, a palidez cutânea ...E7

Eu acho que a questão intuitiva, e evidentemente o raciocínio clínico. Então a palidez cutânea, a intolerância dela no decúbito, a posição supina ... enfim. Então tudo isso levou a pressentir ou a identificar uma alteração importante...E7

E aí casualmente, eu passei pelos boxes e vi que a paciente estava bem desconfortável, sudoreica, e E aí eu olhei pro monitor, fui checar os eletrodos, estavam todos devidamente posicionados e... Questionei o que estava acontecendo.E8

Uma segunda forma de entrar na situação caracterizou-se por **Buscando informações relevantes**. Nessas descrições, os enfermeiros entraram na situação de forma mais deliberada, ou seja, o enfermeiro estava interagindo com o paciente, com a finalidade pré-determinada de identificar suas necessidades de cuidado. O enfermeiro coloca-se diante do paciente e

busca informações relevantes que possam guiar seu raciocínio. Isso pode ocorrer formal ou informalmente, isto é, no momento da coleta de dados identificado como elaboração do 'histórico de enfermagem', ou no transcorrer da interação do cuidado.

Eu chego no plantão e vou no quarto. Chego no quarto e olho o paciente já como um todo. Então eu já vejo a situação ali. Já vejo o que ele tá recebendo. Já olho pra ele ... primeiro eu chego lá e me identifico com ele. Aí começo a conversar com ele. E nisso eu vou conversando, eu já... o meu olho, a percepção já tem que tá rodando no todo. Nele, no todo. Então, é como é que ele tá, o aspecto, o que tá recebendo, o que não tá recebendo, se há alguma coisa desligada.E11

Olhar primeiro, se ele não teve dor nas 24 horas. Segundo, se ele não tá recebendo nenhuma droga vasoativa. Se ele não estiver recebendo nenhuma dessas drogas ele pode tranquilamente circular pelo banheiro.Ou tá com as enzimas alteradas também, que seria o terceiro.E10

Com frequência, esta forma de encontrar-se com o cuidar faz parte da rotina do trabalho do enfermeiro, ou seja, quando ele passa visita, ou vai cuidar diretamente de um paciente. No entanto, as situações descritas eram significativas, pois foram lembradas como fatos marcantes, quando foi identificada uma necessidade do paciente por ele, enfermeiro.

Na hora que eu chego, a passagem de plantão, eu já pego a minha folha de enfermagem, eu já levanto os problemas na hora que a minha colega está passando o plantão. Então conforme eu já tenho aqueles dados anteriores, aí ela vai me contar conforme a evolução. Conforme ela vai falando... ela fala medida de débito, ela fala nível de consciência, eu já vou levantando, na hora, todos os problemas.E2

...era um final de semana que eu estava de plantão e estava cobrindo folga na outra ala da enfermaria. Tava passando minha visita e ao chegar numa determinada paciente ela me disse que estava extremamente incomodada porque não evacuava há vários dias. Segundo ela há 10 - 12 dias, e tava com uma cólica abdominal bastante intensa. Eu disse pra ela assim: " Bom então nós vamos tentar resolver o seu problema".E9

A segunda fase do raciocínio clínico, **CUIDANDO**, foi descrita pelos enfermeiros participantes do estudo como o processo principal do julgamento, ou seja, o passo-a-passo de como ocorre o pensamento na situação clínica. Nesse momento, para responder como pensou e julgou a situação clínica, o enfermeiro resgatou de sua memória as informações clínicas e do contexto. Esse processo sistematizado é altamente dinâmico, mas pode ser descrito de forma linear, o que facilita para o enfermeiro o resgate da experiência no momento de responder: *Como ocorreu o processo de pensamento que o fez identificar uma necessidade de cuidado do paciente em uma situação clínica?*

A análise das descrições dos enfermeiros permitiu-nos chegar a etapas, que são compatíveis com o modelo analítico de raciocínio clínico apresentado anteriormente pela literatura. Portanto, nessa estrutura temos que, após a entrada na situação, o enfermeiro desencadeia uma sequência de pensamentos que estão expressos por:

Fazendo interpretações/ explicações sobre o observado/evento

Buscando dados adicionais para explicar a explicação anterior

Transformando a explicação anterior

e/ou

Intervindo

Avaliando resultado

Obtendo o reconhecimento

Faz-se necessária uma representação esquemática para facilitar o entendimento do processo e sua descrição.

Diagrama 2: **CUIDANDO**

Conforme apresentado anteriormente, o enfermeiro vê-se diante do desafio de cuidar, ou seja, diante de uma situação na qual ele deve julgar e tomar decisões pertinentes. Esse contexto ativa diversos recursos internos do enfermeiro no sentido de dar conta do desafio, e os processos de pensamento criam um circuito muito pessoal/particular para as operações exigidas. Esses processos envolvem a memória, o conhecimento clínico armazenado, a capacidade cognitiva, a disposição da rede de informações, o conteúdo do conhecimento, a percepção intuitiva, capacidades sensoriais e psicomotoras, experiência e outros.

Independente dos mecanismos utilizados, temos uma seqüência relativamente previsível do pensamento clínico. Imediatamente ao deter-se na situação, o enfermeiro começa o processo de julgamento por **Fazendo interpretações/ explicações sobre o observado**, o que envolve fazer inferências iniciais ou superficiais que podem explicar as observações que faz; inferências que tentam dar sentido ou explicação 'lógica' para as observações que vão sendo captadas pelos órgãos dos sentidos. Na verdade, ocorre uma percepção de alterações da condição prévia, o que pode ser considerado um desvio de um padrão, que leva o enfermeiro a tirar as primeiras conclusões sobre a situação. As conclusões são pareceres ou impressões sobre a articulação dos dados. Essas impressões são basicamente determinadas pela comparação com o padrão de resposta esperado do paciente, que o enfermeiro tem elaborado mentalmente, pela experiência e o conhecimento de que dispõe.

Nessa hora, na hora que eu entrei no quarto, o quadro dele não era esse, não era mais, não era aquela pessoa, já tava fora do padrão. Aquela agitação, aquela taquipnéia, aquela taquicardia, aquela sudorese não era o quadro dele, não era o estado dele. E1

E aí eu percebi que aquele lá não era o jeito dele. E aí contando com a história de qual é a doença dele, de como é que ele tá descompensado, então não era só uma taquipnéia, que ele tivesse só com uma dispnéia importante, ele não tava só com uma dispnéia importante, ele tava num grau já mais avançado da ICC, já com repercussão cerebral.E1

Bom, primeiro, a ansiedade dela, que era de uma forma assim, mais intensa do que dos outros. () ... mas no caso dela, a agressividade dela, no cobrar as condutas, a falta mesmo de paciência que ela tinha pra esperar decorrer o tratamento, ela buscava tentar mais, conclusões nossas e, na realidade a gente tinha que esperar a resposta do tratamento. E essa inquietude dela, essa agressividade...E3

Então eu tava cuidando de um RN que tinha hipoplasia de ventrículo direito e tava em suporte mecânico... 4 dias de vida ... Então a mãe não conhecia... só vinha o pai, sem a menor noção da realidade...() foi uma coisa assim que me marcou, porque a fragilidade do pai e a preocupação com a mãe, e a preocupação dela não conhecer o filho, né, aquela ansiedade, sabendo que o filho tinha um risco de vida muito grande ...E5

Para interpretar e julgar os dados, mesmo que inicialmente, o enfermeiro resgata informações sobre a situação, ou seja, ativa um processo de recuperação na memória de informações pertinentes àquela situação. Essas informações são de natureza clínica e contextual. Também lança mão de informações registradas de outras situações vivenciadas e/ou de conteúdos teóricos adquiridos em sua formação.

...É uma necessidade dele. E assim, você vê aquele quadro. E às vezes, isso chega a alterar a hemodinâmica dele. Porque isso às vezes, pelo grau de ansiedade, desencadeia uma arritmia. Ou às vezes ele fica até com oscilação do nível de consciência, ele vai pra uma confusão mental.E6

Pelas expressões dele. Ele ficava quietinho num canto, pouco falava. Ele já não interagiu muito bem antes com os outros pacientes. Mas a relação com a equipe ficou diferente do que era no pré-operatório.... E então, e a própria situação de tá fragilizado, de a gente perceber isso, e de saber como é importante ter alguém perto, alguém que é importante pra ele. Então acho que foi isso que deu essa luz pra gente ..., obter essa percepção.E9

E, paralelamente, eu observei que ela também começou a alterar principalmente a coloração da pele. Começou a adquirir um ar de palidez, ou melhor, uma coloração pálida e...aquilo me chamou atenção. Me deu a sensação de que não tinha, vamos dizer, que não estava normal. E... já me passou pela cabeça que ela poderia estar fazendo um quadro de potencial de risco para alteração do débito cardíaco e...E7

O resultado desse julgamento pode levar o enfermeiro a seguir dois caminhos diferentes, dependendo do quanto as suas interpretações são suficientemente satisfatórias para tomar decisão.

Quando o enfermeiro não se sente satisfeito com o resultado das interpretações iniciais e não sente segurança nas impressões do quadro apresentado, ele parte para uma segunda etapa, que envolve **Buscando dados adicionais** para testar a explanação anterior, ou para ampliar sua segurança em aceitá-la.

Nesse segundo momento, o enfermeiro busca aprofundar ou ampliar as evidências disponíveis baseado na explanação anterior, ou seja, na hipótese gerada inicialmente. Essa busca por mais dados é feita intencionalmente e guiada pela capacidade cognitiva e as impressões do diagnosticador, ou seja, o enfermeiro faz uma busca ativa de dados relevantes complementares.

As descrições apresentadas nessa fase são mais ricas em detalhes e geralmente englobam o contexto da situação clínica, ou mesmo de aspectos estruturais e institucionais envolvidos. Os dados considerados envolvem eventos clínicos, atendimento, motivo e diagnóstico de internação, atuação da equipe, gravidade do quadro clínico e demandas de atendimento identificadas. Também ocorre a busca de validação dos dados que foram considerados relevantes, desde a entrada na situação.

Aí olhei o prontuário dela e comecei a perceber que... o clínico tinha estabilizado tanto ela, usou betabloqueador e conseguiu, apesar da gravidade dela, consegui estabilizar e ela estava muito bem ... e também vi um ECO dela prévio, aí eu olhei o ECO e tinha uma fração de ejeção de 72%, ela tinha ventrículo hipertrófico e tinha essa fração de ejeção...E2

Mas assim, o apoio psicológico foi muito importante. Envolveu outros profissionais, psicóloga, assistente social. Mesmo o médico assistente de plantão, ele dava uma atenção especial para essa família e, foi um caso que demorou muito, o paciente ficou mais um mês na nossa UTI. E3

...ele teve uma internação prolongada... para uma cirurgia cardíaca, uma revascularização. O pré-operatório dele foi um pouco longo também. Cerca de 20 a 30 dias, se eu não me engano. E eu me lembro que foi essa internação pré-operatória foi marcada pelo fato de que todos os profissionais o tinham como um paciente chato, como um paciente prepotente. Eu lembro, ele levou pro quarto: televisão, laptop, videocassete. Então isso incomodou bastante as pessoas.E9

As evidências clínicas ou contextuais encontradas servem para aprofundar o parecer emitido pelo enfermeiro na primeira interpretação. Isso significa que ele faz uma revisão das conclusões que chegou e passa para uma terceira etapa do processo representada por **Transformando a explicação anterior**. A transformação da hipótese preliminar pode levar ao seu enriquecimento ou ao seu descarte ou substituição por novas hipóteses que expliquem melhor a situação. Essa transformação da hipótese geralmente é descrita por uma inferência com grau de complexidade diferente da hipótese anterior, ou seja, embasada em uma quantidade maior de dados significativos, num quadro mais amplo da situação.

Primeiro que ela teve uma alteração psicomotora, então aquele comportamento, aquela solicitação insistente, aquele desconforto, quer dizer, nada saciava essa paciente, então isso foi uma coisa que chamou a atenção. E na verdade, isso me fez aventar esse diagnóstico... acho que alguma coisa já dava sinais de que ela tava entrando em baixo débito, embora ainda não tivesse uma alteração hemodinâmica, enfim...E7

E a gente como profissional da saúde, tem esse papel de saber o porque isso tá acontecendo. Então nessa busca do porquê, eu pensei que ele pudesse tá chato, prepotente naquele momento pela situação que ele tava vivendo. Porque ele tinha sofrido uma série de intercorrências no pós-operatório. Porque ele tinha ido e voltado da REC tantas vezes. Porque ele tava com uma sonda nasoesférica, que ele não tava conseguindo fazer o cuidado sozinho....E9

O resultado dessa transformação é uma explanação ou hipótese modificada ou mantida, sustentada por um julgamento mais aprofundado. Essas três etapas são descritas de forma cíclica, e observa-se um movimento de ir-e-vir entre os dados e as interpretações. Parece-nos que esse exercício faz o enfermeiro 'apurar' o seu julgamento, até sentir confiança suficiente na explanação apresentada ou ser obrigado a intervir pela urgência da situação.

Aí eu fiquei quieta e olhei também um outro exame e que ela tinha uma obstrução de 70 a 80, a 90% nas ilíacas, saindo da femoral. Aí eu fui nos pés, ela estava em baixo débito, mas aquele baixo débito das pernas era o problema que ninguém tinha visto...E2

A esposa dele necessitava de uma assistência maior. Ela era uma pessoa com um distúrbio psiquiátrico, e todo dia de visita desse paciente a gente tinha discussão, entre quem ficava tomando conta com a pessoa que vinha visitar, era a esposa dele no caso. Chegou ao ponto da gente ter que, durante o horário de visita, pedir ajuda do segurança. E3

Na descrição de como pensou durante a experiência de julgamento clínico, o enfermeiro optou por descrever situações que foram marcantes para ele, no sentido de ter executado julgamentos pertinentes à situação apresentada. Quando resgatava da memória os detalhes da experiência, o enfermeiro passou a explicar com riqueza o processo utilizado para julgar as respostas do paciente. Esse processo está posto como uma elaboração mental complexa (abstração), que conduz a uma conclusão voltada para a intervenção.

Isso vem de dentro de você. Porque numa situação crítica você conseguiu manter seu autocontrole. Só resta raciocinar e aí começar a conduzir..... começar a pôr ordem, onde não tem, e começar a conduzir.E11

E nisso eu vou conversando, eu já... a percepção já tem que tá rodando no todo. Nele, no todo. Então, é como é que ele tá, o aspecto, o que tá recebendo, o que não tá recebendo, se há alguma coisa desligada. Então à medida que você vai conversando... Então você tem uma percepção geral do paciente num quadro com tudo. Aí você ali já vai tomando condutas, ali mesmo.E11

O processo de raciocínio apresentado é composto de diversos elementos que interagem e contribuem, em maior ou menor grau, para a interpretação da situação. Os elementos apontados envolvem a observação diferenciada, os sinais clínicos, a visão do todo, a experiência acumulada, agilidade de raciocínio, a valorização de sinais aparentemente pouco significativos, o conhecimento científico (clínico / doença), a interação com o paciente e o ambiente, a intuição e os aspectos afetivos.

Eu acho que algumas coisas que influenciam isso, primeiro que eu tenho um conhecimento da doença, que isso é fundamental senão você não junta uma coisa com a outra. Segundo que eu tenho a experiência prática de ver como é que as coisas evoluem, porque eu já vi isso muitas vezes.E1

Então aquilo me fez lembrar, me remeteu a situações anteriores, tá, parecidas ou semelhantes e que me diz, aí veio o aspecto intuitivo: “olha isso tem alguma coisa errada” e evidentemente somando esses aspectos físicos né, a palidez cutâneaE7

O raciocínio clínico é... Imagina que é um processo. Aonde você tem um input e um output. E aonde você soma uma série de informações concretas, que podem ser marcadores biológicos ou indicadores biológicos. Então você pode identificar uma alteração de pressão, uma alteração de frequência, uma alteração da, da coloração da pele... talvez você soma isso ao seu background, essa vivência anterior. E eu acho que nesse raciocínio entra também aspectos afetivos, e que eu, muitas vezes assim, não sei localizar.... eu acho que quando você está no processo de cuidar, você tá num processo de envolvimento. De interação.E7

Os enfermeiros ressaltam que, os elementos do raciocínio clínico

fazem parte do processo de cuidar e que, para alcançar uma interpretação adequada das respostas do paciente, é necessário uma profunda associação desses elementos. Nas experiências relatadas, alguns enfermeiros deixam claro que o desenvolvimento dessas capacidades cognitivas, afetivas e sociais, é o que os permite fazer os julgamentos e tomar decisões de intervenção.

Eu acho que é, que é um casamento, uma junção de fatores, eu acho que é o 'feeling', eu acho que é a característica pessoal, eu acho que é o conhecimento da fisiopatologia.E1

Porque eu acho que o processo de cuidar ele envolve esses elementos, independente de você ter vínculos afetivos ou não. Nesse processo que não são só os elementos pontuais, quânticos. Mas tem a questão da associação mental.E7

Então eu acredito que a questão da associação. Que eu pude fazer associação com outras com 'insights' importantes. Porque olha, me deu um click: 'olha eu já, eu já vivi uma situação parecida como essa'. É como se você já tivesse passando um filme de novo. E a questão afetiva, os aspectos afetivos e os marcadores biológicos.E7

Então é uma seqüência, você sabe como é que um paciente que tem uma ICC vai evoluir, descompensar e assim por diante. Aí você vai associando com isso.E1

O movimento cíclico do processo de raciocínio diagnóstico do enfermeiro pode ocorrer repetidamente, entre a busca de dados e o aprofundamento das inferências ou pareceres (hipóteses). O que determina esse movimento é o fato de o enfermeiro chegar a uma conclusão que considere satisfatória para embasar uma intervenção. Veremos posteriormente que mesmo após a decisão tomada, o enfermeiro volta ao processo com uma percepção transformada.

A partir da interpretação e do julgamento, o enfermeiro parte para

um segundo grupo de etapas da fase **CUIDANDO**, que diz respeito à intervenção, avaliação de resultados e o reconhecimento de sua ação.

Quando o enfermeiro realiza deliberadamente as ações que considera necessárias na situação, ele passa para a etapa descrita como **Intervindo**. Nessa etapa, ele busca ou considera alternativas de intervenções mais adequadas para a situação sob julgamento e toma condutas. As ações são ponderadas e submetidas a critérios de determinação, como prioridades, recursos disponíveis, pertinência, contestação de conduta médica e previsão de resultados. Essas condutas envolvem a área comportamental, fisiológica, administrativa ou colaborativa com outros profissionais.

Olhei todas as resistências, e falei doutor, se ele iria colocar um cardiotônico. Ele falou não, ela tem ventrículo hipertrófico, e continuava hipotensa. Aí eu comecei a fazer volume e consegui tirar a noradrenalina, a adrenalina e deixei ela em nor, não concordando que não entraram com cardiotônico. E2

Apesar de ter o paciente como foco do cuidado, as intervenções do enfermeiro têm uma relação direta com a equipe de enfermagem, seja pelo exercício da atividade e da condução do cuidado, seja pela responsabilidade do papel de liderança dessa equipe. Muitas vezes, o enfermeiro é chamado pelos auxiliares para resolver um problema clínico ou administrativo, o que caracteriza uma demanda importante para a tomada de decisão, no dia-a-dia de sua prática. O enfermeiro também considera que faz parte de sua atuação, discutir com sua equipe as situações clínicas, ponderando sobre os aspectos técnicos, éticos e humanos da assistência.

Ele busca alertar e conscientizar a equipe quanto a importância do cuidado humanizado.

‘Eu sou chamada também pela equipe de enfermagem pra tentar ajudar resolver algumas situações administrativas, e muitas vezes também prá ajudar a resolver situações assistenciais de avaliar alguma coisa assim de curativo... o que tem que fazer, o que não tem que fazer ...’E1

‘E aí eu teria que pedir pra um funcionário redobrar a atenção pra com essa paciente. Verificar num espaço mais curto de tempo os sinais vitais. Então... eu chamei os dois, falei o que tinha acontecido, expliquei. E pedi pra que o responsável pelo leito ficasse com a atenção redobrada porque a gente poderia ter um outro episódio. Isso não deveria acontecer. E voltei a tranquilizar a paciente.’E8

‘Eu acho assim, depois de resolvida a situação do paciente, você tá levando isso pra equipe, não como uma coisa assim de crítica, uma coisa depreciativa. Orientando, e alertando o enfermeiro pro verdadeiro papel dele, função dele dentro da UTI.E4

Também há uma relação da intervenção com a equipe multidisciplinar, principalmente com o médico, quando o enfermeiro toma condutas a partir de protocolos de atendimento de situações de urgência. Muitas vezes o enfermeiro questiona-se sobre os limites dos papéis entre ele e o médico, mas considera que o conhecimento e a experiência que tem, respalda suas ações. Refere também, que sente certa liberdade em discutir e sugerir condutas ao médico, em função do relacionamento da equipe.

Eu falei doutor, eu vou cuidar dela, vamos ver, deixe ela se arranjar, vamos voltar com dobu, vamos se arranjar. Vamos tentar falar com essa família, vamos tentar tirar essa sedação dela e tentar dar uma esperança para essa mulher. E2

Só que nesse meio de tempo ela fez uma bradicardia que acabou degenerando em fibrilação. Não houve tempo hábil de chamar o médico e corremos com o carrinho de parada e fizemos uma desfibrilação com cinquenta joules. E passamos a aumentar gradualmente, de cinquenta em cinquenta, até que o médico chegou e terminou os procedimentos. E7

... edema agudo ou alguma coisa que você, tá na emergência, e às vezes você pode tá fazendo... Olha lá a diurese do paciente, tá anúrico, não tá urinando há não sei quantas horas e tá fazendo um quadro de edema agudo. Você pode tá ali, adiantando um lasix, dois lasix, 'Ó doutor, chega lá e depois o senhor avalia'. Eu sempre fiz isso e nunca deu uma complicação. Nunca tive problema nenhum, com médico por ter tomado condutas assim.E11

O grande desafio da intervenção dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, está no fato de que, em nossa prática, a ação é feita imediatamente à identificação do problema, o que exige do profissional uma capacidade de percepção e tomada de decisão bastante desenvolvida. Além disso, o nosso objeto de trabalho é o ser humano, o que exige precisão e eficácia das decisões, para evitar danos físicos, morais ou sociais.

Em função dessa característica, temos um aumento significativo na responsabilidade com o resultado de nossas ações. Portanto, o enfermeiro pode constatar o resultado de uma intervenção de forma imediata, e isso ocorre intrinsecamente à ação do profissional. **Avaliando resultado** é a etapa subsequente à intervenção, e diz respeito às mudanças positivas ou negativas que o enfermeiro observa no paciente, como consequência de seu cuidado. Essa avaliação é baseada em parâmetros estabelecidos no momento da identificação do problema e da tomada de decisão de intervir. Existe portanto, uma expectativa de resposta que deva ser apresentada pelo paciente e uma evolução esperada para a situação.

Ofereci oxigênio, ergui o leito e vi que ela tava ficando com cianose de extremidades. Chamei o médico, mas ela já foi melhorando aos poucos... E pedi para ela se acalmar, dei um apoio psicológico e... acalmei a paciente, ofereci oxigênio. Quando o médico chegou, ela já tava um pouco melhor, mas mantinha extremidades frias. Eu já providenciei logo pra tá sendo aquecida, enfim... E daí, mais alguns minutos ela voltou à respiração normal. E8

A coloração desse paciente voltou ao normal. Só a perfusão periférica que ficou um pouco cianosada ainda, cianótica. Mas aí com o cobertor térmico eu fiquei na esperança de que aquilo lá era temporário e que ele ia melhorar no decorrer do dia. Que a melhora que ele obteve, do momento que a gente reconectou o aparelho até a minha saída da UTI, ele já tinha melhorado tanto que eu nem esperava aquele tanto! E8

Foi quando a gente deu autorização pra esposa dele ficar. No início ela ficava dia e noite e a gente percebeu como esse paciente voltou a ser sociável. A gente conseguiu inclusive tirar a sonda nasoentérica deste paciente e ele começou a retomar o auto-cuidado dele.E9

A partir do resultado de sua ação, o enfermeiro vivencia a próxima etapa da experiência, descrita como **Obtendo o reconhecimento**. Isso ocorre quando ele recebe o reconhecimento de sua atuação e habilidades como profissional. Esse reconhecimento parte da equipe e de si próprio. Nesse momento, o profissional avalia sua competência e potencialidade em sua especialidade. O reconhecimento próprio ou de outros dá ao enfermeiro o sentimento de gratificação e realização profissional pelo exercício do cuidar. Por outro lado, em situações onde a atuação não foi adequada, por diversos motivos, o enfermeiro expressa angústia e desapontamento com o contexto de trabalho.

...E essa paciente depois que conseguiu evacuar me agradeceu de uma tal forma, como que se o que eu tivesse feito fosse pra ela, a coisa mais importante desse mundo. Ela disse isso pra mim: "eu ter operado não foi nada perto do que você fez pra mim." Então eu acho que isto mostra, que essas pequenas coisas, que muitas vezes a gente nem dá importância, o quanto isso é representativo para o paciente.E9

Nisso a médica foi lá, me procurou e falou assim: "E8, o paciente voltou. Obrigada". E aí eu não acreditei, assim, fiquei surpresa. Os funcionários todos da UTI se mobilizaram. Foram até o leito olhar, que ninguém acreditava, me cumprimentaram. Eu me senti a própria deusa...E8

E aí, tem hora que você, durante o plantão, você pára pra pensar, assim, você tá naquela correria; e você pára e o outro paciente tá lá te chamando, mas simultâneo aquilo tão acontecendo milhões de coisas e

você pára assim:’ porque que eu não posso, meu Deus, ir lá segurar um pouquinho a mão dele e conversar’. E aquilo te atormenta tanto seu plantão que tem vezes que eu falo: “gente, eu vou lá um segundo falar com ele”. Porque aquilo já vai gerando uma angústia. E6

Teoricamente, essa seria a última etapa do processo de raciocínio clínico do enfermeiro. Entretanto, devemos considerar que nas situações reais essas etapas ocorrem em um movimento helicoidal e dinâmico constante, e que não existe um momento estanque de final do processo, mas sim de transformação de significados e de renovação da experiência.

Neste estudo, os enfermeiros foram solicitados a lembrar de uma situação clínica marcante e a descrever como foi o processo de pensamento que os levou a conduzir a situação. Portanto, eles resgataram os fatos na memória e tiveram dificuldades em relatar verbalmente, numa seqüência cronológica. Esse resgate racional da experiência também ocorreu de forma dinâmica, ou seja, em um movimento de ir-e-vir revivendo a situação, e portanto, descrevendo os fatos, entremeados de sentimentos e considerações pessoais.

O final do processo portanto, indica-nos o retorno ao momento inicial, pois a experiência vivida transforma os significados para os enfermeiros e interfere em cada etapa do processo de julgamento, que os mesmos passam a utilizar em suas vidas profissionais.

A análise da dinâmica das interações dos enfermeiros nessas duas fases possibilitou identificar uma matriz central que as modula e transforma. Essa matriz é conformada por interações em que os conteúdos salientes

referem-se a processos de atribuição de valores pessoais e ao cuidar:

ATRIBUINDO VALOR AO CUIDAR

Os resultados estão apresentados buscando descrever e explicitar a experiência/vivência do raciocínio clínico do enfermeiro a partir de sua ação, o que compreende o modelo teórico desenvolvido.

ATRIBUINDO VALOR AO CUIDAR pode ser entendido como o ambiente interno do enfermeiro, que determina a forma de o mesmo entrar no desafio do cuidar, e modula os movimentos e os conteúdos do cuidar. Essa forma de entrar e modular esses processos, varia em maior ou menor grau segundo as situações vivenciadas. Esse ambiente interno, envolve dinâmicas entre os significados particulares do cuidar que são ativados pelas experiências, e as estratégias privilegiadas de reações ou respostas a esses significados, ou seja, as formas de o enfermeiro responder aos significados sobressalentes. A atribuição de valor ao cuidar pode ser vista como uma matriz, no sentido de que permeia toda a experiência do raciocínio clínico.

Compõem o **ATRIBUINDO VALOR AO CUIDAR** dois elementos interdependentes: **EXPERIMENTADO O SIGNIFICADO DO CUIDAR** e **RESPONDENDO AO SIGNIFICADO DO CUIDAR**, que estão descritos a seguir.

Diagrama 3: **ATRIBUINDO VALOR AO 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.

(Des) Gostando de cuidar, fala da motivação do enfermeiro em exercer a profissão, do compromisso pessoal e profissional com o cuidar. O

enfermeiro acredita que deve ter amor à profissão, apesar de perceber que muitas vezes não vê isso nos colegas. Refere que percebe em si o gostar de ser enfermeiro, gostar da enfermagem e do cuidar. Considera que o cuidado é trabalhoso, mas o gostar determina a qualidade desse cuidado e faz o enfermeiro tornar-se mais humano.

.... aí entra a questão da enfermagem também, de eu gostar de ser enfermeira, de que eu acho que a gente tem que tratar o paciente, o indivíduo de um modoE1

Mas, quando eu fui cuidar do paciente, isso me fascinou, o cuidar. Então eu faço porque eu gosto de fazer, entendeu? E assim quando eu chego.... eu gosto, sabe. Pode ser o mais trabalhoso que for, mas, faço isso por gostar. E11

Ao deparar-se com o cuidar, o enfermeiro busca os significados que possui em seu ambiente interno, quando o aspecto afetivo do gostar e estar comprometido com o cuidado motiva-o para a atuação. Diante de uma necessidade de cuidado, o enfermeiro acredita que deve buscar o que está ao seu alcance para o atendimento do paciente.

Era uma situação dolorosa. Então é não me esconder atrás do meu sentimento, mas o que eu posso fazer, né, que caminhos eu posso utilizar pra tentar dentro da minha prática, pra tentar resolver ou amenizar aquela situação.E5

A descrição do **Desgostando de cuidar** também apresenta, em algumas entrevistas, uma avaliação negativa da atuação dos outros enfermeiros, que demonstram não gostar de cuidar. O enfermeiro entrevistado percebe que sua atitude de gostar do cuidado não é vista na atitude dos colegas no exercício da enfermagem. Refere que alguns enfermeiros não têm uma visão humanizada e igualitária na assistência ao

paciente. Muitas vezes, isso está relacionado às dificuldades que existem no trabalho em equipe. A falta de continuidade do cuidado, a falta de comunicação entre os pares e a falta de consenso em relação a atuação do enfermeiro, levam esses profissionais a deixar de cuidar.

Depois de uns anos tá perdendo esse valor aí... da importância do ser humano. Você não já entra com aquele pensamento de cuidar. Porque ele foi pra área de enfermagem para... com outros pensamentos. Ele tá ali cuidando como um trabalho... e só. Aquela parte que você, vamos dizer assim, que tem que ter amor à profissão... Não! ...Hoje em dia, eu vejo, tá perdendo isso. O povo não entra mais na área da saúde, por gostar de cuidar mesmo.E11

E essa falta de equipe também, que é difícil formar. Um pensa de um jeito, outro pensa de outro, e, não quer trabalhar em grupo.E11

O gostar do cuidar pode gerar sentimentos contrários quando o enfermeiro não consegue desempenhá-lo como desejado. Nas descrições, ele identifica barreiras que se apresentam para o cuidado desejado e as consequências dessas dificuldades no resultado da assistência. Também refere o impacto afetivo que esse sentimento de impotência, desencadeia em si próprio.

...uma dificuldade às vezes de estar o assistindo doente, de tá realizando mudança de decúbito de forma adequada e isso desencadeia uma série de formações de ... vamos dizer, de lesões que é bastante gritante pro enfermeiro. A gente sente a necessidade, mas assim, ao mesmo tempo a gente tenta minimizar essa situação, e ao mesmo tempo a gente ... pelas dificuldades encontradas de setores e de número de pessoal e pela complexidade de cada paciente que exige, acaba te absorvendo de uma tal forma que isso fica prejudicado.E6

...aqui conosco é uma falta assim, de tempo pra você também estar dedicando pra ouvir o paciente. Isso é uma coisa também bastante angustiante pra gente enquanto enfermeiro. Às vezes você sabe que o doente, ele às vezes te chama porque ele quer, é ... que você ouça ele segundos. Mas você tá tão ... assoberbado de tanto trabalho que você tem pra fazer, que naquele momento, se a gente for ver prioridade, ele pode, vamos dizer assim, esperar um pouco.E6

(Des) Conhecendo enfermagem fala do conhecimento que o enfermeiro possui sobre a ciência da enfermagem, e sua experiência como profissional que pratica o cuidado. Essa experiência está posta no cuidado direto ou na atuação do enfermeiro em outras funções, que fazem parte da sua prática. Descreve o conhecimento de enfermagem como diferenciado, com uma formação holística, onde existe a visão integral do paciente. Considera o compromisso da atualização e aprofundamento do conhecimento do enfermeiro, bem como a transformação desse conhecimento em cuidado.

Então a gente resgata é ... os conhecimentos que a gente tem, assim de, as cadeiras básicas: anatomia, fisiologia, patologia e tenta empregar nas respostas que aquele indivíduo tá apresentando. Transforma aquele conhecimento em atuação de enfermagem E9

Vem da formação do enfermeiro. É ... que a gente, eu acho que é diferente dos outros profissionais. A gente é ... tem na nossa formação essa coisa da visão é ... holística do paciente. É, então a gente não tá focando só, pelo menos eu acredito nisso, a gente não foca só um aspecto do paciente. A gente tem que, a gente vê esse paciente integralmente, em todos os âmbitos, todas as manifestações que ele possa ter, tanto físicas quanto emocionais e até sociais E9

A descrição de **Conhecendo enfermagem** aborda as habilidades que o enfermeiro desenvolve na atuação profissional, que permitem que ele lide com as situações clínicas, tendo autocontrole, observação diferenciada, agilidade de pensamento e ação, coragem de assumir a responsabilidade sobre condutas e atualização constante de conhecimentos.

A experiência, assim, você tem que sempre tá estudando, não é? Eu acho primordial. Sempre tem que tá atualizado. E você tem que ser um enfermeiro atuante E10

Dominar, e aí e assim, a percepção e a agilidade... no modo de executar as tarefas ... de ... conduzir a coisa pra funcionar.E11

Assim como a observação – ver e o escutar, então isso é muito desenvolvido em mim. Então, esse ver e ouvir, e observar, eu tenho

desenvolvido não só no ponto de vista administrativo...do ponto de vista do paciente também. E1

Por outro lado, quando identifica na atuação de seus pares a ausência dessas habilidades, o enfermeiro refere-se a **Desconhecendo enfermagem**. O profissional identifica que, alguns enfermeiros não têm o compromisso com a profissão, com a busca continuada de aperfeiçoamento e com o desenvolvimento de capacidades para o cuidado. Percebe que mesmo com a experiência, muitos enfermeiros não desenvolvem uma sensibilização e uma percepção acurada para as necessidades do paciente e, portanto, exercem uma enfermagem que não é bem conhecida.

Quer dizer, é a falta de percepção, de atenção e você tá desempenhando ali aquele papel na hora como, como um profissional né. Como uma pessoa que tá cuidando de uma vida que depende de você, em todos os sentidos.E11

... têm algumas enfermeiras que tão aí há tantos anos quanto eu e não conseguem, ela tem uma visão mais direcionada, ela vê aquilo e não consegue ver um pouco a mais do que possa acontecer no futuro.E1

(Des) Valorizando a enfermagem fala da importância do profissional no contexto do cuidado, interferindo direta ou indiretamente no resultado das situações. O enfermeiro percebe que tem um papel único na equipe e, muitas vezes, recebe o reconhecimento por isso dos outros profissionais. As descrições apresentadas demonstram uma visão clara do papel profissional que o enfermeiro têm frente às necessidades do paciente e mesmo frente à equipe.

Sendo que a enfermagem tem embasamento, pelo nível de... que a gente treina os funcionários, os enfermeiros aqui, pra tá avaliando isso. Qualquer um tem essa capacidade. Todos têm essa capacidade aqui, de enfermeiro. Aqueles que gostam de estudar. É o nível que a gente tá tratando aqui dentro. E2

E quem que vai chegar pra ele e vai estender a mão? Só tem você. O enfermeiro ele tem que ter essa, essa coisa. Ele tá ali, ele tá 24 horas beira leito. Ele tá, às vezes o paciente fala que tá chateado, tá triste, quem vai ouvir? Só tem o enfermeiro, não tem outro. Então acho que o enfermeiro além de cuidar, ele tem que ter esse jogo de saber ouvir. E6

Entretanto, o fato de haver a constatação de uma atuação ativa e positiva não resulta e um reconhecimento disso, o que se caracteriza por **Desvalorizando a enfermagem**. A desvalorização da enfermagem é descrita como as vivências em que o enfermeiro identifica uma situação, intervém adequadamente e não obtém o mérito por parte do paciente ou equipe.

Aí como sempre é, eu acho assim... é o meu modo de pensar na enfermagem. A enfermagem pode atuar, atuar, atuar, mas depois o mérito parece que não vai pra enfermagem... A tua atitude parece que não ... que fica pra trás. Você... às vezes você tem até a percepção mais na frente. Aí você, dá a direção, mas depois o mérito não é seu. Aí você fica com aquilo pra você e ... e tudo bem. E11

(Não) Tendo a expectativa do papel e compromisso profissional surge quando o enfermeiro fala da importância de estudar e adquirir competência para o cuidar. O enfermeiro reconhece que essa competência deve ser buscada pro-ativamente, mesmo que isso signifique algum sacrifício pessoal. Nesse momento o enfermeiro descreve como acredita que deve ser e agir para a qualidade do cuidado, preocupado com a satisfação do paciente. Refere que o foco da enfermagem deve ser o paciente, porque cuida de pessoas e, portanto, a visão precisa ser voltada para os aspectos humanos. O cuidado deve ser individualizado e o paciente precisa sentir segurança com a atuação do enfermeiro. Entretanto, o enfermeiro percebe que existe uma crescente desvalorização da visão

humana.

Eu acho que, principalmente ele estar estudando, estar atualizando, adquirindo conhecimento científico. Sem conhecimento científico, sem tá aprimorando, estar atualizando, eu acho que não vai chegar a lugar nenhum E4

A gente tem na nossa formação essa coisa da visão holística do paciente. Então a gente não tá focando só, pelo menos eu acredito nisso, a gente não foca só um aspecto do paciente. A gente tem que, a gente vê esse paciente integralmente, em todos os âmbitos, todas as manifestações que ele possa ter, tanto físicas quanto emocionais e até sociais. E9

Eu vejo hoje. Depois de uns anos aí, tá perdendo esse valor aí, da importância do ser humano. Parecendo ali que, é um robô, um boneco, sei lá. Que você fica ali cuidando dele, mas tá com o pensamento em outra coisa, sabe. Não tá... Você não já entra com aquele pensamento de cuidar.E11

Ocorre uma descrição da função do enfermeiro no contexto geral da assistência. Nesse papel, o enfermeiro precisa saber identificar esse contexto, “olhando o macro e vendo o micro”, sabendo priorizar, agindo com um objetivo determinado, tendo bom senso diante das situações. Além de cuidar, o enfermeiro precisa ter “jogo de cintura”, ouvir o paciente, estender a mão, ter agilidade na execução de tarefas, ter autocontrole nas situações de enfrentamento.

É esse o indivíduo, o profissional enfermeiro, é ele. Além dele cuidar... de prestar a assistência direta, de medicar, ele tem que ter esse jogo de cintura.E6

Porque eu acho que o enfermeiro, ele tem uma função definida. Eu acho que enfermeiro, ele tem que ter subsídio, ele tem que tá consciente deste papel dele, e principalmente nas intervenções, pra cada situação vivenciada. Porque do contrário acho que perde o objetivo de você ter tecnologia à disposição, de você tá monitorizando todos os sinais vitais, de você ter um programa, uma padronização de controle. E4

Também é abordada, a importância do papel do enfermeiro frente aos outros profissionais da equipe, principalmente médicos e auxiliares de enfermagem. Em relação ao médico, os enfermeiros descrevem uma atuação colaborativa, onde o enfermeiro participa prevenindo alterações e complicações dos quadros clínicos, além de participar do diagnóstico e das intervenções dos mesmos. Em relação à equipe, existe uma preocupação e uma valorização do trabalho em equipe, que é colocado como muito importante para a enfermagem. Esse trabalho em equipe parte da discussão de intervenções e pareceres clínicos, até a continuidade de condutas e intervenções de enfermagem pelos outros enfermeiros. Existe uma constatação de que, esse trabalho em equipe, apesar de desejado, não ocorre na prática, e isso interfere no resultado e na motivação de cada um.

Tem que ser tudo em equipe. Acho que nada na enfermagem, ela funciona, sem que não for em equipe. E eu acho assim, no meu modo de pensar. O profissional de enfermagem, ele é muito individualista ainda, entendeu? E11

Então gente tem que exemplificar as coisas que estão acontecendo na hora, pra que sensibilize toda a equipe não só de enfermagem, como os médicos também. Pra que eles dêem um atendimento qualificado.E8

Estando sensível ao que é relevante fala da disponibilidade interna do enfermeiro, para as informações do ambiente clínico. No desempenho de seu papel profissional, o enfermeiro predispõe-se ao ambiente clínico e abre-se para receber as informações desse ambiente, e processá-las. Ele entra no trabalho com a mente voltada para a percepção do contexto e do cuidado. Então, sua atenção é voltada para o ambiente, a comunicação com os outros profissionais e principalmente, para o paciente.

Bom, a primeira coisa quando eu entro no meu serviço e falo para todos que eu treino... A gente tem muitos problemas lá fora. Então, a partir do momento que a gente vem para o serviço da gente, que eu entro aqui, eu esqueço tudo o que eu tenho lá fora e coloco o sistema circulatório na minha cabeça. E2

Eu chego no plantão e vou no quarto. Chego no quarto e olho o paciente já como um todo. Então eu já vejo a situação ali. Já vejo o que ele tá recebendo. Já olho pra ele, já vou... E11

Nas descrições das situações escolhidas, o enfermeiro fala de sua visão profissional, que prima pelo cuidado e pelo atendimento das necessidades ou respostas que o paciente apresenta. Nesse momento, ele se refere a **(Não) Tendo o cuidado entranhado**. Ele sente que tem um papel único diante da demanda do paciente e do contexto. Acredita que, como profissional, deve adquirir competência para o cuidar. Também descreve situações que foram marcantes nas quais, apesar de não haver clareza de sua atuação, sentia ser de sua competência intervir.

...vão buscar a informação para colocar em prática e melhorar a qualidade de atendimento, enfim. E ... talvez seja isso, não quero ser perfeita, enfim, eu Mas eu acho que é por aí... Eu tento melhorar a qualidade do atendimento do cliente, e, e busco os mínimos detalhes pra que isso se complemente. E8

Não que eu seja diferente ds outras pessoas, mas é que eu tenho arraigado em mim essa coisa de que se o paciente tá chato, ele tá chato por algum motivo, né? Se o paciente é prepotente, ele tá prepotente por algum motivo. E a gente como profissional da saúde, tem esse papel de saber o porque isso tá acontecendo E9

Tendo o cuidado entranhado inevitavelmente retoma a questão da concepção do cuidar. O enfermeiro está atento aos sinais clínicos que o paciente apresenta, mas ao mesmo tempo, considera a individualidade e a visão do paciente como pessoa. Ele entende e identifica as conseqüências da parte emocional nas manifestações biológicas. Quando age voltado para

o cuidado, ele identifica comportamentos e respostas das esferas emocionais e espirituais do paciente.

Em suas descrições, fica claro a importância dada a essa visão humana, que se expressa pela valorização do emocional e espiritual na situação clínica, bem como da atitude de respeito à vontade do paciente.

Um paciente cardiopata, em pós-operatório... aparentemente eles estão bem. Hemodinamicamente eles tão bem. Só que eles precisam conversar, eles precisam às vezes te perguntar o que foi que fizeram com ele. É uma necessidade dele.... E às vezes, isso chega a alterar a hemodinâmica dele. Porque isso às vezes, pelo grau de ansiedade, desencadeia uma arritmia. Ou ele fica até com oscilação do nível de consciência, ele vai pra uma confusão mental. Então isso gera tanto transtorno.E6

Mesmo tendo vários pacientes que apresentam situações clínicas semelhantes, cada um é de um jeito. Então a gente percebe isso... Na verdade são as respostas que eles têm porque, ou não estão bem emocionalmente e isso a gente percebe bastante. Geralmente é o enfermeiro que detecta essa alteração ...e também da nossa parte, não ter um cuidado mecanizado. Eu acho que isso é bastante importante, a gente ter essa individualização do cuidado.E9

Aí, o paciente que poderia evoluir pra uma melhora mais rápida, às vezes não... fica mais tempo no hospital, porque você não dá crédito a ele, no que ele queixa, muitas vezes. E assim, a parte emotiva dele... Às vezes ele quer falar alguma coisa e você não dá ouvidos. Não quer, parece que aquilo não tem importância. E eu acho na minha opinião, que tem muita importância. E11

(Não) Tendo consciência de dilemas éticos/morais fala de quando o enfermeiro mostra crenças e valores pessoais, no enfrentamento das situações clínicas vivenciadas. Descreve sentimentos como indecisão e questionamentos sobre os julgamentos e as condutas, tomadas por si ou por outros membros da equipe. Considera aspectos éticos frente ao paciente como respeito, visão humana, compromisso com resultados.

Não, eu só acho que me tocou mais aí foi a vontade dela, sabe... não foi cumprido. Eu acho que houve uma falta de respeito muito grande com ela, você entendeu? As pessoas forçaram ela, porque eu conversei com a família. Eu coloquei de uma maneira, porque também eu não queria

falar que a família também fosse culpada de tudo aquilo que tinha ocorrido, entendeu? É difícil isso, mas eu fiquei para conversar com a família....Então ela foi exposta. Eu tinha a obrigação de fazer aquela mulher sair, você entendeu? Como eu tinha a obrigação. Eu me senti...sabe, eu acho que me coloquei no lugar da família, eu falei eu tenho que usar tudo o que eu tenho na minha cabeça para fazer essa mulher sair, gente... Mas eu acho uma falta de respeito ... Isso é uma vergonha.... E2

Essas descrições deixam clara a visão humana, particular do enfermeiro, interferindo em seu julgamento clínico. Enquanto retoma a história vivenciada de sua memória, o enfermeiro vai colocando seus valores pessoais em relação à vida, à saúde-doença, ao ser humano e a si próprio. Os dilemas éticos sobre vida e morte, qualidade de vida, respeito aos direitos do paciente, entre outros, ficam evidentes na composição da visão de atuação profissional do enfermeiro.

Eu estou raciocinando no que eu estou fazendo com o objetivo único, manter a célula dela viva, independente que seja coração, independente que fosse barriga, independente. Estou vendo os fatores que estão interferindo. Eu venho aqui, certo, não só para cuidar do sistema circulatório, e sim de todas as células do corpo, que é aí que eu vou manter a vida dela. É isso que eu tenho na cabeça. É essa minha visão. Porque a nossa função é essa... E2

Tudo bem, o paciente tá grave, mas o que custa eu investir, naquele paciente enquanto der, enquanto for possível. Não é verdade? Se ele tá melhorando, o monitor está me apresentando um indício de que as coisas estão involuindo. Se está melhorando, porque eu não posso dar uma chance para ele? Eu vou tirar toda a chance que ele tem? Ele já não tem quase chance para sobreviver. Então eu tenho que acreditar. Até cessar todas as minhas, as minhas possibilidades, eu vou torcer, eu vou fazer tudo pra que esse paciente tenha o mínimo... o mínimo não, o máximo de conforto possível. E8

Dentro desta questão ética, surgem relatos que se referem à falta de consideração com o aspecto emocional do paciente, incluindo situações em que o enfermeiro negligencia o cuidado, ou entra em conflito real com o paciente.

Então a parte emotiva, acho que deixa muito a desejar na área da saúde e ... E muitas vezes não dá pra ... ter valor. Deixa, deixa(o paciente) passar mal.E11

Porque muitas vezes, ou o auxiliar ou a enfermeira, independente se ela tem muito tempo ou pouco tempo de casa, ela fica se debatendo com a pessoa. Fica é ...'não, não, fica quieto' , fica nervosa, irritada, xinga o paciente no bom sentido.E1

... porque eu vejo muitas vezes enfermeiros e mesmo auxiliares, enfermeiro dói mais ainda, de que trata aquele indivíduo, principalmente aqueles que estão em coma ou sedados. Então aquele cardiopata grave que é sedado continuamente. Que cuidam dele como se fosse um saco de batata mesmo... infelizmente é verdade. Então vira pra cá, vira pra lá, faz isso, faz aquilo. Não pára pra olhar como um indivíduo.E1

Esse ambiente interno composto do significado do cuidar do enfermeiro é ativado/utilizado durante todo o processo de interação com a situação e o paciente, interferindo e sendo modificado pelos mesmos. O **EXPERIMENTANDO O SIGNIFICADO DO CUIDAR** desencadeia reações e respostas mentais, que fazem com que o enfermeiro elabore ou pondere estratégias, a ser utilizadas na compreensão e nas interações, que conformam a situação vivenciada. Essas estratégias são extremamente particulares, estão em constante transformação e se traduzem por **RESPONDENDO AO SIGNIFICADO DO CUIDAR**.

O **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.

Um desses recursos diz respeito a **Colocando-se no lugar do paciente**, que corresponde a quando o enfermeiro busca colocar-se no lugar

do paciente, para compreender a experiência que ele está vivendo, ou atribuir significados ao que está observando, pelas evidências que o paciente apresenta.

Tem que tá se colocando na posição do doente. E as condutas tem que, tá se baseando nisso também. Porque o que a gente não quer pra gente, não vai querer pros outros. E dá atenção numa queixa. O paciente queixa, algum motivo ele teve. Quem sabe mensurar a dor que a gente tá sentindo é a gente mesmo. O outro, acho que presume. Mas mensurar mesmo, acho que só cada um que pode saber o que tá passando.E11

O enfermeiro pensa/imagina em como se sentiria se estivesse vivendo aquela situação, como seria difícil isso. Ele se identifica com o paciente como ser humano e preocupa-se em dar a ele o tratamento que gostaria de receber. Reconhece que quando se coloca no lugar do paciente, pensa duas vezes sobre o contexto e a intervenção, e sobre a satisfação do paciente com o cuidado que está recebendo. Também identifica a subjetividade e a individualidade do paciente mediante sua avaliação.

Então talvez como eu me identifico ou eu vejo ele de um modo diferente, ou eu ...não é nem pensar, eu analiso ele de um modo diferente, eu penso de como se as vezes iria ser difícil estar no lugar dele. E1

Eu procuro sempre me colocar no lugar do paciente, de saber como é que eu ficaria se eu estivesse naquela situação. A gente nunca vai saber... porque a gente nunca tá vivenciando aquilo. Mas de imaginar você naquela situação, de pensar eu posso ... Então, assim, se a gente não se colocar, não vai saber... não vai passar nem por perto do que o paciente tá sofrendo ou o que tá sentindo.E9

Colocando-se no lugar do paciente é um recurso utilizado para a interpretação da situação, que tem uma relação direta com alguns elementos do **EXPERIMENTANDO O SIGNIFICADO DO CUIDAR**. Ao considerar o sofrimento do paciente, o enfermeiro utiliza sua estrutura interna, representada anteriormente por **Tendo o cuidado entranhado**. Esse

cuidado incorporado é o cuidado genuíno, que considera o paciente como ser humano, respeita suas manifestações emocionais e espirituais. Há uma relação estreita com o **Gostando de cuidar** que está representado pelo amor à profissão, e pela motivação em cuidar do ser humano e atender suas necessidades. Além disso, ao colocar-se no lugar do paciente, o enfermeiro está atendendo a uma demanda interna, que diz respeito ao seu compromisso profissional, descrito anteriormente como **Tendo a expectativa do papel e compromisso profissional**. O compromisso do cuidado, assumido pelo enfermeiro, está voltado para a satisfação do paciente e incorpora a visão humana e a individualidade como prioritárias.

Porque é como se a gente tivesse ali. Se um familiar nosso tivesse ali, né. Quando é com a gente, a gente já pensa duas vezes. Mas, a gente tem que sempre tá se colocando, eu poderia tá no lugar. Se eu tivesse no lugar, será que eu iria gostar desse cuidado, dessa assistência, dessa conduta agora, desse desrespeito?E11

Foi o que eu fiz. Inconscientemente... Porque a minha formação, eu me coloco no lugar do paciente e dou a ele o tratamento que eu gostaria de receber.E8

Outro recurso utilizado pelo enfermeiro diz respeito ao **Olhando o macro e vendo o micro**, que se refere à capacidade do profissional em ter uma visão do quadro como um todo e, ao mesmo tempo, identificar um aspecto, sinal, ou evidência, em particular. Isso permite que o enfermeiro consiga individualizar o cuidado e sua percepção torna-se particular, sem perder o geral da situação clínica. Também está posta a associação entre a teoria e a prática, ou seja, ter uma expectativa da evolução de um quadro, e saber distinguir minúcias que são significativas. Isso é visto como uma habilidade desenvolvida pelo o enfermeiro, principalmente pela experiência e conhecimento acumulados.

Então, esse ver e ouvir, e observar, né, esse ver\observar, eu tenho desenvolvido não só no ponto de vista administrativo, porque eu entro numa área e já consigo perceber o que tem... mas eu entro nos quartos, eu vejo coisas que tão acontecendo assim por diante. E1

E aí era finalzinho de plantão, então já era mudança de plantão dos residentes, era umas seis horas mais ou menos, que é um horário crítico, de quem tá entrando, de quem tá saindo. E aí, quando eu bati o olho naquilo, eu já me chamou atenção e eu não saí mais do quarto. Que aí tinha duas enfermeiras, e me chamou atenção porque eu vi que assim, ele tinha mudado o comportamento dele do começo da tarde.E1

É porque na enfermagem a gente tem a observação que a gente aprende na faculdade, né. A observação. A gente tem que olhar o todo né? Então olha em macro e vê em micro né. Também. Então a gente vê essas duas coisas. Pelo fato, não só teórica. A teórica a gente sempre tá estudando mais a prática. E10

Olhando o macro e vendo o micro é uma habilidade desenvolvida pelo enfermeiro, que o permite avaliar uma situação, a partir de uma percepção imediata de um indício que passaria despercebido por, aparentemente, não ter relevância no contexto. Quando o especialista desenvolve essa habilidade, costuma referir-se a ela como tendo o ‘olho clínico’ desenvolvido. Um aspecto fundamental para obter essa visão ampliada é a predisposição interna ao ambiente clínico, descrita como **Estando sensível ao que é relevante**. A percepção de detalhes e indicadores importantes está diretamente relacionada com a predisposição interna do profissional a esses elementos.

Porque particularmente eu me acho muito assim ... observadora. E eu, eu sempre levo em consideração até as mínimas coisas. Eu levo em consideração qualquer coisa que eu julgar que seja anormal, entendeu? Não sei, eu acho que é formação talvez ...E8

Revendo experiências é um recurso bastante descrito pelos enfermeiros, na vivência das situações de julgamento clínico. Ao deparar-se com a demanda do paciente, e tendo a visão do quadro em que a situação

está ocorrendo, o enfermeiro, inconscientemente, resgata da memória as experiências que passou em sua vida profissional, e que se assemelham à situação atual. A descrição dessa vivência é clara, quando o enfermeiro coloca que 'sente passando um filme de novo' em sua mente. Então, ele visualiza a experiência anterior, e a utiliza como base para julgar a situação atual. Para o enfermeiro especialista, esse fator é freqüentemente descrito, como o 'conhecer' a evolução da situação.

E na verdade, isso me fez aventar esse diagnóstico, em detrimento de... primeiro de algumas situações que eu já havia vivido parecida, então aquilo me fez lembrar, me remeteu a situações anteriores, tá, parecidas ou semelhantes e que me diz. Aí veio o aspecto intuitivo: "olha isso tem alguma coisa errada" e evidentemente somando esses aspectos físicos...E7

...porque olha, me deu um click, olha eu já, eu já vivi uma situação parecida como essa, é, como você já tivesse passado um filme de novo, e a questão afetiva, os aspectos afetivos e os marcadores biológicos...E7

E eu já sei que não é assim, até pela experiência prévia, que a experiência prévia ... você vê muitos casos desses, né.E1

A experiência adquirida no cenário clínico e o desenvolvimento da capacidade de julgamento clínico estão vinculadas ao conhecimento que o profissional tem da enfermagem. Esse conhecimento inicia-se na formação (graduação), e vai sedimentando-se na transformação e ampliação pela experiência do dia-a-dia. Isso está ligado ao **Conhecendo enfermagem**, onde o enfermeiro constrói o conhecimento de sua ciência e adquire competência crescente no julgamento e na tomada de decisão do cuidado.

...eu já estudei, né, tá aqui no meu inconsciente, no meu subconsciente mas ... e a prática, a vivência, de ver vários pacientes evoluindo do mesmo jeito. Esse quadro que eu vi que eu te narrei desse paciente, eu já vi 'n' pacientes assim. E1

E você tem a experiência e, aí você já começa a ter mais intuição. Porque, na medida em que você vai desenvolvendo o seu

conhecimento, com a prática dos acontecimentos diários, você vai tendo mais intuição por foco no acontecimento, né. Então você vai comparando, 'ah mas eu já passei por essa situação e era isso.E11

Na descrição da experiência do julgamento clínico, o enfermeiro ressaltava um aspecto como extremamente importante para o processo propriamente dito, que envolve **Interagindo com o paciente e outros profissionais**. A interação com o paciente ocorre espontaneamente, e o enfermeiro tem uma impressão imediata no envolvimento com o paciente. Essa interação, seja inicial ou não, leva a um julgamento, que serve de base para a avaliação das mudanças ou alterações esperadas. A interação com o paciente é descrita como essencial no julgamento, e também no direcionamento da conduta do enfermeiro. Em contrapartida, essa interação permite ao enfermeiro a transformação de seu conhecimento e sua percepção. Nesse sentido, **Conhecendo enfermagem** tem um importante papel na interação, pois fundamenta as percepções e o julgamento do enfermeiro.

...eu acho que quando você está no processo de cuidado, você tá num processo de envolvimento... de interação. E aquela senhora a princípio assim eu me simpatizei com ela porque eu fiz a recepção dela, era uma senhora obesa ... então aquela coisa da solicitação. Só que nessa interação eu pude perceber que o comportamento dela tava se alterando. E7

É ... eu acredito que não foi é, só por um envolvimento afetivo. Porque se fosse uma paciente que eu tivesse cuidando ... há um mês, então até tudo bem, você poderia talvez conhecer o paciente nas suas mínimas peculiaridades nas mudanças mais tênues vamos dizer assim. Mas essa era uma paciente que foi admitida naquela noite. Então quer dizer, a pouca interação que eu tive com ela me foi possível avaliar que ela tava tendo alteração psicomotora, que foi o primeiro sinal que ela obteve, quer dizer, a primeira demonstração de... o primeiro indicador de que ela poderia estar complicando ou piorando o quadro dela. E7

E o paciente, às vezes, dá uma brecha que você acaba entrando e tá ajudando ele também. Porque eu acho assim, entendeu? Aí você tá sendo humana também e entra junto, e acaba levantando o paciente. Então, eu acho assim que, a enfermeira é... perceber. Perceber e agir...E11

Em relação à equipe e principalmente ao médico, a interação torna-se fundamental na relação de trabalho e no desempenho do papel do enfermeiro. Esse papel parece ser o de integrador da equipe, na atenção e cuidado oferecidos ao paciente. O enfermeiro refere que deve 'conscientizar' os profissionais, quanto à individualidade e as demandas do paciente. Além disso, o enfermeiro conhece enfermagem e o cuidado, e sabe o papel que representa dentro da equipe, o que o permite valorizar esse papel e os resultados na assistência ao paciente. Ele considera que, sem a sua atuação específica, o resultado fica prejudicado. Esses aspectos estão apresentados no **Valorizando a enfermagem** e **Tendo a expectativa do papel e compromisso profissional**.

Quer dizer, porque é a gente é que tem que tá atento a tudo. Porque o médico, ele tá pronto, é como se ele tivesse pronto pra atender várias emergências, na hora que tá acontecendo o negócio. Ele não tá ligado no que tá acontecendo muito. Eu percebo isso. Então às vezes, eles tão conversando alguma coisa, e você tá ali trabalhando, fazendo as coisas acontecerem. Agora, se você não perceber, que tem também essa percepção de tá vendo, de tá ... conduzindo a coisa. Aí a coisa pode piorar, entendeu? E11

Eu acho assim, se a enfermagem pode fazer, faça, né faça. E a outra parte, se você não pode tá fazendo, você pode tá sugerindo, né. Dar uma sugestão pra ele, inclusive pra ele tá pensando e repensando e ... ajudando também. Então a gente tem que tá atenta a essas coisas. E11

Do ponto de vista mais pessoal, o enfermeiro descreve como resposta ao significado do cuidar, o **(Des)Confiando de suas capacidades intelectuais**, que diz respeito à segurança demonstrada em suas percepções e condutas. Para alguns enfermeiros, a confiança em sua capacidade de diagnosticar e na sua base de conhecimento é descrita como pouco tênue, ou seja, acompanhada de incertezas e inseguranças. Nesse

caso, o enfermeiro sente a necessidade de buscar fundamentação para o que vivencia, o que aprofunda e reformula o conteúdo do conhecimento acumulado.

...pra mim, fazer diagnóstico da parte emocional, eu acho muito mais difícil, então eu ... que nome eu daria pra aquilo, porque não é da minha prática né ... aí eu fui lendo, fui observando ele, fui conversando com ele... fui em busca do diagnóstico, pra saber, pra ter aquelas separações que são muito ... limitantes. Medo, ansiedade, pesar, perda espiritual, essas coisas todas.E5

Eu acho que toda mulher tem um pouco de intuição ... eu tenho medo porque é uma coisa que não dá para ser medida, não dá para ser provada. Então isso é meio perigoso. A gente sempre acaba tendo uma intuição que vai acontecer aquilo, mas aí a gente pára, vai lá, observa aquela situação para ver se tem lógica aquilo que está acontecendo, mas alguma coisa tem. Mas eu não vou mergulhando de cabeça assim não. Mas eu percebo isso, eu paro para olhar, quando alguma coisa.... mas eu observo aquilo. E2

Outros destacam em seu discurso uma segurança clara em suas capacidades cognitivas e no seu conhecimento, atribuída principalmente à experiência adquirida na prática. Esse conhecimento está descrito em **Conhecendo enfermagem**, como algo construído pela formação e pela prática.

Primeiro você conhecer a doença, né, você conhece como é que a doença evolui, e segundo como a gente trabalha em um hospital exclusivamente disso, né, hospital de cardiologia, e você vê isso muito. Então quer dizer, você sabe que, juntando com a experiência prévia, porque sei lá, eu faço uma analogia, eu posso sair da faculdade hoje e saber como é um indivíduo que tem ICC, quais são os sinais e sintomas, e posso muitas vezes não associar ou não, ou até associa, mas não consigo perceber qual é o ponto X que ele vai estar tão grave a ponto de desenvolver uma emergência.E1

O conteúdo do conhecimento que o enfermeiro utiliza para o julgamento clínico é um fator crítico para a interpretação da situação, bem como, para a determinação de resultados esperados. Com a prática, o profissional estabelece maior inter-relação entre o conhecimento e a

experiência clínica. O uso do raciocínio, baseado em um conhecimento clínico bem estruturado, desenvolve no enfermeiro o fortalecimento de sua linha de pensamento, oferecendo-lhe segurança em suportar hipóteses.

...e da doença, porque eu conheço como que é a evolução da doença, eu já vi várias vezes isso, então eu sei como é que é uma ICC descompensada, eu sei os sinais e sintomas, então, isso tudo foi me chamando a atenção. E1

....porque eu acho que a equipe multiprofissional... Não só os médicos, como os enfermeiros também... Eles têm que acreditar mais no que eles estão vendo. E nem sempre eles dão uma credibilidade pra aquilo que eles estão vendo. Que eles acham, talvez, tão impossível daquilo estar acontecendo, que eles não dão crédito aquilo. Mas sempre que eu vejo, eu insisto, sempre que eu vejo, eu vou atrás. Eu acredito no que estou vendo e não na simples ... uma previsão que não está de acordo com aquilo que eu estou vivenciando naquele momento. E8

Uma estratégia significativa, que é utilizada pelo enfermeiro como resposta ao desafio de cuidar, é **Considerando/comparando padrões**. A aquisição dos conhecimentos teóricos e práticos, e a transformação constante desses conhecimentos através da interação, permitem ao enfermeiro construir um referencial de padrões, de visão e julgamento das situações clínicas.

Nessa hora... na hora que eu entrei no quarto, o quadro dele não era esse, não era mais... não era aquela pessoa, já tava fora do padrão. Aquela agitação, aquela taquipnéia, aquela taquicardia, aquela sudorese não era o quadro dele, não era o estado dele. E1

Novamente, temos uma relação direta como o **Conhecendo enfermagem**, que envolve a formação, o conhecimento científico e a consolidação desse conhecimento pela experiência. Ao deparar-se com o desafio do cuidado, o enfermeiro compara e usa como referência esses padrões mentais que possui. Portanto, ele classifica a situação de imediato, como dentro ou fora do padrão e busca dados para validar essa

comparação. Mesmo que aparentemente, uma situação pareça dentro da normalidade, muitas vezes, o enfermeiro consegue perceber sutilezas, que fogem do padrão esperado de resposta do paciente.

Então... o que a gente... o que eu coloco também assim para mim, para todos, é que tem que saber o que é normal. E através da observação dos dados que eu tenho, aqui dentro, certo? Eu vou tentar colocar isso dentro do meu padrão normal. Não estando isso, eu vou ver quais são os fatores que tá levando pra aquele problema. Entendeu? Então eu trabalho dessa maneira.E2

E eu sempre levo em consideração até as mínimas coisas... Mas eu particularmente, eu levo em consideração qualquer coisa que eu julgar que seja anormal, entendeu? Não sei, eu acho que é formação talvez ...E8

(Des)Conhecendo o paciente ocorre na interação entre enfermeiro e paciente/família, a partir do momento em que o profissional entra em contato com qualquer informação a respeito do mesmo. O enfermeiro tem percepções e juízos elaborados pelo que conhece do paciente, mas mantém este julgamento em aberto para novas possibilidades de interpretação.

Eu acho assim, porque eu já tinha tido um contato prévio, nos dias anteriores, com ele e com a família. E aí eu percebi que a família era ansiosa e que ele tava muito ansioso, com todo o processo de internação e de saber que a doença dele tava num estágio já um pouquinho mais avançado, de descompensação. Então eu já conhecia um pouco, superficial, de saber o jeito de como é que ele é. De como ele fala, de como é que eram as reações assim de modo superficial, né, o jeito dele, se a gente pode dizer assim E

...um paciente ficou mais tempo do que a gente esperava, na UTI, ele ficou um doente crônico, e... A esposa dele necessitava de uma assistência maior. Ela era uma pessoa com um distúrbio psiquiátrico... E3

Aplicando capacidades cognitivas é uma estratégia fundamental para a experiência do raciocínio clínico. O enfermeiro utiliza toda a

instrumentalização de que dispõe, para avaliar o paciente. Essa instrumentalização envolve o conhecimento científico acumulado, o conteúdo do conhecimento, a capacidade de desenvolver analogias, as capacidades sensoriais. O enfermeiro recorre ao conteúdo do conhecimento referido em **Conhecendo enfermagem**. Ele associa a obtenção e o aperfeiçoamento do conhecimento, como um componente indispensável para a prática profissional. Considera que, deve haver um compromisso com a atualização e transformação do conhecimento, para alcançar resultados mais qualificados em suas ações. Isso se refere ao **Tendo a expectativa do papel e compromisso profissional**.

Porque você conhece como que o paciente respira né? É, você sabe como que o paciente respira. Aí vê ...tá diferente a respiração dele. Ah, vamos auscultar. Aí você pega o estetoscópio e ausculta. Toda a técnica de ausculta. Aí você identifica, o paciente está em broncoespasmo ou está em edema agudo. Aí você vê a saturação pelo monitor, cianose. Vê os sinais clínicos, né, os sinais e sintomas. E aí você, chega o médico e "Olha, o paciente tá assim, assim, assim e ... é um broncoespasmo."E10

Essas capacidades cognitivas também são amplamente utilizadas na tomada de decisão e na execução das intervenções, que ocorrem de forma imediata e dinâmica no processo de raciocínio.

...Então antes eu vou ver como que tá essa pressão do indivíduo e aí o que que eu posso fazer? Eu tenho que garantir um acesso venoso pra ele. Eu tenho que fazer uma reposição volêmica, que a gente tá autorizado pra fazer. Então é isso que a gente vai tá fazendo naquela hora. Então o processo de raciocínio passa, desde os conhecimentos básicos até a transformação desse conhecimento em cuidado de enfermagem. E9

Quando sente que sua instrumentalização não oferece subsídios suficientes para o julgamento e a conduta, o enfermeiro busca o conhecimento científico de forma ativa, em sua área de conhecimentos

e/ou em outras. Também vale ressaltar, que o uso eficiente desse conhecimento não depende somente da quantidade acumulada, mas da capacidade do enfermeiro em fazer associações entre esses conhecimentos e interpretá-los.

... tinha uma dúvida de sódio, porque estava muito alto, ou ela tinha um problema neurológico, porque aí você não libera o hormônio anti-diurético por isquemia ou baixo débito da cabeça, da hipófise, colhi também, entendeu, eram todos alterados. Mas consegui passar assim, tratei a paciente com cardiotônico, isso com consentimento dele e volume, conforme ela urinava, porque não se dá cardiotônico para paciente hipertrófica, porque estoura o ventrículo, né, porque ele está tão assim, estoura se você der um cardiotônico, ele vai aumentar a contração e vai romper, então você trata com volume isso, mas deu certo porque ela tinha uma fração muito boa. E2

... É porque na enfermagem a gente ter a observação que a gente aprende na faculdade. A observação. Então a gente vê essas duas coisas. A teórica a gente sempre tá estudando mais é ... a prática. Eu adquiri também em hospitais. Aí, então que me deu uma boa experiência, entendeu? Então a gente olha pro paciente e fala "o paciente tá parado". E com certeza, só de olhar você vê aquela palidez, cianose. E10

Além de buscar os conhecimentos para fundamentar sua experiência, o enfermeiro também demonstra uma atitude representada por **Sendo persistente/determinado** diante do desafio do cuidar. Muitas vezes, quando não está satisfeito com o resultado de suas interpretações e ações, o enfermeiro persiste em buscar dados, evidências e resultados mais adequados para o cuidado do paciente.

Porque às vezes as pessoas recebem a informação e não assimilam, nem põem em prática, não é verdade? E outras pessoas não. Elas gostam de ser informadas, ter aquela informação. Vão buscar a informação pra colocar em prática e melhorar a qualidade de atendimento, enfim. ... eu acho que é por aí... Eu tento melhorar a qualidade do atendimento do cliente e busco os mínimos detalhes pra que isso se complemente.E8

A estratégia de persistência é uma atitude pró-ativa do enfermeiro em busca dos dados e principalmente da solução dos problemas, que está relacionada ao seu compromisso com o cuidar. Na avaliação clínica isso é importante, já que as hipóteses são ativadas precocemente e sua validação faz-se necessária para garantir a acurácia dos julgamentos e a tomada de decisão adequada. Essa percepção, quanto aos dados que podem ser significativos para o julgamento, está descrita em **Estando sensível ao que é relevante.**

Não só os médicos, como os enfermeiros também... Eles têm que acreditar mais no que eles estão vendo. E nem sempre eles dão uma credibilidade pra aquilo que eles estão vendo. Que eles acham, talvez, tão impossível daquilo estar acontecendo, que eles não dão crédito aquilo. Mas sempre que eu vejo, eu insisto, sempre que eu vejo, eu vou atrás. Eu acredito no que estou vendo e não na simples previsão que não está de acordo com aquilo que eu estou vivenciando naquele momento. E8

A abordagem no processamento da informação é preponderante na experiência de julgamento, já que os enfermeiros diferem nos caminhos que utilizam para organizar, estruturar e lidar com as informações obtidas do ambiente clínico. Nesse sentido, alguns enfermeiros do estudo referem como estratégia de abordagem **Orientando-se pelo resultado esperado.** Essa estratégia individual está representada pelas descrições dos enfermeiros que dizem basear-se no que necessitam fazer para o paciente, para obter resultados adequados do cuidado.

Eu vejo as respostas que esse indivíduo tem e eu faço um elo de ligação assim. Com o objetivo que eu tô querendo pra aquele indivíduo. Com o padrão esperado. Então é nesse sentido que ... que eu preciso alcançar com ele. Então, a partir daí eu determino o que é que eu vou fazer pra ele. E9

A abordagem do raciocínio depende, do conteúdo do conhecimento e da forma em que este conteúdo está estruturado na mente do indivíduo. Esse conhecimento relaciona-se com o que foi apresentado em **Conhecendo enfermagem**. Existe também, uma relação com o compromisso profissional em buscar a competência, pela atualização do conhecimento. Quando descreve o **Tendo a expectativa do papel e compromisso profissional**, o enfermeiro ressalta essa busca por competência e resultados de melhor qualidade para o paciente.

Bem, quando a gente tá diante de um paciente que apresenta certas respostas que a gente tem que cuidar passa pela nossa cabeça principalmente, o que eu preciso fazer pra auxiliar no tratamento ou na prevenção daquela situação. Então a gente resgata os conhecimentos que a gente tem e tenta empregar nas respostas que aquele indivíduo tá apresentando. Transforma aquele conhecimento em atuação de enfermagem. E9

Por outro lado, alguns enfermeiros aplicam como estratégia de interpretação da situação, **Orientando-se por normas e estrutura**, que diz respeito a uma abordagem voltada ao aspecto normativo do papel profissional e da Instituição. Esses enfermeiros referem ter visão do contexto geral, e entram na situação por uma demanda de papel, ou seja, quando é solicitada a intervir pela equipe de enfermagem. Partem de uma situação considerada problema, e avaliam a melhor decisão para resolução da mesma.

No final de semana eu estava na supervisão, e... como a UTI tava puxada quando eu passei por aqui, eu fiquei ajudando, fazendo as enfermeiras saírem pra almoçar. Aí fui fazer o controle de um paciente, o paciente estava há dois dias com uma temperatura de 40 graus.E4

Eu comandando a equipe de enfermagem. Vamos monitorizar o paciente. Pegar um acesso venoso. Aí no monitor o paciente parado. Eu: "o paciente tá parado"! E eles interessados em outras coisas né. Aí como assim... a gente tem uma certa liberdade né, em questão de

manipulação de drogas... aqui a gente faz o primeiro atendimento, aí você começa a fazer, ambuzar...E10

Conforme visto anteriormente, a experiência do raciocínio clínico do enfermeiro é composta por duas fases que interagem e são moduladas pelo

ATRIBUINDO VALOR AO CUIDAR. Essas fases referem-se a:

ENCONTRANDO-SE NO DESAFIO DO CUIDAR e CUIDANDO. Os

elementos componentes dessas fases, foram descritos pelos enfermeiros como partes fundamentais de sua experiência de raciocínio clínico, e estão apresentados conforme a análise dos conteúdos dessa experiência.

O modelo teórico desenvolvido Pelo estudo que explica a experiência do raciocínio clínico do enfermeiro está representado graficamente no diagrama a seguir:

Diagrama 4 – ATRIBUINDO VALOR AO CUIDAR.

ENCONTRANDO-SE NO DESAFIO DO CUIDAR

Tendo a
atenção
atraída

Buscando
informações
relevantes

Experimentando o
Significado do
Cuidar

Respondendo ao
Significado do
Cuidar

CUIDANDO

Fazendo Interpretações

Buscando Dados
Adicionais

Intervindo

Avaliando
Resultado

Transformando
as
Interpretações

Obtendo
Reconhecimento

Atribuído

Valor ao

cuidar

REFLETINDO SOBRE A EXPERIÊNCIA

CAPÍTULO V

Este estudo partiu de uma inquietação presente em minha experiência profissional compartilhada por todos os enfermeiros que desenvolvem e estudam a prática clínica: o raciocínio clínico.

A prestação do cuidado torna-se, cada vez mais, uma prática complexa e elaborada com o incremento da ciência de enfermagem. Essa 'ciência do cuidado' está baseada em uma ampla estrutura teórica, que faz uso do processo de enfermagem como instrumento para conduzir a assistência. Os conhecimentos, as habilidades cognitivas, atitudinais e interpessoais do profissional determinam o conteúdo e a qualidade dos resultados da utilização do processo de enfermagem.

O raciocínio clínico é inerente ao processo de enfermagem. Entendido como processo cognitivo, o raciocínio clínico direciona as decisões fundamentais do cuidar: decisão sobre qual ou quais são as situações clínicas que necessitam de intervenção profissional; decisão sobre qual ou quais intervenções realizar; e decisão sobre qual ou quais resultados foram obtidos com as intervenções realizadas. É pelo raciocínio clínico que o enfermeiro lida com a incerteza e a subjetividade características das atividades clínicas, permitindo-lhe prover explicações satisfatórias para suas observações. Essas explicações orientam suas condutas.

A preocupação com o conhecimento sobre o raciocínio clínico na enfermagem começou a adensar-se a partir do uso de linguagens padronizadas, principalmente as de diagnósticos de enfermagem. Ao propor a padronização de linguagem para diagnósticos, esse movimento permitiu representar, em conceitos, os focos clínicos pertinentes ao cuidar. Essa

possibilidade fez emergir questões relativas aos processos mentais envolvidos na interpretação dos dados observáveis capazes de indicar a presença desses conceitos. Tratava-se, portanto, de colocar em estudo o raciocínio clínico do enfermeiro.

Na minha experiência profissional fui me aproximando dos movimentos de classificação na enfermagem e me interessando cada vez mais em compreender o processo de raciocínio clínico.

O presente estudo visou aprofundar o conhecimento sobre o raciocínio clínico do enfermeiro, pela compreensão do processo de pensamento utilizado pelo mesmo para julgar e tomar decisões. Buscou-se então, analisar as experiências descritas por enfermeiros especialistas na identificação das demandas de cuidado de seu cliente em uma situação clínica vivenciada.

As experiências de raciocínio clínico descritas sintetizadas como o 'desafio do cuidar'. Cuidar é responder ao contínuo convite para decidir. Ao ter consciência desse contínuo convite, o enfermeiro percebe-se frente a um desafio que é lidar com as incertezas e subjetividades inerentes aos julgamentos que norteiam suas decisões. O modelo de raciocínio clínico, derivado neste estudo, representa uma experiência composta por fenômenos interdependentes, que caracterizam os processos mentais envolvidos. Esses fenômenos são: **ENCONTRANDO-SE NO DESAFIO DO CUIDAR** e **CUIDANDO**. Permeiam esses fenômenos e modulam seus conteúdos elementos que configuraram o construto **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.

A elaboração de modelos e teorias científicas dos processos cognitivos humanos é objetivo central da ciência cognitiva. Segundo Oliveira⁽⁴⁴⁾ a ciência cognitiva, em sua autoconcepção,

apresenta-se como um empreendimento interdisciplinar, englobando conceitos, teorias e problemas da psicologia (especialmente psicologia cognitiva), das ciências da computação (especialmente inteligência artificial e modelagem conexionista), da filosofia (especialmente epistemologia e filosofia da mente), da biologia (neurociência e teoria da evolução), da lingüística e da antropologia.

Apesar das controvérsias existentes nessa nova ciência, Frawley⁽⁴⁵⁾ refere que a base da ciência cognitiva é o 'Computacionalismo', que tem "ênfase nas mentes como dispositivos em código abstrato, onde a mente humana é vista como um sistema complexo que recebe, armazena, recupera, transforma e transmite informações". Portanto, a mente é um dispositivo computacional que tem o papel de manipular as representações internas do indivíduo.

Para o ramo computacional da ciência cognitiva atual, a idéia básica é de que 'a mente é uma máquina virtual geneticamente disposta' e 'pensar é a manipulação algorítmica de objetos formais sob os preceitos da lógica'. Essa visão é dominante entre os estudiosos nessa área e privilegia o pensamento como processo iminentemente interno⁽⁴⁵⁾

ENCONTRANDO-SE NO DESAFIO DO CUIDAR, o enfermeiro se vê diante da 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.

A forma deliberada de entrada na situação clínica ocorre quando, intencionalmente, o enfermeiro busca informações relevantes que possibilitem a formulação de hipóteses para guiar o raciocínio. A teoria de processamento de informação, que segue um caminho linear e dinâmico de obtenção de dados e interpretação⁽³¹⁾ é adequada para explicar o que ocorre quando há intencionalidade na busca de informações. A ativação do raciocínio clínico pode acontecer também de forma não-deliberada. Isso ocorre, quando o enfermeiro teve sua atenção atraída para a situação por algum estímulo não identificado prontamente. Algum fato ou evento salienta-se para o olhar do enfermeiro, por apresentar-se estranho ou fora do padrão esperado no contexto clínico. Essas experiências caracterizam-se por um componente principal que pode ser referido como 'insight', ou apreensão intuitiva. As inferências intuitivas foram estudadas por Benner; Tanner⁽³⁶⁾, Lamond; Thompson⁽³⁸⁾ e Rew⁽³⁴⁾, entre outros. Os estudos indicam que a intuição, apesar de não estar suficientemente clara, é parte integrante do processo de raciocínio. O que parece evidente é que as percepções intuitivas estão associadas ao conhecimento, funcionando como um gatilho para a ação e reflexão na enfermagem⁽³⁷⁾.

Como consequência de encontrar-se no desafio do 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. Essa dinâmica pode ser representada pelos modelos de raciocínio clínico baseados no modelo hipotético-dedutivo e no modelo de processamento de informações.

Até aqui, os resultados deste estudo apenas confirmam as descrições do raciocínio clínico encontradas na literatura. Essas descrições privilegiam a perspectiva sob a qual o raciocínio clínico é um processo essencialmente interno do indivíduo. No entanto, ao olharmos para os dados obtidos junto aos enfermeiros sob a perspectiva do Interacionismo Simbólico, encontramos uma completa ressonância quanto a interação como premissa básica do julgamento clínico. A princípio, essa idéia pode parecer banal por ser óbvia. A importância de considerá-la é o fato de os dados analisados forçaram a busca de melhor compreender o papel da interação no raciocínio clínico.

Para o Interacionismo, o comportamento humano desenvolve-se por meio da interação com os outros, num processo contínuo de negociação e renegociação. A realidade das experiências é construída a partir da interação de símbolos que permitem atribuir significados às mesmas⁽⁴⁰⁾. Compreender o julgamento clínico do enfermeiro, partindo da premissa básica que ele se dá pela interação com o paciente, é compreender que processos interpretativos internos determinam os

significados atribuídos àquilo que o enfermeiro observa no paciente. Segundo Blumer⁽⁴²⁾, os seres humanos agem em relação às coisas com base nos significados que elas têm para eles e, os significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo. Nesse sentido, os enfermeiros agem em relação às observações que fazem com base nos significados que essas observações têm para eles. Esses significados são dinâmicos pois se modificam de acordo com as interpretações às quais os enfermeiros continuamente os submetem. Além do Interacionismo Simbólico, a ciência cognitiva oferece suporte para a compreensão sobre o papel da interação no raciocínio clínico.

Como já apresentado, a ciência cognitiva assume, predominantemente, uma visão computacional da mente e descreve os processos de pensamento em termos de manipulação de objetos pela lógica formal. Apesar de reconhecer que esses processos recebem influência do meio externo, considera necessário e possível deixar essa questão em segundo plano⁽⁴⁵⁾. Há uma outra visão entre alguns estudiosos da ciência cognitiva, em que o ambiente externo é tão importante quanto o interno e por isso não pode ser mantido como questão secundária para a ciência cognitiva. Essa visão tem por base muito do que foi desenvolvido na psicologia russa no início do século passado, especialmente nos trabalhos de Vigotsky que tratam da formação social da mente⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾.

Na argumentação sobre a importância de a mente social (externalismo) e a mente computacional (internalismo) andarem juntas, Frawley⁽⁴⁵⁾ pontua as possíveis contribuições da teoria vigotskiana sobre

como lidar com “o *quebra-cabeças de como as crenças restringem globalmente o pensamento ao que é relevante aos interesses da mente e até mesmo definem o que é relevante.*”

Essas visões sustentam os resultados do presente estudo que mostraram que elementos contextuais permeiam e modulam o raciocínio clínico do enfermeiro. Poderíamos arriscar aplicar ao modelo derivado neste estudo a idéia de Frawley⁽⁴⁵⁾ de que a mente social e a mente computacional são concomitantes. A mente computacional no raciocínio clínico seria representada pelos processos de interpretar as observações e fazer decisões sobre como agir. A mente social seria representada pelo contexto sócio-cultural da situação (crenças, atitudes, conhecimento e valores) que é ativado, num ou noutro ponto, pela mente computacional ao lidar com as informações. Isto é, a mente computacional, ao lidar com determinadas informações pode, por exemplo, ativar determinados valores ou determinados conhecimentos que se combinam de diferentes formas em situações diferentes. Ao ser ativada a mente social (contexto sócio-cultural) ocorrem escolhas, comportamentos e ações que definem o conteúdo do que é processado pela mente computacional e, conseqüentemente definem o conteúdo dos resultados do raciocínio clínico.

As argumentações que enfocam a associação entre a mente computacional e social são compatíveis com os pressupostos do Interacionismo Simbólico, onde o *self* é o objeto social no qual a pessoa age voltada para o ambiente externo e interno, e o processo mental é a interação simbólica do organismo humano com seu *self*.⁽²⁾

O raciocínio clínico é mais amplo do que os processos cognitivos exclusivamente computacionais. Ele reflete a essência sócio-cultural do ser humano e, portanto, é influenciado pela forma de o ser humano se relacionar com o mundo externo e consigo mesmo. Essa relação é a base da interação. 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 construto **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.

Conforme discutido anteriormente, esse ambiente 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.

Podemos identificar esse fenômeno individual sob a visão da *interação* social que, segundo Charon⁽²⁾, possibilita criar perspectiva, definir objetos e *símbolos*, criar e definir o *self*, criar e influenciar a *mente*, a habilidade de assumir papéis, e viabiliza condições para o indivíduo continuar o processo de interação. Quando interage, o ser humano torna-se objeto social e desenvolve interpretações consigo mesmo e com outros, realinhando continuamente suas ações.

O modelo teórico desenvolvido nesse estudo explica a experiência de raciocínio clínico de enfermeiros especialistas de forma abrangente. Os dados submetidos a uma análise comparativa constante, evidenciaram a compreensão dessa experiência com resultados compatíveis com a literatura e os modelos vigentes.

Entretanto, ao retomar os relatos dos enfermeiros diante do modelo elaborado, verifica-se que houve dois conjuntos de experiências quando consideramos a riqueza de detalhes sobre o constructo **ATRIBUINDO VALOR AO CUIDAR.**

Num grupo, ao descreverem suas experiências, os enfermeiros reconheciam as articulações entre os elementos que se destacaram nesse constructos. Esse reconhecimento foi evidenciado por falas cujo conteúdo ligava o significado do cuidar ou características pessoais, com as descrições dos processos de pensamento envolvidos em decisões clínicas específicas.

Em outro grupo, apesar de apresentarem os elementos do 'atribuir valor ao cuidar', o ir e vir entre eles era menos intenso e, por vezes, pareciam fenômenos estanques. Aparentemente, o que delimitou o surgimento dos grupos, foram as variações na fluência dos enfermeiros em pensar sobre o pensar-agir.

Isso nos remete a considerar a possibilidade de outros estudos que enfoquem o desenvolvimento da meta-consciência ou pensamento superior, como algo (comportamento) a ser aprendido, que reside no contexto cultural e social exterior do aprendiz.

CONCLUSÃO

A análise dos relatos de experiências de raciocínio clínico de 11 enfermeiros especialistas, com base na Teoria Fundamentada nos Dados, permitiu propor um modelo teórico sobre o raciocínio clínico.

Esse modelo reitera e avança em relação a resultados de outros estudos sobre o raciocínio clínico na enfermagem. Reitera, no **CUIDANDO**, os processos mentais descritos como característicos do raciocínio clínico pelas aproximações teórico-metodológicas da mente computacional. Avança, no **ENCONTRANDO-SE NO DESAFIO DO CUIDAR** e no **ATRIBUINDO VALOR AO CUIDAR**. Com o **ENCONTRANDO-SE NO DESAFIO DO CUIDAR** reconhece, como elemento constituinte do raciocínio clínico, que ele se inicia com o julgamento pelo enfermeiro de que há uma situação que requer a sua atuação clínica. O **ATRIBUINDO VALOR AO**

CUIDAR, constitui o elo que expressa a necessária integração das visões da mente computacional e social.

O modelo obtido tem carácter preliminar no sentido de que necessita ser refinado por outras investigações, antes que dele possam ser geradas hipóteses empiricamente testáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CAPÍTULO VI

Se a experiência do raciocínio clínico pode ser compreendida pelo modelo teórico apresentado, que admite discrepâncias na fluência da mesma, é razoável admitir que os resultados do raciocínio clínico de diferentes enfermeiros sobre uma mesma situação, leve a conclusões diferentes. Uma postura inicial diante dessa afirmação é aceitá-la como natural e desejável. No entanto, como se trata de um exercício profissional, que necessita de base bem organizada de conhecimentos, admitir ser desejável que as conclusões do raciocínio clínico fiquem totalmente à mercê das singularidades de cada interação enfermeiro-paciente, parece uma posição paradoxal.

Como já foi colocado, as preocupações em estudar o raciocínio clínico na enfermagem adensaram-se no interior dos movimentos para desenvolver sistemas padronizados de linguagem. Isso faz sentido quando consideramos que a linguagem tem papel central na estruturação da mente, conforme a teoria vigostkiana e as diferentes vertentes da ciência cognitiva.

Frente a esse pressuposto cabem alguns questionamentos sobre a função de linguagens padronizadas na prática da enfermagem: Qual o papel da linguagem no desenvolvimento do pensamento clínico? O uso de classificações de diagnósticos favorece o desenvolvimento do pensamento clínico? O que determina o conteúdo do desafio do cuidar?

Parece claro para a ciência cognitiva que o ambiente interno do indivíduo está determinado por uma arquitetura neural, geneticamente construída e distribuída em forma de uma rede, que é desenvolvida pela experiência concreta⁽⁴⁴⁾. No entanto, como também já apontado, Frawley⁽⁴⁵⁾

apresenta uma abordagem comparativa entre a Ciência Cognitiva e os trabalhos de Vigotsky, fazendo uma integração entre as mentes sociocultural e computacional. Esse autor defende que as duas linhas de pensamento são atualmente paralelas, mas na realidade, andam juntas, interagem. A idéia básica de Frawley⁽⁴⁵⁾ é que

a mente social e a computacional que se reúnem na forma como certas partes da linguagem, repousadas na fronteira entre a mente e o mundo, são utilizadas pelas mentes computacionais para mediar o que é interno e o que é externo enquanto se pensa.

Os trabalhos de Vygotski são compreendidos como o estudo do desenvolvimento da linguagem e suas relações com o pensamento ⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾. Ao encontrarmos-nos com as idéias de Vigotski, percebemos uma possibilidade de aprofundamento na compreensão do raciocínio clínico, e principalmente, do papel da linguagem no desenvolvimento do mesmo. As atuais explicações cindem o mundo interno do externo, determinando a mente como um sistema fechado, apesar de considerar a grande e importante influência que as variáveis sociais e ambientais determinam na interpretação e determinação de significado à realidade. Frawley⁽⁴⁵⁾ tem em sua mente algo como “uma ciência cognitiva vigotskiana, o que requer uma avaliação honesta dos *insights* e limites do computacionalismo tradicional e do contextualismo sociocultural da moda” o que o leva a defender que “algumas partes da linguagem social são computacionalmente eficazes”. Essas idéias podem ser estimulantes pontos de partida para analisar o papel de sistemas padronizados de linguagem no raciocínio clínico em enfermagem.

Essas considerações abrem um caminho que deve ser explorado, no sentido de se ampliar as perspectivas para o estudo do raciocínio clínico

e melhor compreendê-lo. O presente estudo aponta para a necessidade de aprofundamento dessa compreensão. Uma possibilidade disso seria verificar se o modelo teórico aqui derivado, é capaz de apreender a experiência de raciocínio clínico de enfermeiros que utilizam sistemas padronizados de linguagem em sua prática clínica. Outra possibilidade seria desenvolver estudos que permitissem analisar possíveis associações entre os conteúdos do raciocínio clínico e o uso de sistemas padronizados de linguagem. Outra possibilidade ainda, seria realizar estudos para compreender como se desenvolve o raciocínio clínico na formação do enfermeiro sob a perspectiva da função da linguagem na aquisição de conceitos científicos.

Reconhecemos a complexidade do tema como um desafio para os enfermeiros, mas consideramos que exatamente as limitações apresentadas pelo estudo devam ser o ponto de partida para a melhor compreensão desse processo. As limitações reconhecidas originam-se principalmente de compreensões que só puderam se organizar com o processo de realizar este estudo. Repensando os percursos realizados é possível resgatar que a idéia inicial era compreender como ocorria o processo de identificar os diagnósticos de enfermagem. Essa idéia era ancorada no pressuposto de que, usando ou não classificação de diagnósticos, a determinação da situação clínica sobre a qual se quer intervir (diagnóstico) sempre ocorre. A superação das dificuldades iniciais na proposição da questão norteadora das entrevistas encaminhou a recomposição da idéia preliminar, direcionando-a para o raciocínio clínico que é mais amplo que o raciocínio diagnóstico. Nesta fase do estudo é

possível admitir que a fragilidade do conceito de diagnóstico de enfermagem entre os enfermeiros não nos permitiu acessar o que preliminarmente intencionávamos. Isso mais uma vez nos reporta à importância dos símbolos nos processos de interação. É como se a fragilidade do conceito de diagnóstico de enfermagem entre os enfermeiros, a fragilidade desse símbolo, fizesse do processo de diagnosticar uma experiência indistinta na clínica de enfermagem. E, por ser indistinta entre os enfermeiros do estudo, tornou-se impossível coloca-la sob observação.

É importante observar que as aproximações feitas com os pressupostos da ciência cognitiva pautaram-se nos conhecimentos ainda incipientes que temos sobre o assunto. Essa circunstância aumenta a vulnerabilidade das articulações aqui apresentadas, mas a confiança de que essa perspectiva é promissora para o tema deste estudo predominou na decisão de por ela optar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Vargens OMC. Buscando o seu modo de fazer enfermagem: os conflitos do estudante na construção da imagem da profissão. [tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997.
- (2) Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1989.
- (3) Barnum BS. Nursing theory: analysis, application, evaluation. 6 th. Philadelphia: Lippincott; 1998
- (4) Jones JA. Clinical reasoning in nursing. J Adv Nurs 1988; (13): 185-92.
- (5) Cruz DALM. Diagnóstico de enfermagem: aspectos históricos e definição. Rev Paul Enferm 1994; 13(1/3): 3-7.
- (6) North American Nursing Diagnosis Association. NANDA:Nursing Diagnosis: definitions and classification 1997-1998. Philadephia; 1996.
- (7) Carvalho V. A problemática do diagnóstico de enfermagem. Revista Brasi-leira Enfermagem 1972; 25(1): 114-25.
- (8) Carvalho EC. Diagnóstico de enfermagem: considerações sobre o seu ensino. In: Antunes MJ, Silva MTN, organizadoras. O uso do diagnóstico na prática de enfermagem. Brasília: ABEn; 1997: p. 59-69.
- (9) Cruz DALM. A introdução do diagnóstico de enfermagem no ensino: sua influência no processamento de informações por alunos de graduação. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1995.
- (10) Maria VLR. O ensino do diagnóstico de enfermagem: experiência na educação continuada. In: Anais do 4º Simpósio Nacional sobre Diagnóstico de Enfermagem; 1998 maio 10-13; Curitiba. Curitiba: ABEn- Seção-PR; 1998.
- (11) Carvalho EC, Ruffino MC. Processos cognitivos para o desenvolvimento de competências para estabelecer diagnósticos de enfermagem: experiência na graduação. In: Anais do 4º Simpósio Nacional sobre Diagnóstico de Enfermagem; 1998: 10-13; Curitiba. Curitiba: ABEn- Seção-PR; 1998.
- (12) Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3 rd. St. Louis: Mosby; 1994.
- (13) Aquilino ML. Cognitive development, clinical knowledge and clinical experience related to diagnostic ability. Nurs Diagn 1997; 8(3): 110-9.

- (14) Carnevali DL, Thomas MD. Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing. Philadelphia: J. B. Lippincott; 1993.
- (15) Medawar PB. Induction and intuition in scientific thought. Londres: Methuen; 1969.
- (16) Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984.
- (17) Toynbee A, Ikeda D. Escolha a vida: um diálogo sobre o futuro. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1976.
- (18) Radwin LE. Research on diagnostic reasoning in nursing . Nurs Diagn 1990; 1(2):70-7
- (19) McGuire CH. Medical problem-solving: a critique of the literature. J Med Educ 1985; 60(8): 587-95.
- (20) Taylor C. Problem solving in clinical nursing practice. J Adv Nurs 1997; 26(2): 329-36.
- (21) Radwin LE. Conceptualizations of decision making in nursing: analytic models and 'knowing the patient'. Nurs Diagn 1995; 6(1):16-22.
- (22) Kelly LY, Joel LA. The nursing experience: trends, challenges and transitions. 3. rd. McGraw Hill; 1996.
- (23) White JE, Nativio DG, Kobert SN, Engberg SJ. Content and process in clinical decision-making by nurse practitioners. Image: J Nurs Schol 1992; 24(2):153-8.
- (24) Lyneham J. The process of decision-making by emergency nurses. Aust J Adv Nurs 1998; 16(2): 7-14.
- (25) Cholowski KM, Chan LKS. Diagnostic reasoning among second-year nursing students. J Adv Nurs 1992; 17:1171-81.
- (26) Jesus CAC. Raciocínio clínico de graduandos e enfermeiros na construção de diagnósticos de enfermagem. [tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da USP- Ribeirão Preto; 2000.
- (27) Taylor C. Clinical problem-solving in nursing: insights from literature. J Adv Nurs 2000; 31(4): 842-9.
- (28) Gordon M, Murphy CP, Candee D, Hiltunen E. Clinical judgement: an integrated model. ANS Adv Nurs Sci 1994; 16(4):55-70.
- (29) Pyles SH, Stern PN. Discovery of Nursing Gestalt in critical care nursing: the importance of Gray Gorilla syndrome. Image: J Nurs Sch

1983;15(2):
51-7

- (30) Jenny J, Logan J. Knowing the patient: one aspect of clinical knowledge. *Image: J Nurs Sch* 1992; 24(4):254-8.
- (31) Radwin LE. Knowing the patient: a process model for individualized inter-ventions. *Nurs Res* 1995; 44(6):364-70.
- (32) Carvalho EC, Jesus CAC. Raciocínio clínico na formulação de diagnósticos de enfermagem para o indivíduo. In: Antunes MJ, Silva MTN, organi-zadoras. O uso do diagnóstico na prática de enfermagem. Brasília: ABEn; 1997. p. 27-38.
- (33) Rew L. Intuition: concept analysis of a group phenomenon. *ANS Adv Nurs Sci* 1986;8(2):21-8.
- (34) Rew L. Intuition in decision-making. *Image: J Nurs Sch* 1988; 20(3): 150-4.
- (35) Rew L, Barrow EM. Nurses' intuition: can it coexist with the nursing process?. *AORN J* 1989; 50(2): 353-8.
- (36) Benner P, Tanner C. How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing* 1987: 23-31.
- (37) King L, Appleton JV. Intuition: a critical review of the research and rhetoric. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26:194-202.
- (38) Lamond D, Thompson C. Intuition and analysis in decision making and choice. *Journal of Nursing Scholarship* 2000:411-4.
- (39) Rossi LA, Casagrande LDR. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p. 41-62.
- (40) Angelo M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem. [tese livre-docência] São Paulo (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.
- (41) Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2nd ed. California: Sage; 1995.
- (42) Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1969.

- (43) Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
- (44) Oliveira MB, Oliveira MK. Investigações cognitivas: conceitos, linguagem e cultura. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
- (45) Frawley W. Vygotsky e a ciência cognitiva: linguagem e integração das mentes social e computacional. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

ANEXO I

INSTITUTO DO CORAÇÃO
(Fundação E. J. Zerbini)
Hospital das Clínicas
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Mem.CC.392

São Paulo, 17 de abril de 2003.

À
Sra. Leda Maria D. Pavani

Cópia

A Comissão Científica e de Ética do Instituto do Coração, apreciou e aprovou na sessão 427/03/06 de 17.4.2003, Protocolo de Pesquisa SDC - 2107/02/114 "**Compreendendo o processo de julgamento clínico do enfermeiro: a base para o diagnóstico de enfermagem**", e foi o seguinte o parecer do Relator: "**Aprovado no mérito científico, após as modificações sugeridas, sem ônus para a Instituição**".

Atenciosamente,

Selma Cristina Quaia
Secretária da Comissão Científica e de Ética
InCor/HC/FMUSP

Conselho Científico

ANEXO II

Anexo D

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO ENFERMEIRO.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO:.....CIDADE.....
CEP:.....TELEFONE:DDD(.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:.....
BAIRRO:.....CIDADE:.....
CEP:.....TELEFONE:DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Compreendendo o processo de julgamento clínico do enfermeiro: a base para o diagnóstico de enfermagem.

PESQUISADOR: Consuelo Garcia Corrêa

CARGO/FUNÇÃO: .Pós-graduando ..

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 37317 Coren/SP

UNIDADE DO HCFMUSP:InCor - Divisão de Enfermagem.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO ☒ RISCO MÍNIMO ☐ RISCO MÉDIO ☐
RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 6 meses

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO ENFERMEIRO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa ;
2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais;
3. desconfortos e riscos esperados;
4. benefícios que poderão ser obtidos;
5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

O OBJETIVO DA PESQUISA É COMPREENDER COMO OCORRE O PROCESSO DE JULGAMENTO CLÍNICO DO ENFERMEIRO AO IDENTIFICAR AS NECESSIDADES DE CUIDADO DO PACIENTE, OU SEJA, FAZER O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM. A COLETA DE DADOS SERÁ DESENVOLVIDA SOB A FORMA DE ENTREVISTA NÃO ESTRUTURADA COM ENFERMEIROS DA INSTITUIÇÃO, COM DURAÇÃO APROXIMADA DE UMA HORA, A SER REALIZADA EM DATA E LOCAL DETERMINADOS PELA ENFERMEIRA PARTICIPANTE. A ENTREVISTA SERÁ GRAVADA EM FITA CASSETE PARA POSTERIOR TRANSCRIÇÃO. A IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE SERÁ MANTIDA EM SIGILO, CASO ISSO SEJA SOLICITADO. POSTERIORMENTE, O CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS SERÁ APRESENTADO PARA O PARTICIPANTE, PARA VALIDAÇÃO DO MESMO. PODERÁ OCORRER MAIS DE UMA ENTREVISTA COM O MESMO PARTICIPANTE PARA A VALIDAÇÃO DOS DADOS E DA ANÁLISE.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS.

Enf. Mestre Leda Pavani InCor – Av. Dr. Éneas de Carvalho Aguiar, 44 AB – 3069.5435

Enf. Mestre Consuelo Garcia Corrêa EEUSP R Enguaguaçú, 35/14 – Santos/SP F. (13) 32732871 - 97067771

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 20 .

assinatura do sujeito da pesquisa
assinatura do pesquisador

ou responsável legal
(carimbo ou nome Legível)

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO
(Resolução Conselho Nacional de Saúde 196, de 10 outubro 1996)

1. Este termo conterá o registro das informações que o pesquisador fornecerá ao sujeito da pesquisa, em linguagem clara e acessível, evitando-se vocábulos técnicos não compatíveis com o grau de conhecimento do interlocutor.
2. A avaliação do grau de risco deve ser minuciosa, levando em conta qualquer possibilidade de intervenção e de dano à integridade física do sujeito da pesquisa.
3. O formulário poderá ser preenchido em letra de forma legível, datilografia ou meios eletrônicos.
4. Este termo deverá ser elaborado em duas vias, ficando uma via em poder do paciente ou seu representante legal e outra deverá ser juntada ao prontuário do paciente.
5. A via do Termo de Consentimento Pós-Informação submetida à análise da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa -CAPPesq deverá ser idêntica àquela que será fornecida ao sujeito da pesquisa.