

Tamara Iwanow Cianciarullo

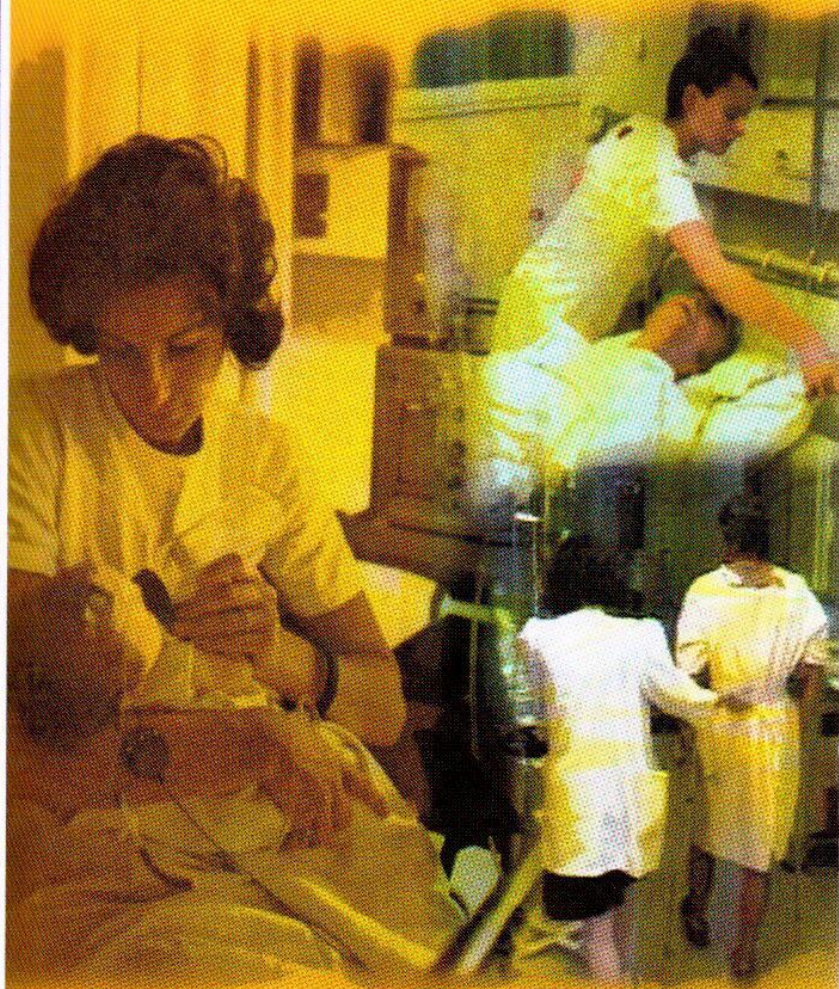
INSTRUMENTOS BÁSICOS PARA O CUIDAR

INSTRUMENTOS BÁSICOS PARA O CUIDAR

INSTRUMENTOS BÁSICOS PARA O CUIDAR



Um Desafio para a Qualidade de Assistência



Tamara Iwanow Cianciarullo

 Atheneu



Instrumentos Básicos para o Cuidar

Um Desafio para a Qualidade de Assistência

TAMARA IWANOW CIANCIARULLO

*Enfermeira-Doutora em Ciências Sociais. Livre-Docente e
Professor Titular pela Universidade de São Paulo.
Professora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*

 **Atheneu**

São Paulo • Rio de Janeiro • Ribeirão Preto • Belo Horizonte

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Jesuino Pascoal, 30
Tels.: (11) 3331-9186 • 223-0143
222-4199 (R. 25, 26, 28 e 30)
Fax: (11) 223-5513
E-mail: edathe@terra.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 2539-1295
Fax: (21) 2538-1284
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Ribeirão Preto — Rua Barão do Amazonas, 1.435
Tel.: (16) 636-8950 • 636-5422
Fax: (16) 636-3889

Belo Horizonte — Rua Domingos Vieira, 319 — Conj. 1.104

PLANEJAMENTO GRÁFICO/CAPA: Equipe Atheneu

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência / Tamara Iwanow Cianciarullo (organizadora).
— São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

Vários autores.

1. Enfermagem — Teoria 2. Horta, Wanda de Aguiar — I. Cianciarullo, Tamara Iwanow.

96-2469

CDD-610.73
NLM-WY 100

Índices para catálogo sistemático:

1. Enfermagem: Cuidados básicos: Ciências médicas 610.73
2. Enfermagem: Instrumentos básicos: Ciências médicas 610.73

CIANCIARULLO TI

*Instrumentos Básicos para o Cuidar — Um Desafio para a Qualidade de Assistência —
1ª edição — 3ª reimpressão*

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU — São Paulo, Rio de Janeiro,
Belo Horizonte, 2003

Colaboradores

ANA APARECIDA SANCHÉS BERSUSA

Enfermeira-Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Enfermeira Pesquisadora Científica do Hospital Dante Pazzanese

ANA CRISTINA DE SÁ

Enfermeira-Psicóloga-Mestre em Enfermagem. Diretora da Escola de Auxiliares de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

ARTHUR BITTES JÚNIOR

Enfermeiro-Mestrando da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente Coordenador da Disciplina de Fundamentos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade da Cidade de São Paulo

CONSUELO GARCIA SILVA

Enfermeira-Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

FERNANDA CARNEIRO MUSSI

Enfermeira-Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Orientação Profissional da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein

GRAZIA MARIA GUERRA RICCIO

Enfermeira da Unidade de Hipertensão do Incor. Mestre em Enfermagem

LUCIMAR APARECIDA BARRENSE NOGUEIRA SAMPAIO

Enfermeira Encarregada do Centro de Material do Incor. Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

MARIA CLARA CASSULI MATHEUS

Enfermeira-Mestre em Enfermagem. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo

NAZARÉ PELLIZZETTI

Enfermeira-Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo

OLGA GUILHERMINA DIAS FARAH

Enfermeira-Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein

ROSALI ISABEL BARDUCHI OHL

Enfermeira-Mestre em Enfermagem. Professor Assistente da Disciplina de Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem Médico-Cirúrgica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo

ROSE MEIRE IMANICHE FUGITA

Enfermeira-Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein

SUELI SUEKO VISKI ZANEL

Enfermeira-Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente da Disciplina de Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem Médico-Cirúrgica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo

TAMARA IWANOW CIANCIARULLO

Enfermeira-Doutora em Ciências Sociais. Livre-Docente e Professor Titular pela Universidade de São Paulo. Professora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

YEDA APARECIDA DE OLIVEIRA DUARTE

Enfermeira-Mestre em Enfermagem. Professor Assistente da Disciplina de Fundamentos de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Apresentação

Há mais de vinte anos a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo vem desenvolvendo processos de ensino-aprendizagem em nível de graduação e de pós-graduação, fundamentados nos instrumentos básicos de enfermagem, preconizados por Wanda de Aguiar Horta.

A subárea de concentração do curso de pós-graduação em nível de mestrado, iniciada em 1973, mantém ainda hoje os pressupostos estabelecidos pela professora que idealizou formas diferenciadas de visualização da enfermagem brasileira, colocando à nossa disposição novas maneiras de fazer e pensar em enfermagem.

Conscientes deste legado, os alunos de dois grupos distintos desta subárea resolveram atender a uma demanda que eles próprios definiram como importante para o ensino de fundamentos de enfermagem no Brasil e produziram em conjunto esta obra.

Cada um dos instrumentos foi exaustivamente analisado em sala de aula e a seguir apresentado sob a forma escrita, objetivando críticas e sugestões dos colegas e da professora, gerando um conjunto de capítulos seqüenciados que por si só constituíram um elo de ligação entre o que se definia como instrumentos básicos de enfermagem e o que a literatura correlata apresentava sob diferentes óticas de diferentes profissionais.

O resultado me parece que será um ponto de partida para novas formas de usar, aplicar, estudar e validar ou não, o que hoje na literatura brasileira de enfermagem chamamos de instrumentos básicos de enfermagem.

A cada um dos autores dos capítulos desta obra, o meu reconhecimento pelo esforço e dedicação, tendo em vista que a sua finalização deu-se após o término dos créditos de mestrado, exigindo um empenho extraordinário por parte de cada um em se dispor a reescrever, revisar e discutir suas idéias.

Cabe ainda destacar que espera-se a contribuição dos usuários, professores, alunos e enfermeiros para as sugestões que se caracterizarem como necessárias para uma melhor utilização desta obra, na assistência e na educação.

Tamara Iwanow Cianciarullo

Sumário

1

Instrumentos Básicos: Como Usá-los na Enfermagem, 1

Tamara Iwanow Cianciarullo

2

Observação em Enfermagem, 5

Maria Clara Cassuli Matheus

Rose Meire Imanichi Fugita

Ana Cristina de Sá

3

Método Científico — Instrumento Básico da Enfermeira, 25

Lucimar Aparecida Barrense Nogueira Sampaio

Nazaré Pellizzetti

4

Princípios Científicos como Instrumento Básico de Enfermagem, 39

Arthur Bittes Junior

Fernanda Carneiro Mussi

Rosali Isabel Barduchi Ohl

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

5

A Criatividade como Instrumento Básico em Enfermagem, 47

Ana Cristina de Sá

Rose Meire Imanichi Fugita

6

Comunicação como Instrumento Básico em Enfermagem, 61

Arthur Bittes Júnior

Maria Clara Cassuli Matheus

7

Trabalho em Equipe — Instrumento Básico de Enfermagem, 75

Ana Aparecida Sanchés Bersusa

Grazia Maria Guerra Riccio

8

O Planejamento como Instrumento Básico do Enfermeiro, 99

Olga Guilhermina Dias Farah

Rose Meire Imanichi Fugita

9

Avaliação — Um Instrumento Básico de Enfermagem, 111

Suely Sueko Viski Zanei

Consuelo Garcia Silva

Grazia Maria Guerra Riccio

Nazaré Pellizzetti

10

Destreza Manual & Habilidade Psicomotora — Um Instrumento Básico
de Enfermagem, 137

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

Fernanda Carneiro Mussi

Suely Sueko Viski Zanei

11

Os Instrumentos Básicos no Desenvolvimento do Processo Cuidativo:

Aprendizagem e Aplicação, 151

Tamara Iwanow Cianciarullo

1

Instrumentos Básicos: Como Usá-los na Enfermagem

Tamara Iwanow Cianciarullo

Não há dúvidas de que os instrumentos básicos de enfermagem (IBE) preconizados por Wanda de Aguiar Horta, em sua concepção sobre as atividades das enfermeiras ao executarem os cuidados de enfermagem, constituem um enfoque atual e central da enfermagem.

Apesar dos poucos estudos realizados nas últimas décadas sobre os instrumentos básicos no Brasil, destaca-se a importância destes no contexto das disciplinas de enfermagem fundamental, que representam em quase todas as escolas de enfermagem as bases para a prática profissional. Além deste fato, alguns professores da área caracterizam e classificam o desenvolvimento do aluno, em função da utilização de alguns instrumentos básicos específicos, como, por exemplo, a observação, a comunicação, os princípios científicos, a destreza manual, entre outros.⁴

Percebendo-se pelas publicações existentes sobre o assunto, uma preocupação relacionada à inserção dos instrumentos básicos no contexto do corpo de conhecimentos específicos da enfermagem, o início de qualquer estudo sobre o tema deve dar-se no âmbito de sua conceituação. Nesta ótica a análise do termo e de sua utilização passa a ser importante como base para o desenvolvimento do conhecimento orientador da prática da enfermagem.

*Instrumentos são recursos empregados para se alcançar um objetivo ou conseguir um resultado.*²

Na enfermagem, esta palavra associada ao termo básico, refere-se ao conjunto de conhecimentos e habilidades fundamentais para o exercício das atividades profissionais.³

Estas definições são as que usualmente encontramos nas publicações específicas para a nossa área. No entanto, o que nos propomos a fazer aqui é desenvolver o conceito da expressão referida, a partir de uma imagem

mental da realidade sob a ótica perceptual do autor, a partir de sua experiência, suas crenças e seus valores.

O termo instrumento básico tem sido usado na enfermagem para caracterizar alguns conhecimentos e habilidades como específicos no âmbito profissional, e constitui parte importante do conteúdo programático de algumas disciplinas como Fundamentos de Enfermagem, Enfermagem Psiquiátrica e Administração Aplicada à Enfermagem, entre outras.

As disciplinas de iniciação à enfermagem como Enfermagem Fundamental e Introdução à Enfermagem, tendem a ensinar o conjunto dos instrumentos básicos. A observação e a comunicação constituem um forte componente das disciplinas com enfoque no relacionamento terapêutico e o planejamento e o trabalho em equipe são parte do conteúdo programático das disciplinas de administração aplicada à enfermagem.

Apesar destas inserções formais no âmbito da estrutura curricular, nem sempre os conteúdos refletem a indicação das inserções dos temas ensinados no contexto da conotação de Instrumentos Básicos de Enfermagem. Este fato gera, muitas vezes, uma dispersão de conhecimentos e experiências colocados ao alcance dos alunos e dos profissionais, por se apresentarem dissociados do contexto específico e fundamental que consiste na apropriação de conhecimentos de outras áreas do saber, na sua transformação diferenciada para utilização do enfermeiro no desempenho das suas atividades profissionais, no campo assistencial, na pesquisa e na educação.

A utilização dos instrumentos básicos de enfermagem pressupõe um ambiente específico, como também determinadas condições e situações. O resultado decorrente da utilização competente dos instrumentos básicos de enfermagem deve estar vinculado à qualidade das ações profissionais executadas pelo enfermeiro.

Os profissionais de enfermagem criam e utilizam conhecimentos sistematizados direcionados para a solução de problemas de saúde de indivíduos ou grupos, e os instrumentos básicos de enfermagem constituem parte desse conhecimento sistematizado, ensinado e aplicado na prática com responsabilidade e compromisso, constituindo uma parcela da profissionalização da enfermeira.

INSTRUMENTOS BÁSICOS E O PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem foi introduzido no Brasil por Wanda de Aguiar Horta, nos anos 70. Desde então, foi implementado em diversas instituições

brasileiras com maior ou menor sucesso. Algumas dessas instituições desenvolveram e inovaram a proposta original e hoje temos alguns grupos de profissionais que relatam experiências já sedimentadas e validadas.

A adequação e eficiência das intervenções dos enfermeiros dependem nestas instituições da apropriada utilização do processo de enfermagem, o qual se constitui de cinco componentes dinâmicos: levantamento de dados, diagnóstico, prescrição, implementação e evolução.

O levantamento de dados é o primeiro componente do processo e consiste na coleta de dados deliberada e sistematizada, com o objetivo de delinear o perfil do estado da saúde, das suas funções e dos comportamentos relacionados à saúde de um cliente, da família ou de uma comunidade. Os dados são geralmente obtidos por meio de históricos auto-aplicados ou formulários aplicados por meio da entrevista; do exame físico; da revisão de prontuários e da colaboração de profissionais.¹

As entrevistas, consideradas como processos de interação enfermeiro-paciente, envolvem um planejamento prévio da entrevista, em termos de local, impressos, materiais e equipamentos necessários; uma observação acurada das reações do paciente durante a entrevista; um processo de comunicação, onde informações são veiculadas entre receptores e emissores. O exame físico, por sua vez, requer uma capacitação do enfermeiro no desenvolvimento da destreza manual, que nesta obra será denominada de habilidade psicomotora, além dos já citados IBE no item das entrevistas. O exame físico exige do enfermeiro uma habilidade de reconhecer e identificar sinais que expressem alterações do estado do paciente por meio do uso de suas mãos e de materiais especiais (aparelhos, termômetros, e outros).

A revisão do prontuário do paciente envolve a observação com seus componentes, e a avaliação segundo critérios previamente estabelecidos através de cada instituição.

A colaboração com profissionais caracteriza, no âmbito institucional, a busca do referencial do trabalho em equipe, visto como uma atividade sistematizada e coordenada, intra-, extra- e multiprofissional.

O diagnóstico de enfermagem exige do enfermeiro uma capacidade de fazer julgamentos sobre os dados coletados, após uma adequada organização dos mesmos, envolvendo um método identificado como método científico, ou quando mais simples como método de resolução de problemas. A criatividade no arranjo e classificação das informações existentes é um fator coadjuvante do sucesso na identificação de um diagnóstico de enfermagem.

A prescrição de enfermagem caracteriza uma definição dos diagnósticos de enfermagem prioritários por parte do enfermeiro e uma subsequente determinação das intervenções ou ações de enfermagem necessárias para a solução dos problemas, definindo o uso do planejamento em relação às prioridades, a avaliação das ações ou intervenções mais adequadas aos diagnósticos identificados, e a comunicação como instrumento de divulgação dos processos definidores das instruções propostas.

A implementação envolve as capacidades cognitiva, afetiva, e psicomotora dos enfermeiros, aplicação dos princípios científicos, além da criatividade na execução propriamente dita das prescrições, de forma a alcançar as metas estabelecidas, com garantia de qualidade de todo processo no contexto da equipe de enfermagem e de saúde.

A evolução do paciente, definida pelas anotações evolutivas e determinada pelos componentes do processo de enfermagem em sua dinâmica, caracteriza a utilização dos IBE, observação, comunicação e avaliação.

Visando incrementar e aprofundar a utilização e o estudo dos instrumentos básicos na busca de uma estrutura de conhecimentos compatível com a necessidade de domínio destes por parte dos enfermeiros na prática cuidativa, gerencial, educativa e de pesquisa, é que os autores desta obra se propuseram a colocar à disposição dos leitores os textos a seguir apresentados.

No processo produtivo de gerar novas formas de visualizar velhos saberes, certamente criam-se oportunidades de evolução e inovação.

Apesar de sabermos que na enfermagem, como na saúde, o desenvolvimento do saber não tem sido utilizado com a abrangência desejada, podemos oferecer um conjunto de informações e conhecimentos arranjados sob a ótica dos processos cognitivos específicos dos enfermeiros.

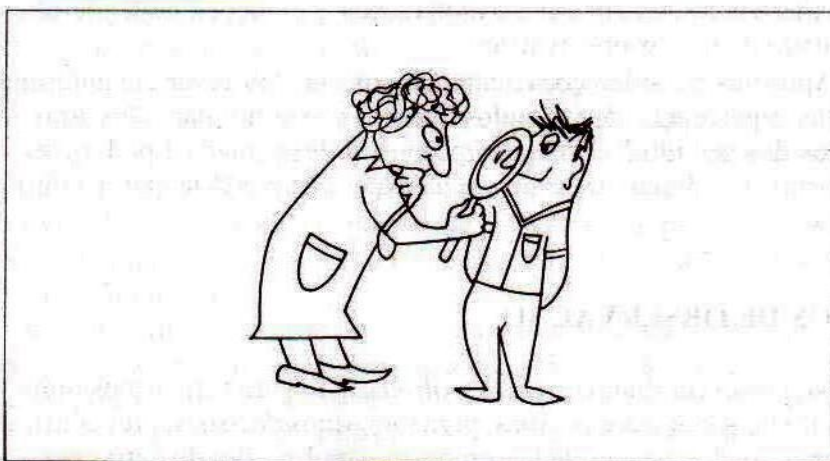
BIBLIOGRAFIA

1. Carpenito LY. Nursing diagnosis application to clinical practice. Philadelphia, Lippincott, 1992.
2. Ferreira AB. de H. Novo dicionário da língua portuguesa. 2 ed. Nova Fronteira, 1986.
3. Horta WA. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. Rev. Bras. Enf., v.24, n.3/4, p.159-169, 1971.
4. Sousa RMC, Santos VLC. de G. Reflexões sobre o ensino de fundamentos de enfermagem. São Paulo, Atheneu/EDUSP, 1989.
5. Watson SJ. An analysis of the concept of experience. J. Adv. Nurs., v.16, n.9, p.1117-21, 1991.

2

Observação em Enfermagem

*Maria Clara Cassuli Matheus
Rose Meire Imanichi Fugita
Ana Cristina de Sá*



INTRODUÇÃO

O ato de observar é indispensável para que nos tornemos conscientes do nosso cotidiano, da realidade em que estamos inseridos, do mundo em que vivemos.

A enfermagem, a partir de Florence Nightingale, em 1859, começou a ter um cunho científico. A observação foi então valorizada, pois tornava a prática profissional mais que um simples cumprimento de tarefas.

Compreendendo que a observação não tem um fim em si mesmo, mas que possui objetivos definidos, esta torna-se um instrumento de coleta de dados que subsidia a transformação da realidade em que o enfermeiro atua.

A observação é o primeiro passo para a execução de todos os cuidados de enfermagem. Assim, fica evidente que a habilidade de observar vai decidir o sucesso ou fracasso do processo cuidativo, pois é a observação que nos dará subsídios para a construção deste processo.¹³

Mas, o que é observar?

Segundo Horta,¹² observação “é a ação ou efeito de observar, isto é, olhar com atenção para examinar com minúcia, atenção que se dá a certas coisas”.

Olhar com atenção implica a utilização da percepção visual. Porém, entendemos que observamos o mundo através de todos os órgãos dos sentidos (olfato, audição, visão, gustação e tato).

Desta forma, observar é perceber com todos os órgãos dos sentidos o mundo que nos rodeia. Mas nossas percepções podem sofrer influências de experiências, expectativas, motivações e emoções podendo alterar o resultado de nossas observações.⁷

Após tais considerações, entendemos que “observar em enfermagem implica a percepção de estímulos internos e externos captados através dos órgãos dos sentidos”. Esta percepção será direcionada e poderá ser mais ou menos fidedigna, dependendo da experiência prévia que o enfermeiro possui.

TIPOS DE OBSERVAÇÃO

No nosso cotidiano, usamos a *observação* para formarmos opiniões a respeito de situações e pessoas, para tomarmos decisões, prever acontecimentos e avaliar necessidades, emoções e motivações de outras pessoas.²⁰

Mas, como vimos, a observação para o enfermeiro deve constituir-se em uma capacidade e habilidade, para que ele possa compreender o contexto em que está inserido e assim ter subsídios para enfrentar e agir no contexto da Enfermagem. O contexto da Enfermagem é amplo e possui muitas facetas que podem ser observadas de várias maneiras.

Assim, descreveremos primeiramente os diversos tipos de observações que podemos fazer, para depois mostrar sua aplicabilidade na Assistência, Pesquisa e Ensino de Enfermagem.

Já dissemos que dependendo da faceta ou fenômeno a ser observado, podemos empregar uma técnica de observação.

Os diversos tipos de observação podem ser organizados segundo mostra a Tabela 2.1.

Tabela 2.1
Classificação dos Tipos de Observação

Meios Utilizados	Sistemática Assistemática
Participação do Observador	Participante Não-Participante
Número de Observadores	Individual Em Equipe
Lugar onde se Realiza	Vida Real Laboratório

OBSERVAÇÃO ASSISTEMÁTICA

As observações assistemáticas ou não estruturadas são aquelas que realizamos espontaneamente, sem utilizarmos meios técnicos especiais, roteiros ou perguntas específicas.

Aquilo que caracteriza a observação assistemática “é o fato de o conhecimento ser obtido através de uma experiência casual, sem que se tenha determinado de antemão quais os aspectos relevantes a serem observados e que meios utilizar para observá-los”.¹⁷

O êxito desta técnica vai depender da atenção e perspicácia do observador, ou melhor, da sua capacidade de perceber todos os detalhes de uma situação ou fenômeno.

Esta técnica de observação pode ser mais apropriada quando queremos compreender de maneira mais profunda a conduta e as situações sociais humanas, pois a observação assistemática é mais flexível, permitindo uma maior liberdade para percebermos todos os aspectos envolvidos.²⁰

A quantidade de dados que podemos colher com este tipo de observação pode ser imensa. Se por um lado isto a torna mais rica e completa, por outro pode haver dificuldades no momento em que precisamos organizar esses dados.³⁰

OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

A observação sistemática também chamada de estruturada ou planejada é aquela que fazemos para responder a propósitos preestabelecidos, ou seja, sabemos de antemão o quê, como e quando vamos observar.

Dessa forma, neste tipo de observação, utilizaremos um roteiro ou um instrumento para coletar dados específicos que deverão ser observados.

Podemos citar como exemplo, os roteiros de entrevista e exame físico que utilizamos para coletar dados do paciente.

Esses instrumentos são elaborados contendo os itens a serem observados e como deve ser classificado cada detalhe da observação. Assim, este roteiro utilizado na observação sistemática pode ter a forma de um quadro, *check list*, escala etc.

A grande vantagem da observação sistematizada é que os dados já são colhidos de forma organizada, além do que, o mesmo roteiro pode ser utilizado por diversos observadores, desde que eles compreendam as situações e os detalhes da mesma forma.

Mas é importante alertar que *falar-se a mesma língua não só não exclui que existam grandes diferenças no vocabulário, mas que significados e interpretações diferentes podem ser dados a palavras, categorias, escalas e expressões aparentemente idênticas.*²⁸

OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

Como o próprio nome diz, *na observação não participante o observador é um espectador*. O observador toma contato com a realidade a ser observada, mas não se integra a ela, não participa.

Cabe ressaltar aqui que os diversos tipos de observação podem coexistir. Isto quer dizer que uma observação não participante pode ser também sistemática ou assistemática.

Lembramos que a escolha do tipo de observação utilizada ficará na dependência do fenômeno ou situação que queremos estudar.

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A observação participante *é aquela que acontece quando o observador, propositadamente ou não, integra-se ao grupo ou ao contexto que está observando*. Nesta situação o observador e o observado estão lado a lado, tornando-se o observador um membro do grupo, de modo a vivenciar o que eles vivenciam e trabalhar dentro do sistema de referência deles.¹⁷

Numa situação de enfermagem, quando orientamos um paciente, por exemplo, a respeito dos cuidados que ele deve ter com a incisão cirúrgica, além do cuidado (orientação do paciente), estaremos alertas para suas dificuldades, seus valores, que podem interferir no processo cuidativo.

Este tipo de observação pode ser apropriado quando queremos estudar os valores de um grupo, qual a dinâmica dos relacionamentos etc. Na observação participante podem-se obter respostas ou dados sem ter que fazer perguntas, pois, o observador convive com o observado.³⁰

O nível de participação num dado contexto que desejamos observar pode variar com a fase do estudo. Assim, se no início é necessário mais observação que participação, até para ganhar a confiança do grupo, com o decorrer do tempo a profundidade das observações irá depender das relações pessoais e da participação do observador.³⁰

OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL

Como o próprio nome indica, *a observação individual é aquela feita por uma única pessoa*. Nesse caso, os dados colhidos são decorrentes da personalidade do observador que se projeta sobre o observado.

Se esse fato assegura uma certa objetividade sobre o observado, por outro lado, corremos o risco de fazermos distorções e inferências pessoais. Mas esse aspecto pode ser contornado se, ao anotarmos os dados, indicamos quais são os eventos reais e quais são nossas interpretações.

OBSERVAÇÃO EM EQUIPE

Este termo, *observação em equipe, é utilizado quando nos referimos à observação feita por diversas pessoas e cada qual observa um aspecto da mesma situação*.¹⁷

Todos os componentes da equipe de enfermagem fazem observações do paciente, cada qual dentro de seu âmbito profissional e legal. Estas observações são organizadas pelo enfermeiro, que então faz o planejamento da assistência de enfermagem a ser prestada ao paciente.

Outros autores¹⁵ dizem que a observação em equipe pode assumir diferentes formas: cada observador utiliza uma técnica para observar, cada um observa um aspecto diferente, ou todos observam a mesma situação e confrontam suas observações.

OBSERVAÇÃO NA VIDA REAL

Quando a observação é feita e registrada no momento em que ocorre, denomina-se observação na vida real.

O fato de registrar um dado simultaneamente à observação reduz a tendência que temos em selecionar detalhes ou mesmo de esquecê-los. Mas, além da rapidez e destreza em observar e anotar ao mesmo tempo, é necessário estabelecer as ocasiões, delimitar o tempo e a possibilidade de estarmos presentes no momento em que ocorre o fenômeno que queremos observar.

As anotações de enfermagem são um exemplo deste tipo de observação, pois são feitas no momento que ocorre: uma intercorrência com o paciente, ao checarmos uma medicação que foi administrada.

OBSERVAÇÃO EM LABORATÓRIO

A observação em laboratório é aquela realizada dentro de condições estabelecidas, onde os fatores que podem interferir na ocorrência de um fato ou fenômeno são controlados.

Quando regulamos um respirador artificial, estabelecendo limites de padrões respiratórios que farão soar alarmes, estamos estabelecendo os fatores que desencadearão ações de enfermagem.

Normalmente o observador utiliza, além de seus órgãos dos sentidos, instrumentos que permitem colher dados mais refinados. Porém, muitos aspectos da vida humana não podem ser observados sob condições idealizadas no laboratório.

A HABILIDADE DE OBSERVAR

Qualquer que seja o tipo de observação utilizado, ele é, em si mesmo, o método de colher dados mais suscetível a erro. As pessoas que observam, devem, então, se tornar bons “instrumentos” para colher dados.²⁰

Essas autoras propõem que o observador tenha de modo claro o que ele quer observar. Desta forma, mesmo nas observações assistemáticas, o observador sabe o que procura.

Também o observador deve ser capaz de manter a “atenção concentrada”, em estado de alerta para perceber (com todos os órgãos dos sentidos) a situação observada.

A habilidade para observar também depende do conhecimento do observador: “Quem nada aprendeu nada pode observar.”⁴

Em uma situação de enfermagem, por exemplo: Quais os cuidados que daríamos a um paciente que está com edema agudo de pulmão, se não soubermos observar e detectar quais seus sinais e sintomas?

O conhecimento do observador pode ser visto sob outro ângulo, e está relacionado à peculiaridade que o fato, pessoa ou fenômeno a ser observado possui. Existem dificuldades em observarmos aquilo que nos é familiar quando comparadas às dificuldades em se observar o exótico.²⁸

Estarmos frente a um fenômeno que sempre vemos ou encontramos não assegura que este seja conhecido. Ou seja, estar habituado a um fato não implica que conheçamos todos os seus aspectos.

Continuando no mesmo exemplo citado: sabermos os sinais e sintomas do edema agudo de pulmão não quer dizer que todos os pacientes quando estiverem entrando neste quadro apresentarão todos os mesmos sinais e sintomas.

Com certeza somos capazes de descrever uma observação de uma situação corriqueira para nós, sem nos atermos a detalhes, às vezes, decisivos para a compreensão daquela situação.

Outro aspecto que pode garantir a qualidade da observação é o que alguns autores¹⁵ chamam de “meios para verificar se o observador se envolveu a ponto de ter uma visão tendenciosa do fenômeno”. Para isto, propõem que o observador confronte o que está percebendo da realidade com aquilo que esperava encontrar, ou então comparar as primeiras anotações do que observou com as que surgiram mais tarde. Se as percepções e anotações forem muito parecidas, ele deve desconfiar de si mesmo, pois pode estar querendo confirmar idéias preconcebidas.

PERCEPÇÃO E OBSERVAÇÃO

Perceber, contrariando o senso comum, não se constitui apenas no ato de se captar sentimentos subjetivos, mas em receber informações externas e internas ao indivíduo através dos órgãos dos sentidos e, então, interpretá-las.

A percepção de fenômenos visuais, táteis, auditivos, olfativos e gustativos envolve o treinamento de tais capacidades, o que ocorre no processo

de desenvolvimento do ser humano física e mentalmente, através da observação e da memória.

O desenvolvimento, por outro lado, nos proporciona a atribuição de certas qualidades *afetivas* aos objetos percebidos. Assim, certos objetos podem mudar em nossa percepção, quase como numa distorção, quanto a seu *sentido*.^{7,14}

Por exemplo: um pedaço de tubo metálico inicialmente percebido como sem utilidade, pode ser percebido pelo enfermeiro da área cirúrgica como um respiro de um frasco de drenagem torácica; um foco de luz percebido como um objeto de mobília, pode vir a ser percebido como um meio de aplicar calor de forma terapêutica, e assim por diante.

O que ocorre é que “os sentidos percebidos dos mesmos objetos — que constituem as percepções iniciais e finais — podem ser tão diferentes que, às vezes, parecem objetos inteiramente diversos para a pessoa”.¹⁴

Portanto, a observação necessita de treino, para que a percepção dos objetos sofra o mínimo possível de distorções pelo que denominamos sentimentos e emoções (no nosso caso, os objetos de observação se constituem no paciente-cliente e demais fenômenos que se inserem no mundo perceptual do enfermeiro).

Há diferenças individuais, no entanto, que são características nas respostas aos estímulos internos e externos ao indivíduo que devem ser consideradas. Porém, pode-se motivar e treinar o ser humano a habituar-se e a treinar sua observação com um objetivo definido, através do experimentar de padrões de estímulo e da atenção seletiva.

Esse treinamento deve ocorrer desde a formação educacional do enfermeiro, para que esse possa desenvolver sua capacidade de observador conforme a necessidade de seu fazer profissional.

IMAGEM E PERCEPÇÃO

Há diferentes tipos de imagens em nosso campo perceptual. Assim como podemos ver, ouvir, cheirar, degustar ou palpar objetos fisicamente presentes, podemos “ver” objetos que não estão no meio físico. Por exemplo: podemos “sentir” o odor de éter nesse momento, sem que haja essa substância por perto; podemos “ouvir” o barulho de um aspirador, sem que haja algum sendo utilizado. Basta lembrarmos-nos dessas sensações.

Os indivíduos diferem ainda em sua capacidade perceptual quanto a preferências: alguns têm preferência visual, outros, auditiva. Um indivíduo predominantemente auditivo, por exemplo, ao lembrar-se de alguém, pensa primeiramente no som da voz dessa pessoa. A maioria das pessoas parece se enquadrar no tipo misto, porém sempre com uma tendência maior a um ou outro tipo.

O que pretendemos deixar claro é que imagens são mais “fluidas” e menos intensas que percepções diretas do objeto real, o que é fundamental para determinar a fidedignidade da observação realizada. Imagens são muito mais ligadas a emoções do que as percepções; imagens são mais subjetivas e percepções são fenômenos mais objetivos, exceto quando são distorcidas por problemas de ordem orgânica e psicológica.

Reafirmamos, portanto, que a percepção pode ser treinada a partir de estímulos que envolvam os diversos órgãos dos sentidos, aguçando a capacidade e a eficiência da observação.

Pode-se estimular a memória tátil (sensação térmica, aspereza, maciez, relevo, etc.); visual (para cores, formas etc.); gustativa (acidez, doçura etc.); auditiva (sons vibrantes, suaves, ritmos rápidos, lentos etc.).¹⁴

O “SEXTO SENTIDO”

Não raramente, no dia-a-dia da Enfermagem, nos deparamos com certas “sensações” descritas como um *estado de alerta* que nos leva a afirmar que “algo está fora do padrão normal”, mas não conseguimos explicar exatamente do que se trata.

Minutos depois, aquele “sinal silencioso de alerta” transforma-se numa situação de emergência, como um paciente que entra em parada cardiorrespiratória ou uma hemorragia súbita ou outra ocorrência na unidade de trabalho.

Tal fenômeno é descrito muitas vezes como fato dito “sobrenatural”. No entanto, a *Teoria da gestalt* e a *Ciência do ser humano unitário*, de Martha E. Rogers, encontram explicações advindas da física que nos trazem uma resposta satisfatória para tais “percepções”.

A gestalt, ramo da psicologia que estuda profundamente o campo da percepção, coloca que “o todo é muito mais do que a soma de suas partes”. A partir de tal pressuposto, a gestalt tornou mais respeitável na psicologia experimental o estudo de variáveis globais relativamente não analisadas.

As variáveis simples que compõem o ambiente possuem, segundo a gestalt, uma “lei de combinação”, ou seja, uma forma de arranjar o todo harmoniosamente. *Aquilo que destoa da harmonia do todo (da cena observada) gera no observador uma sensação de incômodo.*

O ser humano e o ambiente estão em constante interação e em troca contínua de energia através de padrões rítmicos. Dessa forma, um padrão energético diferente gera uma percepção diferenciada do todo.²¹

“Clarividência é algo racional, se vista sob o ângulo da interação simultânea entre os campos humano e ambiental, assim como eventos como a psicometria, o toque terapêutico, a telepatia e uma infinidade de fenômenos.”
Rogers²¹

Tais colocações nos levam a refletir se a fenomenologia, tão forte na gestalt e na *Teoria de enfermagem*, de Rogers²¹, não seria um caminho para se repensar o fenômeno da observação na Enfermagem e em sua importância como instrumento básico na arte de cuidar do ser humano, com vistas a ampliarmos nosso campo perceptual e nossa visão de mundo.

VANTAGENS E DESVANTAGENS DA OBSERVAÇÃO

A observação é o instrumento que permite colher dados que proporcionam a maior variedade e profundidade de informações. Os seres humanos — os observadores — se utilizam como instrumentos de medida, e constituem um meio peculiarmente sensível e inteligente, ainda que falível.²⁰

Porém, devemos considerar que, dependendo da situação estudada ou do que se observou, podemos nos defrontar com problemas éticos, reações indesejadas do observado, ou até falta de consentimento deste em ser observado. Algumas vezes observamos uma pessoa sem seu consentimento para evitar que haja interferências nos resultados, caso estes estejam conscientes do procedimento, como quando verificamos a frequência respiratória do paciente.

Também, já mencionamos que a qualidade do dado colhido depende da habilidade que a pessoa tem para observar, exigindo do observador atenção, sensibilidade e percepção.

44 Sendo a observação um ato humano, certos fatores como o estado emocional, valores pessoais, envolvimento, interesse, prejulgamentos, podem contribuir positiva ou negativamente durante uma observação.

A OBSERVAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Para o planejamento da assistência de enfermagem, a observação é um “ato, hábito ou poder de ver, notar e perceber; é a faculdade de observar; é prestar atenção para aprender alguma coisa; é examinar, contemplar e notar algo através da atenção dirigida”. A observação permeia toda e qualquer atividade humana, inclusive como sendo um instrumento essencial para o desenvolvimento da ciência.⁶

A observação é um dos instrumentos básicos que o enfermeiro necessita para planejar e executar sua assistência especializada. Afinal, é a partir da observação treinada e sistematizada que esse profissional coletará dados que lhe permitirão chegar a um diagnóstico da situação que se apresentar à sua frente. Assim, poderá escolher qual o método mais adequado que deverá utilizar, objetivando resultados positivos na arte da ciência cuidativa.

A observação aguça-se com a prática contínua da enfermagem. A vida profissional vai nos proporcionando o lapidar dos sentidos de forma a *perceber o imperceptível*.¹⁶ Observamos comportamentos, colorações de pele, padrões respiratórios, ritmos cardíacos, expressões faciais, odores, aspectos de incisões, alterações em níveis de consciência, exsudatos, secreções etc.

Portanto, o fazer da enfermagem depende de um observar constante, cuja conseqüência é o direcionamento das ações do enfermeiro e equipe em prol da assistência do ser humano.

“A conseqüência natural da observação é uma decisão para atuar ou não em relação ao que é observado.”

Orlando, I.J.¹⁹

É através da observação que o enfermeiro detecta a relação entre os cuidados prestados e as modificações nos padrões das necessidades ou respostas dos pacientes. Este é também um instrumento de avaliação valioso, como se pode inferir, para o alcance ou não dos objetivos traçados

pelo enfermeiro e que lhe confere, pela prática constante, um elevado grau de capacidade para avaliação clínica.^{2,9}

A identificação da natureza e da provável causa do problema de um paciente exige que o enfermeiro mantenha-se como um sistema aberto a receber informações através da observação.

Um sistema aberto é aquele que proporciona condições para receber e trocar muito mais informações com os demais sistemas que o cercam, ampliando sua capacidade perceptual.²¹

Perguntamos a alguns enfermeiros assistenciais se gostariam de nos dar algum depoimento sobre o Instrumento Básico observação. Um deles nos fala da observação como ponto de partida para o assistir:

“...Observar é, para mim, o instrumento mais importante, do ponto de vista do enfermeiro que está na assistência direta. A observação permeia tudo: para planejar, para resolver problemas, para criar ou improvisar nas horas mais agitadas... É a partir da observação que você vai tomar consciência de como dividirá o seu tempo num dia de trabalho e vai detectar o que precisará priorizar ou mudar para que tudo corra bem.” (A. F., 15 anos como enfermeira assistencial.)

Outro, nos dá um alerta:

“...creio que o enfermeiro precisa dar importância ao que observa em seu trabalho diário, pois pode incorrer no erro de olhar e não querer ver. Muitas vezes vemos um problema mas não o enxergamos e ele acaba se tornando rotina, deixando de ser percebido como problema. Por isso, coloco a observação como uma ferramenta básica de reflexão e melhoria do nosso trabalho.” (D., cinco anos de experiência profissional.)

Bujack *et al.*³ e Polit e Hungler²⁰ afirmam que o exercício da observação nos traz a possibilidade de aprendizado, inovação e do desenvolvimento de estratégias de planejamento da assistência de enfermagem.

O que se pode concluir, na realidade, é que a eficiência clínica e administrativa do enfermeiro muito dependerá de sua capacidade de observação. Este instrumento básico está diretamente ligado a uma melhor performance desse profissional no planejamento e execução das ações de enfermagem.

Talvez até se possa colocar ser esse o mais importante instrumento básico necessário à prática da enfermagem, pois é um dos únicos que se inter-relaciona com todos os outros instrumentos, levando-nos a colocá-lo como o primeiro a ser abordado neste livro.

“A lição prática mais importante que pode ser dada a enfermeiras é ensinar-lhes o que observar, como observar, os sinais e sintomas que indicam melhora do estado do doente, os que indicam o contrário, quais são os de importância, os de nenhuma importância, quais as evidências de negligência e que tipo de negligência.”
Nightingale⁸

RELAÇÕES DA OBSERVAÇÃO COM O ENSINO DA ENFERMAGEM

Antes de colocarmos as relações da observação com o ensino da Enfermagem, vale explicitar algumas informações sobre como se dá a observação e conseqüentemente a percepção em qualquer situação do nosso cotidiano. A partir destas informações tentaremos ir clareando como se dá o processo ensino, aprendizagem, enfocando o papel da observação.

Não podemos negar que grande parte do que aprendemos se dá através da observação. Desde o início de nossas vidas, observando uns aos outros, aprendemos regras, tipos de comportamentos, estilos de discurso, vocabulário. Ou seja, grande parte do que aprendemos, o fazemos observando como os outros fazem, agem ou falam.⁷

Mas não queremos dizer com isto que aquilo que aprendemos por observação é simples e pura imitação. Como já enfatizamos no início do capítulo, cada um observará um fato segundo seus valores, visão de mundo, permitindo ir além do que vemos ou ouvimos. Como percebemos o mundo dependerá de nossas experiências, expectativas, emoções e motivações, além de fatores externos como o meio ambiente e a cultura.

Porém, perceber implica uma série de atividades cognitivas, como atenção, consciência e memória. Estas atividades também estão relacionadas à capacidade fisiológica que cada pessoa possui em detectar um estímulo (o fato a ser observado), converter este estímulo, transmiti-lo ao cérebro e processar esta informação ou estímulo.

Todos estes fatos nos permitem afirmar que para um estudante, inclusive o de enfermagem, aprender a observar e aprender pela observação, depende dele mesmo e das condições que o professor lhe possibilite para que o processo ensino/aprendizagem ocorra.

Nas escolas de enfermagem, os professores utilizam a capacidade de observação do aluno para ensinar vários procedimentos de enfermagem.

Quando utilizamos as demonstrações práticas de um procedimento de enfermagem, estaremos propiciando ao aluno aprender por observação.

A vantagem desta estratégia é que o aluno pode manipular materiais, memorizar a seqüência das etapas de um procedimento, errar e acertar longe da presença de um paciente, o que poderia aumentar a dificuldade de aprender.

Mas é em campo clínico, no ambiente natural do exercício da profissão, que o aluno completará seu aprendizado. Neste momento, o aluno em um ambiente novo para ele estará enfrentando um verdadeiro bombardeio de estímulos, isto é, fatos que devem ser observados e processados para que a aprendizagem ocorra.

Nesta situação é muito comum o aluno não “enxergar” tudo, pois como dissemos no início do capítulo são inúmeras as dificuldades para se diferenciar aquilo que para nós é “exótico”.

Assim, a nosso ver, cabe ao professor propiciar um tempo, respeitando as diferenças individuais, para que o aluno se habitue ao ambiente e vá mostrando a ele, o que, como, e para quê observar, até que o aluno consiga enxergar o paciente como um todo.

Mas, concomitantemente ao decorrer da prática, o aluno vai adquirindo conhecimentos que possibilitarão observar sinais e sintomas, alterações de comportamentos e maneiras de agir de um paciente. É através destas observações e conhecimentos que o aluno vai aprendendo a cuidar de um paciente por inteiro.

Por outro lado, já vimos que existem vários tipos de observações, e que cada uma é mais apropriada em uma dada situação. Por isso, cabe lembrarmos que o professor, independentemente de sua concepção de mundo, de seus valores, deve estimular o desenvolvimento de todos os tipos de observação, e mais, validando a percepção do aluno.

Desta forma, estaremos dando a oportunidade para que o aluno desenvolva suas potencialidades como ser humano, e por conseqüência, como futuro enfermeiro. A observação também está relacionada ao cotidiano do professor. Ele se vale de sua habilidade em observar, para adequar estratégias de ensino, planejar os conteúdos programáticos e para avaliar o aluno.

Hickman¹¹ e Vaughan²⁷ mostram como a análise dos dados de observações feitas por alunos de enfermagem subsidiaram mudanças em suas estratégias de ensino.

Para exemplificar como utilizar a observação no contexto do ensino da enfermagem propomos algumas situações que podem ser observadas

pelo aluno e pelo professor. É importante, também, que tanto o professor quanto o aluno reflitam sobre qual o melhor tipo de observação que poderá utilizar para cada situação.

PROPOSTAS DE SITUAÇÕES QUE O ALUNO PODE OBSERVAR

- O que eu, como aluno de enfermagem, posso fazer para que o paciente se sinta à vontade em conversar comigo?
- Quais as atividades que a enfermeira da unidade que estou estagiando desenvolve?
- Embasada em que dados consigo planejar a assistência de enfermagem para o paciente que está sob meus cuidados?
- Quanto tempo levo para prestar cuidados de higiene a um paciente acamado? Que fatores aumentam o tempo para prestar estes cuidados?

PROPOSTAS DE SITUAÇÕES QUE OS PROFESSORES PODEM OBSERVAR

- Que tipo de pacientes os alunos de enfermagem mais tocam?
- Quantas vezes o aluno de enfermagem deve treinar a passagem de sonda vesical em laboratório de enfermagem para que, na prática, não contamine a sonda vesical?
- Qual a relação que existe entre o valor de notas que uma aluna alcança durante o curso e sua expectativa de realização profissional?

Em relação à avaliação, cabe lembrar e alertar também que “o professor deve ser capaz de observar um comportamento com o propósito de descrever um evento unido à disposição mental, sabendo que esta altera o modo como ele vê o comportamento do aluno, algumas vezes alterando sua percepção”.²⁶

Assim, para avaliar um aluno, é conveniente que o professor utilize mais do que uma forma de observar e que as observações ocorram em momentos diferentes, para que ele possa “enxergar” o aluno “por todos os lados”.

Além disto gostaríamos de frisar que a utilização do Instrumento Básico Observação pode nos mostrar o grau de envolvimento, de conhecimento, de sensibilidade e de percepção, seja o professor, aluno ou enfermeiro tem com seu meio.

O ensino e o desenvolvimento da habilidade de observar influencia na prestação de cuidados de enfermagem que o aluno vai prestar como futuro profissional:

“A ênfase na noção de observação terá como conseqüência a formação de um profissional mais atento e mais apto na prática de enfermagem. Desta forma, a atitude do enfermeiro frente às noções fundamentais, que sustentam a enfermagem terá maior possibilidade de ser bem estabelecida.”

Dias⁸

A UTILIZAÇÃO DA OBSERVAÇÃO NA PESQUISA EM ENFERMAGEM

A observação é um instrumento essencial ao pesquisador, pois constitui-se no principal recurso utilizado para se coletar dados.

Uma observação científica envolve a seleção sistemática, a observação e o registro de comportamentos e situações relevantes para um problema sob “investigação”.²⁰

Ao utilizarmos a observação para compreensão do fenômeno estudado evitamos que os resultados obtidos sejam meras suposições e conjecturas.

O pesquisador deve observar diretamente os fatos, exatamente como estão ocorrendo na natureza. Assim sendo, é necessário que saiba *o que* observar, tendo um foco que o direcione, um problema específico ou hipóteses a serem testadas.

Outro aspecto importante é *como* o pesquisador observa, o que implica a adequação de sua forma de observar, caso contrário poderá perder dados significativos para a pesquisa.

As observações do pesquisador devem ser feitas com atenção, utilizando todos os órgãos dos sentidos; exatas e completas; descrever fielmente a realidade encontrada; precisas, quantificando os dados sempre que possível; e sucessivas e metódicas, permitindo maior exatidão na observação de certos aspectos do fenômeno.⁵

Devemos mencionar, também, que o pesquisador deve conferir importância a tudo que está sendo observado, não descartando dados que possam vir a ser significativos para a compreensão do fenômeno.

A observação na pesquisa implica que os dados não são obtidos apenas por meio de entrevistas e questionários, onde as respostas verbal e/ou escrita constituem-se no foco principal ou apenas pela mensuração dos resultados de uma pesquisa experimental. O significado das ações dos sujeitos e o contexto em que ocorrem surgem como dados significativos para a compreensão do pesquisador.

O tipo de pesquisa irá determinar o grau de estrutura da observação e o grau de participação do pesquisador.

As pesquisas quantitativas são relacionadas à mensuração do fenômeno, características, conceitos, ou coisas e buscam descrever “o quanto” de uma característica está presente.²³

Neste tipo de pesquisa utilizam-se, geralmente, observações estruturadas. Estas observações podem ocorrer em situações de campo ou em experimentos controlados em laboratório.

O pesquisador pode fazer inferências e exercer julgamentos, porém restringe-se ao fenômeno que será observado e registrado; deve formular um sistema para categorizar, registrar e codificar as observações e amostras do objeto de estudo.²⁰

Nas observações estruturadas o pesquisador está ciente dos aspectos significativos para seus objetivos de pesquisa e, portanto, elabora previamente um plano para a coleta de dados e para a realização e o registro das observações.²²

Nas pesquisas quantitativas, o pesquisador não participa, não se envolve na comunidade estudada. Este limita-se a registrar os eventos e comportamento como uma pessoa neutra.

Como exemplo, na enfermagem, podemos citar a pesquisa de Watanabe.²⁹

Watanabe (1989) analisou o teor residual de óxido de etileno, etileno-cloridrina e etilenoglicol em sondas endotraqueais. Verificou sondas de diversos diâmetros internos, em função dos tipos de embalagens e colocadas nas diversas posições no interior da câmara esterilizadora. Os teores residuais foram observados através de cromatógrafo gasoso.

Neste estudo, a pesquisadora utilizou-se da observação em laboratório, fazendo uso de um instrumento, o cromatógrafo, para “refinar” a coleta de dados.

Quanto às pesquisas qualitativas, estas têm o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave. É descritiva, com análise indutiva dos dados e valoriza o processo e não simplesmente os resultados e o produto.²⁵

O objetivo dessa “pesquisa de campo” é entender o comportamento e experiências de pessoas conforme estas realmente ocorrem nos ambientes naturais. Portanto, as observações e registros de dados ocorrem com o mínimo de estrutura e interferência do pesquisador.²⁰

Segundo Polit e Hungler,²⁰ nestas pesquisas, conhecidas como observação participante, o investigador participa das atividades do grupo investigado, o que permite a observação e registro de informações dentro do contexto, estrutura e símbolos relevantes para os membros do grupo.

A pesquisa de Gualda¹⁰ é um exemplo desta abordagem qualitativa.

Gualda (1992) estudou o cuidado, as crenças, valores e significados atribuídos à experiência do parto de um grupo de mulheres faveladas. Durante um ano a pesquisadora manteve contato com mulheres que tiveram experiência em parto domiciliar ou hospitalar, que prestaram ajuda em parto domiciliar, com representantes leigos, religiosos, funcionários da prefeitura e líderes comunitários. Os dados foram coletados por meio de observação participante do contexto onde vivem estas mulheres, entrevistas abertas, semi-estruturadas e conversas informais com informantes. Para o registro foram utilizadas máquinas fotográficas e gravadores, mas o principal meio utilizado foram as notas de campo resumidas e completadas posteriormente, ao final de cada período de observação. Eram anotados, também, dados referentes à subjetividade da pesquisadora.

Muitas vezes, observamos na nossa prática profissional diária fatos e situações que nos trazem inquietações. Estas inquietações podem constituir-se em nosso foco de indagação a partir do qual iremos proceder às nossas pesquisas em enfermagem. Dessa forma, a observação contribui para o crescimento científico da enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observar significa “trazer o mundo para dentro de nós”. Percebê-lo para entendê-lo.

Cada tipo de observação será mais apropriada dependendo da situação que queremos estudar (perceber). Assim, cada pessoa, cada enfermeiro

procurará as situações a serem observadas segundo a concepção de mundo, de homem e de seus valores e experiências de vida.

É o somatório destas observações que permitirão construir através do método científico, e formar o conjunto de conhecimentos de nossa profissão.

BIBLIOGRAFIA

1. Ander Egg E. Introducción a las técnicas de investigación social. 4. ed., Buenos Aires, Humanitas, cap. 8, pp. 95-108, 1974.
2. Beland I, Passos I. Enfermagem clínica. São Paulo, EPU/EDUSP, 1980.
3. Bujack L *et al.* Assessing comprehensive nursing performance: the objective structured clinical assessment (OSCA). Part 2 — report of the evaluation project. *Nurs. Ed. Today*, v.20, p. 248-55, 1992.
4. Carvalho DV. Observação científica: um instrumento básico de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enf.*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, pp. 1-6, 1981.
5. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. São Paulo, McGraw-Hill Brasil Ltda, 1973. cap. 2, pp. 33-64: O método científico.
6. Daniel LF. A enfermagem planejada. São Paulo, EPU/EDUSP, 1989.
7. Davidoff LL. Introdução à psicologia. São Paulo, MacGraw-Hill do Brasil, 1983. cap. 6, pp. 210-54: A percepção.
8. Dias CBG. Observação em enfermagem. A necessidade de um conceito. Ribeirão Preto, 1990. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
9. Giroto E. Assessment of competence in clinical practice — a review of the literature. *Nurs. Ed. Today*, n. 13, pp. 83-90, 1993.
10. Gualda DMR. Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto. São Paulo, 1992. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
11. Hickman JS. A critical assessment of critical thinking in nurse education. *Holistic Nurse Prat.*, v. 7, pp. 36-47, 1993.
12. Horta W. de A. Editorial: dos instrumentos básicos de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 4, n. 1/2, pp. 36-4, 1970.
13. Horta, W de A, Kamiyama Y, Paula NS de. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 4, n. 1/2, pp. 5-20, 1970.
14. Krech D, Crutchfield R. Elementos de Psicologia. V. 1 e 2, São Paulo, Pioneira, 1980.
15. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas. 2ed. São Paulo, Editora Pedagógica Universitária, 1986.
16. Malinski MM. Explorations on Martha Rogers science of unitary human beings. Norwalk Appletton Century Crofts, 1986.
17. Maroni MA, Lackatus EM. Técnicas de pesquisa. 2a ed. São Paulo, Editora Atlas, 1990.
18. Nightingale F. Notas de Enfermagem. São Paulo, Cortez, 1989.

19. Orlando I J. O relacionamento dinâmico enfermeira-paciente. São Paulo, EPU, 1978.
20. Polit D, Hungler B. Nursing research: principles and methods. 2 ed., Toronto, J. B. Lippincott Co, 1983. cap. 16, pp. 319-41: Observational methods.
21. Rogers ME. An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia, A. Davis, 1970.
22. Selltiz, Jahoda, Deutsch, Cook. Métodos de pesquisa nas relações sociais. São Paulo, EDUSP, 1974. cap. 6, pp. 225-61: Coleta de dados.
23. Shelley SI. Research method in nursing and health. Boston, Little Broward Co., 1984.
24. Treece EW, Treece JW. Elements of research in nursing. 4 ed. St. Louis, The C.V. Mosby Co., 1986. cap. 19, pp. 332-47: Observation.
25. Trvins ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. 1. ed. São Paulo, Atlas, 1987. Cap. 5, pp. 116-73: Pesquisa qualitativa.
26. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Planejamento e organização do ensino: Um manual programado-para o treinamento do professor universitário. Porto Alegre, 1981.
27. Vaughan JA. Student nurse attitudes to teaching/leaning methods. J. Adv. Nurs., v. 15, pp. 925-933, 1990.
28. Velho G. Observando o familiar. In: E. Nunes. A aventura sociológica. Zahar Ed., 1978.
29. Watanabe E. Estudo dos níveis residuais de óxido de etileno em sondas endotraqueais em função dos tipos de embalagens utilizados. São Paulo, 1989. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
30. White WF. Treinando a observação participante. In: Alba Z. Desvendando máscaras sociais. São Paulo, Francisco Alves Ed., 1980.

3

Método Científico — Instrumento Básico da Enfermeira

*Lucimar Aparecida Barrense Nogueira Sampaio
Nazaré Pellizzetti*

INTRODUÇÃO

Em suas múltiplas atribuições o enfermeiro está constantemente avaliando problemas de enfermagem e buscando solucioná-los. A natureza dos problemas de enfermagem será influenciada pela filosofia, teoria, valores, crenças e metas da instituição e da equipe de enfermagem. Compete ao enfermeiro identificar, julgar e resolver os problemas de enfermagem. A qualidade da enfermagem como um todo está na dependência da tomada de decisão do enfermeiro.

Problema pode ser caracterizado como uma necessidade do ser humano diante de um fato e buscar meios de resolução constitui a própria essência do problema, ressaltando a importância da exatidão quanto aos resultados que se pretende obter.³¹

A enfermagem, tendo o cuidado como o seu foco principal, não pode ser analisada isoladamente de suas raízes históricas. Ao contrário, deve resgatá-las e construir uma nova disciplina baseada em sua condição e tendo como sustentáculo o cuidado humano. É tempo para a enfermagem tentar encontrar seu espaço, sua identidade, participar, enfrentar riscos e tomar decisões.³⁰

Ao se reportar ao diagnóstico da situação de enfermagem em 1970, Ribeiro²⁶ aponta entre os problemas relativos ao serviço de enfermagem a falta de modelos organizacionais, padrões brasileiros para cálculo de pessoal, modelos para supervisão e avaliação do trabalho das diferentes categorias de enfermagem, padrões mínimos de assistência, enfermeiros qualificados para a realização de pesquisas de enfermagem e métodos de assistência para a prática.

Podemos relacionar a resolução de todos os problemas de enfermagem, citados por Ribeiro,²⁶ com a necessidade de utilização do método científico de resolução de problemas.

O enfermeiro constantemente busca alternativas para a resolução de problemas de enfermagem. A utilização do método científico requer o desenvolvimento de pensamento crítico. O ato de imaginar alternativas é um ato libertador, no sentido de que os fatos não são fixos, mas podem ser modificados de acordo com a conscientização de cada um sobre os valores do mundo que podem e devem ser questionados.⁶

A enfermagem existe para atender às necessidades de saúde. E, à medida que se alteram essas necessidades, também deve modificar-se seu tratamento. As alterações na estrutura social, nos estilos de vida, nos progressos científicos e tecnológicos provocam também uma alteração nas tradicionais abordagens terapêuticas, nos conceitos envolvidos e nas expectativas da sociedade sobre saúde.⁷

A importância da utilização de um método científico ou de resolução de problemas na enfermagem é evidenciada por Brunner e Suddarth⁷ quando comentam que, apesar do interesse e esforços de setores públicos e privados da sociedade, o sistema de prestação de cuidados de saúde permanece fragmentado. Existe duplicação de serviços, há coordenação mínima dos esforços de vários membros da equipe de saúde, a meta dos cuidados nem sempre é alcançada e esforços continuados são desperdiçados.

Percebe-se claramente que a utilização de um método científico ou de resolução de problemas influencia os resultados das ações de enfermagem em todas as áreas de atuação.

O propósito deste capítulo é caracterizar o método científico de resolução de problemas como um instrumento básico de enfermagem.

CONCEITOS ENVOLVIDOS

A palavra método, derivada do grego *méthodos*, significa caminho para chegar a um fim.^{2,10,16,18,24} Nas ciências, métodos são os *instrumentos básicos* que ordenam os pensamentos em sistemas, traçando o modo de proceder do cientista ao longo de uma investigação para alcançar um objetivo predeterminado.¹⁶

A investigação científica produz um corpo de conhecimentos que possibilita ao homem um melhor controle do ambiente e um conjunto de

procedimentos. Desse modo, permite ao investigador aprimorar as formas de aumentar o seu corpo de conhecimentos, de modo progressivo.¹

Os procedimentos da investigação científica são constituídos por implemento, técnica e método:

Implemento. Constitui qualquer instrumento físico ou conceitual utilizado na pesquisa com o propósito de ampliar o alcance, a precisão e suprir, até certo ponto, os próprios sentidos do investigador. Exemplos: símbolos matemáticos, computadores, microscópios, entre outros.

Técnica. Inclui todos os modos de utilização dos instrumentos; representa a forma de atingir objetivos, o modo de agir. A técnica é um meio específico usado em uma determinada ciência ou um aspecto desta;³ é um sinônimo de *processo*, e consiste na aplicação específica do método científico de resolução de problemas.¹⁰

Método Científico. Constitui um procedimento geral, sistemático, baseado em princípios lógicos. Implica usar de forma adequada os processos mentais de indução e dedução, análise e síntese, servindo de *instrumento* para alcançar os objetivos da investigação científica.

O desenvolvimento do processo do método científico de solução de problemas envolve diferentes estratégias de pensamento como raciocínio, julgamento e tomada de decisão,²¹ os quais serão discorridos a seguir:

Raciocínio. Segundo Cervo,¹⁰ é um processo mental ordenado, coerente e lógico, que utiliza argumentações indutivas ou dedutivas. Para o autor a indução e a dedução são processos que se complementam. Kelly²¹ refere que a indução é um processo de descoberta, formando a base para o estabelecimento de hipóteses. Por sua vez, a dedução é um processo de demonstração ou comprovação formal, fornecendo um meio para o exame das hipóteses, permitindo a eliminação daquelas consideradas inconsistentes com as evidências. Para Cajal,⁸ este é o momento amadurecido do pensamento, que fornece bases sólidas para a argumentação do método científico.

Julgamento. É geralmente realizado com base nas evidências ou crenças. Seu exercício consiste na formação de opinião ou estabelecimento de valor para um objeto ou evento, a partir de um conjunto de conceitos. O julgamento permeia todas as etapas do método científico resultando em uma tomada de decisão. Segundo Kelly,²¹ o julgamento ideal em enfermagem é aquele que utiliza conhecimentos práticos e teóricos. Os fatos observados são analisados em relação aos princípios e conceitos de enfermagem, guiando as ações e modificando os fatos. Produz decisões individualizadas e ações únicas para as situações. É o tipo de julgamento mais útil para o diagnóstico de enfermagem, porque tem uma base ampla,

como dados clínicos, conhecimentos, experiências e habilidades dos enfermeiros.

Tomada de Decisão. Pinnell e Meneses²⁵ referem que o investigador depois de levantar e analisar os dados, julgar sua significância, de modo acurado e suficiente, escolhe então uma alternativa de resposta ou ação. Este ato constitui o processo de tomada de decisão e envolve o desenvolvimento do método científico. Nas situações de enfermagem um processo mais sistemático é, por exemplo, listar todas as ações e conseqüências possíveis, prever as probabilidades de cada resultado e selecionar a melhor ação.

CONCEITO PROPOSTO

Método científico é um meio que conduz à formação de um corpo de conhecimento, através da elaboração organizada e formal de uma determinada questão, com verificação e análise dos resultados do fenômeno observado, frente aos objetivos da investigação científica.

Portanto, pode-se dizer que o método científico é para a enfermagem um instrumento básico para o desenvolvimento da profissão enquanto ciência, cuja essência é o cuidar. Sendo assim, a utilização do método científico na enfermagem pode ser representada através da figura geométrica de um prisma (Fig. 3.1).

A base do prisma é constituída pelo sistema referencial do profissional, composto por suas crenças e valores, pelo seu corpo de conhecimentos e pelo contexto histórico/cultural no qual se encontra. Os demais lados são constituídos respectivamente pelo processo do método científico decodificado para a enfermagem (processo de enfermagem), pelos processos mentais de raciocínio lógico, julgamento e tomada de decisão, e pelo conjunto dos demais instrumentos básicos de enfermagem.

Os fenômenos incidem sobre a figura, como um feixe de luz. Em seu interior são processados através da interação de todos os componentes. O resultado é refletido como a luz, na área de concentração em que se encontra, seja na assistência, ensino ou pesquisa. Qualquer alteração num dos componentes do prisma pode alterar os resultados, produzindo efeitos comparados ao fenômeno de refração da luz.

Para melhor compreensão desta estrutura dinâmica serão abordados a seguir o processo do método científico e sua relação com a enfermagem no âmbito da assistência, ensino e pesquisa.

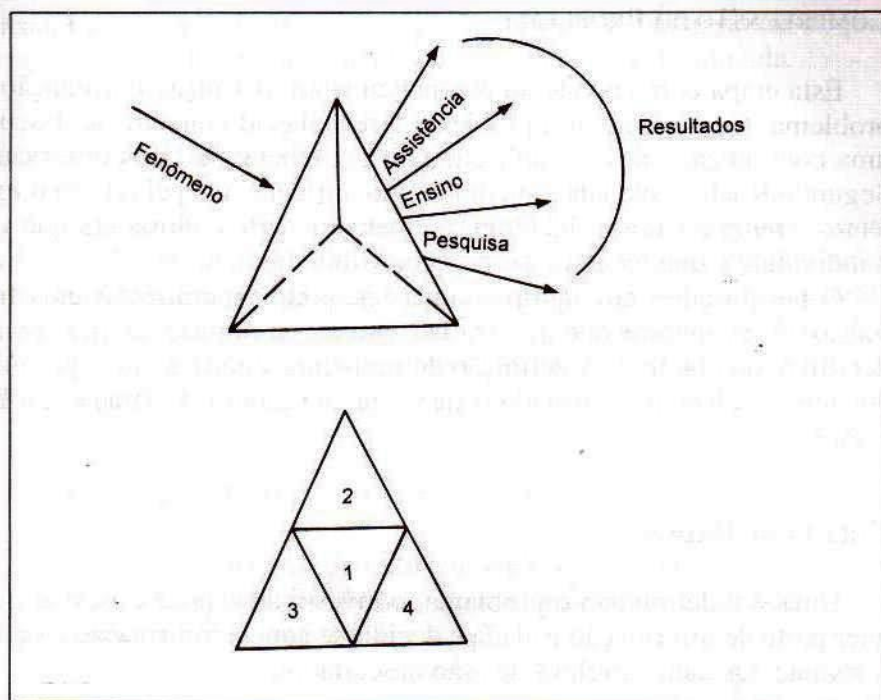


Fig. 3.1 — Representação do método científico na enfermagem. 1 — Sistema referencial do profissional. 2 — Processo do método científico. 3 — Raciocínio lógico, julgamento e tomada de decisão. 4 — Instrumentos básicos de enfermagem.

PROCESSO DO MÉTODO CIENTÍFICO

O método científico se concretiza nas diversas etapas ou passos executados na busca da solução para um problema. O conjunto dessas etapas é denominado de processo.

Alguns autores concordam que o método não é simplesmente uma invenção e depende diretamente do objeto da investigação.^{10,22,24} Pode-se compreender o refinamento dos métodos e técnicas de investigação científica como uma validação e aperfeiçoamento dos processos anteriormente descritos.

Em relação ao método científico de solução de problemas, observa-se entre os autores uma variação quanto ao número de etapas de que é composto, variando entre quatro a seis etapas.

Basicamente, o processo de investigação é desenvolvido do seguinte modo:^{22,25}

COMPREENSÃO DO PROBLEMA

Esta etapa corresponde ao reconhecimento, definição e limitação do problema. Geralmente, um problema é reconhecido quando se descobre uma contradição entre o conhecimento existente e os fatos observados. Segundo Koche²² o conhecimento prévio, influenciado pelas teorias existentes, crenças, valores, ideologias, e pelo contexto cultural em que vive o indivíduo, é que faculta a percepção de dúvidas.

O pesquisador, em algumas situações, pode experimentar uma frustração ou reconhecer que há uma barreira que o impede de alcançar um determinado objetivo. A definição do problema significa que o pesquisador tem localizado ou isolado o que está causando a frustração ou barreira.²⁵

COLETA DE DADOS

Uma vez delimitado o problema, o investigador pode observar qualquer parte de informação isolada e decidir se aquela informação é ou não relevante. Os dados irrelevantes são descartados.

FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES

Identificado o problema, o investigador passa para a elaboração das hipóteses. Este procedimento é definido como tentativa de proposições sugeridas como explicações de um fenômeno abstrato, gerando tantas possibilidades de respostas ao problema quantas forem possíveis. Quanto mais tentativas de explicações forem selecionadas, mais substancial será a solução do problema. Esta etapa depende principalmente da competência do investigador, do domínio das teorias relacionadas à dúvida e de sua capacidade criativa.

ELABORAÇÃO DE UM PLANO PARA TESTAGEM DA HIPÓTESE

Proposta a hipótese através de enunciados claros, que possibilitem a testagem, então as mesmas são submetidas à experimentação. Dependendo da natureza do problema, da base de conhecimentos e experiência do investigador, o plano poderá ser simples ou complexo. Uma hipótese

considerada falsa também é científica. Nesta etapa deve explicitar-se quais os possíveis resultados incompatíveis com a hipótese formulada.

TESTAGEM DA HIPÓTESE

Esta etapa envolve a implementação do plano. O período de testagem é variável. Nenhum plano é valioso a menos que possa ser implementado com êxito. Quando as ações especificadas no plano são desempenhadas, o investigador está testando sua utilidade e pode avaliar sua efetividade real. Uma vez testada a hipótese, deve-se confirmar ou não a sua rejeição (refutação ou corroboração).

INTERPRETAÇÃO E AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Nesta última etapa uma decisão é tomada verificando-se a efetividade do plano na resolução do problema, cuja avaliação pode ser realizada diária ou periodicamente.

PROCESSO DE ENFERMAGEM: UM MÉTODO DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Muitas modificações têm sido implementadas ao método científico de modo a atender as necessidades de diferentes disciplinas. Com a expansão da base teórica em enfermagem, a profissão necessitou de um método sistemático para resolução de problemas de seus clientes, e apropriando-se do método científico como instrumento básico, desenvolveu o processo de enfermagem.

O processo de enfermagem está relacionado à aplicação específica de uma abordagem científica ou de solução de problemas na prática de enfermagem, servindo de instrumento para o enfermeiro identificar os problemas de saúde do cliente e promover o cuidado de enfermagem.²¹

Diversos autores concordam que o processo de enfermagem, envolvendo a tomada de decisão, é hoje a essência da enfermagem moderna. Sua utilização oferece ao enfermeiro a oportunidade única de assumir o controle e deliberar sobre o cuidado do paciente.

O processo de enfermagem fornece um método organizado, sistemático para o exame do estado de saúde do cliente, identificação de suas

necessidades ou dos seus padrões de resposta aos problemas, e determinação de soluções apropriadas no atendimento dessas necessidades.

COMPARAÇÃO ENTRE MÉTODO CIENTÍFICO E PROCESSO DE ENFERMAGEM

Na Tabela 3.1, segundo a proposta de Pinnell e Meneses²⁵ apresenta-se uma comparação entre os elementos do método científico de solução de problemas e algumas etapas do processo de enfermagem: histórico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

Tanto o método científico quanto o processo de enfermagem constituem sistemas abertos e dinâmicos. Há uma entrada de informações, um processamento e uma saída. Em cada etapa estão envolvidos os processos de raciocínio lógico, julgamento e tomada de decisão, que determinam o avanço de uma etapa para outra. Uma vez completadas as etapas, ambos processos possuem uma retroalimentação que possibilita receber novas informações ao mesmo tempo em que cria uma mudança nas informações existentes.²⁵

Estes processos também contam com uma base de conhecimentos, que quanto mais forte, mais efetiva será a habilidade de solucionar problemas.

O processo de enfermagem torna possível uma variedade de estratégias para buscar a solução de problemas. A utilização de um instrumento teórico específico é que direciona o desenvolvimento das fases do processo.

Pinnell e Meneses²⁵ apontam benefícios e limitações do processo de enfermagem como:

1. Permite ao enfermeiro a vantagem de geração de hipóteses antes do planejamento do cuidado.
2. Traduz um meio conceitual e cognitivo de pensamento centrado no cliente, intervenções de enfermagem com ações orientadas.
3. Requer uma certa soma de conhecimentos e habilidades para ser usado eficientemente.
4. Consome tempo e torna-se opressivo para enfermeiros que trabalham em unidades com poucos funcionários.

A prática mostra que falta ao enfermeiro um corpo de conhecimentos específicos relacionados ao cuidado de enfermagem, que lhe permitam conhecer e desenvolver melhores alternativas para solução de problemas e, conseqüentemente, obter melhores resultados com o emprego do processo de enfermagem. Alguns estudos que tratam da solução de problemas

Tabela 3.1
Comparação entre as Etapas do Método Científico e do Processo de
Enfermagem. São Paulo, 1994

<i>Método Científico</i>	<i>Processo de Enfermagem</i>
Compreensão do Problema e Coleta de Dados	Histórico de Enfermagem
Reconhecimento, definição, delimitação e descrição do problema	Levantamento dos problemas de enfermagem do cliente
Coleta de dados a partir de todos os aspectos relevantes	Levantamento da história de saúde do cliente Julgamento profissional relativo ao problema do cliente Exame físico Revisão de resultados de exames laboratoriais e de estudos diagnósticos Revisão de literatura
Formulação de Hipóteses	Diagnóstico de Enfermagem
	Julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou comunidade ao processo vital e ao problema de saúde atual ou potencial, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem (Carrol-Johnson) ⁹
Elaboração de Um Plano para Teste de Hipótese	Prescrição de Enfermagem
	Determinação do conjunto de condutas de enfermagem (Benco e Castilho) ⁴
Teste de Hipótese	Execução da Prescrição de Enfermagem
Execução do plano de testagem da hipótese	Implementação do plano de cuidados Registro dos cuidados de enfermagem prestados Administração e supervisão dos cuidados de enfermagem Orientações ao cliente
Interpretação e Avaliação de Resultados	Evolução de Enfermagem
Interpretação dos resultados dos testes e avaliação das hipóteses	Avaliação do estado geral do paciente frente aos resultados dos cuidados prescritos e novos problemas identificados (Benco e Castilho) ⁴
Modificação do plano de ação com base na coleta de dados ulterior	Modificação no plano de cuidados com base nos resultados observados

Modificado de Pinnell, N N. e Meneses, M. The nursing process. The nursing process. Theory, application, and related processes. USA, Appleton-Century-Crofts, 1986. Cap. 2.

em enfermagem o fazem no âmbito administrativo, apontam algumas estratégias, mas não têm uma abordagem científica.^{12,18,28}

— O que verdadeiramente importa é a utilização do método como desencadeador de uma prática viva e atuante da ciência. Todavia, o aluno sai da universidade sem saber pesquisar e aplicar o método próprio de sua especialidade.²⁹

O MÉTODO CIENTÍFICO E A PESQUISA EM ENFERMAGEM

Desenvolver o método científico em enfermagem representa um compromisso profissional para fortalecer a profissão como ciência.

Horta¹⁹ sintetiza a ciência de enfermagem como descrever, explicar, relacionar entre si e prever os seus entes.

O método científico é preconizado para demonstrar soluções mediante argumentos. Compete ao enfermeiro desenvolver raciocínios, conceitos e juízos para que seja capaz de articular argumentos e demonstrar soluções para a construção do conhecimento de enfermagem.

A escolha de um modelo, processo ou técnica dependerá do objeto em estudo e do que se pretende demonstrar.

Importa à enfermagem desenvolver estruturas teóricas amplas para que conquiste o seu espaço e fortaleça o valor político da sua prática profissional.

Sem o desenvolvimento da pesquisa, a enfermagem não sobreviverá condignamente. Pesquisa pressupõe a aplicação do método científico. É uma missão para o enfermeiro, cuidar pesquisando.

A metodologia é um meio de se captar e manipular a realidade.¹⁴

O método científico inclui métodos quantitativos, qualitativos e a triangulação de dados, os quais Koizume²³ define como:

Método Quantitativo. É um processo formal, objetivo e sistemático, que utiliza dados numéricos para obter informações acerca do mundo. Permite descrever, testar relações e determinar causas. Deriva de um ramo da filosofia chamado positivismo lógico.

Método Qualitativo. É uma abordagem sistemática, subjetiva, que permite descrever as experiências de vida e atribuir-lhes significado.

Método da Triangulação de Dados. É a combinação de métodos, envolvendo múltipla fonte de dados de pesquisadores, de teorias e de metodologia.

MÉTODOS CIENTÍFICO E ENSINO DE ENFERMAGEM

Uma vez admitido como instrumento básico de enfermagem, o ensino do método científico precisa necessariamente ser abordado no ensino de graduação de enfermagem.

Horta, Kamiyama e Paula²⁰ consideram o método científico como instrumento básico de enfermagem, e enfatizam sua utilização na resolução de problemas de enfermagem. Importa ser desenvolvido com o aluno a base científica para a resolução de problemas do paciente no âmbito da enfermagem.

Horta,¹⁹ Daniel,¹³ Costa,¹¹ e Roy,²⁷ entre outros, citam o processo de enfermagem como um método de atuação do enfermeiro. E o processo de enfermagem, especialmente algumas das fases do modelo proposto por Horta, tem sido ensinado em diversas escolas de enfermagem do país, constituindo assim uma forma alternativa de ensino do método científico.

No desenvolvimento das fases do processo de enfermagem, o aluno utiliza etapas do raciocínio do método científico, como no modelo de Frota-Pessoa,¹⁷ ou seja: observação, identificação do problema, definição e isolamento do problema, emissão de hipóteses, comprovação das hipóteses, análise e conclusões, generalização.

O ensino do processo de enfermagem é um passo importante na aplicação do método científico, de um modo global, pelos alunos. Uma abordagem mais específica, por exemplo, seria o ensino do diagnóstico de enfermagem.

Farias *et al.*¹⁵ consideram o diagnóstico de enfermagem como um instrumento importante no exercício do papel do enfermeiro. E para viabilizar-se o ensino do diagnóstico de enfermagem, há necessidade da adoção de uma metodologia profissional, como o processo de enfermagem guiando a prática.

Segundo Farias *et al.*,¹⁵ o processo de enfermagem contribui para o fortalecimento do desenvolvimento do conhecimento científico, que servirá de base para a atuação do enfermeiro. Acrescentam que a implementação do processo, independentemente do modelo teórico aplicado, requer uma série de conceitos que orientem decisões específicas sobre o que questionar e diagnosticar, o modo de intervir e como avaliar. Para cuidar de pacientes concluem ser imprescindível a utilização de elementos científicos e humanísticos, mediante o processo de enfermagem.

Desse modo, o processo ensino-aprendizagem deve envolver elementos científicos e humanísticos, visando a uma intervenção de enfermagem teoricamente embasada e questionadora.

Em relação ao processo diagnóstico, na concepção de Farias *et al.*¹⁵, envolve operações mentais de raciocínio e julgamento, através de três tipos de atividades: coleta de dados, análise das informações e denominação ou rotulação.

Assim, ao praticar o diagnóstico de enfermagem, o aluno estará também praticando o método científico.

Uma outra forma de produzir no aluno a aplicação do método científico é educá-lo para a pesquisa e para o desenvolvimento de seus próprios projetos.

Um grande estímulo para a pesquisa é fazer com que o aluno descubra relevância no seu objeto de pesquisa, a fim de que se dedique com entusiasmo. Para a concretização do espírito científico, torna-se importante desembaraçar no aluno o seu raciocínio crítico sobre a realidade de enfermagem, conhecimento das estratégias dos métodos de pesquisa e o desenvolvimento do compromisso individual, profissional e social com a enfermagem.

É necessidade do enfermeiro, desde a sua formação acadêmica, o desenvolvimento de uma consciência própria em relação aos problemas de enfermagem, objetivando a sua insatisfação com resoluções empíricas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A competência do enfermeiro é medida de acordo com a qualidade da assistência de enfermagem que exerce. Esta é diretamente proporcional à aplicação do método científico na resolução dos problemas de enfermagem.

O método científico é exequível no universo da enfermagem. Sua aplicação é uma questão de coerência e segurança na concretização dos objetivos da profissão em relação aos resultados desejados.

A resolução dos problemas de enfermagem eficiente e eficaz clama pelo usufruto do método científico, que poderá ser usado de modo criativo, e constituirá um meio seguro para obter-se qualidade no resultado das condutas de enfermagem.

É obrigação profissional do enfermeiro respaldar a sua poderosa, influente e política tomada de decisão nas bases concretas do método científico.

A partir do embasamento na literatura nacional e internacional é que o enfermeiro irá fortalecer condutas anteriores ou construir novas condutas, com exaustiva análise crítica e insaturação no uso do método científico.

O verbo de impacto das ações de enfermagem é pesquisar... pesquisar... pesquisar...

BIBLIOGRAFIA

1. Ackoff R. Scientific method. N. York, Wiley, 1962.
2. Alves R. Filosofia da ciência. Introdução ao jogo e suas regras. 15 ed. São Paulo, Brasiliense, Cap. 9 1992.
3. Asti-Vera A. Metodologia da pesquisa científica. Porto Alegre, Globo, Cap. 1 a 3. 1974.
4. Benko MA, Castilho V. Operacionalização de um sistema de assistência de enfermagem. In: Processo de enfermagem na prática. São Paulo, Ática, Cap. 7, pp. 96-7 1989.
5. Brink PJ, Wood MJ. Advanced design in nursing research. Newburg Park, Sage. 1989. Apud Koizume MS. Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, 26, 1992, 33-47. Número Especial.
6. Brookfield SD. Developing critical thinkers. São Francisco, Jossey Bass, 1987. Apud Pereira RCJ. Desenvolvendo o pensamento crítico nas questões do ensino e da prática da enfermagem. Rev. Gaúcha Enf., 13(1), 1992, 24-6.
7. Brunner LS, Suddarth DS. Enfermagem médico-cirúrgica. 3 ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. Cap. 1, pp. 1-14: O paciente e seus problemas.
8. Cajal SRY. Investigação científica. 3 ed. São Paulo, EDUSP, 1979. Cap. VII, pp. 101-12: Marcha da investigação científica.
9. Carrol-Johnson RM. Classification of nursing diagnoses — proceedings of the ninth conference. Philadelphia, Lippincott Company. No prelo. Apud Faras JN. de et al. Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa, Santa Marta, 1990. p. 26.
10. Cervo AL. Metodologia científica. 3 ed. São Paulo, McGraw-Hill, 1983.
11. Costa LB et al. Relato de uma experiência na aplicação da metodologia científica na assistência de enfermagem à família. Rev. Bras. Enf. 31(1), 1978, 114-6.
12. Dailey RC. Strengthening Hospital Nursing. How to use problem-solving teams effectively. JONA. 20 (7/8), jul/aug, 1990, 24-29.
13. Daniel LF. A enfermagem planejada. São Paulo, EPU-EDUSP, 1977.
14. Demo P. Introdução à metodologia da ciência. São Paulo, Atlas, 1988.
15. Farias JN. de et al. Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa, Santa Marta, pp. 61-7 1990.
16. Ferrari AT. Metodologia da ciência. 3 ed. R. Janeiro, Kennedy, 1974.
17. Frota-Pessoa O. O manual de biologia. 2 ed. Rio de Janeiro, Fundo de Cultura. 1960.
18. Hixon JK. Every nurse must be a problem solving. Aorn Journal, 41 (6), june, 1985. 1096-1099.

19. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo, EPU-EDUSP, 1979.
20. Horta WA, Kamiyama Y, Paula NS. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, 4(1), 5-20, 1970.
21. Kelly MA. Nursing diagnosis source book: guidelines for clinical application. Appleton-Century-Crofts. Cap. 3 1985.
22. Koche JC. Fundamentos de metodologia científica. 12 ed. P. Alegre, Vozes, 1988. Cap. 3.
23. Koizume MS. Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, 26, 1992, 33-47. Número Especial.
24. Perrone O. Metodologia da pesquisa em ciências da Saúde. Rio de Janeiro, s.n., 1980.
25. Pinnell NN e Meneses M. The nursing process. Theory, application, and related processes. USA, Appleton-Century-Crofts, 1986. Cap. 2.
26. Ribeiro CM. Organização de serviço de enfermagem. Rev. Bras. Enf., 26(3), 1973, 121-47.
27. Roy SC. Introduction to nursing — an adaptation model. 2 ed. USA, Prentice-Hall, Inc, Englewood Cliffs, 1984.
28. Rutkowski B. The perennial problem of problem solving. Nursing, feb, 1985. 29-31.
29. Severino AJ. Metodologia do Trabalho Científico. 14 ed. São Paulo, Cortez, 1986. pp. 215-29
30. Waldow VR. Cuidado: uma revisão teórica. Rev. Gaúcha Enf., 13(2), 29-35, 1992.
31. Vidal F. Problem-solving. São Paulo, Bestseller, 1973.

4

Princípios Científicos como Instrumento Básico de Enfermagem

*Arthur Bittes Junior
Fernanda Carneiro Mussi
Rosali Isabel Barduchi Ohl
Yeda Aparecida de Oliveira Duarte*

A caracterização de uma profissão é dada por um corpo de conhecimentos específicos que a instrumentaliza de modo a permitir seu desempenho com independência, competência e responsabilidade. A análise de tal abordagem evidencia a juventude da profissão e de nosso compromisso para favorecer seu desenvolvimento.²

O saber específico da enfermagem desenvolveu-se historicamente em alguns momentos distintos. Até a década de 50, a prática de enfermagem baseava-se em ações intuitivas, caracterizando-se por sua não-cientificidade. Em 1959, publicou-se pela primeira vez um trabalho abordando como tema os princípios científicos aplicados à enfermagem, elaborado por educadores de enfermagem da Escola de Enfermagem de Washington.¹ Estes princípios buscavam explicar e ampliar as ações de enfermagem, direcionando-as a tomadas de decisões mais adequadas. Uma grande diversidade de conhecimentos de outras ciências foi trazida para construir o corpo de conhecimentos próprios da enfermagem. Assim, conhecimentos das ciências sociais, físicas e biológicas passaram a ser parte do saber da enfermagem, com especial participação das áreas de psicologia, sociologia, antropologia, química, física, anatomia, fisiologia e microbiologia; sendo os três últimos de maior importância inicialmente.

As técnicas de enfermagem obtiveram sua fundamentação científica nas chamadas ciências naturais (anatomia, microbiologia, fisiologia e patologia) e também nas ciências sociais, e, portanto, aproximaram-se do “saber médico”, incorporando também sua autoridade.

A prática deste saber era desenvolvida de forma fragmentada, com a concepção separada da execução. Os profissionais de enfermagem, atendentes e auxiliares, prestavam assistência ao paciente e informavam à

enfermeira a evolução do mesmo de forma a subsidiá-la na elaboração do plano assistencial. Observa-se assim que o trabalho em equipe não se concretizava.

Esta prática obteve como resultado o domínio das técnicas de enfermagem pelos auxiliares e atendentes e conseqüentemente o questionamento do enfermeiro quanto às suas reais competências e responsabilidades. Tal problemática direcionou o pensamento da categoria a refletir sobre a necessidade de elaboração de princípios científicos que fundamentassem as ações de enfermagem.

O desenvolvimento deste saber coube aos enfermeiros nas escolas de formação. Estes, continua Almeida,¹ eram formados para gerenciar o cuidado e não executá-lo. Este saber, portanto, possibilitava sua legitimação de poder e os qualificava a controlar este poder na prestação do cuidado, seguindo a influência dos princípios administrativos de Taylor e Fayol, que estabeleciam o trabalho autoritário por via direta, ou seja, a concentração de capital e através da administração dita científica preconizadas por Elton Mayo, onde a exploração indireta se concretizava pela manipulação do operariado por especialistas, sem considerar o conflito entre indivíduos e grupos.

A fundamentação deste saber baseou-se quase que exclusivamente na medicina, agregando alguns conhecimentos das áreas de psicologia e sociologia.

Sendo assim, a primeira metade do século caracterizou-se por uma enfermagem que buscava conhecimentos em outras áreas para construir seu saber próprio e organizar sua prática.

Retratam, portanto, uma visão limitada e estática da atuação da enfermagem, embora ainda hoje se encontre este modelo de atuação, ou seja, a preponderância das normas e rotinas e dos procedimentos embasados cientificamente.

Posteriormente, a enfermagem buscou criar um corpo de conhecimentos próprios, com a elaboração de conceitos pertinentes a sua própria área de atuação. A prática tentou modificar-se buscando, através do desenvolvimento do trabalho em equipe, negar o trabalho por modalidades funcionais e dar-lhe cunho científico com a humanização do cuidado ao paciente.

Nesta nova concepção da prática de enfermagem, tendo como essência o cuidado, a aplicação dos princípios científicos não se restringe a procedimentos técnicos, mas abrange outras esferas do processo de cuidar. Assim, pode-se afirmar que Princípio Científico constitui um *Instrumento*

Básico de Enfermagem, pois caracteriza-se por ser o fio condutor da ação da enfermagem e aplica-se tanto em suas ações expressivas como instrumentais.

Sua aplicação racional o transforma em grupo para a ação, porém ainda é escasso o referencial literário que descreva estratégias e bases para reflexão e análise levando a seu ensino e adequada utilização.

Estudos vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de definir diagnóstico de enfermagem. Em 1982 formalizou-se a North American Nurses Diagnosis Association — NANDA —, propondo, a partir dos diagnósticos de enfermagem, a formulação de uma terminologia única para o saber do enfermeiro no desenvolvimento de suas atividades assistenciais. Para tanto o diagnóstico foi definido como “um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável”.⁴

Em consequência disto, espera-se o desenvolvimento de princípios científicos específicos a partir dos diagnósticos, invertendo desta forma a construção do saber até então utilizado, formando um corpo de conhecimentos próprios que instrumentalizem a prática e fortaleçam a profissão através de sua estruturação conceitual cientificamente determinada.

A Fig. 4.1 representa o desenvolvimento do saber de enfermagem sob influência das ciências naturais e sociais e o saber médico.

PRINCÍPIOS CIENTÍFICOS NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA, ENSINO E PESQUISA DE ENFERMAGEM

A capacidade de tomada de decisões relativa às ações curativas e cuidativas permeia todo o contexto da prática de enfermagem no que tange ao atendimento das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade. Santos⁸ relata que a manifestação das necessidades e a maneira de satisfazê-las variam de uma pessoa para outra, tornando-se indispensável ao enfermeiro adequar suas decisões a estas diferentes manifestações e às diversas formas de atendimento dessas necessidades.

A utilização do processo criativo e/ou do método de resolução de problemas favorece a formulação, análise, compreensão e aplicação de princípios, permitindo ao enfermeiro deliberar sobre a melhor alternativa

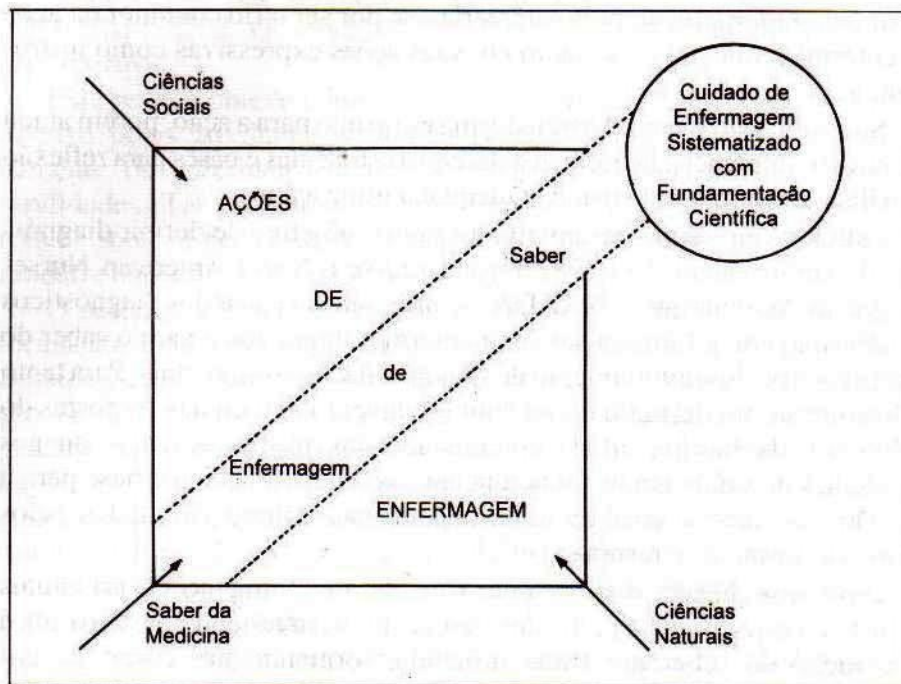


Fig. 4.1

das intervenções de enfermagem para o atendimento individualizado dessas necessidades.

Considerando a observação como o primeiro passo do método científico, a identificação pelo enfermeiro, de uma necessidade humana básica afetada, pode ser feita quando se procede a entrevista e o exame físico de enfermagem, etapas essenciais do histórico de enfermagem. A utilização dos princípios científicos pode conduzir à observação dessas necessidades humanas básicas afetadas apresentadas pelo paciente/cliente, as quais posteriormente determinarão o cuidado a ser prestado.

Elaborado o planejamento da assistência de enfermagem, a aplicação de princípios científicos auxiliará no estabelecimento das prioridades das ações de enfermagem, norteadas por sua tomada de decisão.

A execução de procedimentos técnicos exige o desenvolvimento de habilidades psicomotoras específicas, as quais, por sua vez, implicam o respeito e a observação de princípios científicos.

A atuação do enfermeiro, no entanto, perpetua-se ainda hoje, essencialmente centrada na execução de procedimentos e estagnada a uma padronização de condutas.

Carece, pois, que o enfermeiro teste as suas condutas norteadas por princípios científicos frente a cada necessidade afetada do paciente, e avalie as que, em uma determinada situação e momento, responderão adequadamente a fim de satisfazê-la. Avaliando os resultados das condutas estabelecidas no planejamento da assistência de enfermagem, estamos verificando se o cuidado fundamentado naquele princípio é pertinente à necessidade levantada. Portanto, a experimentação de condutas inicialmente específicas será fator gerador ou constatador de princípios que darão à enfermagem a propriedade de formar seu específico corpo de conhecimentos.

Visualizando o cuidado como foco central da enfermagem e verificando que pouco se tem estudado sobre ele, chega-se a pressupor que a falta de um campo específico de conhecimentos de enfermagem pode ser superada, ao desenvolver-se um estudo sistematizado sobre o cuidar.⁹ Deste estudo poderá surgir a formulação da ciência da enfermagem e sua contribuição fundamental para outras áreas do conhecimento humano.

Observa-se que a maioria dos livros-textos utilizados nos cursos de graduação em enfermagem dão ênfase à enunciação dos princípios científicos relacionados às necessidades humanas básicas.^{3,7}

O estudo realizado por Nordmark e Rohweder⁷ na Escola de Enfermagem da Universidade de Washington procurou identificar os princípios científicos utilizados na enfermagem. As autoras partiram do estudo de dois procedimentos técnicos de enfermagem: a mensuração da pressão arterial e o cateterismo vesical. Procuraram identificar os princípios das ciências básicas que fundamentavam a utilização de cada passo seguido na realização desses procedimentos. Observaram que essas atividades específicas representavam um campo muito limitado da enfermagem e posteriormente, na análise dos resultados, foi verificado que os princípios científicos se repetiam indefinidamente.

Partiram então para uma segunda tentativa, visando analisar os cuidados de enfermagem, imaginando todos os cuidados que os indivíduos com os mais diversos quadros clínicos pudessem receber. Comprovaram que este método era bastante eficaz, porém quando se analisava algum dos campos de estudo, o número de princípios era tão grande que trabalhar com eles se tornava uma tarefa praticamente impossível, além do fato de que mais uma vez muitos deles se repetiam.

Baseadas nos resultados destas duas experiências, partiram para uma terceira tentativa; desta vez, analisando os princípios que regem as necessidades humanas básicas. Neste sentido, alcançaram pleno sucesso e elaboraram um livro-texto denominado *Os princípios científicos da enfermagem*, atualmente muito utilizado nos cursos de graduação em enfermagem.

Hanebuth e Stoppel⁵ acreditavam que existia uma tendência à mudança na abordagem curricular, no sentido de se enfatizar a aplicação dos princípios científicos e o uso do raciocínio na resolução de problemas relacionados ao cuidado do paciente, em lugar da utilização do sistema de memorização dos procedimentos a serem executados. Acredita-se que o preparo do estudante, conforme a tendência apresentada pelas autoras, auxiliará a focalização de sua atenção sobre aqueles aspectos do cuidado profissional que não podem ser completamente advindos de uma padronização, mas que requerem atitudes diversas, baseadas na individualização dos casos observados.

Por meio do conhecimento, análise, compreensão e formulação dos princípios científicos podemos capacitar o estudante a adaptar suas ações às diversas situações apresentadas na prática.

A pesquisa é um instrumento que pode fornecer uma maior fundamentação para esta prática e estabelecê-la sobre uma base científica.

A pesquisa em enfermagem não é por si só um objetivo, mas uma função, um instrumento, uma procura planejada de informações, com a finalidade de formar e desenvolver o seu corpo de conhecimentos de enfermagem.⁶

Considerando a complexidade do ser humano, a evolução tecnológica, as variações do contexto socioeconômico e cultural, nenhum grupo geral de princípios suprirá a enfermagem com uma válida resposta a toda necessidade do paciente/cliente. Portanto, a pesquisa é um instrumento que permite desvendar a relação destas variáveis com os princípios científicos subsidiando o cuidado.

A reflexão sobre o tema em questão nos permite dizer que o ensino, a pesquisa e a assistência de enfermagem implicam a consideração da aplicação dos princípios científicos como instrumento básico.

A descrição referente à assistência pode ser mais bem observada segundo a Fig. 4.2.

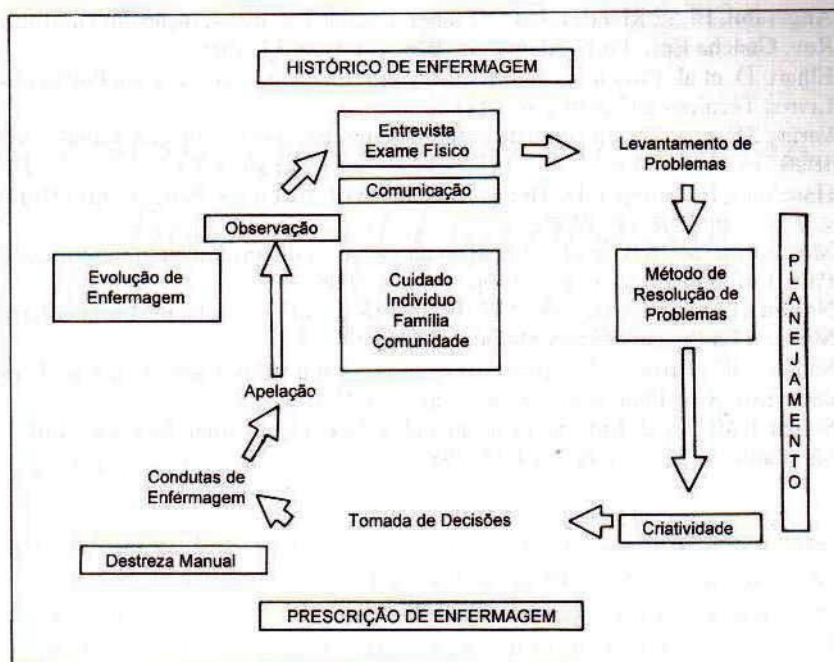


Fig. 4.2

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização dos Princípios Científicos enquanto Instrumento Básico de Enfermagem visa ao embasamento da profissão enquanto ciência, uma vez que subsidiam as ações realizadas a partir de um "princípio", ou seja, de uma verdade desenvolvida após investigação adequada, diferenciando-as assim das desenvolvidas empiricamente. Desta forma compreendidos, são indispensáveis no cotidiano do profissional, pois auxiliam o enfermeiro no julgamento e adequada tomada de decisão relativos à assistência a ser implementada a um paciente, orientando suas ações conforme as necessidades das situações específicas assim o requererem.

BIBLIOGRAFIA

1. Almeida, MC.; Rocha, JSY. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo, Cortez, 1986, Cap. 1, pp. 29-67.

2. Angerami, ELS.; Mendes, IAC. O saber, a saúde e a investigação em enfermagem. Rev. Gaúcha Enf., Porto Alegre, v. 19, n. 1, pp. 28-33, 1989.
3. Elhart, D. et al. Princípios científicos de enfermagem, 8 ed., Lisboa Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983.
4. Farias, JN. et al. Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática, 1990.
5. Hanebuth, L.; Stoppel, D. The use and abuse of principles. Nurs. Forum Hillsdale, v. 7, n. 3, pp. 308-13, 1968.
6. Massarollo, MCKB, et al. Utilização da pesquisa de enfermagem na prática. Rev. Paul. Enf. São Paulo, v. 6, n. 4, pp. 146-56, 1986.
7. Nordmark, MT.; Rohweder, AW. Princípios científicos aplicados a la enfermeria México: La Prensa Médica Mexicana, 1967.
8. Santos, GF.; Ferraz, AF. Princípios científicos aplicados à administração de medicamentos. Rev. Paul. Enf. v. 6, n. 3, pp. 120-24, 1986.
9. Souza, RMC. et al. Enfermagem: uma abordagem conceitual. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 20, n. 3, pp. 229-35, 1986.

5

A Criatividade como Instrumento Básico em Enfermagem

Ana Cristina de Sá
Rose Meire Imanichi Fugita

INTRODUÇÃO

Conforme pudemos constatar no decorrer dos capítulos anteriores, as atividades profissionais do ser humano exigem que este utilize um conjunto de conhecimentos e habilidades fundamentais que caracterizam seu fazer profissional, que denominamos *Instrumentos Básicos*.

O enfermeiro faz uso de tais ferramentas ou instrumentos, no desempenho de suas atividades, com a finalidade de alcançar metas.

Constatamos, ainda, a necessidade de se empregar um *método científico de resolução de problemas* para que tais metas sejam alcançadas.

A *criatividade*, objeto de estudo deste capítulo, participa desse e de outros processos, constituindo-se em uma das ferramentas essenciais das quais o enfermeiro lança mão no desenvolvimento de atividades assistenciais, de ensino e de pesquisa em enfermagem.

Este capítulo pretende, portanto, explorar a utilização da *criatividade* como Instrumento Básico em enfermagem, nos diversos ramos que compõem seu saber-fazer.

CONCEITUANDO CRIATIVIDADE

A criatividade faz parte de uma das 125 capacidades produtivas do intelecto humano, conhecidas até a elaboração deste capítulo.

Conceituar tal capacidade, no entanto, esbarra numa série de controvérsias.

Sabe-se que a questão da criatividade como conceito separado de um determinado contexto mais amplo começou a atrair a atenção de cientistas do comportamento (psicólogos) e neurologistas, a partir da década de 50.

Alguns a conceituam como um processo resultante de uma obra pessoal, aceita como útil ou satisfatória, por um grupo social ou indivíduo, numa determinada época; outros a colocam como uma função inventiva da imaginação criadora, dissociada da inteligência. Ainda é referida como a disposição para criar, comum a todos os seres humanos, porém em estado latente, independentemente de raça, sexo ou idade, mas estreitamente dependente de um ambiente sociocultural que propicie condições favoráveis à liberdade de expressão.^{1,10}

Guilford⁴ concebe o intelecto como um modelo tridimensional, onde se encontram as funções: *operações*, *produtos* e *conteúdos*.

A função *operações* reúne memória, cognição, produção convergente, produção divergente e julgamento. A função *produtos* constitui-se na capacidade do indivíduo em reconhecer classes, relações, sistemas, transformações e implicações. A última função, *conteúdos*, compõe-se de elementos figurativos, simbólicos, semânticos e comportamentais.

O autor refere que as três funções são interrelacionadas, porém o *pensamento criador* estaria mais bem localizado no domínio das operações, mais precisamente na atitude de *produção* convergente ou divergente.

a) *pensamento produtivo convergente*: é acionado pelo pensamento, que se ativa na procura de uma resposta convencional, através de um método-padrão de resolução a ser empregado na busca da solução para uma determinada situação ou problema.

b) *pensamento produtivo divergente*: exige que o pensamento se mova em várias direções em busca de uma resposta a um determinado problema ou situação, cuja solução exige do pensador fluência verbal, fluência de idéias, flexibilidade, originalidade, percepção e reconstrução de esquemas prévios de adaptação.

Na *fluência verbal e de idéias*, o indivíduo denota sua produtividade através da associação de idéias, classificação da problemática e sistematização da situação. A *flexibilidade* ocorre na facilidade com que o sujeito pula de uma categoria a outra de idéias, descrevendo o maior número de usos em que se possa pensar uma situação, considerando-se o maior número de respostas pertinentes. A *originalidade* é produzida no momento em que o indivíduo busca propostas de soluções convencionais ou não, para resolver problemas não conhecidos anteriormente por ele, ou seja, na ausência de paradigmas que o orientem. A *percepção* de problemas

ocorre quando o indivíduo é colocado diante de situações novas para ele. A *reconstrução* consiste na reestruturação de situações, objetos e estruturas cognitivas preexistentes, mas que o indivíduo reorganiza para produzir uma resposta satisfatória à resolução do problema ou à satisfação de uma necessidade.

Husserl⁶ e Capra³ afirmam que o ato de criar ocorre ininterruptamente, a cada instante da constante evolução do ciclo vital do ser humano. Para os autores, cada momento é a criatividade expressa em si, pois o *continuum* tempo-espaco é um fato e cada minuto jamais é igual a outro. A cada segundo mudamos, afirmam, quer seja em idade cronológica, ritmo cardíaco, produção intelectual, aprendizado, padrão respiratório etc., o que torna a criatividade interna ou externa uma constante, que nos atualiza e renova.

CONCEITO PROPOSTO

O que parece ser fato aceito por todos aqueles que estudam a criatividade, além da questão da convergência e da divergência do pensamento produtivo (numa visão comportamentalista), é que esta é uma atividade intelectual distinta da inteligência, sem graduação maior ou menor quanto ao sexo ou raça, com intensidade variável na criança e no adulto e que não se limita a atividades artísticas e literárias, como supõe o senso comum. É uma capacidade intelectual encontrada em todas as atividades humanas, quer sejam elas técnicas, econômicas ou científicas e que ocorre no *continuum* do ciclo vital ininterrupta, externa ou internamente (numa visão holística).

A criatividade, portanto, não é algo reservado a uma elite de criadores. Concerne ao conjunto da população e é, pois, uma necessidade humana e social, cuja utilização gera o progresso, o desenvolvimento e a evolução da humanidade nos mais variados campos, o que a torna essencial para o desenvolvimento da enfermagem.

A criatividade é uma tendência natural que impele o indivíduo à auto-realização. Este, ao encontrar condições adequadas para se exprimir, repele o medo de errar e o inconformismo social; estimula o crescimento individual e coletivo; impulsiona a humanidade rumo a novas descobertas; confere ao ser humano a capacidade de associar idéias que estimulem seu ajustamento ao ambiente que o cerca, com o intuito de aperfeiçoá-lo frente a situações emergentes e, principalmente, não-rotineiras.

A CRIATIVIDADE COMO INSTRUMENTO BÁSICO EM ENFERMAGEM

Horta⁵ considera como instrumentos básicos em enfermagem os conhecimentos e habilidades *fundamentais* para o exercício das atividades profissionais da área.

Pode-se depreender, portanto, que o pensamento criador passa a ser um instrumento básico das atividades do enfermeiro, pois dele dependem: a) a *percepção* do problema, necessidade ou situação; b) a *fluência de idéias e a flexibilidade de pensamento* para tentar solucioná-los; c) a *originalidade e a estruturação ou reestruturação* das soluções encontradas e d) das *ações* a serem elaboradas e desempenhadas para resolvê-los.

Tais passos concatenam-se com as fases do planejamento das atividades de enfermagem, coordenadas pelo enfermeiro, em seus diversos campos de trabalho.

A criatividade, no entanto, não se constitui num instrumento básico que o enfermeiro deva utilizar somente na busca de soluções de problemas. Ele pode criar o hábito de utilizar seu potencial criativo através de associações de idéias, a partir da reflexão diária de sua prática, o que poderá levá-lo a surpreender-se e a criar novas alternativas em prol de seu desenvolvimento pessoal e profissional.

A estimulação do potencial criador é uma atividade intelectual que põe em jogo a imaginação e favorece inovações de toda espécie, culminando muitas vezes na produção de obras e idéias importantes na evolução do saber-fazer da enfermagem.

A criatividade torna-se uma ferramenta básica do enfermeiro na busca da resolução de problemas de enfermagem, o que torna seu fazer profissional mais estimulante.

Essa satisfação no uso do potencial criador pode proporcionar ao enfermeiro um fazer independente, com o desenvolvimento de intervenções criativas, o que será explorado a seguir.

“Um produto criativo reestrutura nosso universo de compreensão.”

(Taylor, C.W.)

O USO DA CRIATIVIDADE NA ÁREA ASSISTENCIAL

Além dos aspectos abordados anteriormente, devido a seu caráter dinâmico, a criatividade é um Instrumento Básico essencial à prática da enfermagem:

- no planejamento e execução dos cuidados de enfermagem;
- no hábito da reflexão sobre a prática diária de atividades de enfermagem, visando ao estudo exploratório em campo de linhas teóricas que construam o saber próprio da profissão, contribuindo para seu progresso técnico-científico e implementando alternativas em seu fazer profissional;
- no domínio do saber-fazer da enfermagem, que muito depende da criatividade, frente a cada situação inerente à atividade profissional do enfermeiro, aliada à conhecimentos prévios e curiosidade científica.

O desempenhar do processo de enfermagem envolve a utilização do potencial criador do enfermeiro, de forma a firmar-se como uma prática estimulante a esse profissional.

Snyder¹⁵ refere ser a criatividade uma capacidade essencial ao enfermeiro na busca da resolução de problemas de enfermagem.

Propõe que o profissional: 1) estude os problemas de enfermagem que enfrenta em seu dia-a-dia, com intensidade e profundidade; 2) utilize parte de seu tempo para esse estudo reflexivo com dedicação e interesse, pois estará construindo o saber em enfermagem; 3) busque recursos em outras ciências, o que lhe proporcionará um caminho para o surgimento de novas idéias; 4) crie condições para realizar associações de idéias, o que culminará na estimulação de seu potencial criador.

Rogers¹¹ refere que o processo metodológico de enfermagem é uma das fontes de estimulação do potencial criador do enfermeiro em seu fazer profissional, pois, essa prática acaba por ampliar sua visão de mundo, mantendo-o como um sistema aberto a novas alternativas e explorações. Tal fato dinamiza o desenvolvimento da enfermagem como ciência e confere ao ser humano a possibilidade de crescimento constante.

A recompensa, portanto, pelo desenvolvimento de intervenções criativas e pertinentes pelo enfermeiro em seu fazer profissional poderá levá-lo ao crescimento interior e à prestação de cuidados de enfermagem ao paciente-cliente com vistas à melhoria da qualidade dessa assistência.

Rollo May¹³, estudioso das Teorias da Motivação, afirma que para o indivíduo utilizar sua criatividade, muitas vezes necessitará de coragem

para expor suas idéias, já que novas idéias não costumam ter espaço imediato quanto à sua aceitação. Afirma, no entanto, que o ser humano criativo alcança um alto grau de satisfação pessoal e de crescimento interior ao produzir alternativas novas válidas ou aperfeiçoar as já existentes, em prol de uma maior qualidade de vida.

Um fator importante no desenvolvimento do potencial criador se acha na busca por informações externas ao meio profissional do indivíduo. Diversos autores propõem que a pessoa procure ampliar seus horizontes no âmbito cultural, de forma a não limitar sua visão de mundo. Tal processo ocorre através do acesso a informações diversas que ampliem sua cultura geral e que lhe permitam participar da vida como um todo, conferindo ao indivíduo a sensação de estar inserido em contextos muito mais amplos e cheios de oportunidades e possibilidades.^{9,13,15}

O planejamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem exige dos enfermeiros o uso do pensamento divergente, na busca de alternativas apropriadas para se abordar os problemas do paciente, respeitando sua individualidade.

Quando o enfermeiro possui uma visão global das condições do paciente, pode interpretá-las usando sua intuição e pensamento criativo, aliados a um senso crítico, com o intuito de determinar ações de enfermagem mais apropriadas.

A utilização de estratégias como discussões e seminários acerca dos casos dos pacientes estimulam os enfermeiros a pensar e a abordar cada aspecto necessário ao cuidado do paciente. Além desse fator, compartilhar tais experiências e buscar soluções criativas para resolvê-las, leva a uma maior valorização da assistência de enfermagem.²

Podemos considerar que o pensamento criativo libera os enfermeiros para elaborar novas soluções para problemas tidos, geralmente, como rotineiros.

O cuidado de enfermagem criativo tem um objetivo dinâmico, e não apenas a busca de resolução de problemas, tal qual já havíamos colocado anteriormente. Este valoriza também o “conhecimento natural” do enfermeiro de intuição e senso comum, além de promover o desenvolvimento pessoal do enfermeiro, exercitando suas habilidades inovadoras, interpessoais e criativas.¹⁴

“A enfermagem é uma profissão que absolutamente pode ser tida como rotineira.”

(Marx, L.C.)

USO DA CRIATIVIDADE NO ENSINO

Uma das funções inerentes às atividades do enfermeiro é a de ensinar. Seu "aluno" pode ser o paciente-cliente, o colega de equipe, o acadêmico, a família e assim por diante.

A partir de tal consideração, surge a questão da utilização da criatividade pelo enfermeiro que assume o papel de professor e como este pode propiciar a expressão da criatividade do educando.

Algumas estratégias podem ser sugeridas:

Não Sufocar a Criatividade. No papel de professor, o enfermeiro assume uma atitude de respeito frente aos questionamentos do educando, procurando levá-lo a encontrar a resposta a partir de seus próprios referenciais, estimulando-o a descobrir o valor de idéias originais, desde que adequadas. Pode-se então, em conjunto, adotar as idéias que puderem ser aproveitadas, sem que o valor do resultado alcançado se transforme em ameaça ou crítica destrutiva, mas sim em um julgamento justificado pela explicação de causas e conseqüências.

Estimular a Criatividade. O treino constante de associação de idéias e da articulação de fatos aparentemente isolados, assim como o estímulo à descoberta espontânea de soluções de problemas através do desempenho de papéis em simulações de situações-problema, são recursos que o enfermeiro educador pode lançar mão. Pode-se ainda utilizar técnicas construtivas de argumentação e debate sobre os mais variados assuntos, quer em grupos de pacientes, quer em situações de ensino formal de enfermagem.

Os meios que o enfermeiro, na função de professor, dispõe, incluem o tempo, o espaço, objetos e pessoas (incluindo o próprio professor como, por exemplo, em demonstrações). Tais meios propiciam aos alunos, individualmente ou em grupo, a oportunidade de terem acesso a informações e experiências novas, convidando-os à pesquisa e à experimentação.

A criatividade no ensino pode ser avaliada pela qualidade de oportunidades efetivas que o professor proporciona ao aluno no desenvolvimento de experiências educativas.

Ensinar é um processo dinâmico e variado. Dois grupos de alunos *nunca* são iguais, nem uma classe é a mesma de um dia para outro; o próprio professor muda constantemente, assim como o universo à sua volta.

Essa mutabilidade constante acaba por exigir o uso do potencial criativo do professor. Caso contrário, este poderá incorrer na manutenção de hábitos e rotinas, sem reflexões mais profundas, tomando decisões medíocres baseadas em conceitos estáticos e sem examinar e correlacionar os fatos velhos e novos presentes numa dada situação. Tais condições são opostas ao que se denomina *processo criativo*.

A estimulação do potencial criativo do aluno de enfermagem propicia o desenvolvimento de uma maior capacidade dos estudantes em apontar soluções para os problemas de enfermagem implicados no processo do cuidar. No entanto, há certa dificuldade do docente em aceitar os “atributos da personalidade criativa” (ver anexo — características da personalidade dos indivíduos, conforme o potencial criador).⁷

Portanto, ao mesmo tempo em que os docentes estimulam o despertar da curiosidade e independência no criar do estudante de enfermagem, estes não aceitam muito bem o aluno efetivamente criativo.

Esse é um ponto para reflexão na prática do ensino da enfermagem, pois urge encontrar espaços efetivos para o desenvolvimento do potencial criador do estudante de enfermagem, a partir da revisão dos currículos dos cursos da área.

Certamente, seria praticamente impossível ao enfermeiro, no papel de professor, estimular o potencial criativo dos educandos ou mesmo ensinar criativamente o tempo todo de que dispõe nessa atividade. É preciso que se planeje tal atividade.

Além do planejamento, torna-se necessário que o enfermeiro-professor discipline e treine o árduo trabalho de dar polimento a novos estilos de ensino por constantes mudanças, testando estratégias, mantendo-se atualizado e trabalhando com os educandos numa visão mais holística e menos fragmentada.

Por exemplo: você é o enfermeiro responsável pelas orientações de um grupo de pacientes diabéticos em um ambulatório. Rotineiramente, você ministra aulas sobre cuidados com os pés e auto-aplicação de insulina. Após algumas semanas, você percebe que a frequência de participantes caiu drasticamente, sem motivos aparentes, na sua opinião.

Será que sua estratégia de ensino tem sido adequada? Como você poderia utilizar seu potencial criativo para resolver o problema? Você tem refletido sobre sua prática? Você tem colhido sugestões do grupo-alvo a respeito dos temas a serem abordados nas reuniões?

USO DA CRIATIVIDADE NA PESQUISA EM ENFERMAGEM

“Parece que cada vez mais se substitui o par conhecimento-experiência pelo par conhecimento-criatividade.”

(Mandra)

Conforme já exposto, é fato real a noção de que devemos esperar a presença da criatividade no desenvolvimento das mais diversas atividades humanas, sem limitá-la a certos campos das artes e ciências.

Os atos criativos afetam o progresso científico da sociedade em geral. A competição é um elemento motivador da criatividade na área científica e que impulsiona os pesquisadores a gerarem o progresso.

Os produtos criativos, por sua vez, reestruturam nosso universo de compreensão e geram maior necessidade de criar novas alternativas, reformulando velhas idéias.

A pesquisa, portanto, é o recriar contínuo da criação.

Novas teorias são compostas por velhas teorias reorganizadas, redefinidas e associadas em seus pontos comuns, na busca constante do homem pela verdade e pela explicação de fenômenos internos e externos a ele, e com os quais se depara a todo instante.

Pesquisar é, então, um ato de criação, pois envolve a reelaboração de conceitos que acabam por divergir daqueles anteriormente estabelecidos. Tal conclusão é corroborada por vários autores.^{8,12,16}

Não fosse a pesquisa um dos principais legados de Florence Nightingale à enfermagem moderna, a enfermagem encontrar-se-ia afastada da evolução da humanidade, na condição de disciplina não embasada em princípios científicos e excluída do rol das ciências.

É graças à criatividade de inúmeras enfermeiras que se dedicaram à pesquisa que nos encontramos na busca pela definição do objeto de estudo e do corpo próprio de conhecimentos da enfermagem. Tal busca se mostra em expansão em diversas áreas de atuação da enfermagem, quer seja na área do cuidado, da adaptação, da reabilitação física e mental, da transmissão e troca energética e das mais variadas formas de atuação terapêutica do enfermeiro junto ao paciente-cliente.

É essa dinâmica e ininterrupta necessidade do homem em descobrir o porquê de seus atos e da enorme gama de fenômenos que o cerca que leva o enfermeiro, através da prática diária da reflexão perante tais situações,

a pesquisar e a desenvolver seu potencial criativo rumo à enfermagem do futuro.

Tal fato pode destacar a enfermagem cada vez mais do *lugar-comum*, afastando-a do marasmo provocado pela inflexibilidade em se aceitar novas visões de mundo, proporcionando variados caminhos pelo infinito universo do potencial criador contido em cada enfermeiro.

“Durante o período escolar regular, a mentalidade do estudante apenas inclina-se sobre sua carteira; na universidade ele deveria levantar-se e olhar à volta.”
(Whitehead)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criatividade, como Instrumento Básico em enfermagem, se mostra essencial na evolução do saber-fazer científico da enfermagem nos campos assistencial, de ensino e de pesquisa.

Esta capacidade humana estimula o crescimento individual e coletivo, impulsiona a humanidade rumo a novas descobertas, confere ao ser humano a capacidade de associar idéias que estimulem seu ajustamento ao ambiente que o cerca, aperfeiçoando-o e/ou modificando-o e propicia o caminho para a resolução de situações não-rotineiras.

O enfermeiro deve estimular a formação do hábito de refletir sobre sua prática diária, com o intuito de aguçar sua curiosidade científica e estimular o potencial criador que possui, em prol da evolução contínua do saber-fazer em enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

1. Beaudot A. A criatividade na escola. Atualidades pedagógicas, v. 125, Cia. Ed. Nacional, São Paulo, 1976.
2. Brainerd SM, La Monica EL. A creative approach to individualized nursing care. Nurs. Forum, v. 14, n. 2, pp. 188-93, 1975.
3. Capra F. The turning point: science, society and the rising culture. Simon & Schuster: New York, 1982.
4. Guilford WC. Study of creative thinking: hypotheses and tests, Report. Psycho. Lab., v. 3, n. 33, 1967.
5. Horta WA et al. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, vols. 1 e 2, p. 5, 1970.

6. Husserl E. The crisis of european sciences. Northwestern University Press: Evanston, 1970.
7. Jones JA. Where angels fear to tread — nursing and the concept of creativity. J. Adv. Nurs., n. 8, pp. 405-411, March, 1983.
8. Kneller GF. Arte e ciência da criatividade. Ibrasa: São Paulo, 1978.
9. Malinski VM. Explorations on Martha Rogers' Science of Unitary Human Being. Appleton Century Crofts: Norwalk, 1986.
10. Pieron H. Dicionário de psicologia. 7ª ed., Ed. Globo: Rio de Janeiro, 1990.
11. Rogers ME. An introduction to the theoretical basis of nursing. F. A. Davis: Philadelphia, 1970.
12. _____ Science of unitary human man: a paradigm for nursing, in Wood R e Kekahbah J. Examining the cultural implications of Martha E. Rogers' Science of Unitary Human Beings. Wood-Kekahbah Ass.: Kansas, 1985.
13. Rollo May. Courage to create. New York: Bantam Books, 1976.
14. Skeet M, Thompson R. Creative nursing: processive care and more? J. Adv. Nurs., v. 10, pp. 15-24, 1985.
15. Snyder M. Are you a creative nurse? J. Neuros. Nurs., v. 13, n. 5, pp. 239-242, 1981.
16. Taylor CW. Criatividade, progresso e potencial. Ibrasa: São Paulo, 1964.

Características dos Indivíduos quanto ao Potencial Criativo

Pesquisas exaustivas foram realizadas no campo da psicologia, com o intuito de se fazer uma distinção válida entre criatividade e inteligência.¹⁷

A correlação criatividade-inteligência foi avaliada entre crianças e adultos, separados por sexo, através de baterias de testes e métodos ativos, cujos resultados compuseram quatro grupos de indivíduos absolutamente similares para cada sexo, a saber:

Grupo 1 — sujeitos de *alta criatividade-alta inteligência*;

Grupo 2 — sujeitos de *alta criatividade-baixa inteligência*;

Grupo 3 — sujeitos de *baixa criatividade-alta inteligência*;

Grupo 4 — sujeitos de *baixa criatividade-baixa inteligência*.

O comportamento social dos grupos revelou-se diferenciado para cada grupo:

Grupo 1 (Alta Criatividade-Alta Inteligência)

Os sujeitos desse grupo apresentam menor grau de dúvida e hesitação; maior grau de autoconfiança; menor tendência a depreciar o próprio trabalho;

são indivíduos mais procurados e que procuram relações sociais com maior interesse; mantêm maior índice de atenção, concentração e interesse pelo trabalho; possuem maior capacidade de abstração e de sensibilidade afetiva; seu nível de ansiedade é médio; apresentam maior resposta a estímulos físicos externos e revelam conduta altamente desejável nas esferas social e acadêmica.

Esse grupo, no entanto, apresenta alto grau de comportamento perturbador em sala de aula, pois, diante de situações monótonas, propõem possibilidades novas e divergentes, além de não se adaptarem a programas que enfatizem a igual participação dos alunos em grupo, gerando alguns transtornos.

Esses indivíduos são capazes de exercer tanto o controle, quanto a liberdade; tanto comportamentos dos mais maduros e adultos, quanto aqueles mais imaturos e infantis. Por vezes, podem se revelar obsessivos quanto a alcançarem um objetivo por eles traçado.

Grupo 2 (Alta Criatividade-Baixa Inteligência)

Esse grupo revela os indivíduos com maiores desvantagens em sala de aula, mesmo quando comparados ao grupo de baixa criatividade-baixa inteligência. São mais cautelosos e hesitantes; menos confiantes e seguros; pouco procurados para relações sociais, pois também as evitam (esquiva social mútua); na esfera acadêmica, são mais depreciadores de seu próprio trabalho e mantêm pouca concentração e atenção. Exibem alto índice de comportamento perturbador, tal qual o grupo 1, porém a natureza de perturbação é diferente: enquanto que nos indivíduos do grupo 1 o comportamento indica entusiasmo, vivacidade e vontade empreendedora, no grupo 2 ele assume formas de protesto incoerente contra sua condição.

Esses indivíduos parecem manter um constante e intenso conflito consigo mesmos e com seu meio social, percebendo-se a enfrentar sentimentos de inferioridade e inadequação. Num contexto livre de tensão, no entanto, podem até revelar-se cognitivamente.

Grupo 3 (Baixa Criatividade-Alta Inteligência)

Os sujeitos que pertencem a esse grupo demonstram segurança e autoconfiança, tal qual os do grupo 1. Nas relações sociais, no entanto, diferem, pois, embora bastante procurados pelos colegas, tentam chamar

a atenção sobre si de forma inadequada e hesitam em expressar sua própria opinião. Mantêm alto grau de atenção e concentração em assuntos acadêmicos, mas sua postura se revela avessa ao contato social através de um comportamento retraído, reservado e até mesmo frio na relação interpessoal. Costumam ser descritos como “devotados” à realização acadêmica.

O fracasso escolar é tido por esse grupo como catastrófico, de modo que lutam continuamente pela excelência acadêmica, visando evitar o sofrimento. Seu nível de ansiedade é *aparentemente* baixo. Esse grupo revela-se bastante intolerante a hipóteses improváveis sobre o mundo e evita qualquer possibilidade de situações imprevistas e com probabilidade de erro. Recusam-se a se desviar do padrão crítico de correção.

Grupo 4 (Baixa Criatividade-Baixa Inteligência)

Esse grupo revela, ao contrário do que se poderia supor, maior autoconfiança e segurança, além de maior disposição positiva no relacionamento interpessoal. Parece que esses indivíduos tendem a compensar o menor grau de realização acadêmica com intensas atividades na esfera social. Mantêm um alto nível de ansiedade, pois desenvolvem constantes e variadas manobras defensivas que vão desde adaptações úteis, até regressões, passividade e sintomas psicossomáticos.

As pesquisas concluem ainda que é provável que existam múltiplos tipos de talento criativo e determinadas forças motivacionais ligadas a certas características da personalidade de pessoas criativas.

Dependendo do estímulo motivacional, as características que costumam aflorar no comportamento do indivíduo criativo são:

- curiosidade intensa; idéias empreendedoras; persistência intelectual; tolerância face a situações ambíguas; necessidade de variação e autonomia; orientação estética; orientação espiritual; resistência à cristalização prematura de conceitos e à acomodação; desejo de domínio sobre situações-problema; excitação e estimulação frente à ordenação intelectual daquilo que é aparentemente inclassificável; desejo de melhorar a ordem e os sistemas geralmente aceitos pela maioria; alto grau de ansiedade, porém com controle da mesma; alto grau de energia na produção de trabalhos; propensão a assumir riscos maiores a um prazo menor; encara desafios de forma prazerosa; valoriza sobremaneira seus produtos.

Os estudantes e os profissionais criativos tendem a ser identificados por serem considerados “problemáticos”, visto lutarem pela obtenção de soluções mais complexas e por serem intelectualmente rigorosos. Dessa forma, acabam por gerar relações interpessoais dificultadas para com mestres e superiores.

Mestres criativos, por sua vez, não se adequam a instituições de orientação tradicional e ortodoxa.

Outras características geradoras de conflitos interpessoais, comuns aos indivíduos criativos, são:

- extrema autonomia e auto-suficiência; independência de juízos e julgamentos; maior abertura em expor o que há de irracional em si mesmos; maior complexidade abstrata e afetiva; engenhosidade; gosto pela aventura; posicionamentos radicais; maior sensibilidade aos diversos fenômenos; introversão (que não é demonstrada); ousadia; criticidade exacerbada; tendência a produzir respostas adaptativas de natureza original; maior êxito em profissões não-rotineiras e que façam contribuições úteis à sociedade, o que lhes fornece auto-realização.

A conclusão das pesquisas citadas é que seria irreal afirmar que indivíduos criativos são, necessariamente, mais felizes. Pelo contrário, esses indivíduos podem ser geradores de conflitos internos e interpessoais e são, quase sempre, mal interpretados pela sociedade em suas atitudes.

Com o propósito de alcançar maior desenvolvimento da sociedade, seria importante criar um ambiente de trabalho adequado à produção de atividades das pessoas criativas, sem que esse fator pesasse nas diferenças individuais.

Seria muito bem-vinda a mudança de atitude na busca da compreensão da sociedade em relação àqueles possuidores de mentes criadoras. Tal fato estimularia a utilização de seu potencial criador no desenvolvimento de todas as áreas da atividade humana, encarando esse como sendo um fator positivo, e não gerador de conflito.

Falta ainda à sociedade elaborar critérios para melhor aproveitar esse potencial, muitas vezes perdido, em prol da evolução humana.

BIBLIOGRAFIA

17. Davidoff LL. Introdução à psicologia. São Paulo, Mc Graw-Hill do Brasil, 1986.
18. Wallach MA, Kogan N. A new look at the creativity-intelligence distinction. *J. of personality*. v. 33, n.3, pp. 348-69, 1965.
19. _____ Modes of thinking in young children: a study of the creativity-intelligence distinction. New York, Holt, 1975.

6

Comunicação

Arthur Bittes Júnior
Maria Clara Cassull Matheus

INTRODUÇÃO

A Comunicação é um ato intrínseco ao existir humano. Mesmo antes de nascer já estamos transmitindo e recebendo mensagens do mundo. Vários autores chegam a afirmar que o existir no mundo só é possível quando nos comunicamos.

Mas comunicar-se verdadeiramente implica uma série de aspectos complexos que se não estiverem claros para as pessoas que estão se comunicando pode gerar desentendimentos, podendo até levar ao fracasso a relação entre eles.

Devido a importância e a complexidade que tem a Comunicação no existir do homem, este tema tem sido motivo de profundos estudos em vários ramos do conhecimento. Isto significa que a literatura disponível, internacional e nacional, é extensa, porém não esgota o assunto, pois a cada dia novos aspectos da Comunicação são pesquisados.

Assim, neste capítulo, nos propomos a discorrer sobre aspectos que julgamos importantes sobre a Comunicação e, contextualizá-la como Instrumento Básico utilizado no âmbito da enfermagem.

CARACTERIZANDO A COMUNICAÇÃO

Etimologicamente a palavra Comunicação vem do latim *comunicare* e significa “pôr em comum”. Ferreira³ acrescenta que é a capacidade de trocar ou discutir idéias, de dialogar, de conversar com vistas ao bom relacionamento entre as pessoas.

Sendo uma capacidade, podemos deduzir que a Comunicação é uma habilidade que pode ou não ser desenvolvida nas pessoas.

Para uma habilidade ser desenvolvida é necessário que estejamos conscientes de sua existência como tal. Bordenave² a este respeito alerta que a maioria das pessoas tem tanta consciência da comunicação como tem de respirar ou andar.

Respirar, andar, comunicar-se, confunde-se com a própria vida. Mas até que ponto prestamos atenção, no modo como respiramos, andamos ou nos comunicamos?

COMPONENTES DA COMUNICAÇÃO

Explicitaremos os componentes da comunicação, no sentido de ir caracterizando-a com vistas a nos conscientizar de todos aqueles aspectos que possam ajudar a desenvolver a habilidade de nos comunicarmos.

A maioria dos autores concorda que o processo de comunicação é composto de emissor, receptor e mensagem.

Para que se inicie o processo comunicativo, o emissor envia uma mensagem. O receptor, por sua vez, recebe a mensagem e decifra-a com o objetivo de entendê-la. Mas, para que ocorra o processo comunicativo o receptor deve emitir uma resposta ao emissor.

Podemos deduzir que freqüentemente o enfermeiro assume tanto o papel de emissor como de receptor num mesmo processo comunicativo ao se relacionar com um paciente, sendo necessário, assim, tanto enviar mensagens que o paciente entenda, como entender as mensagens recebidas.

A mensagem é a “idéia” transmitida, e essa “idéia” deve ter o mesmo significado para o receptor, pois se não a comunicação efetiva não ocorre.

Stefanelli¹¹, uma enfermeira brasileira, acredita que a troca de mensagens entre o emissor e o receptor pode ser alterada ou influenciada dependendo do contexto em que eles estejam vivendo; assim, para ela, o contexto também é um dos componentes da Comunicação.

FORMAS DE COMUNICAÇÃO

A Comunicação engloba todas as formas que uma pessoa utiliza para poder afetar o outro, as quais resumidamente apresentamos na Tabela 6.1.

Tabela 6.1
Formas de Comunicação

Verbal	Falada Escrita
Não-verbal	Cinésia Toque Territorialidade
Paraverbal	

A forma de transmitir uma mensagem que mais temos consciência é a verbal ou lingüística, e se refere à linguagem *falada* ou *escrita*.

A linguagem é fortemente influenciada pela cultura, e grande parte das confusões e incomunicações que ocorrem entre as pessoas tem como origem a própria linguagem.^{2,11}

É bem provável que todos nós já tenhamos passado por situações onde essas incomunicações ocorreram. Conversar com um adolescente que utiliza gíria, com um nordestino que usa termos os quais não sabemos o significado, dificulta e, às vezes, até impede que uma conversa continue.

Mas as incomunicações também podem ocorrer em certas situações onde a palavra pode até ser do conhecimento do emissor e do receptor, porém ter um significado diferente para cada um deles.

Se você disser para seu colega que está triste, será que a tristeza terá para ele o mesmo significado que tem para você? Quantas vezes você não terminou esta conversa dizendo: Eh, você não me entendeu!

O que queremos mostrar é que não houve Comunicação nesta situação. Ou seja, o significado, a consequência e os sentimentos que brotam em você quando está triste podem ser diferentes dos do seu colega. Se estas diferenças não ficarem claras entre vocês, não haverá o “pôr em comum as idéias”, logo não ocorrerá a Comunicação.

O mesmo acontece quando escrevemos ou lemos algo. Frases mal construídas, uso de palavras que podem dar múltiplos sentidos, ou o uso de termos próprios de uma área de conhecimento podem dificultar o entendimento de um texto.

Também nos comunicamos de forma não-verbal, e ela traduz aquilo que Watson¹³ chama de “linguagem transparente do corpo”. Geralmente não temos consciência de nossa comunicação não-verbal. Se conseguirmos ter consciência daquilo que falamos, muito mais difícil é estarmos conscientes, por exemplo, de nossa expressão facial.

Quantas vezes já ouvimos: “Sim está bom!”, mas pela expressão facial de quem falou sabíamos que nada estava tão bom assim.

Na forma não-verbal a mensagem é emitida e recebida pelos órgãos dos sentidos, e compreende, além da expressão facial, a expressão corporal, gestos e toque.

A comunicação não-verbal ganha importância no processo comunicativo, pois ela pode suplementar uma informação verbal (completando ou rejeitando), contradizer, enfatizar, substituir, oferecer indícios sobre emoções ou mesmo controlar ou regular um relacionamento.¹¹

Podemos concluir que a incongruência entre a comunicação verbal e não-verbal pode gerar equívocos entre o emissor e receptor, pois aquele quer transmitir uma “idéia”, mas inconscientemente transmite outra por uma das formas da comunicação não-verbal. Ou então, um receptor desatento pode não captar toda uma mensagem se não observar além das palavras do emissor.

Nosso corpo, quando falamos, assume uma variedade de posturas que nos ajudam a traduzir melhor o significado das palavras que proferimos. A *cinésia*, parte da ciência que estuda o comportamento cinético do corpo, mostra-nos que se atentarmos à postura corporal e expressões corporais de nosso interlocutor nossa comunicação terá mais chances de se tornar efetiva.¹²

As posições e movimentos do corpo podem ser classificadas em: emblemas (aqueles atos não-verbais que traduzem uma mensagem verbal que não pode ocorrer, como os sinais do surdo-mudo, um aceno para quem está longe); ilustradores (movimentos que acompanham a fala); demonstrações de afeto; reguladores (movimentos sutis e inconscientes que regulam o fluxo de uma conversa); e os adaptadores (são os que adquirimos na infância e são utilizados geralmente em situações que precisamos suportar).¹

Tocar também é uma forma de comunicação não-verbal, e pode significar: atitude de nos unir ao outro, tocar como uma maneira de perceber o outro ou relação com o outro. Assim, o toque pode significar distância ou envolvimento entre as pessoas que estão se comunicando.⁴

Mas o significado do toque pode ser diferente, assim como todas as formas de comunicação não verbal, dependendo da pessoa, da cultura e do contexto em que ocorre o toque (Fig. 5)¹⁴.

A *territorialidade ou proxêmica* também é uma das formas de comunicação não-verbal, e diz respeito ao espaço além do nosso corpo que

temos como nosso. Esta distância pode influenciar e definir o “tipo” de envolvimento e, assim, de comunicação que queremos manter com o outro.

Assim, mantemos um certo padrão de distância, dependendo com quem estamos nos comunicando e relacionando, conforme mostra a Fig. 6.1.⁹ Outra forma de comunicação é a chamada de *paraverbal ou paralingüística*. Ela se refere ao tom de voz, ao ritmo, suspiros, períodos de silêncio e entonação que damos às palavras quando falamos. E o seu significado é semelhante ao que descrevemos para a comunicação não-verbal.

Desta forma nossas conversas estão compostas por uma parte que é o que queremos dizer e outra parte que é como queremos ser entendidos.

BARREIRAS DA COMUNICAÇÃO

Através do que descrevemos até agora, podemos perceber que se não estivermos atentos a todos os aspectos da comunicação, o processo comunicativo não ocorrerá, ou será ineficiente, causando frustração aos interlocutores.

Dentre estes aspectos, existem aqueles que os estudiosos da Comunicação chamam de barreiras da Comunicação.

Estas barreiras são: a falta de capacidade de concentração, a pressuposição de entendimento, ausência de significação comum, influência de mecanismos inconscientes e limitação do emissor/receptor.

Basicamente podemos dizer que a falta de habilidade para ouvir, ver, sentir e compreender a mensagem do outro são as barreiras da Comunicação.

FUNÇÕES DA COMUNICAÇÃO

Dentro do paradigma dominante em Comunicação, esta tem as funções de informar, persuadir (o que não significa convencer os outros a concordarem com conceitos, mas sim levar à mudança de comportamento, dentro de uma troca de experiências), ensinar ou discutir.

Mas um novo paradigma está surgindo, e a Comunicação passa a ter a função de promover o relacionamento entre as pessoas, uma Comunicação horizontal para a busca de soluções.*

* Juan, D. Bordenave, palestra proferida na Escola de Enfermagem da USP em 23/11/1993.

Se não houver co-participação entre emissor e receptor na busca de soluções, não existirá mudança de comportamentos e crescimento das relações interpessoais.

Neste paradigma valoriza-se o receptor como o “dono” do problema, e assim ele é visto como responsável também por procurar soluções dentro de um contexto de participação, que então gerará mudanças de comportamentos.

COMO ENTENDEMOS A COMUNICAÇÃO COMO INSTRUMENTO BÁSICO UTILIZADO PELA ENFERMAGEM E SUA RELAÇÃO COM OS DEMAIS INSTRUMENTOS

Tudo o que descrevemos até o momento é utilizado na vida profissional do enfermeiro.

A Comunicação em enfermagem pode ser vista como uma necessidade humana básica, uma competência que a enfermeira deve desenvolver, ou um instrumento básico utilizado pela enfermeira.

Neste capítulo, queremos focar a Comunicação como um dos instrumentos básicos utilizados pelo enfermeiro.

Como instrumento entendemos que a Comunicação seja uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional.

Na Fig. 6.1 representamos a relação da Comunicação com o processo de cuidar e com os outros Instrumentos Básicos de Enfermagem.

Para nós a enfermagem se apresenta através do processo de cuidar do ser humano, um ser complexo e indivisível, e para comunicarmos com ele será preciso considerarmos seus valores e crenças, prezar a auto-estima e o autoconceito, além de estabelecermos um relacionamento empático.

Conhecer a Comunicação como processo colabora com a qualidade dos relacionamentos que deverão ser estabelecidos nas relações de trabalho, seja com a equipe de saúde, seja no registro das atividades de enfermagem, ou na assistência ao paciente, família e comunidade, além de evitar que barreiras de Comunicação comprometam a eficiência do processo de cuidar e do próprio exercício de enfermagem.

Os demais instrumentos básicos de enfermagem também serão mais bem empregados pelo enfermeiro que detiver o conhecimento e a habilidade em usar a Comunicação.

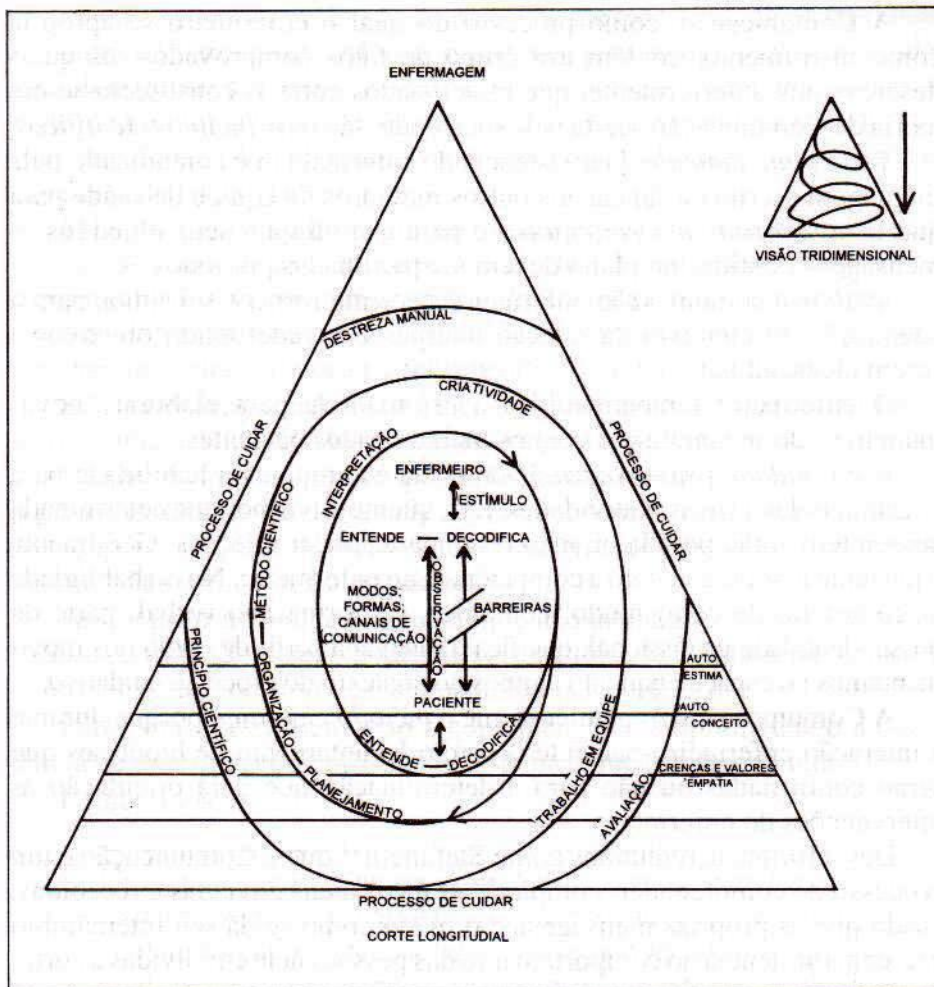


Fig. 6.1 — Diagrama representativo do processo de comunicação como instrumento básico de enfermagem.

Buscamos a seguir exemplificar tal fato, correlacionando todos os Instrumentos Básicos com a Comunicação.

Observar os padrões de respostas fisiológicas ou emocionais de um paciente fornece dados para a adequação do processo cuidativo deste paciente. Se não estivermos atentos, por exemplo, à comunicação paraverbal e não-verbal do paciente poderemos interpretar incorretamente aqueles padrões de respostas.

A Comunicação, como processo do qual o enfermeiro se apropria como instrumento, contém um grupo de fatos comprovados, os quais descrevemos anteriormente, que relacionados entre si constituem-se em teoria de Comunicação aceita pela sociedade, são os *princípios científicos*.

Todo *planejamento* da assistência de enfermagem é comunicado pela linguagem escrita ou falada aos outros membros da equipe de saúde para que ocorra o *trabalho em equipe*, e para que atinjam seus objetivos as mensagens contidas no plano devem ser partilhadas por todos.

Avaliar a comunicação enfermeiro-paciente fornece subsídios para a adequação ao contexto da relação interpessoal, redefinindo objetivos a serem alcançados.

O enfermeiro também utiliza a *criatividade* para elaborar “novas maneiras” de se comunicar com os mais variados pacientes.

A *habilidade psicomotora* é adquirida e comunica a habilidade para executar todas as nossas atividades. É freqüente ouvirmos que determinada pessoa tem “mão pesada ou mão leve” para aplicar injeções. Geralmente o paciente associa este fato à competência do enfermeiro. Nossa habilidade psicomotora, de certo modo, comunica, de forma não-verbal, parte de nossa identidade profissional, que fica traduzida a partir de como nos movimentamos no espaço enquanto agimos no contexto do processo cuidativo.

A Comunicação terapêutica segue o *método científico* porque durante a interação enfermeiro-paciente ocorre o levantamento de hipóteses que serão confirmadas ou não para a determinação que dará orientação às intervenções do enfermeiro.

Desta forma, acreditamos como Stefanelli¹¹ que a Comunicação é um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas nele envolvidas a curto, médio e longo prazos.

Mas quando o enfermeiro se apropria deste processo ele o usa também como instrumento, e mais, viabiliza e potencializa o desenvolvimento dos outros Instrumentos Básicos de Enfermagem.

O USO DA COMUNICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Podemos deduzir, a partir do que descrevemos, que a qualidade da assistência de enfermagem que prestamos ao paciente pode ser diretamente influenciada pela nossa habilidade de comunicarmos com ele.

O papel do enfermeiro não se restringe a executar técnicas ou procedimentos eficientemente. Mais que isso, nos propomos a uma ação cuidativa abrangente, que implica, entre outros aspectos, desenvolver a habilidade de Comunicação. Deste modo o uso da Comunicação como Instrumento Básico do enfermeiro é um meio que utilizamos para satisfazer as necessidades do paciente.

Mesmo durante a administração de uma injeção por via intramuscular, o processo comunicativo está ocorrendo. Quando explicamos ao paciente o que iremos fazer e por quê, devemos utilizar palavras que ele compreenda e observarmos suas respostas verbais e não-verbais, para sabermos o que ele entendeu, sua percepção e sentimentos a respeito do que falamos.

Se a comunicação entre o enfermeiro e o paciente não ocorrer efetivamente, o significado do cuidado que prestamos pode ser afetado profundamente.

Vários estudos realizados por enfermeiros mostram que a interação, uma das instâncias da comunicação, favorece um cuidado personalizado, sem o que ocorrerá comportamentos de autoridade e desrespeito por parte do enfermeiro em relação ao paciente.⁷

Assim utilizar apelidos ou frases que não denotam o cuidado personalizado, ou individualizado pode demonstrar falta de comprometimento do enfermeiro, provocando o afastamento do paciente.

Estas situações dificultarão a comunicação, comprometendo a assistência de enfermagem à pessoa que este paciente é, antes de tudo.

Lembramos que:

A comunicação deve ser considerada como competência interpessoal a ser adquirida pelo enfermeiro. E que é esta competência interpessoal usada de modo terapêutico que vai permitir ao enfermeiro atender ao paciente em todas as suas dimensões.

Stefanelli¹¹

Quanto à comunicação não-verbal, alguns autores afirmam que na enfermagem o toque pode ser o mais importante de todos os comportamentos não-verbais.^{1,14}

Vários estudos mostram que os enfermeiros são os profissionais da saúde que mais tocam nos pacientes. Mas que crianças e mulheres jovens são mais tocadas, e que pacientes mais graves são menos tocados que os menos graves.¹⁴

Porém alertamos que nem sempre o toque, quer o instrumental ou o expressivo, tem o mesmo significado para o enfermeiro e para o paciente. Mais que ter um significado universal, o significado do toque depende do contexto, da cultura, do local que é tocado e das pessoas envolvidas num determinado processo comunicativo.

Na dependência dos aspectos ora descritos, o toque pode ter um caráter de relaxamento ou gerar ansiedade e apreensão no paciente. Alguns estudos mostram que o toque instrumental, aquele que ocorre quando realizamos procedimentos, pode alterar os padrões fisiológicos de um paciente. Dar banho, fazer exercícios ativos e estímulos ambientais desconhecidos são responsáveis pelo aumento da pressão intracraniana em pacientes com trauma cerebral.

Todas as ações de enfermagem devem ser documentadas, e na maioria dos serviços são feitas através da escrita.

Assim, nas anotações de enfermagem devemos usar termos corretos, vocabulário científico, precisão e exatidão ao descrever um acontecimento relativo ao paciente. Ao respeitarmos estes aspectos, estaremos permitindo uma comunicação efetiva entre todos os membros da equipe de saúde, além do que as anotações servem de documento legal e retratam a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente.

Para sistematizar a assistência de enfermagem e estabelecer um plano de cuidados ou prescrição de enfermagem para o paciente, a primeira etapa é a execução de uma entrevista com o paciente.

Nesta entrevista são colhidos os dados do paciente, através do Instrumento Básico Comunicação. Seja qual for o referencial teórico utilizado pela enfermeira, se esta não for hábil no uso da Comunicação, a coleta de dados estará comprometida, prejudicando todo o plano de cuidados de enfermagem daquele paciente.

O plano a ser executado pela equipe de enfermagem deve ser claro e preciso para que todos o entendam e o executem adequadamente. Citamos um exemplo de uma prescrição de enfermagem: "Fazer higiene íntima quatro vezes ao dia."

Assim, sempre ao prescrevermos um cuidado de enfermagem, ele deve conter: o quê, o como e quando, para que a comunicação do cuidado a ser prestado ao paciente seja precisa e exata.

As anotações de enfermagem são lidas tanto pelos enfermeiros como pelos médicos, sendo julgadas como importantes por auxiliar no planejamento, continuidade e avaliação do paciente, tanto no âmbito da enfermagem como no médico.⁶

Assim as anotações ganham importância nos programas de saúde, na organização dos dados e recursos auxiliares de ensino, assim como podem ser utilizadas como fonte de investigação científica na enfermagem.

Pudemos notar que a habilidade em usar a comunicação, está relacionada a múltiplas facetas da assistência de enfermagem que não se esgotam neste capítulo, mas mostram que o uso deste Instrumento Básico pode interferir no sucesso ou fracasso da assistência prestada ao paciente.

A COMUNICAÇÃO E A PESQUISA EM ENFERMAGEM

Como já dissemos a Comunicação tem sido objeto de estudo em vários ramos do conhecimento, inclusive na enfermagem.

A Comunicação é um dos temas mais pesquisados em enfermagem devido: a complexidade do próprio tema, a importância que tem na qualidade da assistência de enfermagem e por se relacionar direta ou indiretamente a todas as ações cuidativas do enfermeiro. A relevância deste tema pode ser constatada através de inúmeros artigos publicados em revistas nacionais e internacionais de enfermagem.

Nos cursos de pós-graduação do Brasil existem linhas de pesquisa e disciplinas referentes à Comunicação em Enfermagem, onde várias dissertações de mestrado e teses de doutorado são desenvolvidas sobre este tema.

Também a Comunicação em enfermagem tem sido o motivo de um encontro de enfermeiros num Simpósio que acontece na cidade de Ribeirão Preto em São Paulo, desde 1988, onde são divulgadas as mais recentes pesquisas sobre este tema na enfermagem.

Citamos no decorrer deste capítulo o resultado de várias pesquisas de enfermagem e reafirmamos que este é um tema que ainda irá gerar uma infinidade de estudos.

A COMUNICAÇÃO E O ENSINO DE ENFERMAGEM

O ensino da Comunicação em Enfermagem como Instrumento Básico de Enfermagem faz parte da maioria dos currículos de enfermagem das escolas do Brasil, desde 1970, quando Wanda de Aguiar Horta o propôs como tal.

Inúmeras estratégias de ensino têm sido utilizadas para ajudar a desenvolver no estudante de enfermagem esta habilidade.

A Comunicação geralmente é enfocada desde o primeiro ano de graduação em enfermagem, direta ou indiretamente, em todas as disciplinas quando falamos da Comunicação como Instrumento Básico, da orientação de pacientes portadores de qualquer patologia, nas orientações à saúde, no estabelecimento de relações interpessoais e de ajuda, ou na administração da assistência de enfermagem.

Além do conhecimento teórico a respeito da Comunicação acreditamos que para que o aluno possa desenvolver uma habilidade é preciso experienciá-la. Assim, à medida que os professores derem oportunidades aos alunos de se comunicarem, seja entre eles, entre aluno e professor, entre aluno e paciente, o aluno poderá vivenciar, aprimorar e incorporar o que aprendeu na teoria sobre a Comunicação.

O ensino e desenvolvimento da habilidade de Comunicação não se esgota no contexto da escola. Vários estudos sobre o ensino da Comunicação não-verbal entre os enfermeiros foram conduzidos.¹⁰

Estes estudos mostraram que a enfermeira possui pouco conhecimento da comunicação não-verbal e paraverbal, não os percebendo nas suas interações com o paciente. Mas com esforço e estudos a enfermeira pode aprimorar-se na habilidade de comunicar-se com o paciente.¹⁰

Assim, podemos inferir que apesar de até mesmo antes de nascermos já estarmos nos comunicando, esta habilidade pode e deve se desenvolver durante toda a nossa vida, inclusive na profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatamos que para ocorrer o processo comunicativo vários aspectos devem ser considerados. Este processo pode e deve ser desenvolvido pelo enfermeiro como uma habilidade.

Quando isto ocorre a comunicação se torna uma poderosa ferramenta ou instrumento que garante a qualidade do processo de cuidar e de alguma forma sempre garante a eficácia no uso dos demais Instrumentos Básicos.

Pois como dissemos no início do capítulo, se o existir no mundo só é possível quando nos comunicamos, o enfermeiro existe na medida em que utiliza a Comunicação no saber-fazer profissional.

BIBLIOGRAFIA

1. Blondis MN, Jackson BE. Nonverbal communication with patients. 2ª ed., California, A. Wiley Medical Publication, 1982.
2. Bordenave JD. O que é Comunicação? 14ª ed, São Paulo, Paidós, 1964.
3. Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1986.
4. Goodykoontz L. Touch: attitudes & prática. Nurs Forum, v.18, n. 1, pp. 5-35, 1979.
5. Jorta W de A. L Kayama Y, Paula NS. O ensino dos Instrumentos Básicos de Enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, v.4, n.1-2, pp. 5-20, 1970.
6. Melo MRA, Marziale MHP. A anotação de enfermagem: canal de comunicação. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 3º Anais. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, 1992.
7. Mesdes IAC. Interação verbal em situações de enfermagem hospitalar e enfoque humanístico. Ribeirão Preto, 1985. Tese (doutorado). Esc. Enf. de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
8. Ruesch J. Comunicação Terapêutica. Buenos Aires, Paidós, 1964.
9. Sawada NO, Galvão CM. Comunicação não verbal: Análise proxêmica em situações de pré-operatório. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 3º, Ribeirão Preto, 1992, Anais. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, 1992.
10. Silva MJP. Construção e validação de um programa sobre comunicação não verbal para enfermeiros. São Paulo, 1993. Tese (Doutorado) Esc. Enf. da Universidade de São Paulo.
11. Stefanelli MM. Comunicação com o paciente: teoria e ensino. 2ª ed., São Paulo, Robe Editorial, 1993.
12. Weil P, Tompakov R. O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal. 31ª ed. Petrópolis, Vozes Editora, 1993.
13. Watson, Nursing: human science and human care: a theory of nursing. Norwalk, Appleton-Century, Crofts, 1985.
14. Weiss SJ. Touch. An. Nurs. Res. v. 6. pp. 3-29, 1988.

7

Trabalho em Equipe — Instrumento Básico de Enfermagem

Ana Aparecida Sanchés Bersusa
Grazia Maria Guerra Riccio

“A etimologia da palavra trabalho vem do vocábulo latino *tripaliare*, do substantivo *tripalium*, aparelho de tortura formado por três paus, ao qual eram atados os condenados, ou que também servia para manter presos os animais difíceis de ferrar. Daí a associação do trabalho com tortura, sofrimento, pena, labuta.”

Esta concepção negativa do trabalho foi se modificando através da história da humanidade, e hoje o trabalho humano pode ser diferenciado do trabalho animal, sendo que o animal não trabalha mesmo quando cria resultados materiais, pois sua ação não é deliberada, intencional. O trabalho humano tem uma ação dirigida por finalidades conscientes e ao reproduzir técnicas que outros homens já usaram e/ou inventar outras novas, a ação humana se torna fonte de idéias e ao mesmo tempo uma experiência. O acúmulo dessas experiências que o homem consegue realizar é discernido e é fixado aquele cujo resultado da ação for mais favorável, isto então é convertido em idéia, colocada à realidade e generalizada, a este processo dá-se o nome de cultura.²

A enfermagem é um trabalho humano que tem a finalidade de cuidar, enquanto que a questão cultural tem sido ponto de reflexão, pois ainda não há uma generalização dos resultados favoráveis de sua ação, ou seja, exemplificando, uma escara é hoje diagnosticada (experiência discernida), mas seu tratamento é diversificado, não existindo uma coesão do cuidar (cada um cuida de sua maneira), e esses resultados não são apresentados ao grupo de enfermeiros (generalização).

Hoje o enfermeiro percebe esta lacuna e tem se voltado ao estudo e à pesquisa, procurando validar e testar diagnósticos e condutas de enfermagem na busca da qualidade da assistência prestada.

Etimologicamente, a palavra equipe viria do francês antigo *esquif*, que designava originariamente uma fila de barcos amarrados uns aos outros e puxados por homens ou cavalos, enquanto não chegava a época dos rebocadores. Seja por causa dos barqueiros puxando a mesma corda ou a imagem dos barcos amarrados juntos, falou-se um dia em equipe ou trabalhadores. Há nessa palavra um vínculo, um objetivo comum, uma organização, um resultado a ser alcançado.⁹

O homem não consegue trabalhar só, o trabalho em equipe é um requisito vital para a obtenção de resultados, quando se considera o potencial sinérgico dos grupos: um conjunto de pessoas tem propriedades e qualidades coletivas que elas separadamente não manifestam.¹ O trabalho em equipe então é um instrumento básico, necessário para que o enfermeiro resgate a sua especificidade, enquanto profissão.

A enfermagem tem sido uma profissão que se desenvolveu inserida num grupo de trabalho denominado equipe de saúde, que é composta por mais de uma dezena de categorias profissionais, que vem elaborando sua identidade profissional frente a uma classe dominante na área, o médico. Por outro lado, com a delegação de funções, formou-se uma equipe própria de enfermagem que tem uma divisão técnica e social caracterizando-se em ações desenvolvidas pelos “enfermeiros com escolaridade de nível superior; os técnicos com curso regular e nível médio de 2º grau; auxiliares com curso regular de 1º grau ou em curso supletivo a nível de 2º grau; e os atendentes com um rápido ou, às vezes, nenhum preparo formal, submetidos ou não a programas de treinamento em serviço nas instituições”.⁶

A equipe de enfermagem deve estar orientada para a obtenção de uma única meta, o “cuidar”, mas existem fatores que podem influenciar na organização e no alcance dos objetivos, se considerar que existem indivíduos técnica, social e psicologicamente diferentes. A busca do “resultado” do cuidar, na assistência ao cliente, pode sofrer interferências se não houver um espírito de equipe e união, sendo assim os objetivos que deveriam ser comuns ficam comprometidos.

Os indivíduos nascem em família (termo latino que indica conjunto de pessoas unidas por um vínculo de parentesco), que pode ser considerado atualmente como uma célula primordial da sociedade, a estrutura primária sociológica.⁸ A sociedade portanto é formada por grupos de famílias interagindo socialmente que necessitam de meios de subsistência e de conforto, a base necessária ao desempenho das funções. Esta função se

realiza normalmente pela divisão do trabalho entre os diversos componentes da família.

É também função familiar, a educação que ensina a linguagem e hábitos indispensáveis para viver numa sociedade humana. A vida social requer um longo aprendizado, ministrado através de uma ação que ensina os indivíduos a assumir comportamentos e atitudes, sem as quais seríamos desajustados e tornaríamos insuportável a vida social.

Desde cedo os indivíduos vivem em grupos e são ensinados a trabalhar em grupo, mas na escola, suas atividades, na maioria das vezes, são individuais preparando este indivíduo para uma profissão, e não para desempenhá-la em regime de colaboração dentro de uma organização, comprometendo assim o espírito de equipe.^{1,8}

DEFINIÇÃO DE GRUPOS

ORGANIZAÇÃO

É apenas uma das formas de se definir um grupo, por exemplo: grupo de enfermeiros de um determinado hospital.

Uma outra forma de definir grupo é a interação, segundo esta definição, um grupo é um conjunto de pessoas que interagem. Por exemplo: familiares dos pacientes no horário de visita fazem parte do grupo de pessoas que estão no hospital, mas diferem no objetivo. Não são alvo da assistência.

INTERAÇÃO

A interação pode ser ainda a essência da vida social. Os indivíduos agregados tornam-se um grupo, uma sociedade, a partir do relacionamento de seus membros, sendo a reciprocidade de relações, o entrelaçamento de atos, idéias e sentimentos de pessoas ou grupos, causadores de modificação do seu comportamento. Magalhães,⁸ ao citar Parke Burgess, diz que a interação social tem uma natureza dupla de pessoas com pessoas e de grupos com grupos. Afirmar ainda que o instrumento de interação social é a comunicação, que aparece em três níveis através dos sentidos, das emoções e das idéias.

A interação pode ser classificada, segundo Magalhães,⁸ em formas básicas. São elas:

Cooperação. É a atuação de dois ou mais indivíduos, em conjunto, para alcançar um objetivo comum, combinando suas atividades de maneira organizada.

Na enfermagem, a cooperação pode ser exemplificada na distribuição diária de um número de pacientes para cada membro da equipe cuidar.

Tipos de Cooperação

Temporária. Ocorre quando os indivíduos se reúnem para realizar uma tarefa durante um curto período de tempo; por exemplo, a mudança de decúbito de um paciente.

Contínua. Ocorre em detrimento da necessidade de fixação de pessoas num determinado local para a manutenção de um serviço; por exemplo, grupos de enfermeiros e auxiliares de uma unidade de internação.

Direta. Pessoas ou grupos que realizam em conjunto atividades semelhantes, exemplo: grupo de auxiliares de enfermagem de determinado setor.

Indireta. Realização de trabalho em colaboração, voltado para o mesmo objetivo, exemplo: técnica de aspiração traqueal, realizada pelo fisioterapeuta e enfermeiro.

Por haver diferenças de capacidade e desejos entre os componentes de uma sociedade, estes competem entre si a fim de satisfazer suas necessidades e aspirações.

Competição. É um tipo de luta universal, que não só acontece na sociedade humana, mas também no mundo animal e vegetal. Além de ser universal, a competição é impessoal, contínua, destituída de violência, e geralmente os indivíduos, por não terem consciência deste fato, tornam esta competição por vezes violenta e agressiva.

O enfermeiro ou auxiliar de enfermagem, que foi aprovado em um concurso público em uma instituição, está impedindo inconscientemente e deliberadamente a entrada de outro, este pode ser um exemplo de competição.

A competição é um processo de evolução de um grupo, resultando em maior desempenho dos seus membros.

CONFLITO

É outra forma de luta entre indivíduos ou grupos. Esta difere da competição, porque envolve contato, acontece em nível consciente, é pessoal, implica ameaça ou violência e é intermitente.

Se buscarmos novamente o exemplo dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem que prestaram prova para o concurso público e constatarmos que estes profissionais estavam disputando o primeiro lugar, teremos, então, um conflito — pessoal, consciente, emocional e intermitente. Pessoal, porque é “a ele que eu quero vencer”; emocional, porque a disputa gera tensão e emoção; e intermitente, porque esta disputa ocorre em determinado momento, e depois pode acabar.

O conflito pode apresentar-se pela rivalidade, debate, discussão, guerras.

Tipos de Conflito

Conflito de Gerações. Resultante da divergência de idéias, valores, filosofia de vida, entre jovens e adultos. Toda geração possui seus valores e idéias e vive num contexto histórico com problemas e necessidades específicas.

Não raro, os membros mais velhos do grupo de enfermeiros, que possuem valores, idéias e filosofias de vida diferentes das dos jovens, são chamados por estes de “tias”, para refletirem uma imagem estereotipada de “enfermeira velha”.

Dificilmente, o conflito das gerações se torna conflito aberto. Ele se manifesta mais em antagonismo de idéias, valores, atitudes e preferências entre as gerações.

Conflitos de Sexos. O sexo, embora determinado por fatores abiológicos, é valorizado por critérios sociais.

O conflito dos sexos surgiu com a Revolução Industrial (século XIX), quando a mulher, até então submetida ao regime patriarcal, começou a trabalhar fora de casa, podendo reivindicar igualdade e oportunidades, já que participava do processo produtivo e tinha poder aquisitivo próprio.

Conflito de Raças. Entre os diversos grupos étnicos há, muitas vezes, preconceitos arraigados.

Muitas vezes, esse preconceito não é público, mas a observação nos faz crer que ele existe, há instituições que não têm nenhum membro de seu grupo de raça negra; ora, com uma população brasileira rica em indivíduos que tem origem na raça negra, é difícil acreditar que nenhum procurou emprego naquela organização.

Conflito entre Campo e Cidade. É devido ao semi-isolamento a que está ligado o homem do campo e em virtude dos fatores decorrentes desse

isolamento. Por exemplo, o profissional enfermeiro formado em outra região (região Norte), com valores e realidades diferentes vindo para uma região urbanizada (região Sudeste) procurar emprego.

Conflito de Classes. Toda a classe social possui certas semelhanças sociais e um modo de viver próprio de consciência de classe; pelos proletários, desenvolveu-se a luta entre estes e os burgueses em todo o mundo.

No Brasil, o acesso ao sistema educacional torna-se difícil para os indivíduos com condições socioeconômicas menos favorecidas, portanto os elementos que conseguem finalizar o terceiro grau são tidos como grupo de pessoas que compõem uma classe econômica privilegiada.

Essa divergência de classes sociais, então, é levada ao grupo, onde a enfermeira reflete uma imagem estereotipada em relação a seu grupo de “burguesa” e os atendentes de “proletários”.

Conflito Econômico. Este tem por base a concorrência, que nos dias atuais é intensa. Uma das conseqüências disso é o aparecimento dos monopólios, capazes de fixar preços de alguns produtos ou serviços. Empresas privadas atuando na área de saúde, estabelecendo tabelas de preço por procedimento.

Conflitos Religiosos. São provocados pela intolerância em matéria de religião.

Na enfermagem o conflito religioso não nos parece comum, pois há um inculcamento do respeito religioso na formação de auxiliares e enfermeiros que evidentemente é incorporado para cada membro do grupo, pondo em prática o seu trabalho.

Conflitos Interinstitucionais. Estes conflitos jogam estados contra estados, instituições contra instituições, provocando uma “guerra”.

Conseqüência do Conflito¹

Alívio de Tensão. Todo conflito é precedido de uma tensão que vai aumentando gradativamente e com ele desabafa. Batalhas de palavras são travadas e as tensões se descarregam.

Eficiência Pessoal. Quando estamos em conflito para atingir uma posição almejada, tendemos ao esforço máximo de que somos capazes, esforço esse sempre maior do que o dispendido em situação de segurança.

Pensamento. Nós tendemos a raciocinar mais quando existem problemas para resolver, ou melhor, quando estamos diante de um conflito.

Essas conseqüências causadas pelo conflito tendem a ser adaptadas.

ADAPTAÇÃO

Níveis de Adaptação do Indivíduo ao Meio

Biológico e Psicomotor. O corpo e as atitudes dos indivíduos sofrem uma socialização ao seu ambiente sociocultural.

A adaptação dos membros do grupo de enfermagem no trabalho noturno pode ser um exemplo.

Afetivo. Verifica-se a modificação de sentimentos. O cuidar continuamente de pessoas faz com que os sentimentos afetivos sejam mais exacerbados no grupo de enfermagem.

Pensamento. Quando a intelectualidade se desenvolve através da incorporação de elementos culturais. Ex.: os enfermeiros precisam incorporar os elementos culturais do sistema de assistência de enfermagem (SAE), para poderem executá-lo.

A ACOMODAÇÃO

É o processo social com o objetivo de atenuar o conflito, reduzindo-o. Só aparece nos aspectos externos do comportamento, sendo quase nula a mudança interna relativa a valores.

A acomodação pode ser duradoura e até permanente, como no caso das castas, ou transitória, só por um determinado tempo.

O exemplo do SAE também pode ser visto aqui, quando se tem enfermeiros que a realizam, só porque está implantado na instituição, não porque acreditem nele. Mas há também aqueles que, ao entrarem em contato com esta metodologia o assimilam, e não conseguem visualizar o cuidado sem esse processo.

ASSIMILAÇÃO

Enquanto a acomodação só aparece externamente no indivíduo, a assimilação é uma mudança cultural. É um processo pelo qual pessoas e grupos adquirem as maneiras de outros grupos e, compartilhando sua experiência e história, se incorporam numa vida cultural comum.

Os fatores que podem influenciar o processo de assimilação são: contatos primários, ausências de caracteres físicos distintos, número e concentração de indivíduos e prestígio da cultura.

Para melhor compreensão podemos representar a interação neste hexágono, onde cada vértice corresponde às suas formas básicas.

Relembrando as formas de definir os grupos, temos a organização, interação e uma terceira forma, motivação.

O grupo pode ser definido, então, como pessoas que se associam porque isto lhes traz alguma recompensa, ou porque perseguem alguma espécie de objetivo comum. A motivação é um fator muito poderoso de explicação de grupos, já que a agregação de um conjunto de pessoas depende essencialmente de elas continuarem juntas.

A ideologia (conjunto de idéias, concepções ou opiniões sobre algum ponto sujeito a discussão)² torna-se o fator de coesão e atração dos indivíduos, que procuram o grupo onde ela é cultivada. Há grupos que se formam em torno de idéias, ou então pela crença que os indivíduos têm nas idéias que o grupo abraça.

A quarta forma, talvez a mais importante de se definir um grupo, é a percepção. Um grupo, na verdade só é um grupo quando seus membros se percebem como tal. Segundo Amaru,¹ não basta que um conjunto de pessoas convivam fisicamente, estejam organizadas ou tenham os mesmos objetivos para que se caracterizem como grupo. É necessário ainda que

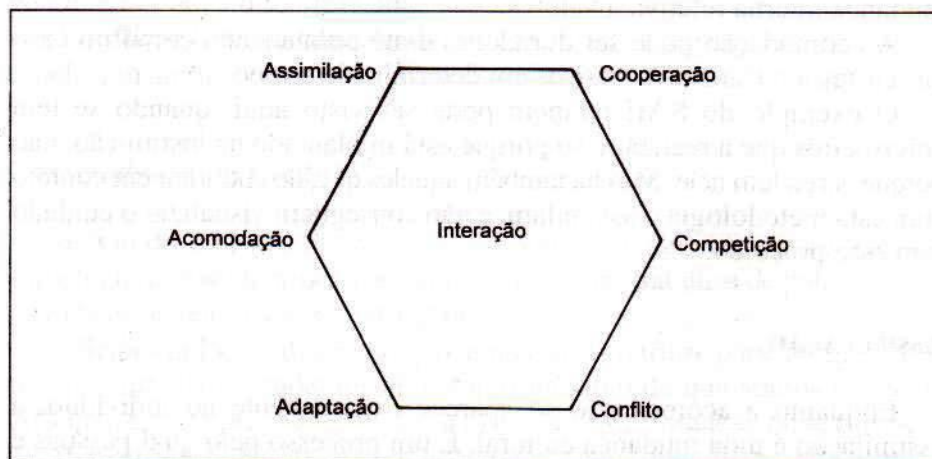


Fig. 7.1 — Representação das formas básicas da interação.

elas se percebam como partes de um mesmo todo, e que cada uma veja as demais da mesma forma.

Pode-se então dizer que um grupo começa a se caracterizar como equipe quando estão presentes a organização, a interação, a motivação e a percepção representadas na Fig. 7.2.

DIVISÃO DOS GRUPOS

Os grupos ainda podem se dividir em formais e informais.

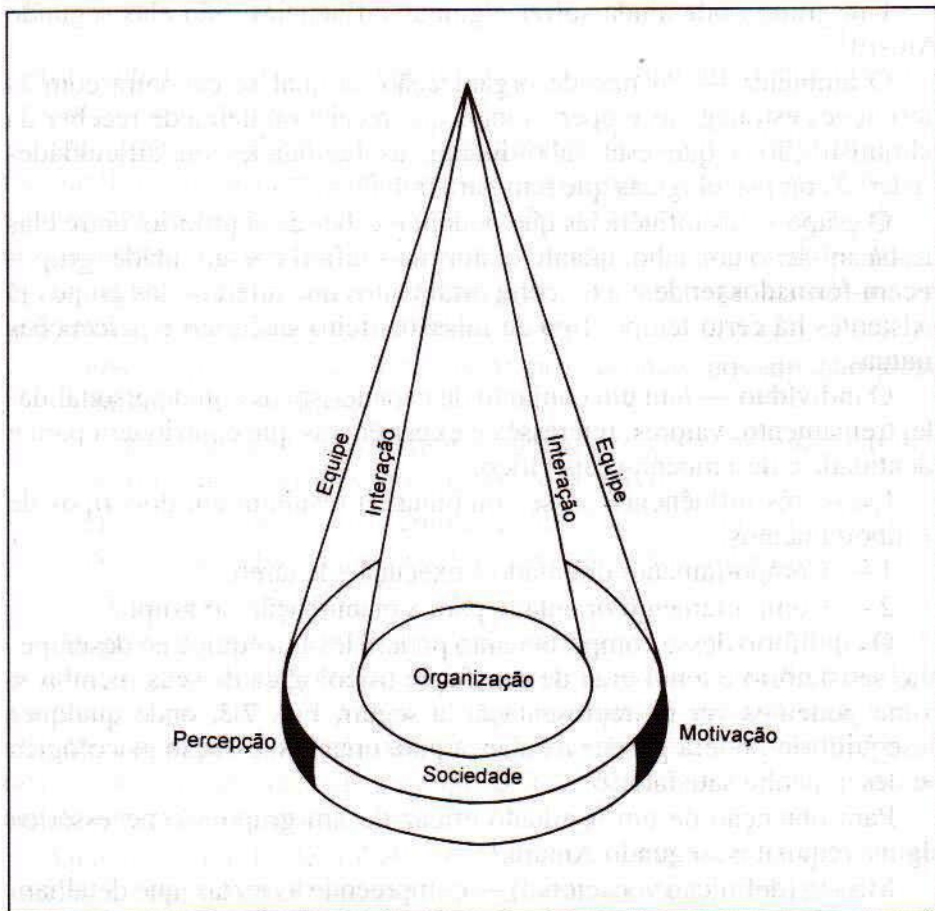


Fig. 7.2 — Representação dos fatores definidores da equipe.

Nos informais há uma predominância da percepção e da motivação sem que sejam necessárias a interação ou a organização — como, por exemplo, o time de vôlei dos funcionários da enfermagem do hospital X.

Já nos formais tem-se então a predominância da interação e organização, mas a motivação e percepção não estão presentes, são ótimos executores.

Este grupo é característico da enfermagem, que na grande maioria das vezes é visto como “tarefeiro” (executa prescrições de outros profissionais), não tendo a idéia e crença própria (motivação) como prescrever suas próprias intervenções, e nem se percebem como grupo, quando temos visto um esvaziamento das associações de classe.

Um grupo pode ainda sofrer algumas influências. São elas segundo Amaru¹:

O ambiente — “o tipo de organização na qual se encontra com as definições estratégicas e operacionais que recebe ou deixa de receber da administração a que está subordinado, as facilidades ou dificuldades materiais ou psicológicas que tem para trabalhar.”

O grupo — as influências que podem receber de si próprio, entre elas destacam-se: o tamanho, quanto maior mais difícil coesão; idade: grupos recém-formados tendem a ter comportamentos que diferem dos grupos já existentes há certo tempo; tipo de missão; efeito sinérgico e percepções mútuas.

O indivíduo — tem um conjunto de características como personalidade, treinamento, valores, interesses e experiências que contribuem para a identidade e desempenho específico.

Essas três influências, ao se combinarem resultam em dois tipos de comportamentos:

1 — Comportamento orientado à execução de tarefa.

2 — Comportamento orientado para a manutenção do grupo.

O equilíbrio desse comportamento poderá levar a equipe ao desempenho satisfatório e a um grau de satisfação psicológica de seus membros, como podemos ver na representação a seguir, Fig. 7.3, onde qualquer desequilíbrio poderá pender a balança para uma insatisfação psicológica ou desempenho satisfatório.

Para obtenção de um resultado eficaz de um grupo são necessários alguns requisitos, segundo Amaru.¹

Missão (definição vocacional) — compreende as metas, que detalham a missão e especificam principalmente o quê, quando, fluxos e outros detalhes semelhantes. Na enfermagem, o método científico utilizado como



Fig. 7.3 — Modelo de equilíbrio de desempenho em um grupo.

instrumento básico dá as condições necessárias para o enfermeiro detalhar e especificar as suas metas.

Quanto aos resultados específicos a serem alcançados (definição operacional), é muito importante que os propósitos de uma equipe sejam conhecidos por todos os seus membros. Nesta fase o instrumento básico de planejamento e avaliação dá o suporte necessário para o enfermeiro.

O fato de que se um grupo não sabe muito bem para onde vai, é provável que não chegue a lugar algum, como:

- nos grupos cujos compromissos profissionais possam não estar muito bem definidos;
- naqueles grupos cujos membros adotam posições diferentes uns dos outros quanto ao destino do esforço coletivo;
- em grupos onde haja diferentes expectativas em relação às recompensas que a participação deve trazer para cada indivíduo;
- em grupos pioneiros.

Ao pensarmos na enfermagem, várias situações citadas são características desse grupo; o enfermeiro pode planejar através do método científico a sua ação, executá-la e avaliá-la; mas o resultado da avaliação não é utilizado, na grande maioria das vezes, como uma retroalimentação para novas intervenções, fazendo com que o enfermeiro perca a identidade de seu compromisso, o cuidar.

Quanto à divisão de trabalho e dos papéis entre membros do grupo (definição instrumental) — este requisito está ligado ao fazer e executar. Na enfermagem podemos nos utilizar dos instrumentos básicos: trabalho em equipe, destreza manual.

Para proporcionar maior clareza dos três requisitos a equipe deve procurar as seguintes respostas, levando em consideração a compreensão — em que medidos os membros da equipe entendem os três requisitos; a adesão — como os membros da equipe aceitam e estão psicologicamente comprometidos com o destino da equipe com seus objetivos específicos e com a divisão de papéis. As perguntas são:

Qual é nossa vocação/missão? Onde queremos chegar?

Quais são os resultados específicos que devemos alcançar?

Qual o problema que devemos resolver?

Quais as responsabilidades de cada membro da equipe? Quem vai fazer o quê?

Para melhor representatividade destes requisitos temos: a Fig. 7.4.

Como já vimos anteriormente, todo grupo social desenvolve um conjunto de normas, tradições e valores e outras regras que constituem sua cultura,¹ que muitas vezes são verbalizados como crenças.

O espírito da equipe, tão importante, para o conjunto de crenças que especifiquem aquilo que o grupo julga importante e a maneira como os participantes devem se comportar, uns em relação aos outros, a seu ambiente externo e a outros aspectos, como o patrimônio material, por exemplo, que é colocado à sua disposição. Algumas condições são necessárias para que a crença contribua para a eficácia da equipe. São elas segundo Amaru:¹

Elas devem ser praticadas.

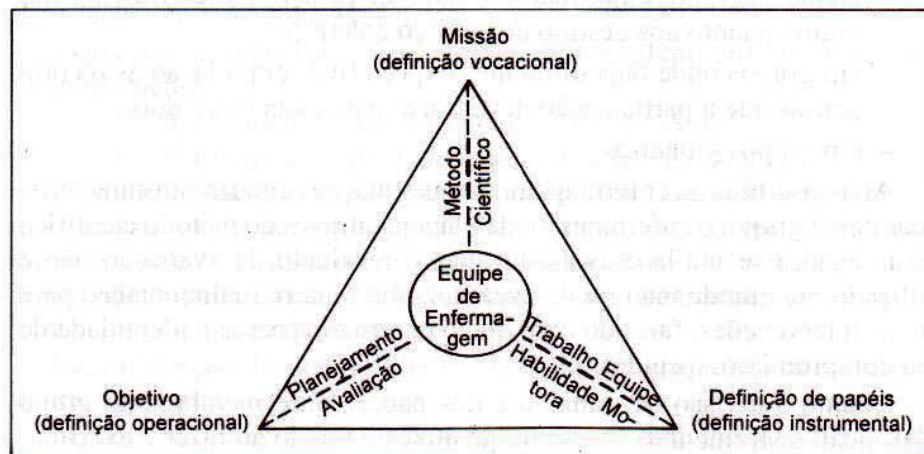


Fig. 7.4 — Obtenção de resultados para a equipe.

Elas devem ser aceitas pelo grupo.

Elas devem ser uma força de atração para a manutenção das pessoas no grupo.

Elas devem exigir elevados padrões de ética e desempenho profissional dos membros da equipe.

O desenvolvimento de uma equipe está intimamente ligado com sua crença, que poderia também ser chamada de filosofia, que tem uma importância significativa nos grupos que a traçaram através da experiência acumulada da vivência, pois a crença de um grupo de pessoas inexperientes só será formada se houver pelo menos um membro que tenha participado de um outro grupo que tenha experienciado a crença.^{1,8}

Através desta visão, uma equipe pode se desenvolver com eficácia se um membro tiver uma visão filosófica ampliada e conseguir a aceitação dos outros membros do grupo, que têm o desejo de permanecer nesse grupo (coesão).

O grupo então percebe que quanto mais coeso, melhores serão as condições de defesa, quando tiver alguma ameaça.

A coesão, pelo compartilhamento da mesma ideologia dos membros de um grupo, às vezes pode ser negativa, quando inexistente uma maturidade para aceitação do ponto de vista alheio, ou seja, pensar que só é bom aquilo que foi criado pelo grupo.

É indesejável, também, que o grupo ao se valer desta coesão pela ideologia, defenda-se dos indivíduos mais pelo fato de que eles pertencem ao grupo do que por suas qualidades.

É importante que a equipe exclua os indivíduos que não compartilham da mesma crença, e não procurar protegê-los em nome de um falso espírito de corpo, pois estes indivíduos pela sua descrença podem levar o grupo a um conflito e conseqüentemente a uma perda da qualidade do trabalho.

Na enfermagem, observa-se que organizações que têm como base uma filosofia sólida têm tido uma respeitável qualidade de assistência prestada.

A filosofia faz com que todos os membros da equipe tenham um rumo norteador, não tendo gasto desnecessário de energia do grupo, pois todos caminham para o mesmo lado.

É necessário que a equipe de enfermagem que deseja ser eficaz tenha seu alicerce sustentado numa filosofia, onde seus integrantes tenham o desejo de permanecer no grupo, demonstrando uma coesão e diminuindo principalmente a rotatividade de pessoal, pois o indivíduo ao compartilhar da mesma ideologia filosófica acaba se fixando e permanecendo no grupo, exercendo uma força de atração entre si e uma recompensa recíproca.

Em todos os grupos existem indivíduos com uma capacidade de liderança que é exercitada desde que nasce; nas atividades sociais ou escolares, para que mais tarde possa utilizar na vida profissional. Quanto mais experiência, maior será a vantagem competitiva que esses indivíduos terão no mercado de trabalho.

Esses indivíduos têm ainda uma tendência de entender e manejar processos de dinâmica de grupo que lhes facilitam as funções de liderança perante outros indivíduos.

“A grande responsabilidade destas lideranças consiste em criar instituições saudáveis dentro dos grupos, de modo que estes possam subsistir independentemente de sua presença física. Isto é válido para equipes, organizações e países.”¹

Este papel é polivalente e difícil, já que seus erros se traduzem não apenas em fracassos da equipe, mas igualmente em conflitos internos.

Um grupo só pode ser produtivo na medida em que todos dêem sua contribuição. O papel principal do participante é o envolvimento e compromisso com o trabalho, portanto um grupo onde não há participação em conjunto, não existe, mas sim um aglomerado de pessoas. Se os participantes adotam uma atitude passiva, à espera de que alguém assuma responsabilidades, que são suas, ou que assuma as tarefas de liderança, não terão o direito de julgar o trabalho, que tem uma grande probabilidade de ocorrer quando a maioria se omite.

O líder é estimado e reconhecido como chefe, não sendo a critério da popularidade, mas sim da confiança que o grupo deposita nele. Deve sempre utilizar atitudes diferentes e adaptativas, segundo as situações ou as tarefas de sua equipe. Pela influência direta o líder executa parte do trabalho e põe a mão na massa, o que lhe exige aptidão e competência para a tarefa; pela influência indireta ele fala, organiza, dirige, informa, ensina, coordena, tornando-se administrador ou organizador dos esforços, das iniciativas e do trabalho coletivo.

O líder, portanto, tem a função de contribuir para a tarefa na qual o grupo está empenhado, na manutenção e no desenvolvimento do grupo.

Na enfermagem, o enfermeiro chefia delegando funções a técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, o que não o coloca em uma posição de líder, mas freqüentemente a de um cumpridor de funções meramente burocráticas, enquanto que o cuidado ao paciente é decidido e executado pelos outros elementos da equipe, seja de enfermagem, ou multiprofissional.

Para que o enfermeiro resgate o seu papel de liderança é necessário estar apoiado numa filosofia, cuja crença tenha a centralização na assistência (tarefa). Deve, ainda, conhecer princípios básicos de administração para gerenciar unidades de ensino, promover educação em serviço e de assistência, para responder pelo planejamento e execução dos cuidados de enfermagem, mantendo boa comunicação e cultivando o espírito de equipe (manutenção do grupo).

Todos os requisitos necessários para a função de liderança têm que ser aprimorados. O enfermeiro não pode afastar-se da assistência, do ensino, e da pesquisa. Essa integração necessária só poderá ser firmada se houver um esforço na aquisição do conhecimento através de cursos (especialização, pós-graduação), onde o enfermeiro adquirirá a competência necessária para cuidar, ensinar e pesquisar.

O equilíbrio da liderança pode ser conquistado através da manutenção das suas funções (tarefa e manutenção do grupo), tendo um apoio centrado no triângulo filosófico da enfermagem (assistência, ensino e pesquisa) representado a seguir na Fig. 7.5.

Enquanto o enfermeiro se afasta da assistência direta do paciente, seu reconhecimento pela sociedade fica cada vez mais distante do desejado, sendo o médico tradicionalmente considerado por esta como líder da equipe de saúde.

Os médicos ainda são considerados como detentores do saber e da autoridade; e o enfermeiro, profissional, submisso ao médico, cumpridor de ordens, que executa técnicas de forma caridosa e bondosa.

O papel indefinido do enfermeiro leva-o à submissão ao médico, e quando a delimitação da área de ação do enfermeiro começa a tomar forma, o conflito do poder quase sempre está presente, pois, na maioria das vezes, o médico é diretor ou presidente das organizações.

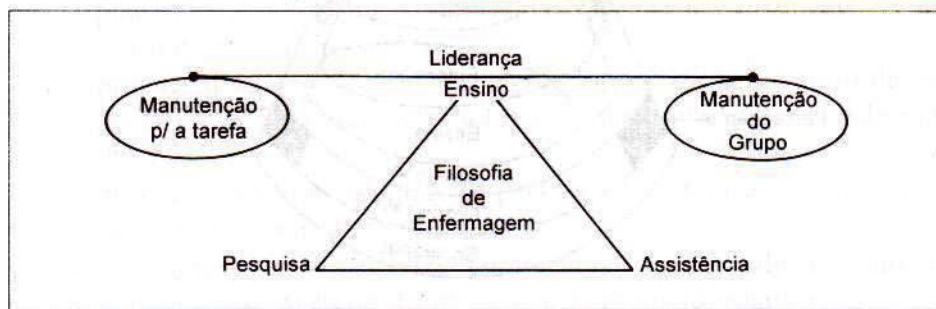


Fig. 7.5 — O equilíbrio da liderança.

Segundo Tagara¹¹ existem forças que podem afetar o comportamento de uma liderança, entre elas, os padrões e normas rígidas das organizações, o modelo de liderança, muitas vezes imposta pela organização e não da escolha do enfermeiro, discrepância entre o que o enfermeiro acredita ser correto e o que é requerido pela instituição, tendo com isso falta de metodologia e sistematização da assistência, centralização do poder, abuso da comunicação oral e falta de politização do enfermeiro.

Costa⁴ indica um roteiro útil para o enfermeiro atuar na equipe multiprofissional, no nível hospitalar:

- fazer visita diária em conjunto para analisar e discutir a evolução do paciente;
- determinar a assistência global ao paciente nas 24 horas, sendo que cada membro da equipe faz sua prescrição, evitando superposição;
- fazer plano de alta em conjunto baseando-se em estudos para definir as necessidades do paciente que serão atendidas a domicílio;
- promover sessões de estudos com reuniões para apresentar resultados obtidos.

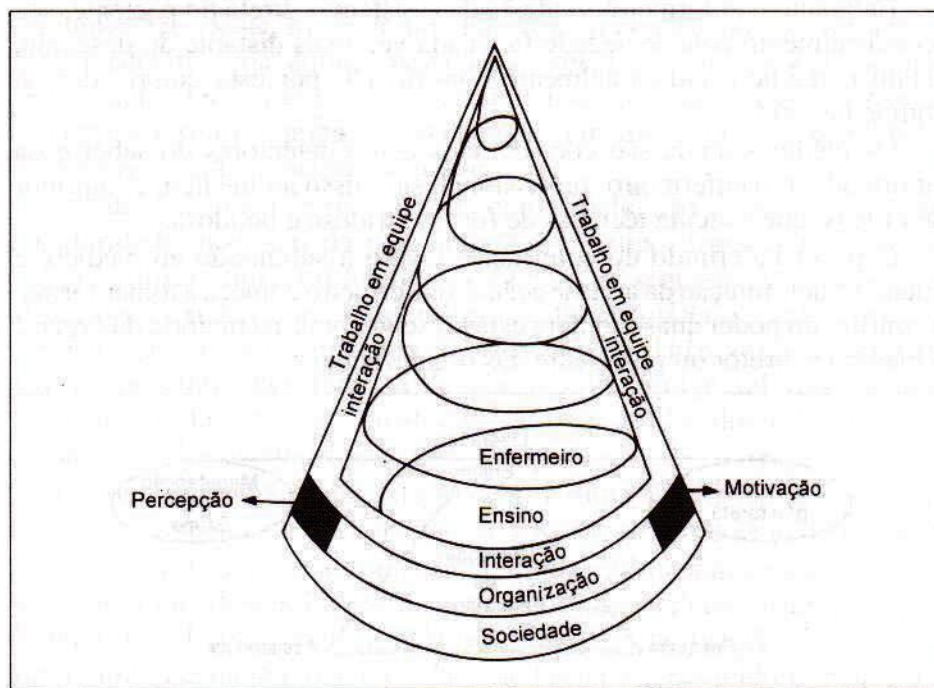


Fig. 7.6 — Trabalho em equipe multiprofissional.

O espírito de trabalho em equipe tem que estar presente na equipe multiprofissional para a obtenção da assistência integral do paciente, representado no sistema helicoidal a seguir. (Ver Fig. 7.6.)

O trabalho em equipe deve ainda estar presente em cada fase do triângulo filosófico: assistência, ensino e pesquisa.

Na assistência — quando o trabalho de enfermagem é sistematizado, subentende-se a realização de um trabalho em equipe; na verdade, o processo deve constar de informações básicas a respeito do paciente, onde tanto a equipe de enfermagem como a equipe multiprofissional devem contribuir no levantamento dessas informações à medida que se inter-relacionam com o paciente.

O levantamento sistemático dos dados do paciente dará ao enfermeiro o subsídio necessário para poder agrupar os problemas, diagnosticar, planejar o cuidado e avaliar os resultados.

Para que os resultados tenham êxito é necessário que a equipe esteja inteirada do porque de tais condutas e encorajada a prestar uma assistência eficaz ao paciente.

O estímulo para este encorajamento muitas vezes é dado pelo chefe ou por outro membro da equipe a qual o exemplo de profissionalismo é mirado.

O conceito de profissionalismo é difícil de ser definido mas uma avaliação dos termos técnicos e comportamentais poderá nos dar a identidade do profissional à medida que, segundo Amaru:¹

- possuem conhecimentos e habilidades específicas apropriadas para o desempenho de sua missão e de suas tarefas específicas;
- possuem a capacidade de escolher e usar os métodos adequados para a execução de tarefas e de ações específicas;
- planejam e preparam cuidadosamente cada uma de suas ações, evitando as improvisações;
- procuram acompanhar as evoluções dentro de seu campo de especialização buscando aprimoramento do conhecimento, habilidades e atitudes;
- procuram separar as relações pessoais da tarefa e participam na equipe de forma solidária;
- preocupam-se em não deixar compromissos inacabados e o cuidado com as conseqüências do serviço ou tarefa para usuários.

Diante destas colocações é importante que o enfermeiro tenha em mente as implicações do trabalho em equipe, em sua prática, principal-

mente quando utiliza o processo; para isso é necessário promover reuniões com a equipe de enfermagem ou multiprofissional, no sentido de discutir sobre os problemas do paciente e formas de melhor ajudá-lo, ou mesmo para resolver problemas relacionados à própria equipe, quanto a conflitos, desempenho, utilizando-se da dinâmica de grupo, dando espaço a desabaços e exteriorização de sentimentos e angústias dos próprios elementos e nunca perder de vista o propósito da visão holística, não permitindo a fragmentação da assistência, visto que existe uma tendência em decompor o conhecimento. Segundo Kron⁷ a fragmentação da assistência sempre está presente quando a ênfase da designação de enfermagem é posta na função, no trabalho ou nos procedimentos em vez de no paciente como indivíduo. Assistência de enfermagem integral tem que ser cada vez mais exercitada pela equipe e reforçado o seu valor para o paciente, objeto de nosso trabalho. A distribuição de atividade diária deve sempre ser voltada ao indivíduo e não a procedimentos técnicos.

A distribuição de atividades pelo procedimento pode ter a vantagem de ser mais rápida na execução e a desvantagem do resultado do cuidado não ser avaliado de forma eficaz; um exemplo clássico é a distribuição das tarefas de enfermagem, no âmbito hospitalar, ser realizada por verificação de sinais vitais por um auxiliar de enfermagem e administração de medicamentos por outro; se este paciente estiver com frequência cardíaca abaixo de 50 bpm e tiver prescrição de digitálico, este provavelmente será ministrado pela falta de conhecimento do todo, pois o primeiro auxiliar raramente fica atento à prescrição de drogas, só se preocupando em cumprir sua tarefa — verificar sinais vitais.

No ensino o trabalho em equipe é um conhecimento que deveria fazer parte da cultura do indivíduo e ser incluído no programa das escolas maternas, do mesmo modo que o alfabeto, evoluindo com a escolaridade até níveis mais altos de graduação, atendendo a determinados pontos básicos.¹²

Na enfermagem, o trabalho em equipe faz parte do conteúdo programático da grande maioria das escolas, porém este instrumento básico da enfermagem não tem tido uma consideração importante nem por alunos, nem pelos professores além de ser referido como um dos menos empregados na prática, segundo Ferraz.⁵

A utilização do desenvolvimento de atividades grupais no ensino passou a ser adotada como uma estratégia para facilitar o aprendizado, visto que, segundo Carvalho,³ promove a socialização do educando, ajudando a estruturar atitudes de bom convívio social. Ensina-o a trabalhar

em equipe combatendo o excesso de individualismo, enriquece os pontos de vista, tem grande poder motivador, visto dar margem à auto-realização dentro do grupo e solicitar vivamente a participação ativa. Favorece a criatividade mediante a estimulação intensa decorrente da situação interativa, libertando-o de preconceitos e de estereótipos, uma vez que as opiniões são confrontadas e analisadas criticamente.

A experiência da vida, na grande maioria das vezes, tem sido a base que o enfermeiro tem do trabalho em equipe, sendo este um fato a ser refletido pelo ensino nas escolas, que necessitam formar profissionais preparados não só para a tarefa mas também para o comportamento da manutenção em grupo centrada em alguns pontos básicos:⁹

- Aprendizagem da comunicação para aperfeiçoamento da expressão pessoal, da espontaneidade, da capacidade de ouvir o outro.
- Aprendizagem da cooperação para superar o egocentrismo, poder pessoal, a falta de confiança nos outros, competição, a não consideração do outro, inibição, ansiedade e sentimento de inferioridade.
- Aprendizagem de dinâmica de grupo — para aumentar a capacidade de perceber o que se passa num grupo, participar autenticamente de um grupo e conduzir um debate.
- Aprendizagem de organização do trabalho — para esclarecer os objetivos, perceber a estrutura da tarefa, prever a divisão de papéis, utilizar meios disponíveis e criar outros mais adequados, organizar seu trabalho, administrar seu cargo e programar suas atividades.
- Aprendizagem da gestão de equipe — para compreender problemas de administração dos recursos da equipe, estratégias, planejamento etc.

Não só as escolas têm a responsabilidade deste trabalho, mas as organizações também devem estar aprimorando o profissional que nela trabalha, através da educação contínua dos funcionários: com aulas, cursos, simpósios, congressos ou estratégias “do corpo a corpo”, com levantamento de problemas em visitas de enfermagem e discussão dos prováveis meios de solucioná-los. Desta visita devem fazer parte todos os membros da equipe de enfermagem envolvidos com o problema detectado e o enfermeiro da educação continuada para diagnosticar as dificuldades da equipe, e planejar estratégias de orientação na busca de manter um grupo bem orientado quanto ao teor técnico e comportamental.

Na pesquisa — o trabalho de equipe torna-se importante à medida que os pensamentos se tornam mais articulados quando temos distinção dos mesmos, sendo este o ponto básico para a reflexão e surgimento das

investigações. O pesquisador que trabalha sozinho poderá ter hoje uma grande probabilidade de “esterilidade científica”, ou seja, não passará para novas gerações de enfermeiros “o gene” da necessidade de pesquisar e acabará solitário nos seus pensamentos.

As pesquisas de enfermagem tiveram seu início em torno das décadas de 60 e 70, e passaram a ter maior destaque por influência dos cursos de pós-graduação.

Outro ponto relevante, para a pesquisa de enfermagem no Brasil, é que o conhecimento dos enfermeiros sobre as ciências básicas, principalmente humanas e biológicas, é muito superficial, o que ainda se torna mais restrito no tocante à metodologia da pesquisa. O intercâmbio entre profissionais que fazem pesquisa é inexistente, e as pesquisas realizadas têm pouca divulgação. As linhas prioritárias para a pesquisa em enfermagem não estão ainda bem definidas.

Algumas tentativas estão sendo feitas para contribuir com o trabalho de equipe na pesquisa. A primeira tentativa é a de formação de grupos de interesse comum quanto ao desenvolvimento de um campo do saber, auxiliando de certa forma o intercâmbio de conhecimentos entre os pesquisadores. Uma segunda forma de contribuição é a tentativa de projetos integrados de pesquisa, onde cada elemento de um grupo de interesse a ser investigado irá desenvolver dado segmento do assunto, formando-se um todo inter-relacionando os temas investigados, podendo-se dar uma grande arrancada no entrosamento de pesquisadores e análise do tema sobre várias óticas, inclusive permitindo-se a execução do projeto de pesquisa pelo grupo.

Diante dessas reflexões, pudemos verificar que o trabalho de equipe é indispensável para assistência, ensino e pesquisa; mas não só este instrumento básico da enfermagem — trabalho de equipe — é essencial para a filosofia da enfermagem; outros instrumentos articulados também somarão condições para fortalecer a tarefa básica do enfermeiro, o cuidar.

O trabalho de equipe também está diretamente relacionado com a qualidade total. Neste contexto, este instrumento básico ganha poder de força, para a implementação desta filosofia, a qual pressupõe algumas ferramentas a serem adotadas para otimizar o alcance dos objetivos; são elas as seguintes:¹⁰

Brainstorming é também conhecida como “tempestade de idéias”, a qual visa gerar entusiasmo no grupo, igualar o envolvimento de todos e geralmente resulta em soluções originais para os problemas. A principal finalidade é coletar idéias de todos os participantes sem crítica e julgamento.

Votação múltipla é o modo de conduzir uma coleta de opiniões ou votos para selecionar os itens mais importantes de uma lista com discussão e dificuldade. Esta ferramenta visa encontrar uma proposta aceitável de modo que todos os membros possam apoiá-la, e nenhum opor-se a ela.

Técnica de grupo nominal é uma abordagem mais estruturada que as outras duas estratégias citadas anteriormente, com a finalidade de gerar uma lista de opções para posteriormente reduzi-las. Esta ferramenta é eficaz quando todos ou alguns membros do grupo são desconhecidos entre si, devido ao baixo grau de interação. Esta técnica é principalmente utilizada quando uma equipe não consegue encontrar um consenso.

Fluxogramas são figuras esquemáticas com indicação passo a passo usadas para planejar etapas de um projeto ou descrever um processo que está sendo estudado. Podem também ser usados para descrever uma seqüência desejada de um sistema novo e melhorado, um exemplo a ser citado é o diagrama de trabalho representado pelo fluxo de pessoas materiais, documentos, ou informações em um processo, criando-se os movimentos em uma planta semelhante à área de trabalho.

Diagrama de causa e efeito (diagrama de Ishikawa ou espinha de peixe), devido a sua aparência semelhante à espinha do peixe, permite mapear uma lista de fatores que julgamos afetar um problema ou um resultado desejado. É uma ferramenta eficaz para o estudo de processo e situações de planejamento.

Frente às ferramentas aqui descritas observa-se que estas são imprescindíveis para que o enfermeiro solucione entraves situacionais na sua equipe, que podem influenciar a qualidade da assistência prestada.

Para melhor compreensão dos conceitos citados neste capítulo vejamos a Fig. 7.7.



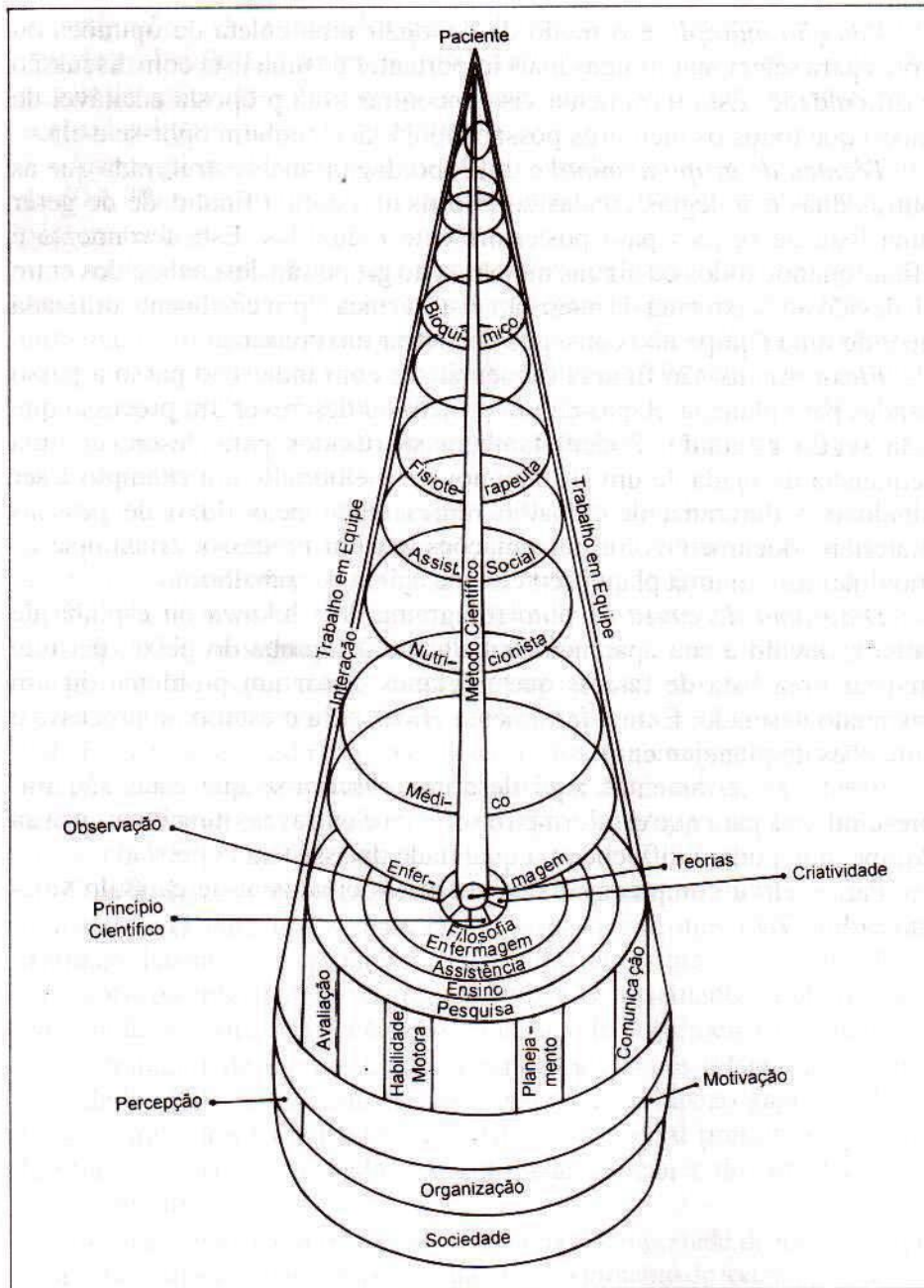


Fig. 7.7

BIBLIOGRAFIA

1. Amaru AC. Gerência de trabalho de equipe. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1986.
2. Aranha ML de A, Martins MHP. Filosofando: Introdução à filosofia, São Paulo, Editora Moderna, 1988.
3. Carvalho IM. O ensino socializado. In: O processo didático, 4ª ed.; Rio de Janeiro, FGV; 1982; cap. 11, pp. 213-51.
4. Costa MJC. Atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional. Rev. Bras. Enf. 31(3): pp. 312-39, 1978.
5. Ferraz FAF et al. Instrumentos básicos: aspectos relacionados ao processo ensino aprendizagem no curso de graduação das escolas de enfermagem da Grande São Paulo, São Paulo, 1986 (trabalho datilografado).
6. Krevtz L. O trabalho em equipe na enfermagem. São Paulo, 1993. 90 p. Tese de mestrado — Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo.
7. Kron T. Manual de enfermagem, 4ª edição. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978.
8. Magalhães J de M. Você conhece sociologia? Rio de Janeiro, Editora Rio, 1979.
9. Maria VLR. Instrumentos básicos de enfermagem: trabalho em equipe; trabalho apresentado à disciplina de fundamentos de enfermagem III do programa de pós-graduação de mestrado na E.E.U.S.P.; São Paulo, 1987.
10. Scholtes PR et al. Times de qualidade. In Os elementos básicos da melhoria da qualidade. Rio de Janeiro, Qualitymark, Ed. Ltda.; cap. 2 pp. 2-1 — 2-46.
11. Tagara NS. Liderança e assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro, Concordia, 1983.
12. Vidal F. — “Problem solving”: metodologia geral da criatividade. São Paulo, Best seller Importadora de Livros. S.A., 1973.

8

O Planejamento como Instrumento Básico do Enfermeiro

*Rose Meire Imanichi Fugita
Olga Guilhermina Dias Farah*

INTRODUÇÃO

As idéias sobre planejamento são amplamente discutidas nos dias de hoje, constituindo-se em uma ferramenta utilizada em atividades das mais diversas áreas de atuação profissional. É de senso comum que o planejamento deve ser utilizado sempre que se quiser evitar ficar por conta do imprevisto, pois através do planejamento se formula antecipadamente um esquema detalhado para se alcançar um objetivo.

O enfermeiro que não planeja e atua intuitivamente não tem possibilidade de avaliar o próprio desempenho ou da equipe de enfermagem, não obtém parâmetros para avaliar se todas as ações esperadas foram executadas, dificultando uma atuação competente.

A enfermagem tende a negligenciar o planejamento devido a fatores como grande demanda para soluções imediatas de crises diárias, com conseqüente relegação, até de eventos futuros, para o final de uma lista de prioridades, e ausência de conhecimento e experiência na criação de um programa de planejamento.⁸

Entretanto, devemos considerar que, apenas propondo-nos a fazer um planejamento poderemos obter a experiência necessária, e incluir eventos futuros no planejamento poderia, até mesmo, diminuir a grande demanda de intercorrências diárias.

CONCEITUANDO PLANEJAMENTO

“Planejamento é um processo intelectual porque determina conscientemente um curso de ação baseado em objetivos, fatos e estimativas

submetidas à análise.” É prescrever o futuro e traçar um programa de ação determinando os objetivos que se pretende atingir, buscando as melhores estratégias de ação para o seu alcance e reformulando o plano em conformidade com as sugestões provindas da experiência e dos fatos.^{15,16}

O planejamento pode ser resumido em especificação de resultados desejados, determinação das ações a serem tomadas e avaliação do grau de sucesso no alcance dos objetivos estabelecidos.⁸

Na enfermagem, Horta¹¹ classifica o planejamento como um dos instrumentos básicos de enfermagem e o conceitua como “um processo intelectual, isto é, a determinação consciente do curso de ação, a tomada de decisões com base em objetivos, fatos e estimativas submetida à análise”.

Considerando estas abordagens entendemos que planejamento é uma ferramenta que auxilia o enfermeiro a organizar, executar e avaliar as ações de enfermagem de forma a alcançar racionalmente seus objetivos e obter melhor desempenho e maior produtividade no seu trabalho.

AMPLITUDE DO PLANEJAMENTO

Os níveis de atuação do planejamento são:^{1,4,13}

Planejamento Estratégico. É o planejamento no nível global, institucional. São planos de longo alcance, logo seu grau de incerteza é maior já que um grande período de tempo permite maior oportunidade para que ocorram eventos não previstos e, por consequência, devem ser mais flexíveis. É o mais amplo e abrange os demais.

Na enfermagem, corresponde a decisões tomadas por enfermeiras que atuam ao nível administrativo na determinação do método de assistência de enfermagem a ser implementado pelo serviço.

Planejamento Tático. É um planejamento de médio alcance, e é intermediário dentro dos níveis de organização. Possui detalhamento maior que o anterior.

Na enfermagem, corresponde a decisões relativas a adaptação do método de assistência escolhido para cada unidade de serviço, de acordo com suas características próprias.

Planejamento Operacional. É um planejamento de curto alcance e diz respeito às operações atuais. O grau de incerteza das decisões é menor porque este é o que tem menor abrangência em comparação com os demais.

Este último corresponde ao planejamento da assistência de enfermagem individualizado. Constitui-se na aplicação do processo de enfermagem coerente com a filosofia instituída pelos níveis de planejamento mais abrangentes. O processo de enfermagem é definido por Horta¹⁰ como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas visando à assistência do ser humano”.

Todo planejamento resulta em um plano de ação, ou seja, um roteiro que orienta as atividades de um grupo (ou de um indivíduo) na direção de finalidades.^{7,16}

O plano caracterizado em relação ao tempo pode ser: de curto, médio e longo alcances, sendo que o período de tempo coberto pelo planejamento depende da natureza dos objetivos e do tempo que tomará para completá-los;²⁰ e Stoner¹⁹ o caracteriza quanto ao tipo, que pode ser de aplicação única, sendo elaborado para atingir objetivos específicos e eliminado quando atingidos ou permanentes, com orientação padronizada para lidar com situações que se repetem ou imprevisíveis.

CARACTERÍSTICAS DO PLANEJAMENTO

O planejamento engloba certas características que irão determinar o seu sucesso, e são:^{2,5,8,13,17}

- Unidade: implica a existência de um objetivo a alcançar que torne todos os passos do plano interligados. Um planejamento não pode ser dividido em fases independentes, pois corre o risco de ser um conjunto de planos contraditórios.
- Continuidade: o planejamento deve ser dividido em fases seqüenciais, coerentes e ininterruptas, obedecendo prioridades para que evolua. Caso contrário, pode tornar-se teórico e inacabado, sendo impossível analisar e avaliar as atividades envolvidas.
- Flexibilidade: permite um ajustamento às situações corretivas necessárias para se retificar o problema ou redirecionar o curso planejado.
- Clareza e precisão: o planejamento deve ser baseado em objetivos definidos e claros, incluindo os resultados esperados e os métodos de avaliação. Deve-se evitar a ambigüidade de interpretação, para que todos que estiverem envolvidos saibam o que se espera de sua participação e sejam evitados esforços desnecessários, assim como custos adicionais.

- Exeqüibilidade: um planejamento deve ser realista em termos de recursos necessários e viabilidade técnica e econômica. Relações lógicas com a realidade da instituição evitam a implementação de planos utópicos e não operacionáveis.

Estas características devem ser contempladas em todos os momentos da aplicação do processo de enfermagem. Desta forma, as fases do processo devem ser inter-relacionadas visando ao mesmo objetivo, de prestar uma assistência individualizada ao paciente; seqüenciais evitando a interrupções da assistência de enfermagem prestada; flexíveis, pois as prescrições devem ser adaptadas às condições e modificações apresentadas pelo paciente e serem alteradas quando necessário; claras e precisas para que haja uniformidade em sua interpretação visto que a assistência não é conduzida por um único profissional; e exeqüível, pois para serem executados devem estar coerentes com a realidade do serviço.

PASSOS PARA A GERAÇÃO DO PLANEJAMENTO

Algumas etapas, quando seguidas, favorecem o êxito do planejamento e são basicamente:^{4,13,18}

- 1) Levantamento de dados e conhecimento do sistema como um todo:

Esta fase inclui a obtenção e a análise de informações. É fundamental para estabelecimento de todas as demais fases.

As informações devem ser em quantidade e qualidade adequadas aos objetivos que se pretende alcançar, e dizem respeito à realidade em que se vai atuar, ou seja, a filosofia, propósitos e valores que norteiam a instituição: política da gestão administrativa, escalas hierárquicas, condições dos recursos financeiros, materiais e humanos, que se dispõe além da capacidade produtiva.

Esses dados podem ser coletados formal e/ou informalmente — a formalidade depende do tipo de informação procurada, sua disponibilidade, a intenção de sua utilização, o grau de acuracidade necessária, profundidade e rigor da análise prevista e os custos associados.⁸ Com base nos dados colhidos, passa-se à análise dessas informações. Em função dessa análise serão estabelecidas as possíveis alternativas do curso de ação.

Relacionando com o processo de enfermagem, esta fase corresponde ao histórico de enfermagem, podendo estar incluído, também, o diagnóstico de enfermagem. Segundo Horta,¹² histórico de enfermagem é um roteiro sistematizado para obtenção de dados significativos do ser humano

para o enfermeiro e torna possível a identificação dos seus problemas. A análise desses dados leva ao diagnóstico de enfermagem que é “o julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável”.⁶

2) Estabelecimento de objetivos e seleção de recursos disponíveis:

A elaboração dos objetivos e a busca pelo melhor meio de atingi-los são a maior tarefa do planejador.

Os objetivos são os resultados futuros que se pretende atingir e, para isto deve-se estabelecer as prioridades e coerência com os demais níveis de planejamento. Os objetivos devem ser compatíveis com a realidade levantada na fase anterior. Deve-se levantar, também, que nível de resposta será considerado satisfatório. Desta decisão decorrerão todas as demais.

Em seguida são decididos os meios pelos quais os níveis serão atingidos. É a seleção de políticas e programas para se alcançar os objetivos, além do planejamento dos recursos que envolve o tipo, qualidade e quantidade de recursos necessários como: materiais, físicos e, principalmente, recursos humanos. É importante que os métodos e divisão de trabalho para a execução das ações sejam determinados.

3) Organização da implantação e execução do plano:

É o projeto dos procedimentos de tomada de decisão e uma forma de organizá-los de tal modo que o plano possa ser aprovado e executado. Caso este passo não ocorra, o planejamento não terá utilidade e será apenas teórico.

A conversão do plano para a prática é a maior razão para o planejamento.⁸ E, para um plano ser efetivo, deve ter estágios desenvolvidos estrategicamente para a sua execução obtendo uma implementação gradual do mesmo.^{8,9}

Estabelecendo um paralelo com o processo de enfermagem, esta fase pode ser identificada como a prescrição de enfermagem, pois é esta que coordena as ações da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades do ser humano. Considerando que o objetivo da enfermagem é prestar assistência ao ser humano, é neste momento que o enfermeiro delibera sobre a melhor alternativa para assisti-lo.

4) Avaliação e replanejamento:

A avaliação deve ser permanente e contínua.

A comparação dos resultados atuais *versus* resultados desejados ocorre em cada um dos estágios de implementação do plano e não apenas no seu final.⁸

A avaliação pode ser dividida em duas categorias gerais: avaliação formativa, realizada periodicamente enquanto o plano está se desenvolvendo e cujo *feedback* permite uma modificação do plano, e avaliação sumativa, feita após a finalização da execução do plano e cujo propósito é identificar e medir os resultados finais do planejamento em relação aos objetivos esperados.⁸

Deve-se considerar, também, a qualidade com que se atingiram os objetivos, as dificuldades que surgiram e os objetivos que não foram atingidos. Quando estas intercorrências acontecem, é necessário uma revisão e replanejamento, reavaliando todas as fases anteriores na busca de soluções para a área problemática.

Em relação ao processo de enfermagem, este passo corresponde à evolução de enfermagem, que seria a avaliação da resposta do ser humano a assistência de enfermagem implementada.¹² O replanejamento ocorre sempre que as modificações no estado do paciente exijam uma nova abordagem de enfermagem para atender suas necessidades, seguida de uma nova prescrição de enfermagem.

O PLANEJAMENTO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

NÍVEL OPERACIONAL

O planejamento é a primeira etapa de qualquer atividade assistencial de enfermagem.

Castilho e Gaidzinsky¹ consideram que determinar ações de enfermagem, utilizando-se de um método de trabalho, visando atender às necessidades do cliente é planejar a assistência de enfermagem.

Este planejamento implica estabelecer os objetivos da assistência, analisar as conseqüências que poderiam advir de diferentes atuações, optar entre alternativas, determinar metas específicas a serem atingidas, e desenvolver estratégias adequadas à execução da terapêutica esperada.

A atuação do enfermeiro, planejada e baseada em métodos racionais de resolução de problema, permite uma ampliação e aperfeiçoamento de suas atividades assistenciais.

A sistematização da assistência de enfermagem é um passo importante na enfermagem atual, pois organiza o trabalho de enfermagem através da operacionalização de todas as fases da metodologia de planejamento. Por outro lado, a negligência da sistematização da assistência é uma das principais razões da desorganização e falta de confiança nas atividades de enfermagem.

Os passos para a geração do planejamento descritos anteriormente caracterizam as fases do processo de enfermagem.

Os processos de enfermagem têm suas características próprias, porém as fases de levantamento de dados, formulação de objetivos, implementação e avaliação da assistência, via de regra, são comuns a todos. Estes podem receber denominações diferentes ou ainda outros componentes.

A aplicação do processo de enfermagem na assistência proporciona uma visão global das condições em que cada paciente se encontra, pela própria sistemática de coleta de dados, propiciando que os objetivos e estratégias de ação sejam centrados nas necessidades específicas de cada paciente e adaptados aos recursos existentes, assim como haja um acompanhamento da evolução do quadro do paciente com reajustes contínuos do plano e execução da terapêutica.

NÍVEL TÁTICO

As tentativas de implementação do planejamento da assistência de enfermagem em hospitais são frequentes e muitas vezes não se concretizam. Chaccor^{2,3}, Castilho e Gaidzinski¹ descrevem como fatores mais comuns para o insucesso a falta de tempo, medo de empregar terminologias incorretas, não estar convencido da importância de se planejar e a falta de coragem diante da responsabilidade da tarefa.

Observa-se, então, a importância do planejamento na fase de implantação da sistematização de assistência de enfermagem. Seguindo os passos do planejamento, um levantamento do sistema como um todo (valores, clientela, recursos humanos e suas funções, capacidade produtiva) nortearia a formulação dos objetivos congruentes e a escolha de teorias que se adaptem à clientela, prevendo obstáculos à implementação, atenuando áreas de conflito e propondo alternativas para evitá-los. Poder-se-ia, por exemplo, treinar a equipe de enfermagem no sentido de preparar estes profissionais para prestarem assistência de acordo com que o método propõe; reavaliar as funções dos enfermeiros envolvidos; delegar tarefas

burocráticas ou adaptar recursos materiais e ambientais. Provavelmente o nível de insucesso não seria tão elevado e a avaliação seria positiva.

Os passos do planejamento da assistência de enfermagem dependem da teoria escolhida, pois dela partirá o processo de enfermagem correspondente.

NÍVEL ESTRATÉGICO

No campo de atuação administrativo também se percebe a importância do planejamento. Além de nortear a caracterização de recursos humanos e materiais, facilita a avaliação da assistência prestada, permitindo a verificação do alcance de padrões mínimos de assistência, oferecendo subsídios aos indicadores de custo e rendimentos e indicando também áreas que requeiram aprimoramento.¹

O PLANEJAMENTO NO ENSINO DE ENFERMAGEM

O planejamento na educação diz respeito ao planejamento curricular e planejamento de ensino, sendo que o último envolve o planejamento de curso ou disciplina e o planejamento de aula.

O planejamento curricular constitui-se da previsão global e sistemática da ação a ser desencadeada pela escola, em consonância com os objetivos educacionais e tendo como foco o aluno. Através dele são estabelecidas as linhas mestras que nortearão todo o trabalho, de acordo com a linha filosófica do estabelecimento.

O planejamento de ensino é alicerçado no planejamento curricular. Segundo Enricone *et al.*⁵ indica a atividade direcional, metódica e sistematizada que será empreendida pelo professor junto aos seus alunos, em busca de propósitos definidos, que em termos gerais é a aprendizagem.

Distinguem-se alguns planos de ensino: o *plano de curso*, que representa o trabalho de previsão para as atividades de uma determinada disciplina, sempre em congruência com outras disciplinas e principalmente com o planejamento curricular, preservando a continuidade do ensino; e o *plano de aula*, que se constitui da sistematização das atividades que se desenvolvem no período de tempo em que o professor e o aluno interagem, numa dinâmica de ensino-aprendizagem.

Na educação em enfermagem, o professor utiliza esse instrumento no preparo de suas atividades didáticas (planos de aula, provas, seleção de

audiovisuais a serem utilizados nas aulas e outros). Kemp¹⁴ afirma que o professor deve conhecer as características dos alunos aos quais se destina o plano de ensino e ter conhecimento da área da matéria de modo a especificar os objetivos de aprendizagem necessários e selecionar os métodos didáticos. Podemos perceber, então, que estas necessidades levantadas pelo autor só poderiam ser atendidas pelo professor se este utilizasse o planejamento enquanto ferramenta de trabalho.

Logicamente, todos os passos do planejamento são necessários para se realizar qualquer tipo de planejamento citado. As fases de reconhecimento do sistema, a determinação de objetivos, a implementação e avaliação do processo devem ser adaptadas à realidade educacional.

A responsabilidade do professor é imensa, pois grande parte de seu ensino depende da organicidade, coerência e flexibilidade de seu planejamento.⁵

O planejamento requer que se pense no futuro. Pela reflexão o educador desenvolve níveis cada vez mais aprimorados de discernimento, compreensão e julgamento da realidade, tornando a formação de novos profissionais compatível com o que se espera na enfermagem de hoje e do futuro.

Descrevemos anteriormente como deve ocorrer o planejamento do ensino. Por outro lado, devemos ensinar o aluno como planejar.

O enfermeiro deve aprender a planejar e desenvolver esta habilidade desde aluno. Desta forma, deve ser ensinado ao aluno de maneira contínua. Desde o primeiro estágio hospitalar os alunos devem planejar as atividades a serem desenvolvidas e elaborar planos de cuidados aos pacientes por eles assistidos. Na disciplina de administração em enfermagem este tópico é, também, extensamente abordado pelos professores.

Durante todo o curso de graduação faz-se necessário um reforço por parte dos docentes, dando ênfase à necessidade de se planejar as atividades de enfermagem.

O PLANEJAMENTO NA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Para o pesquisador em particular, o planejamento torna-se fundamental. O pesquisador deve garantir que todos os passos de sua pesquisa permaneçam o mais claro possíveis, permitindo, assim, a obtenção de um resultado passível de comprovação e replicação.

A pesquisa é uma atividade racional sistematizada e, portanto, exige que as ações sejam planejadas. Desta maneira pode-se conferir maior eficiência à investigação para que, em um prazo determinado, possa-se alcançar os objetivos estabelecidos.¹⁰

O planejamento é a primeira fase da pesquisa e concretiza-se com a elaboração de um projeto que pode ser chamado, também, de plano de pesquisa. A estrutura do projeto pode ser determinada pelo tipo de problema a ser pesquisado e pelo estilo de seus autores.¹⁰

Para Gil¹⁰ a elaboração do projeto não segue normas rígidas, porém, este deve deixar claro quanto às etapas a serem desenvolvidas e quais recursos (humanos, materiais, financeiros) serão necessários para se efetivar a pesquisa.

A pesquisa não se desenvolve por acaso e se não houver planejamento os resultados ficarão sujeitos apenas aos cálculos de probabilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento é um instrumento essencial para a prática de enfermagem. Ao mesmo tempo que temos esta certeza, acreditamos que a questão principal é como o enfermeiro deve planejar de modo eficiente.

O enfermeiro deve conhecer este instrumento utilizando-o com propriedade para atingir seus objetivos profissionais, obtendo, assim, um resultado final produtivo em sua atuação.

BIBLIOGRAFIA

1. Castilho V, Gaidzinsky RR. Planejamento da assistência de enfermagem. In: Kurcgant, P. et al. Administração em enfermagem. São Paulo, EPU, 1991. cap. 16, pp. 207-14.
2. Chaccor MIB. Análise da implementação do planejamento da assistência de enfermagem em unidades de internação de um hospital de ensino. Rev. Bras. Enf. v. 37, n. 3,4, pp. 218-27, 1984.
3. Chaccor MIB. Um estudo sobre a metodologia do planejamento da assistência de enfermagem em 14 hospitais do município de São Paulo. São Paulo, 1981. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
4. Ciampone MHT. Metodologia do planejamento na enfermagem. In Kurcgant P. et al. Administração em enfermagem. São Paulo, EPU, 1991. cap. 4, pp. 41-57.
5. Enricone D. et al. Planejamento de ensino e avaliação. 10ª ed. Porto Alegre, Sagra, 1986.

6. Farias JN de et al. Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa, Departamento de Enfermagem CCS/UFGPB, 1990.
7. Ferreira FW. Planejamento: sim e não. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.
8. Fox DH, Fox RT. Strategic planning for nursing. J. Nurs. Adm., v., n., pp. 11-7, 1983.
9. Giger JN, Davidhizar R. Strategic planning: implications for nursing practice and education. Hosp. Topics, v. 65, n. 4, pp. 11-3, 1987.
10. Gil AC. Projetos de pesquisa. São Paulo, Editora Atlas S.A., 1989.
11. Horta W de A. et al. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, v. 4, n. 1 e 2, pp. 5-20, 1977.
12. Horta W de A. Processo de enfermagem. São Paulo, EPU/EDUSP, 1979.
13. Kawasnicka EL. Planejamento: introdução à administração. 3ª ed. São Paulo, Atlas, 1988, cap.10, pp. 152-67.
14. Kemp JE. Planejamento de ensino. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos Editora S.A, 1977. cap. 10, pp. 80-8. Capacidade do pessoal e relações de trabalho.
15. Koontz H, O'Donnell C. Princípios de administração: uma análise das funções administrativas. 4ª ed. São Paulo, Pioneira, 1969. cap. 5, pp. 89-118. Natureza e propósito do planejamento.
16. Koontz H, O'Donnell C, Weihrich H. Administração: organização, planejamento e controle. 2v., 14ª ed. São Paulo, Pioneira, 1977. cap. 6, pp. 4-39. Natureza e finalidades do planejamento.
17. Koontz H, O'Donnell C, Weihrich H. Administração: organização, planejamento e controle. 2 v., 14ª ed. São Paulo, Pioneira, 1977. cap. 7, pp. 40-69. Objetivos.
18. Kron T, Gray A. Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente. 6ª ed. Rio de Janeiro, Interlivros, 1989; cap. 8, pp. 105-119. Processo de planejamento — preparação para liderança e administração.
19. Stoner JAF. Administração. Rio de Janeiro, Prentice Hall do Brasil, 1985, cap. 5, pp. 88-107. Como tornar o planejamento eficaz.
20. Trewatha RL, Newport MG. Management. Plano, Business Publications, 1982; cap. 4, pp. 72-93: The planning function.

9

Avaliação — Um Instrumento Básico de Enfermagem

*Suely Sueko Viski Zanei
Consuelo Garcia Silva
Grazia Maria Guerra Riccio
Nazaré Pellizzetti*

INTRODUÇÃO

A palavra avaliar pode ter vários significados, dentre os quais destacam-se: fazer idéia de, determinar valia ou valor, fazer apreciação e ajuizar.¹²

Levando-se em conta tais definições, é possível supor que o ato de avaliar esteja presente em inúmeras situações do cotidiano. Dependendo da situação e do que se queira avaliar, o ato pode assumir um caráter formal ou informal, objetivo ou subjetivo, sistemático ou assistemático, profundo ou superficial, entre outros, a partir do ponto de vista e sistema de referências do avaliador.

Em todas as atividades humanas o ato de avaliar é uma exigência constante, pois supõe-se que deva preceder às decisões, sejam simples ou complexas, em busca de melhores alternativas e/ou resultados. Portanto, a avaliação pode adquirir vários aspectos e dimensões, podendo ser entendida como um processo, um instrumento, ou ainda, como um método.

Este capítulo procura discutir a avaliação no contexto da enfermagem (assistência, ensino e pesquisa), com ênfase na sua utilização enquanto instrumento de trabalho para o enfermeiro.

CONCEITUAÇÃO

A avaliação é utilizada pelos indivíduos de forma constante e em várias situações da vida diária. Segundo Gomes,¹⁶ “o homem, para desenvolver-se em sua forma de sentir, pensar e agir, necessita avaliar suas experiências,

como meio de identificar quais as suas possibilidades e quais suas restrições. Através do uso desse processo, ele está se permitindo julgar, apreciar, determinar valores para suas decisões. Esta conduta se faz tanto para consigo mesmo, como para com tudo que o cerca”.

São vários os conceitos de avaliação disponíveis na literatura, e estes estão relacionados à área de aplicação. Para a seleção destes conceitos procurou-se, inicialmente, aqueles que apresentassem uma abordagem mais ampla, aplicáveis dentro de qualquer contexto.

A Organização Mundial da Saúde — OMS²⁸ define avaliação como um processo de determinar qualitativa e quantitativamente, mediante métodos apropriados, o valor de uma coisa ou acontecimento.

A avaliação é uma atividade metodológica que consiste na coleta e na combinação de dados relativos ao desempenho, usando-se um conjunto ponderado de escalas de critérios que leve a classificações comparativas ou numéricas. Acreditam ainda que avaliação é o processo de delinear, obter e fornecer informações úteis para o julgamento de decisões alternativas.³²

Avaliar é interpretar dados quantitativos e qualitativos para obter um parecer ou julgamento de valor, tendo por base padrões e critérios. A avaliação é um processo contínuo e sistemático; realiza-se em função dos objetivos; é orientadora, permitindo aos indivíduos conhecer seus erros e acertos e corrigir suas falhas; é integral, pois analisa e julga todas as dimensões do comportamento.²²

No seu sentido amplo, a avaliação pode ser definida como um processo que visa à coleta e ao uso de informações que permitem a tomada de decisão.³⁷

Com base em tais afirmações, propõe-se a seguinte conceituação:

Avaliação é uma atividade metodológica e processual de interpretação e julgamento de dados qualitativos e quantitativos para atribuição de valor, fundamentada em padrões e critérios predeterminados.

CARACTERIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO

Considerando-se os conceitos apresentados deve-se ter em mente três aspectos que dão subsídio a este instrumento:

- Avaliação como um processo social;
- Avaliação como julgamento moral e;
- Avaliação em seu aspecto técnico.

A avaliação como um processo social está ligada à idéia de transformação social, como questionamento crítico tendo em vista a compreensão e análise do contexto sociopolítico e conscientização da cultura em que se vive. Neste sentido, a avaliação permite o desempenho do exercício autoritário do poder de julgar ou, ao contrário, desempenhar um processo em que o avaliador e o avaliado busquem um ao outro e sofram uma mudança qualitativa. Demo⁷ valoriza a avaliação como um processo social, critério de representatividade, de legitimidade, de participação, de planejamento participativo, de convivência, de identidade, ideologia, consciência política e solidariedade comunitária.

No que se refere à saúde, a Constituição Brasileira² prevê no Artigo 198 que: “as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único”, o que originou a criação do Sistema Unificado de Saúde — SUS. Neste sistema, a representação popular é garantida pela sua participação, enquanto membros eleitos, nos conselhos municipal, estadual e nacional de saúde, com papel deliberativo em todas as ações realizadas nestas diferentes instâncias.

Sendo assim, a qualidade da assistência à saúde prestada pelas unidades, nos três níveis de poder, é diretamente avaliada pela população atendida através de seus representantes nos conselhos de saúde. O enfermeiro enquanto profissional de saúde participa deste processo de avaliação como avaliador e avaliado. A qualidade de assistência de enfermagem é avaliada diretamente pela população assistida, desencadeando um processo onde o enfermeiro passa a ser o avaliador. Para tanto, utiliza os resultados obtidos para implementação de ações modificadoras desta assistência, objetivando melhoria de qualidade.

Entretanto, deve-se considerar que nos processos sociais pode ocorrer interferência de variáveis sociopolíticas em maior ou menor grau, que tendem a modificar o próprio processo e/ou seus resultados. A enfermagem, como parte integrante do sistema de saúde, está sujeita a interferências que podem comprometer a qualidade da assistência prestada.

Quanto ao aspecto de julgamento moral, o processo de avaliação inicia-se com a identificação de crenças e valores, compondo um sistema de referências que direciona a tomada de decisão. Esse sistema de referências, por sua vez, é fortemente influenciado por fatores subjetivos, pessoais, valores sociais e morais. Portanto, quando o enfermeiro se propõe

a avaliar, deve considerar a existência desses fatores e sua interferência no resultado da avaliação.

Gomes¹⁶ reforça o aspecto de julgamento moral quando define que o uso do processo de avaliação permite ao indivíduo julgar e determinar valores para suas decisões. Vasquez³⁶ afirma que é possível atribuir valor moral a um ato, somente se o mesmo tiver conseqüências que afetem outros indivíduos, grupo social ou sociedade como um todo.

Em seu aspecto técnico a avaliação envolve a enfermagem no âmbito da assistência, ensino e pesquisa, o que será discutido posteriormente.

Uma outra forma de caracterizar a avaliação é interpretá-la como parte integrante de um sistema de maior complexidade e abrangência.

A avaliação é uma atividade que integra o processo de planejamento, cujo uso permite melhoria dos efeitos qualitativos e quantitativos, através de modificações introduzidas. Por sua própria estrutura e comportamento, a avaliação constitui-se em um sistema menor dentro de um maior.¹⁶ Diversos autores consideram a avaliação como processo. O processo de avaliação inclui passos distintos:²¹

- a) determinar e estabelecer objetivos;
- b) especificar para cada objetivo, itens (comportamento padrão) a serem considerados na avaliação;
- c) anotar dados, condições e eventos;
- d) selecionar instrumento eficiente da avaliação (medida desejada) aplicável ao estudo e a cada item considerado;
- e) usar instrumento de avaliação para medir resultados e registro de achados;
- f) interpretar achados e anotar conclusões; e
- g) usar as informações obtidas na melhoria dos programas de educação.

A avaliação é um processo contínuo, espontâneo e considerado intuitivo, mas também deve ser planejado e científico.¹⁶ Na sua aplicação na enfermagem, a OMS²⁸ enumera duas formas do processo de avaliação: a avaliação do programa de enfermagem em relação ao público que atende e ao programa sanitário em geral; e a atuação individual do enfermeiro como membro da equipe de saúde. Assim, delinea as seguintes fases:

- a) definição das finalidades e limites da avaliação;
- b) relação da avaliação com a finalidade do serviço;
- c) estabelecimento de padrão;

- d) coleta de fatos;
- e) coleta de dados e;
- f) uso dos resultados no aperfeiçoamento do serviço.

Dentro das etapas do processo de avaliação, ressalta-se o estabelecimento de padrões e critérios. Os critérios que podem ser utilizados para o processo de avaliação são:¹⁴

- critérios objetivos, baseados em evidências observáveis e objetivos mensuráveis;
- critérios subjetivos, subordinados a uma questão de atitude e julgamento perante os fatos observados; e
- critérios inferenciais, baseados no pressuposto de que uma ação específica com uma finalidade específica permite esperar um resultado também específico.

O avaliar em enfermagem é fazer um levantamento ou verificação dos procedimentos de enfermagem utilizados e dos resultados obtidos no atendimento das necessidades básicas da pessoa humana. É um processo contínuo, realizado pelo enfermeiro através de observação e de retroalimentação proveniente do paciente, família e equipe. Visa aperfeiçoar o processo de atendimento global, curativo e reabilitador.⁵

A definição de critérios de avaliação ajuda a elucidar o papel do enfermeiro e leva à identificação de um corpo de conhecimentos específicos de enfermagem. Os critérios são os meios pelos quais as ações de enfermagem podem ser analisadas, criando condições de definir e identificar a assistência de enfermagem. Propõe-se como critério de avaliação para a enfermagem:³⁰

- a) comparar condições atuais e progressas do cliente/paciente/comunidade;
- b) comparar dois pacientes e/ou coletividades;
- c) comparar os dados de uma coletividade com padrões preestabelecidos.

Donabedian¹¹ propõe uma outra forma de avaliação, específica para a área de saúde, que envolve a avaliação de estrutura, processo e resultado. A estrutura enfoca recursos materiais, humanos, financeiros e aspectos organizacionais. O processo determina o que é feito pelo e para o paciente, incluindo a qualidade do cuidado e a habilidade com a qual o mesmo é executado. O resultado significa o que é alcançado pelo e para o paciente como indivíduo, grupo ou população.

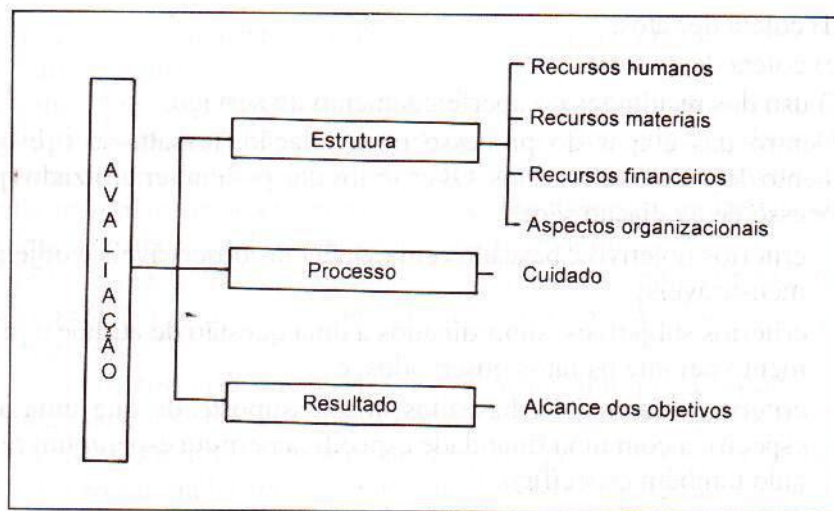


Fig. 9.1 — Esquema de avaliação segundo Donabedian.

UTILIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO COMO INSTRUMENTO BÁSICO DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO NO GERENCIAMENTO DE SERVIÇO DE ENFERMAGEM

A enfermagem contemporânea vem acompanhando as inovações tecnológicas e se preocupando em implementar novos processos de trabalho em sua prática profissional. Com o advento da gestão de Qualidade Total (QT), a enfermagem tenta seguir o processo evolutivo histórico dentro das empresas hospitalares, inseridas no contexto político e socioeconômico que serve de panorama no mundo dos negócios.

A qualidade começou a ser incorporada à produção industrial a partir da década de 20, justamente para impedir que produtos defeituosos chegassem às mãos dos consumidores. Após a Segunda Guerra Mundial, com o desenvolvimento da indústria aeronáutica, começou a ser adotado o controle dos processos, englobando toda a produção, desde o projeto até o acabamento. Obter qualidade nos processos de produção visava, principalmente, à segurança e à eliminação de defeitos. Esse conceito evoluiu para a garantia da qualidade, que consiste na sistematização destes processos.¹⁹

A partir da década de 60, o ambiente de negócios começa a mudar. O mercado nos países desenvolvidos torna-se saturado, os clientes passam a

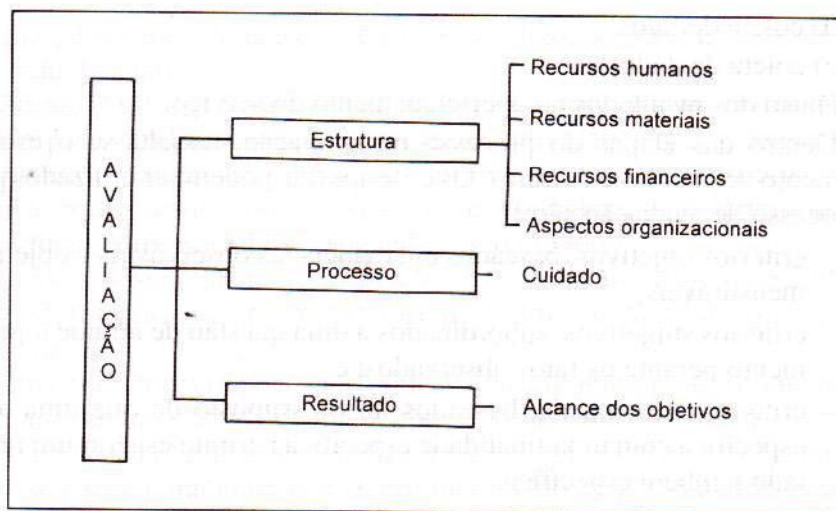


Fig. 9.1 — Esquema de avaliação segundo Donabedian.

UTILIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO COMO INSTRUMENTO BÁSICO DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO NO GERENCIAMENTO DE SERVIÇO DE ENFERMAGEM

A enfermagem contemporânea vem acompanhando as inovações tecnológicas e se preocupando em implementar novos processos de trabalho em sua prática profissional. Com o advento da gestão de Qualidade Total (QT), a enfermagem tenta seguir o processo evolutivo histórico dentro das empresas hospitalares, inseridas no contexto político e socioeconômico que serve de panorama no mundo dos negócios.

A qualidade começou a ser incorporada à produção industrial a partir da década de 20, justamente para impedir que produtos defeituosos chegassem às mãos dos consumidores. Após a Segunda Guerra Mundial, com o desenvolvimento da indústria aeronáutica, começou a ser adotado o controle dos processos, englobando toda a produção, desde o projeto até o acabamento. Obter qualidade nos processos de produção visava, principalmente, à segurança e à eliminação de defeitos. Esse conceito evoluiu para a garantia da qualidade, que consiste na sistematização destes processos.¹⁹

A partir da década de 60, o ambiente de negócios começa a mudar. O mercado nos países desenvolvidos torna-se saturado, os clientes passam a

ser demasiadamente exigentes. Paralelamente, o mercado internacional se intensifica, através da modernização dos meios de transporte e comunicação, somado à liderança de mercado de produtos altamente atrativos, com baixo custo e alta competitividade. Surge a Qualidade Total, a qual revoluciona os sistemas de produção.¹⁹

Em razão destes fatos, surgem dois conceitos básicos: Garantia de Qualidade (*Quality Assurance* — QA) e Desenvolvimento da Qualidade ou Qualidade Total (*Quality Improvement* — QI; *Total Quality Management* — TQM ou; *Total Quality* — TQ). A filosofia e os pressupostos da Qualidade Total (QT) diferem da Garantia de Qualidade (QA). A QT reconhece a complexidade das organizações e seu alto grau de dependência humana.³³ A proposta da QT não é identificar os problemas retrospectivamente, mas sim identificar oportunidades para melhorar a qualidade dos serviços e da produção. A abordagem da QA enfoca os níveis de desempenho dos empregados de acordo com padrões estabelecidos pela política da organização da empresa, assim como pela descrição dos seus procedimentos.

A Garantia de Qualidade, apesar de ter uma conotação positiva, tornou-se um jargão na área de saúde, pois na sua utilização prática obtiveram-se resultados negativos, pelo fato de focar problemas e sintomas que levam os trabalhadores da área a se sentirem intimidados em suas atividades, enquanto que as causas reais dos problemas não são detectadas. Além disto tem causado frustrações devido a resultados inconsistentes, por falta de informações que melhorem o processo de trabalho e os resultados.²⁹

A introdução das atividades da Qualidade Total (QT) envolve uma mudança gradual e sistemática, enfocando primariamente os resultados e não as atividades. Para o alcance das metas básicas da QT, a instituição deve medir o seu desempenho de acordo com os programas direcionados pelos resultados, os quais enfocam desenvolvimento de objetivos mensuráveis e a curto prazo; mais do que de acordo com programas centrados nas atividades, os quais são implementados em larga escala trazendo resultados pouco visíveis quando comparados aos esforços dispendidos.²⁹

Deming propôs 14 princípios para que as organizações sobrevivam e sejam competitivas no panorama atual em busca da qualidade total. Estes são apresentados resumidamente a seguir:^{9,19,20}

1. Criar constância de propósitos com persistência e continuidade na execução dos projetos.
2. Adotar uma nova filosofia de acordo com os desafios da era atual, desenvolvendo nos gerentes a liderança para as mudanças.

3. Eliminar a necessidade de inspeções para a garantia da qualidade, substituindo a inspeção pelos processos de desenvolvimento de qualidade.

4. Minimizar o custo total do produto ou serviço.

5. Aperfeiçoar constantemente o sistema de produção e serviços, envolvendo os trabalhadores neste processo.

6. Instituir treinamento e reciclagem no local de trabalho de modo que os funcionários sejam estimulados e não forçados a participar.

7. Criar lideranças participativas, entendendo-se que liderar é mobilizar esforços, atribuir responsabilidades, delegar competências, motivar, debater, ouvir sugestões, compartilhar objetivos, informar, transformar grupos em equipes.

8. Eliminar o medo de modo que todos possam trabalhar eficazmente para a empresa.

9. Derrubar as barreiras entre os vários departamentos, ajudando os funcionários a entender as necessidades de outras áreas.

10. Eliminar os *slogans* (paradigmas como “errar é humano”, “cachorro velho não aprende novos truques”, “santo de casa não faz milagre”) que bloqueiam a visão de futuro, desperdiçando novas oportunidades.

11. Eliminar o gerenciamento que enfatiza cotas numéricas, ou seja, a quantidade é decorrente da qualidade.

12. Promover a filosofia do trabalho em conjunto sem desvalorizar as ações individuais no processo de trabalho.

13. Instituir um programa vigoroso para o autodesenvolvimento dos trabalhadores, mesmo em áreas não relacionadas ao seu trabalho.

14. Envolver todas as pessoas da organização na busca da qualidade total.

A intenção do enfoque da qualidade total é correlacionar seus pressupostos teóricos à prática da enfermagem. Isto porque esta abordagem tem como essência a total satisfação do cliente, além de procurar satisfazer também os elementos envolvidos no processo de trabalho.

A qualidade do cuidado de enfermagem pode ser entendida como um conjunto de ações que envolve desde o saber-fazer até atividades complexas, como a formulação do diagnóstico de enfermagem. Isto significa que o enfermeiro deve ser capaz de transferir seus conhecimentos para a prática diária, desenvolver julgamento clínico, avaliar o resultado de suas ações, assim como assumir a responsabilidade dos resultados do planejamento da assistência.

Neste contexto, ressalta-se a importância da utilização da avaliação como um instrumento de trabalho para o enfermeiro. Donabedian¹¹ apre-

senta três formas de abordagem para a avaliação do cuidado na área de saúde, que incluem a avaliação de estrutura, processo e resultado.

Na enfermagem, a avaliação de estrutura deve estar fundamentada na filosofia do serviço e da instituição. Inclui ainda a avaliação dos aspectos organizacionais, tais como recursos humanos, materiais e financeiros. Em relação aos recursos humanos avalia-se o dimensionamento de pessoal, a necessidade de treinamento e reciclagem, assim como a atribuição de cargos e funções dos elementos da equipe de enfermagem. Quanto aos recursos materiais, devem ser avaliados os aspectos quantitativos e qualitativos, visando sua adequação à necessidade e à realidade da instituição.

Outro aspecto a ser considerado na avaliação de estrutura refere-se aos padrões de assistência de enfermagem. Todas as mensurações requerem alguma forma de medida para o julgamento ou comparação, através do estabelecimento de critérios e padrões para se atingir a excelência do cuidado.¹¹ Em relação aos padrões de assistência de enfermagem, estes procuram garantir um mínimo de cuidados, com qualidade, necessários aos clientes e de acordo com a filosofia de assistência adotada, recursos materiais e humanos disponíveis. A existência de padrões e critérios institucionalizados serve de parâmetro para comparações posteriores.

De acordo com os pressupostos da Qualidade Total, o objetivo primordial é a total satisfação do cliente, inclusive superando suas expectativas de atendimento. Nesta linha de raciocínio se faz necessário a revisão dos padrões mínimos da assistência de enfermagem para sua adequação à proposta da QT em busca do máximo desejável.

A avaliação do processo refere-se ao julgamento do cuidado em si, às atitudes, ao comportamento e ações envolvidas no ato de cuidar. O processo inclui o que é feito pelo e para os clientes, a qualidade do cuidado e a habilidade com que foi executado. A principal vantagem da avaliação do processo é o fornecimento de informações diretas a respeito da qualidade.¹¹

O enfermeiro, ao avaliar o processo que envolve as ações de enfermagem, deve levar em consideração o modo de execução dos procedimentos, ou seja, como foi realizado, se foi executado de forma correta e hábil, bem como o aproveitamento do tempo e dos materiais e equipamentos que foram utilizados.

Quanto às informações sobre os resultados, estas são facilmente obtidas durante o processo de cuidar, pois permitem uma avaliação imediata. A satisfação do cliente pode ser constatada durante e/ou logo após a execução do cuidado. Entretanto, as informações podem ser também

analisadas ao final do processo, pois o que importa no cuidado são os efeitos ou resultados sobre a condição de saúde e bem-estar.¹¹

Considerando estes aspectos, a avaliação de resultados pode ser considerada uma das etapas mais importantes para o gerenciamento da assistência de enfermagem. Através dos resultados obtidos é possível verificar a eficácia e a eficiência de seu trabalho. Cabe ressaltar que, para o gerente que adota a Qualidade Total, eficácia é fazer as coisas certas; é o que deve ser feito; é o grau com que as expectativas dos clientes são atendidas. Eficiência, por sua vez, é fazer as coisas da maneira certa; é o grau de aproveitamento dos recursos utilizados para produzir bens e/ou serviços aos clientes. Se utilizados de forma conjunta, resultarão em ações efetivas (eficácia com eficiência).²⁰

No gerenciamento global da assistência de enfermagem, a utilização da avaliação pelo enfermeiro como um instrumento de trabalho, envolvendo estrutura, processo e resultado, permitirá a realização daquilo que é esperado por toda a equipe de enfermagem, ou seja, atendimento humanizado individualizado e com qualidade garantida.

Para complementar o processo de avaliação da assistência de enfermagem, cabe lembrar que um outro recurso disponível é a auditoria de enfermagem. A auditoria permite a avaliação sistematizada da qualidade da assistência de enfermagem, verificada através das anotações de enfermagem no prontuário do paciente.³⁰ A implementação contínua desta prática permite caracterizar o nível de atuação dos enfermeiros, identificar os aspectos deficientes relacionados à assistência e dar subsídios para a elaboração de programas de desenvolvimento do pessoal de enfermagem.³³

Finalizando, ressalta-se que para o enfermeiro que busca satisfazer as necessidades do seu cliente com qualidade e de modo totalmente satisfatório, a avaliação é um instrumento que deve ser utilizado em todas as fases de seu trabalho, antecedendo, permeando ou finalizando-o, com objetivo de seu aperfeiçoamento contínuo, ou seja, a qualidade total.

AValiação NO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Gomes¹⁶ considera a avaliação como um processo contínuo por si só, que estabelece a sua presença durante todo o desenvolvimento de um programa.

Horta²³ demonstra sua preocupação com a avaliação científica na assistência de enfermagem, quando propõe um método para assistir o paciente, ou seja, o processo de enfermagem (PE). Para a autora, o avaliar envolve um conjunto de habilidades, conhecimentos e atitudes que são indispensáveis ao enfermeiro.

Inicialmente, para a implementação do processo de enfermagem (PE) procede-se a uma avaliação estrutural sobre:

- a pertinência da implementação do PE com a filosofia de trabalho da instituição e do serviço de enfermagem;
- a disponibilidade de recursos humanos, materiais e financeiros para a implementação e manutenção do PE;
- as condições para o treinamento e educação continuada da equipe de enfermagem em relação ao PE;
- as condições para a continuidade do PE de um plantão para o outro e entre as unidades de serviço;
- a possibilidade de serem desenvolvidas todas as fases do PE, nas várias unidades, para todos os pacientes.

Campedelli⁴ comenta que, embora a maior parte dos enfermeiros tenha a percepção da necessidade de uma sistematização, a utilização de um método, na prática, ainda é muito pequena e, em muitos casos, ocorre sob forma experimental. Mesmo nas unidades de enfermagem onde se conseguiu implantar um método de assistência, este geralmente não se dá sob forma definitiva, em razão de inúmeras dificuldades encontradas para a sua operacionalização.

Apesar disto, não há dúvidas de que para uma boa assistência de enfermagem, é necessário sistematizá-la, incluindo a avaliação de forma constante.

As atividades dentro e entre as várias fases de um processo são controladas e guiadas pela avaliação. Durante a análise crítica, o julgamento clínico de enfermagem atribui valores nas observações, impressões e fatos envolvidos durante o processo de enfermagem. Estes valores (significante/não-significante; positivo/negativo; esperado/não-esperado; suficiente/insuficiente; e outros) formam um guia para selecionar as ações subseqüentes. O raciocínio evolutivo é o ponto inicial na dinâmica do processo de enfermagem aplicado à prática.²⁴

A avaliação em cada fase do processo de enfermagem pode variar quanto aos objetivos e resultados. O processo de enfermagem é desenvolvido por diversos autores como uma adaptação do método científico,

fundamentado em um referencial teórico próprio. Em cada modelo teórico de enfermagem, ocorrem variações quanto ao número e denominação de suas fases. Entretanto, destacam-se quatro etapas fundamentais na prestação da assistência de enfermagem, ou seja, levantamento e análise dos dados (histórico), diagnóstico, prescrição e evolução. A avaliação está inserida em cada uma destas etapas, bem como no processo como um todo. Quando a avaliação sistemática é desenvolvida durante o processo de cuidar, ajustes podem ser feitos antes que ocorram resultados indesejáveis para o cliente e o profissional.

Levantamento e Análise de Dados

A etapa de coleta de dados se desenvolve através da utilização de um instrumento específico que direciona o levantamento e análise dos dados do cliente, com o objetivo de identificar os problemas do paciente no âmbito da enfermagem. Neste momento desencadeia-se o processo avaliativo. Os objetivos e o instrumento de coleta de dados direcionam respectivamente “o quê” e “como” avaliar.

Na aplicação do instrumento de coleta de dados, o enfermeiro julga:

- a forma mais eficiente de coletar os dados, em relação ao método, linguagem e comportamento adotado e;
- a pertinência dos dados coletados, qualitativa e quantitativamente.

Para a operacionalização desta etapa se faz necessário utilizar os processos lógicos e cognitivos do pensamento, buscando a compreensão do fenômeno observado e dos comportamentos alterados em razão do processo mórbido. No processo de enfermagem, os dados obtidos pela observação dos clientes são analisados de forma crítica, para resultar na formulação de hipóteses e diagnósticos possíveis. Pela análise crítica (avaliação), tais hipóteses podem ser confirmadas ou exigir uma posterior interação com o cliente com o objetivo de obtenção de maiores informações. As impressões iniciais podem levar o enfermeiro a conclusões precipitadas ou falsas, em relação ao cliente, exigindo do profissional o desenvolvimento de habilidade de análise crítica, o que leva à atribuição do significado mais adequado às observações realizadas.

Uma vez concluída a coleta de dados de acordo com os objetivos, o enfermeiro terá suporte para efetuar a etapa seguinte do PE.

Diagnóstico de Enfermagem

O diagnóstico de enfermagem tem sido uma etapa de difícil operacionalização na prática da enfermagem. Isto talvez se deva ao processo de validação do corpo de conhecimentos, ainda incipiente. A etapa do diagnóstico passou a desenvolver-se pela necessidade de determinar com precisão os fenômenos da enfermagem, para melhor caracterização da competência do enfermeiro.

Segundo Gordon,¹⁸ esta etapa vem ocupar a lacuna entre a coleta de informações e o planejamento do cuidado promovendo o julgamento clínico e a inferência do enfermeiro sobre os dados coletados.

O enfermeiro coleta e seleciona os dados de seu cliente. Os mesmos são agrupados e denominados com o objetivo de facilitar a comunicação e compreensão dos fenômenos. Esta denominação está associada ao conhecimento e experiência profissional. Faz-se a avaliação e a testagem das hipóteses sobre o estado do paciente, baseados nos dados levantados e no suporte teórico do profissional. A denominação é o momento de nomear as respostas do cliente ao problema de saúde, ou seja, fazer o diagnóstico de enfermagem.

Conforme a definição da North American Nursing Diagnoses Association — NANDA,²⁷ diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável.

A partir desta definição, identifica-se a avaliação como o instrumento que culmina no julgamento clínico, o qual permite a elaboração dos diagnósticos de enfermagem.

Prescrição de Enfermagem

O plano ou prescrição de cuidados de enfermagem é a descrição periódica das ações de enfermagem a serem implementadas com e para o paciente, visando à resolução dos problemas diagnosticados. Nesta etapa, a avaliação ocorre no momento da elaboração do plano propriamente dito, principalmente no estabelecimento dos resultados esperados com a intervenção de enfermagem.

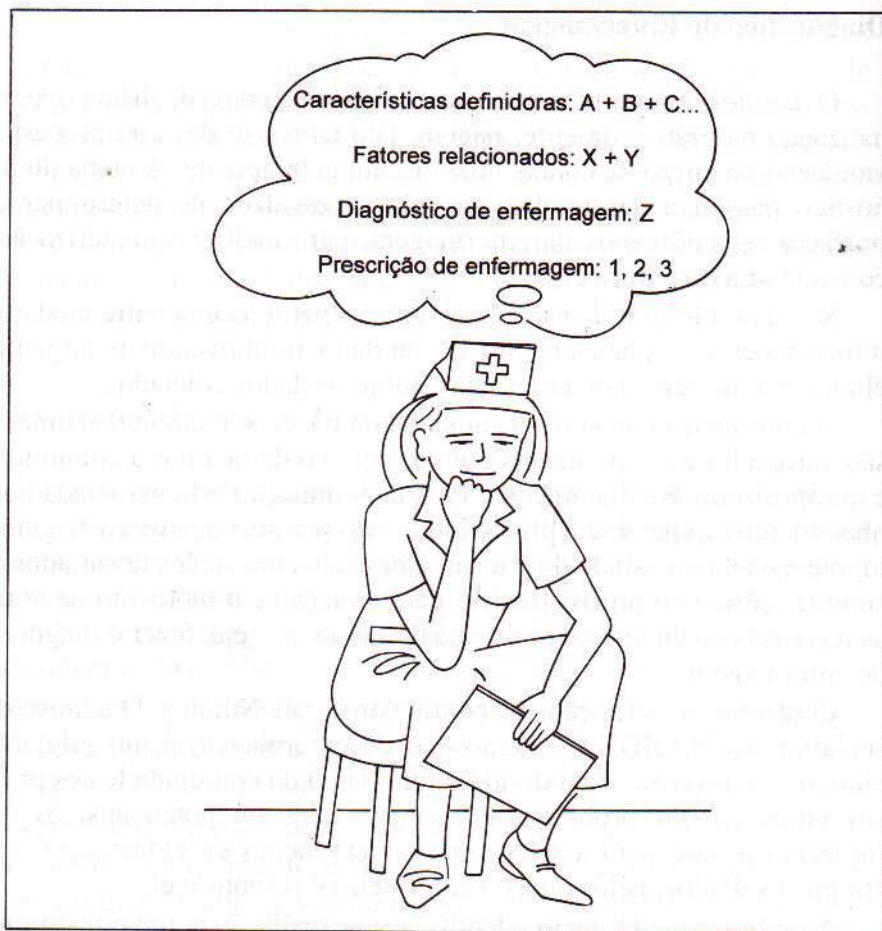


Fig. 9.2

Na prática, são utilizadas uma variedade de intervenções padronizadas para a resolução das alterações de saúde apresentadas pelo paciente, por meio de planos de cuidados predeterminados. A avaliação serve como um instrumento de adequação e correspondência destas ações às necessidades individuais do paciente.

Nesta fase, a avaliação tem como objetivo, igualmente, a verificação da habilidade e conhecimento do enfermeiro no seu desempenho profissional, ou seja, a prescrição de enfermagem reflete o grau de competência do enfermeiro.

Evolução e Enfermagem

Esta etapa compreende a análise, interpretação e julgamento das respostas do paciente frente às intervenções realizadas. A avaliação dos resultados verifica os efeitos, repercussões e conseqüências dos cuidados prestados em relação a determinados parâmetros preestabelecidos e indica a manutenção, modificação ou suspensão da prescrição de enfermagem anterior. É o momento onde ocorre a avaliação propriamente dita.

AVALIAÇÃO NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

No contexto de ensino-aprendizagem, Turra³⁶ refere que a avaliação ocorre ao término de um determinado plano de ação, visando ao replanejamento. São analisados o próprio plano de ação e suas conseqüências ou resultados para o ensino-aprendizagem. A análise envolve todos os aspectos, desde os objetivos até o próprio sistema de avaliação, tendo em vista corrigir deficiências, sanar dificuldades e/ou manter condições e processos satisfatórios. Assim, a avaliação proporciona a retroalimentação do próprio sistema de planejamento.

Tabela 9.1
Etapas da Avaliação no Processo de Enfermagem

<i>Processo de Enfermagem</i>	<i>Avaliação</i>
Histórico	Direcionamento da coleta e análise de dados Identificação de problemas do paciente no âmbito da enfermagem Uso de raciocínio lógico para elaboração de hipóteses
Diagnóstico	Julgamento clínico e inferência do enfermeiro sobre os dados coletados Denominação dos fenômenos associados ao conhecimento e experiência profissional Avaliação e testagem das hipóteses
Prescrição	Descrição das ações a serem implementadas Estabelecimento dos resultados esperados com a intervenção Adequação das ações às necessidades do paciente
Evolução	Análise, interpretação e julgamento das respostas do paciente Manutenção, modificação ou suspensão da prescrição Análise dos resultados obtidos

Para a prática educacional, a avaliação tem como objetivo gerar conhecimentos que levem a decisões com conseqüências imediatas. No caso particular do rendimento escolar, a avaliação visa obter dados que facilitem a tomada de decisões relativas ao desempenho individual e/ou coletivo, em face a um determinado programa curricular. A partir de elementos empiricamente coletados, a avaliação procura descrever da melhor forma possível o fenômeno considerado, para possibilitar a fundamentação do processo decisório com base em dados da realidade.³⁷

Através da avaliação da aprendizagem, o professor estará em condições de decidir o que fará com o programa, ou seja, conservar, mudar ou suspender. O resultado da avaliação será a base sobre a qual se retificará, ampliará, suplementará ou suspenderá o plano executado. A avaliação no ensino-aprendizagem é tarefa de grande importância, pois permite o crescimento profissional do docente na tentativa de melhorar a qualidade de seu ensino e, por outro lado, permite verificar as mudanças de comportamento operadas no aluno e sua absorção quanto a novos conhecimentos.¹⁷

Na avaliação da aprendizagem conquistada buscam-se alternativas para facilitar sua construção e aprimoramento. Daí a necessidade de que o professor tenha claro qual a teoria de ensino-aprendizagem adotar, pois sem ela não é possível agir ou avaliar de forma coerente. Ou seja, avaliação tem um sentido e um papel muito mais amplo, pois cabe-lhe analisar o aproveitamento escolar em função de uma fundamentação teórica de ensino-aprendizagem para que possa repensar os métodos, procedimentos e estratégias de ensino, buscando solucionar as dificuldades encontradas na aquisição e construção de conhecimentos.⁶

As funções da avaliação no processo ensino-aprendizagem são diagnóstico, controle e classificação. Relacionadas a estas funções, há três modalidades de avaliação: diagnóstica, formativa e somativa, por estarem intimamente relacionadas e devendo ser utilizadas conjuntamente.^{22,31}

São propósitos da avaliação diagnóstica: verificar a presença ou ausência de pré-requisitos para novas aprendizagens e detectar as dificuldades específicas de aprendizagem tentando-se identificar suas causas. Este tipo de avaliação deve ser aplicada no início de uma nova unidade de ensino.^{22,31}

No caso da enfermagem, a avaliação diagnóstica pode ser realizada no início das disciplinas do ciclo profissionalizante, como, por exemplo, Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem Médico-Cirúrgica, visando diagnosticar o conhecimento prévio que estas disciplinas exigem e que é ministrado no ciclo básico, como, por exemplo, Anatomia e Fisiologia

entre outras. Neste contexto cabe apontar dois grandes problemas: a revisão feita com aulas expositivas prontas, não permitindo ao aluno interessar-se em buscar seus conhecimentos de forma crítica e racional, o que proporcionaria a fixação deste conteúdo; e a resistência dos docentes em constatar os interesses e possibilidades individuais. De maneira geral, isto é muito difícil em todas as áreas, porque exige tempo, trabalho e decisões críticas. Além disso, há a obrigatoriedade de cumprimento de prazos, de seguimento de planejamento escolar e/ou ao currículo para que esta proposição se realize concretamente.

A avaliação formativa, cuja função é o controle, tem os seguintes propósitos: constatar se os objetivos estabelecidos foram alcançados pelos alunos e fornecer dados para aperfeiçoar o processo ensino-aprendizagem. Esta avaliação deverá ser realizada durante o ano letivo, ao longo do processo ensino-aprendizagem.

No caso da enfermagem, a avaliação formativa constitui o instrumento mais bem elaborado para o desenvolvimento do processo de ensino, uma vez que são utilizados programas com objetivos e conteúdos organizadamente distribuídos. São providenciados instrumentos como provas teóricas e avaliações diárias, semanais e mensais registradas para avaliar-se a aprendizagem técnica e científica nas diversas disciplinas. É necessário, entretanto, refletir-se sobre a inflexibilidade para alterar programas, instrumentos e outros frente às modificações das necessidades individuais do aluno e do perfil assistencial face à realidade institucional.

Quanto à avaliação somativa, o propósito é classificar os resultados de aprendizagem alcançados pelos alunos de acordo com níveis de aproveitamento estabelecidos. Deve acontecer ao final do semestre, ano letivo ou unidade de ensino.

Na enfermagem tem-se grande dificuldade na descrição e julgamento dos alunos aptos nas disciplinas consideradas práticas e, principalmente, na atribuição de valores numéricos para o julgamento do desempenho de funções que são desenvolvidas na sua prática. Há uma tendência em quantificar mais do que em qualificar, gerando insatisfação no processo ensino-aprendizagem, por parte do professor e dos alunos.

A avaliação no processo de ensino, mesmo estruturada, nem sempre é simples e de fácil execução. A avaliação nesse contexto causa ansiedade e frustrações tanto para o aluno como para o professor, sendo uma das grandes fontes de preocupação do professor, independentemente do nível de ensino em que ele leciona. Em estudo recente foram analisadas as tendências da avaliação, cuja síntese é apresentada a seguir.^{26,34}

AVALIAÇÃO E MAESTRIA

É uma tendência mais conservadora que visa adaptar os alunos à sociedade com base nos seus valores, tradições e diferenciações. As características desta escola são: transmissão de conhecimentos, submissão à autoridade, espírito de abnegação e sacrifício, aprendizado sistematizado e seqüencial (aprender para aperfeiçoar o espírito), preocupação com os conteúdos das ciências estabelecidas, desenvolvimento do raciocínio, adaptação do aluno à sociedade e profissionalização.

A avaliação nesta tendência tem como característica efeito discriminatório, sacramentando desigualdades e legitimando arbitrariedades. As dimensões da personalidade do aluno são determinadas pelo sucesso ou insucesso acadêmico.

AVALIAÇÃO E PROGNÓSTICO

É uma tendência mais liberal que a anterior. Propõe a criação de condições ambientais, seleção de fatores favoráveis que estimulem a co-participação dos alunos nas atividades, para influenciar nos seus hábitos de pensamento.

Como características principais esta tendência mostra confiança em testes e medidas (de antes e depois), avaliações de programas e currículos visando aos prognósticos e aos processos decisórios; utiliza a auto-avaliação e possui caráter discriminatório.

Desse modo, obtém informações sobre o desempenho do aluno através de materiais válidos e fidedignos (testes padronizados). Segue uma seqüência hierárquica e preocupa-se com a comunicação e utilização dos resultados. Enfatiza a aquisição de conhecimentos já aceitos e os métodos dedutivos de pensamento. Incentiva o progresso do aluno, a compreensão e autocompreensão, análise do programa (sistema) de ensino e a melhoria do processo ensino-aprendizagem.

AVALIAÇÃO E TRANSFERÊNCIA

É uma tendência considerada mais contestadora e libertadora. A educação libertadora é aquela que converte o educando em sujeito do seu próprio desenvolvimento, a serviço da comunidade. Afirma ser uma escola política no sentido de capacitar as pessoas a reinterpretar a realidade.

Entende educação como uma comunidade entre pessoas livres, em graus diferentes de maturação. É primordial um processo contínuo de ação-reflexão-ação. Busca através da educação que o aluno reflita sobre si mesmo, seu tempo e suas responsabilidades. É uma educação democrática, justa e libertadora e tenta fazer com que o aluno adquira consciência de sua força e responsabilidade.

A avaliação neste contexto é vista como um processo que torna o aluno apto a transferir seus conhecimentos e habilidades para novas tarefas, quando tem a significação de suas idéias plenamente avaliadas. Esta escola tem como característica a autodeterminação, ou seja, busca alcançar a transferência através do ensino e questionar com o aluno o que ele próprio pode fazer com o que aprendeu, tornando-o portanto auto-avaliativo.

A avaliação é realizada por meio da análise de projetos, relatórios, trabalhos individuais e grupais, com reflexão conjunta de alunos e professor, procurando transformações. É também um julgamento de valor sobre as manifestações relevantes da realidade para uma tomada de decisão. O professor é como um companheiro de jornada no processo de formação e capacitação do educando.

As tendências referidas não aparecem isoladamente em cada professor. Dependendo da situação ele pode optar por uma ou por outra forma de avaliação.^{26,34} É preciso lembrar que a avaliação traz no seu bojo uma maneira bem específica de ver o mundo, o indivíduo e a sociedade. Maneira essa que condiciona a tomada de decisões no plano das políticas educacionais e que norteia a prática pedagógica no âmbito da escola e da sala de aula.¹³

Nesta linha de raciocínio, a avaliação no contexto ideológico modula novas formas de expressão. Um professor pode avaliar um aluno dentro de critérios formulados, segundo seu universo e expressão de sua realidade. O aluno, por sua vez, pode incorporar os valores ideológicos de seu professor. Daí provém a importância do desenvolvimento de uma consciência crítica no processo ensino-aprendizagem, tentando traçar conjuntamente, alunos e professores, metas possíveis de serem atingidas, mesclando-se ambas as realidades, pondo na balança medidas e pesos previamente julgados por ambas as partes.⁷

Reforçando este posicionamento, a inexistência de uma diretriz teórica ou linha de ação comum e de um pensar coletivo sobre a prática educacional na sala de aula resultará em relações verticalizadas, inexistência de trabalhos coletivos de reflexão conjunta e experiências de aprendizagem sem qualquer articulação. A avaliação neste contexto provavelmente

privilegiará os esquemas formais de cobrança, baseados em conteúdos isolados, definidos de forma arbitrária, que enfatizam certos aspectos do comportamento em detrimento de outros e com propósitos meramente classificatórios.¹

Dennis,¹⁰ após analisar os pontos favoráveis e desfavoráveis relacionados à questão da avaliação do ensino de enfermagem, concluiu que são igualmente válidos o método da avaliação do ensino realizado pelo próprio avaliado (auto-avaliação), a avaliação feita por outros alunos ou pares e a avaliação administrativa na área de educação, serviço ou pesquisa. Comenta também sobre a necessidade da avaliação ser realizada com uma visão holística, da mesma forma que é ensinada a abordagem holística em relação aos pacientes. Além disso, em todas as áreas de atuação de enfermagem é evidente a importância do aspecto qualitativo da avaliação, uma vez que, de forma direta ou indireta, busca-se a melhoria da qualidade das atividades que envolvem o cuidar da enfermagem.

Não basta avaliar para melhorar.¹³ Entretanto, se a avaliação for bem conduzida, qualquer que seja a área envolvida, trará bons resultados, crescimento e satisfação para o avaliado e o avaliador.

AVALIAÇÃO NA PESQUISA

Do ponto de vista metodológico não há diferença entre a pesquisa de enfermagem e de outras disciplinas.³

O que irá definir a pesquisa é a avaliação das necessidades da prática de cada disciplina conforme o seu corpo de conhecimento, filosofia e teoria. O processo de avaliação abrange desde a questão inicial de pesquisa, a seleção do resultado apropriado, a operacionalização das suas etapas, caracterizando-se como um *continuum*.

Koizume,²⁵ com base em vários autores, enfatiza que o método a ser utilizado em uma pesquisa será determinado pelo fenômeno a ser estudado. De acordo com o método de escolha, salienta alguns critérios de avaliação do rigor da pesquisa, assim como:

- veracidade: consiste na avaliação da validade interna e validade dos testes e instrumentos de mensuração do fenômeno;
- validade interna: avaliação da confiabilidade dos achados do estudo, de acordo com as suas variáveis;
- instrumento de pesquisa: que seja avaliada a sua validade, de modo que confira a certeza de que mediu o que foi preestabelecido;

- validade externa: é a avaliação da extensão da aplicabilidade, generalização dos achados, representatividade dos elementos do estudo, testes e situações testadas;
- fidedignidade: avaliação da consistência, estabilidade, significância do teste ou procedimentos em teste;
- objetividade: é a avaliação da neutralidade exercida pelo pesquisador alcançada através da fidedignidade e validade;
- credibilidade: é a avaliação da pesquisa em relação à interpretação e descrição fiel da experiência humana;
- adequação: é a avaliação do ajuste dos achados da pesquisa em contextos fora da situação ou estudo; também relacionada à significância e aplicabilidade da pesquisa;
- verificabilidade: é quando a avaliação da pesquisa permite a um segundo pesquisador chegar às mesmas conclusões, comparações, perspectivas ou situações que o primeiro;
- confirmabilidade: é a avaliação da credibilidade, adequação e verificabilidade da pesquisa.

A pesquisa é um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas. É desenvolvida mediante o concurso dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa dos métodos, técnicas e outros procedimentos científicos. Na realidade, desenvolve-se ao longo de um processo, desde a adequada formulação de um problema até a satisfatória apresentação dos resultados.¹⁵

A afirmação citada ressalta que a partir dos objetivos e da utilização de uma metodologia, a pesquisa se desenvolve em busca de resultados. Para que isto ocorra, é necessário, portanto, avaliar-se cada uma das fases envolvidas.

Os conceitos apresentados sobre a avaliação, na primeira parte deste capítulo, são pertinentes à elaboração e execução de um projeto de pesquisa formalmente elaborado como um todo. Demo expressa a questão da avaliação na pesquisa de forma clara quando afirma que a avaliação pode conter o desafio da própria pesquisa, como retroalimentação do processo de produção científica, busca de redirecionamento, superações, alternativas, respeito a compromissos assumidos com a sociedade em planos e políticas. Menciona que, quando se destrói a avaliação acadêmica, extermina-se a universidade, porque morre a pesquisa. Comenta ainda que: “a avaliação apenas formal é fuga porque atesta que não sabemos avaliar conteúdos; mas, bem-feita, representa cuidado providencial que resgata a

noção de pesquisa como descoberta científica.” Ressalta também a importância da competência técnica e instrumental.

Compete ao pesquisador em enfermagem a tomada de decisão sobre a relevância do fenômeno a ser investigado, a escolha do método de pesquisa apropriado à questão em estudo e o desenvolvimento de critérios de avaliação. Os enfermeiros têm demonstrado preocupação com a avaliação de suas ações, passando da abordagem empírica para a abordagem científica dos cuidados de enfermagem no atendimento das necessidades dos clientes, colocando portanto a profissão no âmbito da investigação científica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ser humano parece estar sempre em busca de soluções para seus problemas, visando ao seu crescimento e desenvolvimento, seja a nível individual ou coletivo, seja do ponto de vista pessoal ou profissional. Para isso, a avaliação emerge como um meio que facilita esta tarefa, pois procura organizar os fatos ou dados que se tem de uma determinada situação que se queira avaliar, para chegar à solução procurada. O conhecimento e análise da realidade, o direcionamento para a tomada de decisão e o julgamento quanto aos resultados são passos importantes desta atividade, por si só complexa e abrangente.

Por esta particularidade, a avaliação torna-se discutível e polêmica. Assim sendo, muitos aspectos podem ser considerados, múltiplas interpretações podem ser dadas, inúmeros questionamentos podem ser feitos e, por isso, este capítulo não deve ser considerado conclusivo.

Abordou-se a avaliação no gerenciamento e na assistência de enfermagem dentro do contexto da gestão de Qualidade Total. Frente às grandes dificuldades na área da saúde, trabalhar com Qualidade Total representa um grande desafio aos profissionais e instituições. Nesta proposta, a enfermagem, enquanto prestadora de cuidado visando à total satisfação do cliente, busca estratégias e alternativas para a avaliação dos resultados de sua assistência.

A realidade da prática assistencial identifica o enfermeiro como um profissional que subutiliza a avaliação como instrumento de trabalho. O enfermeiro não visualiza os resultados de suas ações, reiterando a dissociação entre o *fazer* e o *saber*. Para a integração destes elementos é

necessário desenvolver o julgamento clínico, apoiado em uma base de conhecimento que traduza a essência de enfermagem.

Sabe-se que na última década a enfermagem tem procurado utilizar o método científico através do processo de enfermagem, para a tomada de decisão e resolução de problemas da sua competência. Entretanto, existem dificuldades na operacionalização do processo e da avaliação nele inserida, por inúmeras razões: formação profissional deficiente, infra-estrutura institucional inadequada e falta de credibilidade no próprio processo.

Apesar das dificuldades, faz-se necessário a persistência dos profissionais, para que sejam implementados métodos racionais de trabalho que busquem a melhoria da qualidade do atendimento aos clientes e o crescimento profissional e da profissão.

A intenção dos autores ao abordar a avaliação na assistência, ensino e pesquisa foi a tentativa de auxiliar os enfermeiros a utilizarem de modo efetivo a avaliação como um instrumento básico de enfermagem, no seu cotidiano profissional.

BIBLIOGRAFIA

1. André MEDA. A avaliação da escola e a avaliação na escola. *Cad. Pesq.*, n. 74, pp. 68-70, 1990.
2. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. São Paulo, Atlas, 1988.
3. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research: conduct critique and utilization*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1987. Apud Koizume MS. Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 26, n. especial, pp. 33-47, 1992.
4. Campedelli MC et al. *Processo de enfermagem na prática*. São Paulo, Ática, 1989. 136 p.
5. Daniel LF. *Enfermagem planejada*. São Paulo, EPU, 1981. pp. 1-7.
6. Davis C, Espósito YL. Papel e função do erro na avaliação escolar. *Cad. Pesq.*, v. 74, pp. 71-5, 1990.
7. Demo P. *Avaliação Qualitativa*. São Paulo, Cortez, 1987. (Coleção polêmicas do nosso tempo, n. 11.)
8. _____. *Pesquisa: princípio científico e educativo*. 2ª ed. São Paulo, Cortez, 1991. pp. 68-76.
9. Deming WE. *Out of the crisis*. Cambridge, Mass: MIT, Center for Advanced Engineering Study, 1986 (O clássico). Apud Sholtes PR. et. al. *Times de Qualidade — Como usar equipes para melhorar a qualidade*. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1992. cap. 2, pp. 2-4: Os elementos básicos da melhoria da qualidade.
10. Dennis LI. Students Evaluations: are they an appropriate criterion for promotion. *Nurs. Health Care*, v. 1, n. 2, pp. 79-82 1990.

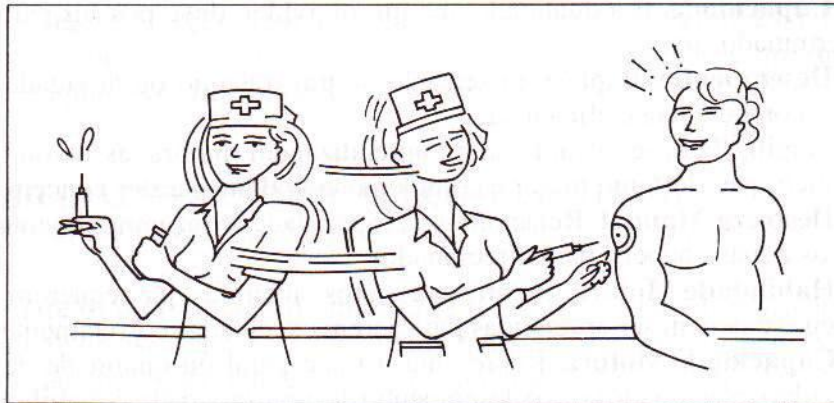
11. Donabedian A. Defining and measuring the quality of health care. In: Wenzel R. Assessing quality health care — perspective for clinicians. USA, Williams & Wilkins, 1982. cap. 4, pp. 41-63.
12. Ferreira AB de H. Pequeno dicionário da língua portuguesa. 11ª ed. Rio de Janeiro, Nacional, 1987.
13. Franco MLPB. Pressupostos epistemológicos da avaliação educacional. Cad. Pesq., v. 74, pp. 63-7, 1990.
14. Freeman RB, Holmes Jr GM. Administration de los servicios de salud pública. México, Interamericana, 1962. Apud Gomes DLS. Avaliação em saúde. Ribeirão Preto, 1977. 166p. Dissertação (Mestrado) — Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
15. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo, Atlas, 1988. 159 p.
16. Gomes DLS. Avaliação em Saúde, Ribeirão Preto, 1977. 166 p. Dissertação (Mestrado) — Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
17. _____. Uma abordagem de controle de ensino. Enf. Atual v. 3, n. 2, pp. 26-8, 1980.
18. Gordon M. Nursing diagnosis — process and application. 2ª ed. New York, McGraw-Hill, 1987. 515 p. 7-10 Clinical diagnosis in the health professions. Apud Farias JN. de et al. Diagnóstico de enfermagem — uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa, Santa Marta, 1990. 160 p.
19. Grimaldi R, Mancuso JH. Qualidade Total. Folha de São Paulo, São Paulo, 13 março 1994. Fascículo 1, pp. 4-5.
20. _____. Folha de São Paulo, São Paulo, 20 mar. 1994. Fascículo 2, pp. 2,4 e 5.
21. Grout RE. Health teaching in schools. 4ª.ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1950. Apud Gomes DLS. Avaliação em Saúde. Ribeirão Preto, 1977. 166 p. Dissertação (Mestrado) — Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
22. Haydt RC. Avaliação do processo ensino-aprendizagem. 2ª ed. São Paulo, Ática, 1991. pp. 7-28.
23. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo, EPU-EDUSP, 1979.
24. Kelly MA. Nursing diagnosis source book — guidelines for clinical application. Connecticut, Appleton — Century — Crofts — Norwalt, 1985. Cap. 8, pp. 308-19: Critical Appraisal — guidelines for evaluating outcomes.
25. Koizume MS. Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, v. 26, n. especial, pp. 33-47, 1992.
26. Krahe EP, Fensterseifer LM, Guezzi MJL. Avaliação: uma abordagem teórico-prática. Rev. Gaúcha de Enf., v. 11, n. 1, pp. 41-6, 1990.
27. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA nursing diagnoses: definitions and classification. Philadelphia, 1992. p. 5.
28. Organización Mundial de la Salud. Administration de los servicios de higiene materno-infantil. Serv. Inf. Tecn., (115), 1957 Apud Gomes DLS. Avaliação em saúde. Ribeirão Preto, 1977. 166 p. Dissertação (Mestrado) — Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
29. Patton S, Stanley J. Bridging quality assurance and continuous quality improvement. J. Nurs. Care Qual., v. 7, n. 2, pp. 15-23, 1993.
30. Pereira LL, Takahashi RT. Auditoria em enfermagem. In: Kurcgant P et al. Administração em enfermagem. São Paulo, EPU, 1991. cap. 5, pp. 59-72.

31. Sant'Anna FM et al. Planejamento de ensino e avaliação. ed. Porto Alegre, Sagra, 1988. Cap. 7, pp. 175-230: A avaliação do ensino-aprendizagem.
32. Scoble KB, Hembrough B. Nursing clinical pertinence review: a step toward quality improvement. J. Nurs. Care Qual., v. 7, n. 2, pp. 52-61, 1993.
33. Scriven M, Stoffiebeam D. Avaliação educacional II: perspectivas, procedimentos e alternativas. Petrópolis, Vozes, 1978.
34. Silva VEF da. Manuais de enfermagem. In: Kurcgant P et al. Administração em enfermagem. São Paulo, EPU, 1991. Cap. 5, pp. 59-72.
35. Sordi MRL de, Rocha SSL. Avaliação do desempenho prático do aluno de enfermagem: uma nova abordagem. Rev. Gaúcha Enf., v. 10, n. 1, pp. 7-12, 1989.
36. Turra CMG. Planejamento de ensino e avaliação. 10ª ed. Porto Alegre, Sagra, 1975. Cap. VII, pp. 175-230: A avaliação do ensino-aprendizagem.
37. Vasquez AS. Ética. 6ª ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1993. p.131-52.
38. Vianna HM. A prática da avaliação educacional: algumas colocações metodológicas. Cad. Pesq., v. 69, pp. 40-8, 1989.

10

Destreza Manual & Habilidade Psicomotora — um Instrumento Básico de Enfermagem

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte
Fernanda Carneiro Mussi
Suelly Sueko Viski Zanei



INTRODUÇÃO

A Enfermagem enquanto ciência, em seu aspecto teórico-prático, utiliza-se de mecanismos facilitadores para o exercício de suas atividades profissionais. Estes mecanismos, objeto de estudo deste livro, muitas vezes utilizados de maneira informal, compõem o conjunto dos *Instrumentos Básicos de Enfermagem*. Este capítulo priorizará o instrumento denominado por Horta et al.8 destreza manual, pois presume-se que a utilização das mãos com habilidade é uma das características mais valorizadas pelos alunos de enfermagem, pelos enfermeiros e pela clientela em geral. O desempenho de várias atividades de enfermagem envolvendo movimentos coordenados e precisos forma o conjunto de habilidades psicomotoras, das mais simples às mais complexas, necessário à prática de enfermagem.

CONCEITOS

Destreza manual, habilidade psicomotora, capacidade motora, habilidade motora, habilidade manual! Qual destes conceitos, em abrangência, identifica-se com a definição de Instrumentos Básicos de enfermagem?

Alguns autores utilizam a denominação destreza manual como sinônimo de habilidade manual, entretanto, correlacionando com a definição de Instrumentos Básicos de enfermagem, outras denominações parecem ser mais apropriadas como poderá ser verificado a seguir.

Com base nas definições descritas por Ferreira² pode-se verificar que:

Destreza. É a qualidade de quem é destro; agilidade de mãos e de todos os movimentos; habilidade; aptidão.

Habilidade. É a qualidade de hábil; competente, apto, capaz.

Capacidade. É a qualidade que um indivíduo deve possuir para um determinado fim.

Desempenho. Implica a execução de um trabalho ou atividade que exige competência e eficiência.

Magill,¹⁰ em seu estudo sobre aprendizagem motora, associou estas definições ao domínio motor e complementou alguns destes conceitos:

Destreza Manual. Relaciona-se à capacidade de fazer movimentos de braços e mãos hábeis, bem direcionados.

Habilidade Motora. Refere-se aos atos ou tarefas que requerem movimento e devem ser aprendidas para serem executadas corretamente.

Capacidade Motora. Representa o traço geral ou qualidade de um indivíduo relacionado com o desempenho de uma variedade de habilidades motoras, sendo um componente da estrutura dessas habilidades.

Aprendizagem Motora. É um fenômeno não observável diretamente, relacionado à alteração interna do indivíduo demonstrada pela melhoria no desempenho de uma determinada atividade motora.

Desempenho Motor. É um comportamento observável e constante, onde o indivíduo desenvolve uma atividade usando uma habilidade.

Desta forma entende-se que o desenvolvimento adequado de uma atividade que implique movimento físico relaciona-se à capacidade nata do indivíduo, desenvolvida por um processo de aprendizagem. O refinamento de uma ou mais capacidades propiciará ao indivíduo adquirir habilidades cujo desempenho poderá ser observado e inferir na qualidade do aprendizado.

A enfermagem engloba o desenvolvimento de diversas atividades para a prestação de cuidados, muitas delas pressupõem competência em uma

série de habilidades motoras que envolvem *operações mentais* e, portanto, são denominadas habilidades psicomotoras. Estas são compostas em sua maior parte por um grande número de movimentos coordenados que envolvem além de movimentos de braços e mãos hábeis e bem direcionados (destreza manual), uma série de outras capacidades motoras,⁶ sendo assim, neste capítulo, a denominação *Habilidade Psicomotora* substituirá a de *Destreza Manual* enquanto Instrumento Básico de enfermagem.

CONCEITO PROPOSTO

Considerando as definições expostas e embasados no estudo desenvolvido por Friedlander,⁶ conclui-se que Habilidade Psicomotora em enfermagem envolve o conjunto de atividades onde o “saber-fazer” é o reflexo de uma competência real, permanente e adquirida de se executar uma tarefa e que implica o domínio que o indivíduo deve ter sobre si próprio.

HABILIDADE PSICOMOTORA COMO INSTRUMENTO BÁSICO DE ENFERMAGEM

Entre os profissionais de enfermagem é senso comum a crença de que a habilidade psicomotora como um instrumento básico é indispensável na execução das ações cuidativas como um meio e não como fim em si mesmo, uma vez que o desempenho com competência, dos procedimentos que as envolvem, implica diretamente a qualidade dos resultados da assistência prestada. Habilidade, segundo Friedlander⁶, pode ter alguns sentidos inter-relacionados mas com conotações diferenciadas. Pode significar uma atividade ou tarefa e caracterizar-se por apresentar algumas propriedades operacionais tais como:

- conjunto de ações traduzidas por respostas motoras em séries sequenciais, ou seja, a ação sempre pressupõe a atuação do pensamento e dos mecanismos cognitivos. O movimento é a parte mais facilmente observável da ação motora;
- é uma ação que compreende metas a serem cumpridas ou finalidades a serem alcançadas e que são intencionalmente determinadas;
- necessita ser aprendida para ser executada de modo correto e eficiente.

Na enfermagem pode-se citar como exemplo a aplicação de uma injeção endovenosa. Para a execução deste procedimento faz-se necessário a realização de alguns movimentos prévios, tais como:

- garroteamento do membro;
- escolha de uma veia visível e/ou palpável;
- anti-sepsia do local com movimentos coordenados.

Em seguida, procede-se à aplicação propriamente dita com liberação do garrote imediatamente após a punção da veia para posterior administração do medicamento. Esta seqüência de movimentos envolve pensamento e cognição, além do movimento em si. Se não for corretamente seguida não será possível executá-la de forma eficiente.

Um outro sentido da palavra habilidade é a referência à qualidade com que é executada uma tarefa por um indivíduo. Estes dois usos ou significados estão relacionados entre si, não somente pelo uso corrente, mas também porque na realização de tarefas está implícita a qualidade desta tarefa e/ou daquele que a executou.

A expressão “habilidade psicomotora”, continua a autora⁶, é utilizada na enfermagem quando o objetivo é ressaltar o movimento, não como uma atividade puramente física, mas que envolve a utilização do pensamento crítico englobando o indivíduo como um todo.

Enquanto Instrumento Básico de enfermagem a Habilidade Psicomotora vinculada ao pensar sobre o fazer pode responder adequadamente às necessidades individuais daqueles a quem se destina, adquirindo a partir daí um cunho técnico-científico.

UTILIZAÇÃO DA HABILIDADE PSICOMOTORA NOS DIFERENTES CAMPOS DE ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

A HABILIDADE PSICOMOTORA NO ENSINO

Aspectos Referentes à Aprendizagem

Segundo Magill¹⁰ o comportamento do indivíduo é produto de reações de todo um organismo composto basicamente por três áreas de domínio: o cognitivo, o afetivo e o motor. O domínio cognitivo envolve as atividades intelectuais, ou seja, o que o organismo faz com a informação que dispõe através de operações mentais. O domínio afetivo relaciona-se às emoções

e sentimentos. É um comportamento aprendido e, finalmente, o domínio motor ou psicomotor tem por base o movimento. Desta forma podemos dizer que o comportamento humano é o resultado do somatório destes três domínios. A expressão deste comportamento traduz-se em condutas instrumentais na execução de uma habilidade.

O processo de aprendizagem psicomotora, continua o autor¹⁰, envolve modificações no estado interno de um indivíduo que pode ser inferido a partir da observação de seu comportamento ou de seu desempenho, uma vez que a aprendizagem por si só não é um fenômeno observável diretamente. O desempenho é um comportamento observável que deve ser constante em virtude de ser resultado da prática e portanto, com o passar do tempo, deve apresentar menor variabilidade.

Fitts e Posner *apud* Magill¹⁰ descreveram as fases ou estágios da aprendizagem de uma habilidade psicomotora em três etapas:

Estágio Cognitivo

Está relacionado ao nível básico onde o aluno está operando uma fase inicial da aprendizagem da habilidade psicomotora, na qual freqüentemente ocorre elevado número de erros no desempenho da atividade, geralmente de natureza grosseira, refletindo em sua inconsistência, ou seja, apesar de saber que está incorrendo em erros, não consegue identificar suas causas de forma a evitá-los, necessitando, desta forma, de orientação específica para correção das falhas.

Estágio Associativo

Fase em que a aprendizagem dos movimentos básicos já ocorreu; onde os erros são menos freqüentes e igualmente menos grosseiros caracterizando-se, portanto, por ser uma etapa de refinamento da aprendizagem onde o aluno consegue detectar alguns de seus erros na execução da habilidade e estabelecer algumas modificações necessárias para corrigi-los.

Estágio Autônomo

Fase final onde a habilidade torna-se automática ou habitual, necessitando de menos operações mentais para sua execução. É resultado de

treinamento específico intensivo e caracteriza-se principalmente por permitir ao indivíduo a produção de uma resposta motora sem ser necessário dirigir a atenção consciente ao ato motor em questão, ficando, portanto mais livre para atentar para outros aspectos que proporcionarão o alcance do desempenho ótimo.

Acredita-se ter ocorrido aprendizagem dos procedimentos de enfermagem quando o aluno atingir o desempenho mínimo aceitável para as variáveis a serem aferidas que envolvam os comportamentos cognitivo, afetivo e motor.¹¹

O planejamento do ensino de uma habilidade psicomotora visando ao seu desempenho final mínimo aceitável envolve outros atributos além de treinamento e prática, pois passa a ser a expressão qualitativa do desempenho.⁴

Este resultado pode, segundo Friedlander,⁴ ser definido por sete atributos ou conjunto de variáveis qualitativas das habilidades psicomotoras em enfermagem:

- atenção apropriada no desempenho da atividade;
- coordenação de movimentos traduzida por sua precisão;
- economia de energia ou de movimentos do operador;
- tempo mínimo de execução;
- segurança do cliente;
- manutenção do conforto do cliente;
- flexibilidade em adaptação às características individuais do cliente.

Tais atributos são descritos e relacionados a uma escala variável, cujo resultado evidenciará as diferenças individuais de cada aprendiz e os diversos graus de aprendizagem, representando assim um sistema de avaliação em potencial.⁴

Durante o processo de aprendizagem psicomotora, o aluno é basicamente um processador de informações onde o desempenho de uma habilidade psicomotora envolve os órgãos sensoriais e proprioceptivos na busca das informações necessárias para a produção da resposta. O aluno deve ser orientado a confiar nestas informações, pois geralmente produzem respostas mais efetivas e mais eficientes. Estas, após ingresso no sistema de processamento, deverão ser interpretadas ou percebidas; assim poderá ser verificada sua utilidade ou necessidade para a execução da habilidade a ser desempenhada. Ressalta-se também que o significado de percepção neste capítulo engloba o processo de integração da recepção sensorial presente com a entrada de dados do passado (memória), sendo

portanto a interpretação da informação sensorial que exige decisões perceptuais no desempenho da habilidade psicomotora definida; e sensação, a atividade dos receptores sensoriais e resultante transmissão aferente ao sistema nervoso central.

O desenvolvimento da capacidade perceptual do indivíduo é o responsável pelo sucesso no desempenho de habilidades psicomotoras complexas.¹⁰

O processo da aprendizagem psicomotora pode ser observado no modelo esquematizado na Fig. 10.1

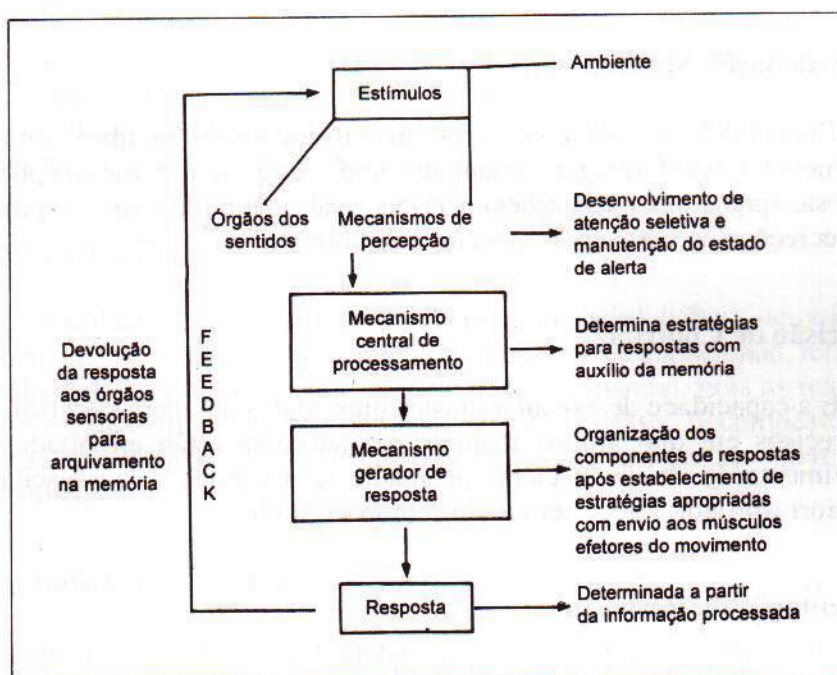


Fig. 10.1 — A Fig. 10.1 mostra que o ambiente fornece ao indivíduo múltiplos estímulos que são sentidos (órgãos dos sentidos) e percebidos (mecanismos de percepção) desenvolvendo o chamado estado de alerta. Estas informações são conduzidas pelos neurônios a uma Central de Processamento de Informações que, auxiliada pela memória, buscará respostas adequadas aos estímulos fornecidos e quando encontradas produzirão o movimento requerido através dos músculos efetores. Após a execução da resposta ao estímulo inicial, ocorre o processo de *feedback* no qual a resposta obtida após processamento de informações é devolvida aos órgãos sensoriais para arquivamento na memória e posterior utilização.

Aspectos Referentes ao Ensino da Habilidade Psicomotora

Conforme descrito anteriormente, a aprendizagem das habilidades psicomotoras está diretamente relacionada às capacidades individuais de cada pessoa. Estas foram definidas por Fleishman *apud* Magill,¹⁰ como qualidades ou atributos individuais necessários à realização de várias habilidades ou tarefas. Afirma ainda que, no ser humano, 11 destas capacidades podem ser identificadas e medidas. Desta forma será descrita a seguir a “taxonomia” proposta pelo autor correlacionada com algumas atividades de enfermagem.

Coordenação Multimembro

Capacidade de coordenar os movimentos de vários membros simultaneamente. Em enfermagem, citam-se como exemplos; a técnica de punção venosa, o preparo de medicações injetáveis, o calçamento de luvas, a aspiração de secreções de vias aéreas, a técnica de curativo.

Precisão de Controle

É a capacidade de executar ajustes musculares altamente controlados e precisos em que grupos maiores de músculos estão envolvidos. A movimentação de um paciente acamado ou a técnica de ressuscitação cardiorrespiratória pode ser citados como exemplo.

Orientação da Resposta

Capacidade de seleção rápida onde uma resposta deve ser dada. A punção venosa pode ser citada uma vez que o enfermeiro deve decidir exatamente onde e quanto deverá introduzir da agulha.⁶

Tempo de Reação

Capacidade de responder a um estímulo quando ele aparece. A imediata interrupção do fluxo de uma infusão venosa quando se observam sinais de extravasamento é um exemplo típico.

Velocidade do Movimento do Braço

Capacidade de fazer um movimento geral e rápido do braço.

Controle de Graduação

Capacidade de mudar a velocidade e a direção de respostas no tempo adequado, como ao seguir um alvo que se movimenta continuamente.

Destreza Manual

É a capacidade de fazer movimentos de braços e mãos habilmente, bem direcionados, que estão envolvidos em manipular objetos sob condições de velocidade. A anti-sepsia no local de punção venosa⁹ e a imobilização de um membro são exemplos que podem ser citados dentre muitos outros.

Destreza dos Dedos

Capacidade de executar manipulações controladas, hábeis, de objetos pequenos, envolvendo principalmente os dedos. Esta capacidade, lembra Friedlander,⁶ pode ser confundida com destreza manual, pois as mãos e dedos formam um conjunto operacional difícil de ser decomposto. A manipulação de pinças e a inserção de agulhas em seringas são exemplos tradicionais.

Estabilidade Braço-Mão

Capacidade de fazer movimentos precisos de posicionamento de braços e mãos, nos quais a força e a velocidade têm envolvimento mínimo. O posicionamento de uma agulha ou uma gaze, a introdução de uma agulha em local preciso são exemplos correlacionados.

Velocidade Punho-Dedos

Capacidade de mover o punho e os dedos com rapidez, como em um trabalho de tamborilar. Na enfermagem, a tapotagem é uma atividade que pode ser considerada similar.

Pontaria

Capacidade de apontar com precisão para um objeto pequeno no espaço. Apontar e introduzir uma sonda em um orifício corporal relaciona-se a esta capacidade.

Complementando, Klausmeier⁹ cita os principais atributos das capacidades:

- exigem muita maturação e aprendizagem para seu desenvolvimento;
- as que forem desenvolvidas, são resistentes e persistem na idade adulta;
- afetam o ritmo com que cada indivíduo aprende uma tarefa;
- variam do específico para o geral, e quanto mais geral a capacidade maior a facilidade de transferência para atividades similares.

O Ensino das Habilidades Psicomotoras no Laboratório de Enfermagem

Na enfermagem o processo ensino-aprendizagem possui certas peculiaridades por ser essencialmente teórico-prático.

A utilização da situação simulada proporcionada pelo laboratório de enfermagem é um recurso de instrução utilizado pelos professores considerando-se o aspecto ético e educacional. É de grande utilidade para iniciar o treinamento de estudantes nas habilidades psicomotoras na medida em que conduz o aluno a manusear o material e familiarizar-se com os passos da técnica, aliviando a ansiedade e proporcionando melhores condições para sua aprendizagem de campo.⁵

Por outro lado, na prática de campo o instrumentalizará para promover maior conforto e segurança ao paciente evitando expô-lo a certos riscos.

Friedlander⁴ comparou dois métodos para o ensino dos procedimentos básicos no laboratório de enfermagem. A autora escolheu o cateterismo vesical em mulheres como procedimento básico e concluiu que o treinamento prévio de estudantes em laboratório de enfermagem diminui o número de erros que são cometidos na primeira experiência com o cliente. Além disso, os estudantes que utilizaram um roteiro auto-instrucional no laboratório cometeram menor número de erros na prática de campo que aqueles treinados por meio de estratégia convencional. Os alunos constataram que a estratégia auto-instrucional utilizada é agradável, ajusta-se

às características pessoais e contribuiu para desenvolver a sua independência em relação ao professor.

O treinamento do estudante no laboratório possibilita então que ultrapasse o estágio cognitivo da aprendizagem, diminuindo o número de erros que são cometidos na primeira experiência.

Enquanto a atenção do aprendiz estiver voltada para o manuseio do equipamento, a memorização dos passos a serem executados, a sincronização de movimentos e a coordenação no tempo e no espaço, ele não estará *disponível* para a aquisição de aptidões para a adequação do procedimento à situação do cliente.

Desta forma, o estudante com habilidade psicomotora inicialmente desenvolvida no laboratório de enfermagem antes de atuar junto ao cliente, possivelmente estará em melhores condições de dar atenção não só aos aspectos técnicos como também aos humanitários que são imprescindíveis para que os procedimentos de enfermagem não sejam meras atividades rotineiras.

O USO DA HABILIDADE PSICOMOTORA NA ASSISTÊNCIA

A habilidade psicomotora como instrumento básico é muito evidenciada nas atividades de enfermagem principalmente por meio dos procedimentos nos quais está envolvida. Hanson⁷ destaca a idéia que a enfermagem consiste em habilidades motoras e intelectuais, e Orem, citada por Benjamin¹ acrescenta que a habilidade motora como tecnologia de enfermagem é usada para assistir pacientes com déficit visando prover suas próprias necessidades de autocuidado.

Assim, fazer enfermagem implica o uso das capacidades perceptivo-motoras necessárias para o desenvolvimento das habilidades psicomotoras que são aprendidas e, podem ser continuamente melhoradas para um atendimento eficaz e eficiente.

Um dos fatores que parece contribuir para o reconhecimento profissional e para a qualidade do cuidado prestado é o domínio das atividades de enfermagem que envolvem estas habilidades. Entretanto, a habilidade psicomotora não pode ser aplicada como um ato isolado. Os procedimentos que fazem parte do processo de cuidar em enfermagem exigem contextualização, ou seja, a identificação dos aspectos biopsicossociais dos clientes. Do contrário, os enfermeiros serão considerados meros

executores retratando o fazer desvinculado do pensar e reforçando, assim, a desvalorização do trabalho manual.

A prática das habilidades psicomotoras precisa, portanto, estar estreitamente relacionada ao pensar sobre como fazer para responder às necessidades individuais da clientela.

A HABILIDADE PSICOMOTORA NA PESQUISA

Muitas pesquisas de enfermagem têm sido publicadas relacionadas à habilidade psicomotora, principalmente enfocando o aspecto ensino-aprendizagem.

As pesquisas relacionadas às estratégias educacionais, quando adequadas às singularidades do ensino das habilidades psicomotoras, poderão contribuir para uma melhor formação dos profissionais de enfermagem, otimizando o aprendizado dos alunos e minimizando as possíveis frustrações dos professores.

A pesquisa é um importante instrumento para compreender como se processa a aprendizagem e o desenvolvimento das habilidades psicomotoras, podendo proporcionar uma base para se entender como as decisões de movimento são tomadas e controladas e como as variáveis do meio influenciam o movimento mesmo quando este é bem independente à situação de instrução.¹⁰ Proverá, portanto, subsídios para a tomada de decisão sobre a instrução e sobre a prática das habilidades psicomotoras. O ensino, neste contexto, deixará de ser baseado em bom senso, intuição, experiência e tradição; critérios estes que não podem ser desprezados, embora sejam subjetivos, mas necessitam ser fundamentados sobre bases mais objetivas.

No que tange ao desenvolvimento das habilidades psicomotoras do profissional de campo nada se encontrou como referência entretanto supõe-se que o aprimoramento destas ocorra após seu ingresso no mercado de trabalho em consequência das exigências diárias. Pairem, portanto, dúvidas quanto ao grau de desenvolvimento destas habilidades, suas formas de utilização e sua valorização pelos próprios profissionais. Abre-se a partir de então uma grande área de pesquisa a ser desenvolvida que virá contribuir veementemente com o crescimento e o reconhecimento social da profissão e do enfermeiro formando assim o alicerce científico esperado nesta área específica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os Instrumentos Básicos de enfermagem, a habilidade psicomotora é um dos mais evidenciáveis devido às suas próprias características e sua estreita relação com o cotidiano profissional do enfermeiro. A competência profissional envolve o domínio deste Instrumento não apenas pelo enfermeiro, mas também por toda a equipe de enfermagem diretamente envolvida na assistência ao paciente. Embora a maioria das profissões que envolvam atividades manuais sejam, muitas vezes, socialmente desvalorizadas por sua associação com atividades servis, acredita-se que a habilidade psicomotora utilizada como “meio” de execução de um “cuidar” eficiente na assistência de enfermagem contribua para um maior reconhecimento profissional. Cabe no entanto aos profissionais a utilização deste Instrumento com propriedade e embasamento científico.

BIBLIOGRAFIA

1. Benjamin, G. et al. Use of extraneous conversation in the teaching of nursing skills. *J. Nurs. Educ.*, v. 23, n. 3, pp. 109-13, 1984.
2. Ferreira, ABH. *Novo dicionário da língua portuguesa*, 2ª ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.
3. Friedlander, MR. et al. Avaliação das habilidades psicomotoras em enfermagem: subsídios para construção de um instrumento. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 4, n. 2, pp. 72-7, 1984.
4. Friedlander, MR. O ensino dos procedimentos básicos no laboratório de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 18, n. 2, pp. 151-62, 1984.
5. Friedlander, MR. O laboratório de enfermagem como recurso instrucional. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 6, n. 1, pp. 7-9, 1986.
6. Friedlander, MR. A aprendizagem do “saber-fazer” em enfermagem: tentativa de avaliação de seus componentes e das capacidades psicomotoras. São Paulo, 1990. Tese (Livre-docência) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
7. Hanson, R. Motor skill acquisition in nursing. *Nurs. Papers.*, v. 9, n. 2, pp. 68-77, 1977.
8. Horta, WA.; Hara, Y.; Paula, NS. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, v. 24, n. 314, pp. 159-69, 1977.
9. Klausmeier, HJ. *Manual de psicologia educacional: aprendizagem e capacidades humanas*. São Paulo, Harper e Row do Brasil, 1977.
10. Magill, RA. *Aprendizagem motora: conceitos e aplicações*. São Paulo, Edgard Blucherr, 1984.
11. Miyadahira, AMK. O processo ensino-aprendizagem de habilidades psicomotoras: análise da técnica de injeção intramuscular. São Paulo, 1990. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

11

Os Instrumentos Básicos no Desenvolvimento do Processo Cuidativo: Aprendizagem e Aplicação

Tamara Iwanow Cianciarullo

Os conhecimentos na área da enfermagem que provêm de diferentes campos do saber sofrem um processo de desarticulação dos seus contextos principais para constituírem um novo arranjo de idéias, conceitos e modelos, aderentes ao saber relativo ao cuidar e ao cuidado. A contribuição deste saber para o desenvolvimento da enfermagem oferece um novo horizonte para os profissionais da área. A visão sistematizada da prática cuidativa incorporada às novas formas de conhecimento contribui para o desenvolvimento da ciência da enfermagem.

O saber específico do cuidar e do cuidado proporciona ao enfermeiro a possibilidade de alcance de uma autonomia profissional, onde a competência e o domínio do fazer e do saber refletem-se sobre os níveis de decisão que lhe são designados.

O preparo deste profissional capaz acontece nos cursos de graduação, onde a prática clínica, os componentes teóricos, a pesquisa, a ética e os processos de educação de pacientes são ensinados, buscando desenvolver nos estudantes habilidades e conhecimentos.

É neste contexto que acontece ou não a inserção definida e caracterizada dos Instrumentos Básicos de Enfermagem (IBE).

A variação do conteúdo programático, das estratégias de ensino e do tipo de práticas oferecidas aos estudantes pelas escolas de enfermagem não nos permite afirmar que todos os enfermeiros tiveram a oportunidade de conhecer, identificar e trabalhar criativamente com os instrumentos básicos de enfermagem. Isto porque não existe um consenso entre os enfermeiros de que os instrumentos básicos lhes sejam realmente específicos, e não sendo específicos não podem constituir suas bases para o cuidado específico.

Há que se destacar que enquanto se processam estas discussões os conhecimentos referentes a observação, comunicação, avaliação, planeamento, destreza manual, criatividade, método científico, princípio científico e trabalho em equipe continuam sendo ensinados sem uma estrutura de saber organizada e adequadamente articulada ao cuidar e ao cuidado, identificando-se mais com suas origens do que com sua específica e única forma de aplicação cuidativa, a que se chamou de instrumento básico.

Assim, enquanto não forem apresentadas novas formas de estruturas cognitivas específicas para a enfermagem, a visualização contextualizada dos Instrumentos Básicos da Enfermagem, como parte substantiva da produção de conhecimentos práticos e específicos para o enfermeiro, deverá ser mantida, visando a uma forma organizada de ensino.

O universo da aplicação dos conhecimentos concernentes aos nove instrumentos básicos preconizados por Wanda de Aguiar Horta pressupõe um corpo de conhecimentos com características diferentes dos conhecimentos que os originaram, refletindo uma evolução consciente e intencional do saber e da organização deste saber para uma aplicação prática. A esta evolução dá-se o nome de ciência prática da enfermagem, que define uma área de competência exclusiva de enfermeiros, provendo uma base para a autoridade e métodos de descoberta e de crescimento de novos conhecimentos na enfermagem (Bottorf, 1991).

A inserção destes conhecimentos aplicados à enfermagem nos conteúdos curriculares, visando ao exercício da sua prática com competência, tem sua história bem delineada em algumas escolas de enfermagem brasileiras. Uma das escolas públicas de graduação em enfermagem do Estado de São Paulo explicita há muitos anos nos objetivos do seu conteúdo programático “o identificar problemas de enfermagem relacionados às necessidades humanas básicas (hidratação, nutrição, terapêutica, eliminação, ambiente, oxigenação, higiene corporal, sono e repouso, regulação térmica, integridade, exercícios e atividades físicas), pela utilização dos instrumentos básicos de enfermagem” (Sousa, & Santos, 1989).

Outras escolas introduzem tópicos relacionados aos instrumentos básicos ao apresentarem a teoria das Necessidades Humanas Básicas e o Processo de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta, sem no entanto explicitar a sua utilização contextualizada. Outras, ainda, inserem os instrumentos básicos em seus cursos de pós-graduação, gerando importantes publicações, diminuindo as dificuldades de acesso a bibliografias em língua portuguesa.

A dicotomia existente ainda hoje em relação ao que se faz e ao que se ensina gera dissonâncias conceituais em relação à introdução e aderência dos diferentes instrumentos básicos de enfermagem nos conteúdos específicos das disciplinas profissionalizantes da enfermagem.

A necessidade de adaptação às estruturas cognitivas específicas apresentadas em salas de aula por professores de cada disciplina pode gerar no aluno um desapego aos componentes principais destas estruturas. Neste contexto o aluno recebe, por exemplo, informações sobre a comunicação como instrumento básico, mas também se configura como uma Necessidade Humana Básica. Ao freqüentar as aulas de psiquiatria, a comunicação passa a ser um processo de formas verbais e não-verbais utilizadas pelos mesmos com o propósito de partilhar informações (Stefanelli, 1993). A administração de serviços de enfermagem, ao abordar o processo de comunicação, caracteriza-o como uma ferramenta essencial para os enfermeiros nos processos gerenciais.

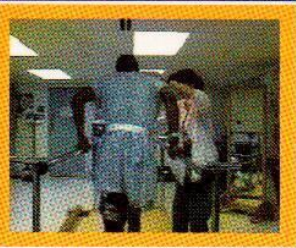
Como se pode ver, se os professores das escolas de enfermagem não se articularem em suas proposições e pressupostos de ensino, poderão perder, no decorrer da execução dos conteúdos programáticos, os elementos principais da rede de conceitos, conhecimentos e habilidades tão significativas para a enfermagem. O desenvolvimento e a utilização de estruturas articuladas de conhecimentos específicos de enfermagem, mesmo quando provenientes de outras áreas do saber, já se encontram disponíveis para a enfermagem em seu contexto mais amplo.

Cabe agora uma definição das diretrizes orientadas da utilização dos instrumentos básicos no desenvolvimento das competências específicas que incluem: ênfase nos resultados da utilização adequada dos instrumentos básicos, busca direcionada de oportunidades de aprendizagem e busca de agentes ou pessoas-recurso capazes de orientar com competência, não apenas a utilização dos instrumentos básicos, mas também a pesquisa vinculada à sua validação em âmbitos específicos. Estudos relacionados a experiências diversificadas de utilização de cada um dos instrumentos básicos de enfermagem, em contextos quantificados ou sob enfoques qualitativos, reforçarão o suporte para a sua adequada utilização no ensino e na prática.

O futuro do processo cuidativo depende da estrutura de saber constituída a partir das realidades estudadas e exploradas exhaustivamente pelos enfermeiros.

BIBLIOGRAFIA

1. Bottorf YL. Nursing: A practical science of caring. Adv. Nurs. Sci., v. 14, n. 1, pp. 26-39, 1991.
2. Sousa RMC, Santos VLC de G. Reflexões sobre o ensino de fundamentos de enfermagem. São Paulo. Atheneu/EDUSP, 1989.
3. Stefanelli MC. Comunicação com o paciente: teoria e ensino. 2ª ed. São Paulo, Robe. 1993.



A melhor compreensão do *Instrumentos Básicos para o Cuidar: Um Desafio para a Qualidade de Assistência* requer o estudo do processo de Enfermagem, o qual foi introduzido no Brasil por Wanda de Aguiar Horta, nos anos 70. Como se sabe, este processo orienta a intervenção dos enfermeiros em sua atividade profissional, promovendo a eficiência e a adequação. O processo de enfermagem, ainda de acordo com Wanda de Aguiar Horta, apresenta cinco itens: **1.** levantamento de dados **2.** diagnóstico **3.** prescrição **4.** implementação **5.** evolução.

De forma a interagir o processo de Enfermagem com o próprio enfermeiro, a autora recria os instrumentos básicos de enfermagem. E quais são estes instrumentos? “São recursos empregados para se alcançar um objetivo ou conseguir um resultado.” Particularizados à Enfermagem, referem-se estes instrumentos “aos conhecimentos e às habilidades básicas que permitem a prática das atividades profissionais”.

E quais são estes instrumentos? – São: **1.** Observação **2.** Método Científico **3.** Princípios Científicos **4.** Criatividade **5.** Comunicação **6.** Trabalho em Equipe **7.** Planejamento **8.** Avaliação **9.** Destreza Manual e Habilidade Psicomotora **10.** Desenvolvimento do Processo Cuidativo: Aprendizagem e Aplicação.

Compreende-se, agora, como este livro: *Instrumentos Básicos para o Cuidar: Um Desafio para a Qualidade de Assistência* será útil para toda a comunidade de Enfermagem, implementando melhor qualidade de assistência.

ISBN 85-7379-219-1



9 788573 792195