

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANA AMÉLIA ANTUNES LIMA**

**MODELO TEÓRICO DE PENSAMENTO CRÍTICO NO PROCESSO DIAGNÓSTICO  
EM ENFERMAGEM: análise à luz do modelo de avaliação de Meleis**

**Porto Alegre  
2015**

**ANA AMÉLIA ANTUNES LIMA**

**MODELO TEÓRICO DE PENSAMENTO CRÍTICO NO PROCESSO DIAGNÓSTICO  
EM ENFERMAGEM: análise à luz do modelo de avaliação de Meleis**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Tecnologias do Cuidado em Saúde e Enfermagem

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria da Graça Oliveira Crossetti

**Porto Alegre  
2015**

### CIP - Catalogação na Publicação

Lima, Ana Amélia Antunes

Modelo teórico de pensamento crítico no processo diagnóstico de enfermagem: análise à luz do modelo de avaliação de Meleis / Ana Amélia Antunes Lima. -- 2015.

163 f.

Orientadora: Maria da Graça Oliveira Crossetti.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Diagnóstico de enfermagem. 2. Pensamento. 3. Educação em enfermagem. I. Crossetti, Maria da Graça Oliveira, orient. II. Título.

**ANA AMÉLIA ANTUNES LIMA**

**Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem:  
análise a luz do modelo de avaliação de Meleis**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 30 de setembro de 2015.

**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti

Presidente – PPGENF/UFRGS



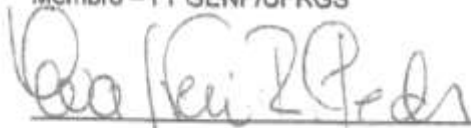
Profa. Dra. Graciele Fernanda da Costa Linch

Membro – UFCSPA



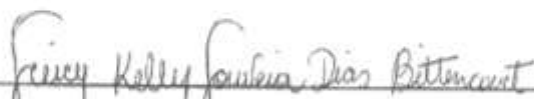
Profa. Dra. Ana Luisa Petersen Cogo

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt

Membro – UFPB

***Dedico este estudo aos amores da minha vida:***

***Minha família: pais e irmãos-  
Meu eterno amigo: Alzir De Paoli***

## AGRADECIMENTOS

Acredito que a trajetória de nossas vidas é desenhada e colorida por nós mesmos e que as cores atribuídas a esta, originam-se nos encontros com as pessoas, as quais o destino se encarrega de nos apresentar, a fim de compor esta tela que é a nossa vida. Do mesmo modo, penso que o refinamento desta, é obtido com o apoio das pessoas que conhecemos e nos relacionamos, a partir das experiências, desafios e conquistas que surgem no decorrer dessa nossa trajetória. A todos que nesta trajetória pessoal e profissional, que desenharam a tela da minha vida e deram um colorido a mais, o meu agradecimento! E, neste universo que escolhi para viver, quero agradecer especialmente:

- A **Deus** que colocou no meu destino uma família maravilhosa, que me ensinou a ser quem sou e a vencer os desafios: meus pais e meus irmãos.

- **Mãe**, você é meu exemplo de persistência! **Pai**, você é meu exemplo de bondade e paciência. Juntos, vocês são meu alicerce nesta vida! Obrigada por cuidarem de mim com tanto zelo e dedicação. Agradeço pelo amor incondicional, pelos valores e princípios transmitidos e por proporcionarem a educação formal que orientou a construção desta trajetória profissional.

- Ao sempre querido **Alzir De Paoli**: “gringo” o seu apoio, a paciência e compreensão foram fundamentais nesta etapa em que estivemos juntos. Obrigada pelos momentos memoráveis e pelo apoio! Estarás sempre em minhas orações!

- Aos meus irmãos, **Cleber e Shana**, que ainda jovens acompanharam meu entusiasmo e persistência em estudar, apoiando-me em minhas conquistas e orgulhando-se delas.

- **Shana**, minha irmã caçula: acho que somos almas gêmeas! Obrigada por existir em minha vida, pelo diálogo sempre inteligente e extrovertido e, principalmente, por ser meu espelho na vida pessoal, mostrando-me que a vida tem desafios e que somos capazes de vencê-los.

- **Priscilla**, minha irmã do coração! Obrigada por ouvir-me e apoiar-me em todas as conquistas pessoais e profissionais. Sua amizade é um presente de Deus!

- À **Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti** que me acolheu, orientou e compartilhou seus conhecimentos, investiu em meu potencial e acompanhou-me no processo de doutoramento. Seu apoio e confiança nesta etapa final foram fundamentais para o êxito deste trabalho.

- Às colegas do **Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde (UFCSPA)**, obrigada pelo apoio durante minha licença para a conclusão deste curso. Especialmente às colegas da área de Gestão em Enfermagem: **Profa. Dra. Adriana Aparecida Paz, Profa. Dra. Graciele Linch, Profa. Dra. Taís Nauderer** que foram solidárias no período do meu afastamento e nas semanas que antecederam a entrega do trabalho.
- Aos colegas do **Curso de Enfermagem da Universidade Feevale** pelo apoio de 10 anos de docência. Meu agradecimento especial à **“Família Feevale”**: Lisara Carneiro Schacker, Caren Mello Guimarães, Naira Ebert, Ilse Maria Kunzler, Maristela Cássia Peixoto, Neuri Kamler, Solange Shama, Adilson Böes, Andreia Simone Muller e Kelly Furlanetto. Vocês coloriram minha trajetória de um modo especial ao longo destes anos! Obrigada pelas palavras e pelos abraços calorosos nos momentos de incerteza neste percurso, proporcionando a calma necessária para seguir em frente. Agradeço pelas histórias e mensagens que faziam meus dias mais divertidos.
- Ao **NECE/EENF/UFRGS** e aos seus membros pelo apoio e pelos diálogos que permitem ampliar meu conhecimento científico a cada encontro. Obrigada especial à **Marta Góes e à Letice Dalla Lana**.
- À **Escola de Enfermagem da UFRGS** e ao seu corpo docente que me acolheu e contribuiu para a formação de excelência da Graduação ao Doutorado em Enfermagem.
- Às Profas. **Ana Maria Hecker da Luz, Neiva Berni**, que perceberam o potencial acadêmico ainda na graduação e incentivaram-me a seguir este caminho.
- Às Profas **Eva Neri Pedro e Ana Luisa Petersen Cogo** pelo incentivo para a conclusão de minha formação acadêmica.
- Às **participantes do estudo**, hoje enfermeiras, pela voluntariedade, pelo compromisso na coleta dos dados que geraram ricas discussões, contribuintes para o desenvolvimento deste estudo.
- Aos acadêmicos de enfermagem **Tuane Chaves, Nilton Sager (Feevale) e Bruna Oliveira (UFCSPA)** pela disponibilidade em ajudar-me no processo de coleta e, transcrição dos dados e desenvolvimento dos mapas conceituais.
- À **Joanie Fachinelli** pela disponibilidade em ajudar-me com o *N-Vivo*.

- À **Bárbara** por conduzir-me a refletir sobre o sentido da vida e ajudar-me a olhar sempre em frente e nunca desistir. Foste fundamental nesta etapa de importantes decisões!

Enfim, o meu agradecimento a todos, que por meio de orações, palavras ou gestos, ajudaram-me na conclusão desta importante etapa de minha trajetória acadêmica!



*“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”.*

(Eduardo Galeano)

## RESUMO

LIMA, Ana Amélia Antunes. **Modelo teórico de pensamento crítico no processo diagnóstico de enfermagem**: análise à luz do modelo de avaliação de Meleis. 2015. 163 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

O processo diagnóstico em enfermagem é uma atividade complexa de competência do enfermeiro, desenvolvida por meio de etapas consecutivas e organizadas que resultam no diagnóstico de enfermagem. Para a sua operacionalização, o processo diagnóstico em enfermagem é mediado pelo pensamento crítico, compreendido pela expressão de habilidades cognitivas e hábitos da mente, necessários para determinar com acurácia o julgamento clínico. No ensino da enfermagem é destacada a importância do desenvolvimento do pensamento crítico pelo uso de estratégias de ensino, que orientem o processo diagnóstico em enfermagem e colaborem para o refinamento das habilidades de pensamento crítico dos alunos. O objetivo deste estudo foi validar o Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem, proposto por Bittencourt em 2011. O estudo foi desenvolvido sob um paradigma qualitativo, com oito discentes concluintes do curso de Bacharelado em Enfermagem de uma Universidade localizada no Vale do Rio dos Sinos, RS e que estavam desenvolvendo as suas atividades de estágio curricular obrigatório, em um hospital público da mesma região. Além dos discentes, quatro pacientes adultos, clinicamente estáveis e internados no mesmo hospital foram sujeitos do estudo, representando os estudos de caso clínico reais, norteadores da aplicação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem. O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e da universidade de origem dos discentes, atendeu aos pressupostos norteadores da pesquisa com seres humanos no Brasil. A coleta de dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2014 e foi organizada em diferentes fases, iniciando pela capacitação dos discentes ao uso do software *Cmap Tools*, utilizado para elaboração de mapas conceituais, seguida pela aplicação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem na prática clínica, durante a disciplina de Estágio Curricular IV. Após esta etapa, foram realizados três grupos focais, cujas sessões ocorreram no ambiente da Universidade, com o objetivo de discutir as habilidades de pensamento crítico elencadas pelos discentes na realização do processo diagnóstico em enfermagem. A análise dos dados utilizou estatística descritiva para identificar a frequência das habilidades de pensamento crítico escolhidas pelos discentes e, a seguir, pela análise de conteúdo proposta por Bardin, a partir dos relatos originados nos grupos focais. O referencial de avaliação de teorias de Meleis foi o norteador do processo de análise e discussão das características do modelo teórico na prática clínica e orientou a definição de duas categorias, em acordo com as etapas nominadas por Meleis, a saber: a descrição e o teste da utilidade. A descrição do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem identificou os componentes estruturais do modelo, a saber: proposições, descritas em duas afirmações da autora do modelo e conceitos, representados pelas habilidades de pensamento crítico e pelos conceitos centrais do processo diagnóstico em enfermagem. O teste da utilidade do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem foi realizado a partir da sua aplicação na prática clínica e, também, pela realização de três sessões de grupo focal, momentos

em que as habilidades de pensamento crítico foram discutidas e elucidadas pelos discentes, que confirmaram estas habilidades como elementos estruturais do modelo teórico em análise. Em relação a estrutura do modelo teórico, três discentes sugeriram a inclusão da habilidade de raciocínio lógico na etapa de coleta de dados; houve o reconhecimento por todos os discentes em relação às demais habilidades de pensamento crítico que, no modelo em análise, apresentam elementos elucidativos do processo diagnóstico em enfermagem. O Modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem obteve a validação como um modelo teórico para uso no ensino teórico-prático de Enfermagem. Os discentes consideraram que a utilização deste modelo teórico contribuirá para minimizar a fragmentação do ensino do processo diagnóstico em enfermagem, percebida como uma dificuldade do processo de formação e que influencia no ensino-aprendizagem da acurácia dos diagnósticos de enfermagem.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de enfermagem. Pensamento. Educação em enfermagem.

## ABSTRACT

LIMA, Ana Amélia Antunes. **Critical thinking model development in nursing diagnosis: an analysis using Meleis' theory.** 2015. 163 f. Thesis (PhD in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Nurses are responsible for the process of diagnosis in nursing. This is a complex activity developed in consecutive and organized steps, which result in the nursing diagnosis. In order for it to be operationalized, the process of diagnosis in nursing is mediated by critical thinking, and expressed by cognitive skills and habits of the mind which are needed to accurately determine clinical judgment. Nursing education highlights the importance of developing critical thinking by teaching strategies that guide the process of diagnosis in nursing and help refine students' critical thinking skills. The purpose of this qualitative study was to validate the Critical Thinking Model in Nursing Diagnosis developed by Bittencourt in 2011. Eight senior nursing students from universities located in Southern Brazil participated in the study. At the time of the study, they were developing mandatory internship activities at a public hospital located in the same region. In addition, four clinically stable adult patients admitted to the same hospital participated in the study, representing the real clinical cases where the Critical Thinking Model in Nursing Diagnosis was applied. The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul and by the Ethics Committees from the students' home universities, as it complied with rules governing research with human being in Brazil. Data was collected between September and December of 2014 and was then organized in different steps. First, students were trained on how to use *Cmap Tools*, which is used to create concept maps, and then they were trained on how to use the Critical Thinking Model in Nursing Diagnosis in clinical practice while attending Internship IV. Afterwards, three focus groups were conducted, with meetings taking place within the university. The main purpose of the meetings was to discuss critical thinking skills pointed out by the students while carrying out the process of diagnosis in nursing. For data analysis, descriptive analysis was used to identify the frequency of critical thinking skills chosen by the students, followed by Bardin's Content Analysis for analysis of the reports and accounts given at the focus groups. Meleis' Theory was used for analysis and discussion of the characteristics of the theory model in clinical practice and guided the shaping of two categories, according to the steps indicated by Meleis: description and usability test. The description of the Critical Thinking Model in Nursing Diagnosis identified the structural components of the model: propositions, described using two affirmations made by the model's author and concepts, represented by critical thinking skills and main concepts of process of diagnosis in nursing. The usability test for the Critical Thinking Model in Nursing Diagnosis was carried out from its use in clinical practice as well as the three focus groups meetings. During these moments, critical thinking skills were discussed by students, who confirmed that these skills are structural elements of the theory model analyzed by the study. Regarding the structure of the theory model, three students suggested that logical reasoning skills be added to data collection. All students acknowledged further critical thinking skills that, regarding the model analyzed in the study, present elucidating elements of the process of diagnosis in nursing. The Critical Thinking Theory Model in Nursing Diagnosis was validated as a theory model to be used in theory-practice training in nursing. Students considered that this model would help minimizing the fragmentation of the process of diagnosis in nursing

education, which is understood as a challenge in nursing education and which influences the accuracy of the teaching-learning process of nursing diagnosis.

**Keywords:** Nursing diagnosis. Thinking. Education, nursing.

## RESUMEN

LIMA, Ana Amélia Antunes. **Modelo teórico de pensamiento crítico en el proceso diagnóstico de enfermería**: análisis según las etapas de evaluación de Meleis. 2015. 164 f. Tesis (Doctorado em Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

El proceso diagnóstico em enfermería es una actividad compleja de competência del enfermero, desarrollada a través de pasos consecutivos y organizados que resultan en el diagnóstico de enfermería. Para su funcionamiento, El proceso diagnóstico en enfermería está mediado por el pensamiento crítico, entendido por la expresión de habilidades cognitivas y hábitos de la mente, necesarios para determinar con precisión el juicio clínico. Em la enseñanza de la enfermería está destacada la importância del desarrollo del pensamiento crítico por el uso de estrategias de enseñanza, que guíen el proceso diagnóstico em enfermería y colaboren con el refinamiento de las habilidades de pensamiento crítico de los alumnos. El objetivo de este estudio fue validar el Modelo Teórico del Pensamiento Crítico em el Proceso Diagnóstico de Enfermería propuesto por Bittencourt en 2011. El estudio fue desarrollado bajo un paradigma cualitativo, con ocho discentes graduados del curso de Bachillerato en Enfermería de una Universidad ubicada en el Vale do Rio dos Sinos, RS y que estaban desarrollando sus actividades de pasantías curriculares obligatorias en un hospital público de la misma región. Además de los discentes, cuatro pacientes adultos, clínicamente estables y ingressados en el mismo hospital fueron sujetos del estudio, representando los estudios reales de caso clínico, guías de la aplicación del Modelo Teórico del Pensamiento Crítico em el Proceso Diagnóstico de Enfermería. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa de la UFRGS y de la universidad de origen de los discentes, atendió a los supuestos guías de la pesquisa con seres humanos en Brasil. La recolección de datos sucedió entre septiembre y diciembre de 2014 y fue organizada en diferentes fases, empezando por la formación de los discentes para el uso del *software Cmap Tools*, utilizado para la preparación de mapas conceptuales, seguida de la aplicación del Modelo Teórico del Pensamiento Crítico em el Proceso Diagnóstico en Enfermería en la práctica clínica, durante la disciplina de la pasantía curricular IV. Después de esta etapa fueron realizados tres grupos focales, cuyas sesiones se llevaron a cabo en el entorno de la Universidad, con el objeto de discutir las habilidades de pensamiento crítico enumerados por los discentes en la realización del proceso diagnóstico en enfermería. El análisis de los datos utilizo la estadística descriptiva para identificar las frecuencias de las habilidades de pensamiento crítico elegidas por los discentes y, luego, por el análisis de contenido propuesto por Bardin, a partir de los informes originados de los grupos focales. El referencial de evaluación de teorías de Meleis fue el guia del proceso de análisis y discusión de las características del modelo teórico em la práctica clínica y guió la definición de dos categorías, según los passos propuestos por Meleis, a saber: la descripción y la prueba de la utilidad. La descripción del Modelo Teórico del Pensamiento Crítico em el Proceso Diagnóstico en Enfermería identifico los componentes estructurales del modelo, a saber: proposiciones, descriptas en dos afirmaciones de la autora del modelo y conceptos, representados por las habilidades de pensamiento crítico y por los conceptos centrales del proceso diagnóstico en enfermería. La prueba de la utilidad del Modelo Teórico del Pensamiento Crítico em el Proceso de Diagnóstico en Enfermería se llevó a cabo a partir de su aplicación en la práctica clínica y,

también, por la realización de três sesiones de grupo focal, momentos en que las habilidades de pensamiento crítico fueron discutidas y aclaradas por los discentes, quienes confirmaron estas habilidades como elementos estructurales del modelo teórico en análisis. Encuanto a la estrutura del modelo teórico, tres discentes sugirieron la inclusión de la habilidad de razonamiento lógico en la etapa de recolección de datos; hubo un reconocimiento desde todos los discentes en relación com las demás habilidades de pensamiento crítico que, en el modelo en análisis, presentan elementos explicativos del proceso diagnóstico en enfermería. El Modelo Teórico del Pensamiento Crítico en el Proceso Diagnóstico en Enfermería obtuvo la validación como un modelo teórico para uso en la enseñanza teórica y práctica de Enfermería. Los discentes consideraron que la utilización de este modelo teórico ayudará a minimizar la fragmentación de la enseñanza del proceso diagnóstico en enfermería, percibida como una dificultad del proceso de formación y que influye en la enseñanza y en el aprendizaje de la exactitud de los diagnósticos de enfermería.

**Palabras clave:** Diagnóstico de enfermería. Pensamiento. Educación en enfermería.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 - O processo diagnóstico em enfermagem .....</b>	<b>32</b>
<b>Figura 2 - Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem .....</b>	<b>44</b>
<b>Figura 3 - Síntese das Etapas do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis.....</b>	<b>53</b>
<b>Figura 4 - Momentos da aplicação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem na prática clínica de Enfermagem.....</b>	<b>66</b>
<b>Figura 5 - As Proposições e o Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem.....</b>	<b>75</b>
<b>Figura 6 - Descrição dos componentes estruturais do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem.....</b>	<b>76</b>
<b>Figura 7 - Etapas da pesquisa utilizadas no teste da utilidade para Validação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo de Diagnóstico em Enfermagem em Bittencourt.....</b>	<b>97</b>
<b>Figura 8 - Mapa conceitual de A1.....</b>	<b>116</b>
<b>Figura 9 - Mapa conceitual de A6.....</b>	<b>117</b>
<b>Figura 10 - Mapa conceitual de A3.....</b>	<b>119</b>
<b>Figura 11- Mapa conceitual de A7.....</b>	<b>120</b>
<b>Figura 12 - Mapa conceitual de A2.....</b>	<b>121</b>
<b>Figura 13 - Mapa conceitual de A8.....</b>	<b>122</b>
<b>Figura 14 - Mapa conceitual de A4.....</b>	<b>123</b>
<b>Figura 15 - Mapa conceitual de A5.....</b>	<b>124</b>
<b>Figura 16 - Nova proposta do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem.....</b>	<b>130</b>



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 - Definições clássicas de pensamento crítico descritas na literatura.....</b>	<b>35</b>
<b>Quadro 2 - Habilidades de Pensamento Crítico Constituintes do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem.....</b>	<b>42</b>
<b>Quadro 3 - Primeira etapa do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis: descrição.....</b>	<b>47</b>
<b>Quadro 4 - Segunda etapa do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis: análise.....</b>	<b>49</b>
<b>Quadro 5 - Terceira etapa do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis: crítica .....</b>	<b>50</b>
<b>Quadro 6 - Quarta etapa do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis: teste.....</b>	<b>51</b>
<b>Quadro 7 - Estudos realizados no Brasil de 2002 a 2013 utilizando as etapas do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis.....</b>	<b>54</b>
<b>Quadro 8 - Síntese das categorias e dos temas de análise.....</b>	<b>70</b>
<b>Quadro 9 - Habilidades de PC elencadas e justificadas pelos discentes na aplicação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem.....</b>	<b>86</b>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	20
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS DO ESTUDO</b> .....	30
2.1	OBJETIVO GERAL.....	30
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	31
3.1	O PROCESSO DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM.....	31
3.2	HABILIDADES DE PENSAMENTO CRÍTICO E A INTERLOCUÇÃO COM O PROCESSO DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM.....	34
3.3	OS MODELOS TEÓRICOS DE ENFERMAGEM E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA, ENSINO E A PESQUISA.....	38
3.4	MODELO TEÓRICO DO PENSAMENTO CRÍTICO NO PROCESSO DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM.....	41
3.5	MODELO DE ANÁLISE DE TEORIAS DE MELEIS.....	45
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	58
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	58
4.2	CAMPO DO ESTUDO.....	58
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO.....	59
4.4	COLETA DE DADOS.....	61
<b>4.4.1</b>	<b>Aplicação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem</b> .....	62
4.4.1.1	<i>Primeiro momento da aplicação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem</i> .....	62
4.4.1.2	<i>Segundo momento da aplicação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem</i> .....	63
4.4.1.3	<i>Terceiro momento da aplicação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem</i> .....	64
4.5	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	66
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	68
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	70
5.1	MODELO TEÓRICO DO PENSAMENTO CRÍTICO NO PROCESSO DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DE MELEIS.....	72

5.2	DESCRIÇÃO.....	73
5.2.1	<b>Pensamento crítico e o processo diagnóstico em enfermagem.....</b>	<b>77</b>
5.2.2	<b>Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem.....</b>	<b>83</b>
5.3	TESTE.....	94
5.3.1	<b>Validação do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem no ensino da prática clínica.....</b>	<b>97</b>
5.3.1.1	<i>Análise.....</i>	98
5.3.1.2	<i>Aplicação de padrões.....</i>	101
5.3.1.3	<i>Raciocínio lógico.....</i>	104
5.3.1.4	<i>Perspectiva contextual.....</i>	107
5.3.1.5	<i>Conhecimento do paciente.....</i>	108
5.3.1.6	<i>Experiência.....</i>	110
5.3.1.7	<i>Discernimento, julgamento e tomada de decisão.....</i>	112
5.3.1.8	<i>O processo diagnóstico em enfermagem na ótica dos discentes.....</i>	114
5.3.2	<b>O modelo teórico do pensamento crítico e o ensino do processo diagnóstico em enfermagem: teste da utilidade.....</b>	<b>124</b>
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>131</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>136</b>
	<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA.....</b>	<b>143</b>
	<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>147</b>
	<b>APÊNDICE C - ORGANIZAÇÃO DA SESSÃO DE GRUPO FOCAL E GUIA DE TEMAS.....</b>	<b>150</b>
	<b>APÊNDICE D -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O ACADÊMICO DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>152</b>
	<b>APÊNDICE E -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE EESCLARECIDO PARA O PACIENTE DO ESTUDO DE CASO.....</b>	<b>154</b>
	<b>ANEXO A - APROVAÇÃO DA PESQUISA NO CEP DA UFRGS .....</b>	<b>156</b>
	<b>ANEXO B - APROVAÇÃO DA PESQUISA NO CEP DA UNIVERSIDADE FEEVALE..</b>	<b>161</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A área da saúde, sobretudo nos últimos 50 anos, desenvolveu-se sob influência de inúmeras e constantes transformações tecnológicas e científicas, que têm exigido maior qualificação dos profissionais que prestam a assistência em saúde. É salutar lembrarmos que o novo cenário de atenção à saúde se organizou em resposta às modificações no perfil epidemiológico da população atendida, em todos os ambientes de cuidado. Estas mudanças mostram-se propulsoras de um novo perfil de profissionais da saúde que, para o exercício de suas atividades, necessitam desenvolver atitudes, habilidades e adquirir conhecimentos baseados em evidência para prover a qualidade da assistência requerida pela população.

De fato, conseqüente às transformações descritas que atingiram a área da saúde, a prática profissional do enfermeiro, na atualidade, requer o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes para diagnosticar as necessidades de saúde, tomar decisões e planejar a assistência dos indivíduos, da família e da comunidade visando reabilitar, recuperar e promover saúde, além de prevenir agravos.

O crescente avanço do conhecimento científico e tecnológico presentes na área da saúde, também foi promotor de mudanças na organização dos serviços, bem como na sua oferta para a população, que trouxe novas demandas de saúde e doença, exigindo dos enfermeiros, competência técnica e científica para prover segurança e qualidade na assistência, frente às diversas situações clínicas (AZIZI-FINI; HAJIBAGHERI; ADIB-HAJBAGHERY, 2015). Esta nova realidade na assistência em saúde evocou mudanças na prática clínica e no ensino da enfermagem acentuando-se a necessidade do enfermeiro em não apenas ter habilidade técnica, mas somar a estas, habilidades interpessoais e intelectuais para o exercício do pensamento crítico, uma vez que esta articulação de habilidades o tornará mais competente e seguro para promover o cuidado de qualidade para o indivíduo, ou para a coletividade (ISAACS, 2010).

Cabe salientar que Florence Nightingale, no princípio da Enfermagem Moderna, demonstrava sua preocupação com o bem estar do paciente e utilizava o conhecimento científico, associado as suas habilidades técnicas, intelectuais e interpessoais para proceder à avaliação dos pacientes, identificar suas necessidades de cuidado e garantir a assistência eficiente e segura. Embora seja

mais evidente na atualidade a preocupação com a qualificação da assistência de enfermagem, estudiosas descrevem que ainda na década de 1920, educadores da área perceberam a necessidade desta qualificação e reconheceram a necessidade do enfermeiro unir às habilidades técnicas, o conhecimento científico para identificar os problemas do paciente e definir as ações de enfermagem.

As novas tecnologias e as investigações científicas desenvolvidas ainda no século XX, como resposta à mudança no perfil epidemiológico da população resultaram na necessidade de formação de enfermeiros hábeis para tomar decisões clínicas diante da identificação dos problemas de saúde dos indivíduos e da coletividade. Tal modificação implicou na reflexão da prática do cuidado de enfermagem, iniciada por enfermeiros norte-americanos que, frente às demandas de atenção à saúde, propuseram um método para a organização da assistência de enfermagem denominado Processo de Enfermagem. Este método foi instituído, inicialmente, para desenvolver habilidades de pensamento crítico entre estudantes de enfermagem, mas, diante dos desafios constantes na prática clínica de enfermagem, o Processo de Enfermagem obteve indicação para uso na assistência, por promover o desenvolvimento da autonomia do enfermeiro na identificação das necessidades biopsicossociais dos indivíduos, possibilitando a realização do cuidado integral (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

O Processo de Enfermagem como um método de organização da assistência e do pensamento do enfermeiro, tem sua evolução histórica descrita em três gerações que emergiram como resultado das transformações no conhecimento da enfermagem (PESUT; HERMAN, 1999; GARCIA; NOBREGA, 2009). A primeira geração do Processo de Enfermagem, entre 1950 e 1970, concentrou-se na identificação e resolução de problemas do paciente, através de um modelo organizado em quatro etapas e, sob influência das rotinas implementadas, o cuidado centrou-se nas condições fisiopatológicas dos pacientes (PESUT; HERMAN, 1999; GARCIA; NÓBREGA, 2009; ALMEIDA; LUCENA, 2011).

A necessidade de ampliação do conhecimento da enfermagem motivou os enfermeiros à reflexão sobre o desenvolvimento do raciocínio para diagnosticar o problema do paciente, bem como definir e implementar ações para a sua solução, concretizando-se na segunda geração do Processo de Enfermagem, entre 1970 e 1990. Nesta fase, a ênfase foi o desenvolvimento do raciocínio clínico do enfermeiro, determinando o movimento de identificação e classificação dos diagnósticos de

enfermagem, um marco da nova geração do Processo de Enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2009; ALMEIDA; LUCENA, 2011).

O exercício do cuidado em enfermagem, influenciado pelas pesquisas acerca das classificações dos diagnósticos de enfermagem e do raciocínio clínico do enfermeiro, coleta de dados, planejamento, intervenção e avaliação, descritas por Helen Yura e Mary B. Walsh em 1967, originaram a terceira geração do Processo de Enfermagem, iniciada em meados de 1990, quando os estudos destinaram-se à especificação e à testagem dos resultados dos cuidados de enfermagem, permitindo ao enfermeiro uma análise crítica sobre os cuidados implementados e os resultados previstos e atingidos (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

No Brasil, na década de 1970, a partir do pioneirismo de Wanda Aguiar Horta na proposição do Processo de Enfermagem visando à organização da assistência de enfermagem e a autonomia do enfermeiro no processo de cuidar, motivaram outros enfermeiros à discussão sobre a assistência de enfermagem sistematizada que, desde então, constitui-se de fundamental importância na prática e no ensino de enfermagem no contexto nacional (CRUZ, 2008; ALMEIDA; LUCENA, 2011).

Nesta perspectiva evolutiva da prática clínica da Enfermagem e, atualmente, na enfermagem contemporânea é recomendada a utilização do Processo de Enfermagem desenvolvido em cinco<sup>1</sup> etapas inter-relacionadas e dinâmicas, visando a articulação de informações subjetivas e objetivas que proporcionam a organização, o planejamento, a implementação e a avaliação do cuidado ao paciente (ALFARO-LEFEVRE, 2014).

O diagnóstico de enfermagem, segunda etapa do Processo de Enfermagem, resulta da associação das informações subjetivas e objetivas com o conhecimento técnico-científico e a experiência clínica do enfermeiro, e representa o julgamento clínico norteador para desenvolver o planejamento dos cuidados de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem resulta de um processo de raciocínio organizado e demandados enfermeiros para a sua efetiva realização, a interlocução de competências técnico-científicas, éticas e humanas, uma vez que o cuidado em enfermagem é influenciado pelo contexto de atenção à saúde e afetado pelas modificações constantes no perfil epidemiológico da população e que são

---

<sup>1</sup>Investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.

consequentes às transformações sociais e econômicas das últimas décadas. (CROSSETTI; LOWENHAUPT D'AVILA; DIAS, 2010).

O diagnóstico de enfermagem é o produto de um processo mental que reúne conhecimento científico, análise e interpretação de dados, elaboração de hipóteses que se traduzem em um julgamento clínico, mediado por habilidades cognitivas e hábitos da mente. O reconhecimento das evidências e sua relação com o conhecimento armazenado na memória se traduz em significados, o que representa um processo ativo de pensamento, permitindo ao enfermeiro argumentar e explicar as informações que proporcionam o desenvolvimento do processo diagnóstico de enfermagem (SILVA et al., 2011). Este processo complexo de pensamento exige habilidades que, articuladas às evidências originadas das situações clínicas, conduzem ao julgamento das respostas humanas e se traduz no diagnóstico de enfermagem, um produto do exercício do pensamento crítico do enfermeiro (BITTENCOURT, 2011; CROSSETTI et al., 2011; LUNNEY, 2010a; LUNNEY, 2011a; ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Destacando a importância do pensamento crítico no contexto do processo diagnóstico em enfermagem, ressalta-se que deve ser orientado por padrões, políticas e códigos de ética, além de envolver a lógica, a intuição e a criatividade, fortalecidos no conhecimento científico e na experiência do enfermeiro (ALFARO-LEFEVRE, 2014). Em complemento, o desenvolvimento contínuo das habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem é fundamental, porque o diagnóstico das respostas humanas é a base dos cuidados de enfermagem conforme afirma Lunney (2010b).

No que tange ao pensamento crítico como um componente essencial para a tomada de decisão clínica, em estudo desenvolvido por Scheffer e Rubbenfeld (2000) identificou-se que o pensamento crítico se traduz pela articulação de hábitos mentais como confiança, perspectiva contextual, criatividade, flexibilidade, inquisição, integridade intelectual, intuição, compreensão, perseverança e reflexão, com as habilidades cognitivas de análise, aplicação de padrões, discernimento, busca de informações, raciocínio lógico, previsão e transformação do conhecimento. Isaacs (2010), em pesquisa com acadêmicos de enfermagem sobre a importância do pensamento crítico do enfermeiro, destacou a necessidade do seu aperfeiçoamento para o alcance da precisão diagnóstica.

A importância conferida ao processo diagnóstico em enfermagem e às habilidades de pensamento crítico do enfermeiro, necessárias para a acurácia do diagnóstico de enfermagem são descritas na literatura por Lunney (2010a, 2011a) e confirmadas por Crossetti e Bittencourt (2009), Bittencourt (2011) e Burrel (2014), ao destacarem sua importância no ensino da prática clínica em enfermagem.

Contudo, embora o Processo de Enfermagem esteja na terceira geração, na prática clínica e no ensino de enfermagem ainda observam-se dificuldades no desenvolvimento do processo diagnóstico em enfermagem e na expressão das habilidades de pensamento crítico e que são corroborados por estudos desenvolvidos nacional e internacionalmente sobre as habilidades de pensamento crítico de enfermeiros e estudantes de enfermagem (BITTENCOURT, 2011; ISACCS, 2010; SILVA et al., 2011; HUNTER et al., 2014; CROSSETTI et al., 2014; AZINI-FINI; HAJIBAGHERI; ADIB-HAJBAGHERY, 2015).

Ao estudarem o processo diagnóstico em enfermagem, Silva et al. (2011) observaram que as dificuldades no ensino deste processo podem estar relacionadas à complexidade exigida no processo cognitivo, necessário à interlocução das informações que conduzem à definição do julgamento clínico, o que requer, tanto dos enfermeiros, quanto dos estudantes de enfermagem, competência de nível elevado. Relatam problemas no processo de pensamento dos discentes e sugerem sua relação com a percepção do aluno sobre o que investigar e o que fazer com os dados coletados, denotando dificuldades para estabelecer um processo de pensamento crítico no processo diagnóstico de enfermagem.

Carrilez Ortiz et al. (2012) apresentaram seleção de estudos realizados no México na década de 2000, em que foram observadas dificuldades na avaliação das aptidões clínicas de estudantes de enfermagem, cujas ações eram embasadas em rotinas e pouco reflexivas e críticas, conferindo uma baixa aptidão clínica. Bittencourt (2011) identificou dificuldades dos discentes quanto ao levantamento das causas dos problemas de saúde, agrupamento e comparação dos dados colhidos e limitações para a realização do julgamento clínico, atribuindo-os às possíveis lacunas existentes no conhecimento técnico científico dos discentes.

A experiência docente em cursos de graduação em Enfermagem possibilitou a identificação das dificuldades descritas pelos autores, acrescida da indisponibilidade de instrumentos (roteiros de avaliação) e não aplicação do



Processo de Enfermagem nas instituições de saúde, lócus do ensino do processo diagnóstico em enfermagem.

A percepção destas dificuldades ocorreu nas disciplinas de Enfermagem na Saúde do Adulto I e II e sua respectiva prática, o que motivou a aplicação de diferentes estratégias de ensino voltadas ao processo diagnóstico em enfermagem, elegendo-se os estudos de casos fictícios em sala de aula e o estudo e a discussão de casos clínicos reais na prática, para promover a associação do conhecimento com os dados oriundos dos casos clínicos e, assim definir os diagnósticos de enfermagem e as respectivas intervenções e os resultados.

Contudo, a prática docente mostra que, embora sejam utilizadas algumas estratégias de ensino diferenciadas, os discentes, independente do período de formação, continuam a apresentar dificuldades para realizar o processo diagnóstico em enfermagem, tanto no ambiente de sala de aula, quanto na prática clínica, fato evidenciado no último semestre do curso, quando toda a atividade curricular se desenvolve no ambiente hospitalar. Entre as dificuldades são destacadas algumas, relacionadas aos discentes, como o insuficiente conteúdo das áreas de conhecimento básicas, além das dificuldades na abordagem do paciente durante a coleta de dados na prática clínica. A estas se associa a lacuna existente no ensino do Processo de Enfermagem durante as diferentes etapas da formação do aluno, somada a não utilização deste método nas instituições de saúde hospitalares e de atenção primária em que ocorre o ensino da prática clínica.

Esta dissociação entre a teoria e a prática no ensino do Processo de Enfermagem, evidenciada pela rotina das instituições de saúde e que influenciam para as dificuldades no ensino do processo diagnóstico em enfermagem também foram encontradas no estudo de Leadebal, Fontes e Silva (2010) e descritas em uma revisão integrativa realizada por Burrell (2014), que salienta a necessidade de transformação dos ambientes onde ocorre o ensino de enfermagem, além da implementação de estratégias propulsoras do pensamento crítico em enfermagem e que estas estejam presentes em todo o currículo dos cursos de graduação em enfermagem.

Embora as instituições de saúde que recebem os alunos de enfermagem para o exercício da prática clínica, em sua maioria, não utilizem o Processo de Enfermagem como um método de trabalho do enfermeiro, denota-se a importância das escolas formadoras utilizarem estratégias de ensino inovadoras que colaborem

para que o aluno aprenda a tomar decisões clínicas e desenvolva suas habilidades de pensamento crítico, com o objetivo de proporcionar melhor assistência de enfermagem e resolução de problemas clínicos (CROSSETTI et al., 2009; ISACCS, 2010; ATAY; KARABACK, 2012).

Entre as estratégias, o uso de mapas conceituais é citado como um meio para aprimorar conhecimentos, estimular a metacognição e encorajar a reflexão desenvolvida pelos estudantes (HARRISON; GIBBONS, 2013). Acrescentam que os mapas conceituais promovem a criatividade estando associados ao desenvolvimento do pensamento crítico.

Ainda que existentes as dificuldades descritas na literatura e evidenciadas no ensino da prática clínica, considera-se relevante que o processo diagnóstico em enfermagem, compreendido pela expressão de etapas processuais de raciocínio, desenvolvidas pela conjugação das habilidades intelectuais, interpessoais e técnicas, representativas das habilidades de pensamento crítico, seja foco de atenção e valorização dos educadores e enfermeiros, pois, ainda que existam lacunas estruturais nas instituições de saúde, o enfermeiro deve aprender a exercer a sua capacidade de julgar as respostas humanas com acurácia.

Compreendendo-o como um fenômeno concreto do cotidiano do enfermeiro, o processo diagnóstico em enfermagem é mediado por habilidades cognitivas e hábitos da mente que são abstratos e podem ser imperceptíveis ao enfermeiro e ao estudante de enfermagem. Portanto, a relevância do processo diagnóstico em enfermagem e o seu necessário desenvolvimento na prática clínica, requer esforços para que o seu ensino seja contínuo, denotando-se a necessidade de estudá-lo e clarificá-lo, não apenas para orientar a prática clínica, mas contribuir cientificamente para o desenvolvimento da Enfermagem. Em atenção a esta necessidade de ampliar o conhecimento da área, modelos teóricos e teorias de enfermagem têm sido desenvolvidas desde a década de 1950 para explicar e orientar os processos de cuidar em enfermagem (WALL, 2008; FÁVERO, 2013).

Descritos por McEwen (2009) como representações de aspectos da realidade que se inter-relacionam para ilustrar processos e interpretar um determinado fenômeno, os modelos teóricos, quando aplicados à prática profissional de enfermagem, orientam a observação, o estudo ou a análise de um fenômeno abstrato, por vezes imperceptível na prática da profissão conforme alude Bittencourt (2011). Ao compará-los às teorias, os modelos teóricos são mais abstratos, menos

específicos e apresentam menos conceitos e proposições testáveis conforme acrescenta Meleis (2012).

O desenvolvimento de modelos teóricos dirigidos à prática clínica tem colaborado para a identificação de distintos processos e tecnologias utilizados na enfermagem, a saber: processos de investigação clínica, planejamento do cuidado, desenvolvimento de sistemas de classificação de pacientes, programas de qualidade assistencial, padrões para a prática da enfermagem (McEWEN, 2009).

Neste contexto de desenvolvimento de tecnologias utilizadas na Enfermagem, em consonância aos desdobramentos observados na prática clínica e no ensino da profissão, que suscitaram mudanças na organização e no planejamento da assistência, o processo diagnóstico em enfermagem e as habilidades necessárias para o seu desenvolvimento são objetos de discussão atual no ensino e na pesquisa em enfermagem (BITTENCOURT, 2011; ISACCS, 2010; HUNTER et al., 2014; CROSSETTI et al., 2014).

Em atenção a este tema, destaca-se o desenvolvimento do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem (MTPC), proposto por Bittencourt (2011), que concentra-se no processo diagnóstico em enfermagem e orienta a definição do diagnóstico de enfermagem, segunda etapa do processo de enfermagem e norteadora do planejamento do cuidado. Este modelo foi desenvolvido a partir de um estudo realizado com acadêmicos do 8º semestre de um curso de graduação em Enfermagem do nordeste brasileiro, que descreveram definições para as etapas do processo diagnóstico em enfermagem, identificaram e definiram habilidades de pensamento crítico necessárias a este processo. Os resultados deste estudo apresentam um modelo teórico para operacionalizar o processo diagnóstico em enfermagem, composto pelas etapas de coleta de dados, interpretação e agrupamento de dados, hipóteses diagnósticas e diagnóstico de enfermagem prioritário, definidos como metaconceitos, mediados pelas habilidades de pensamento crítico que representam os conceitos<sup>2</sup> do modelo.

Enquanto corresponsável pelo processo de formação de futuros enfermeiros e visando o desenvolvimento de habilidades e competências para a tomada de decisão clínica acurada nos distintos cenários de prática, se reconhece a importância de utilizar estratégias e modelos de ensino que contribuam para que os

---

<sup>2</sup> Conceito: elementos abstratos, derivados de atributos e necessários para a compreensão de um fenômeno que ocorre na natureza ou no pensamento. (McEWEN e WILLS, 2009).

alunos mobilizem as habilidades de pensamento crítico na identificação, interpretação e no agrupamento dos dados clínicos coletados e na elaboração de hipóteses diagnósticas, com o objetivo de definir com acurácia o diagnóstico de enfermagem.

Tendo em conta a importância conferida aos modelos teóricos desenvolvidos na Enfermagem, não apenas como conhecimento abstrato, mas aplicável à prática, percebe-se a relevância do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem, proposto por Bittencourt (2011) para o ensino do diagnóstico de enfermagem, justificando-se a sua investigação, por meio da aplicação no ensino da prática clínica de enfermagem.

As etapas constituintes do processo diagnóstico em enfermagem exigem do enfermeiro o desenvolvimento de um processo de pensamento complexo, necessário para o julgamento das respostas humanas e para a tomada de decisão clínica. A complexidade intelectual para tomar decisões clínicas acuradas requer o uso das habilidades de pensamento crítico, que devem ser desenvolvidas desde a formação do enfermeiro. Nesta perspectiva, Bittencourt (2011), autora do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem, afirma ser necessário o desenvolvimento das habilidades de pensamento crítico para o ensino e a aprendizagem do processo diagnóstico em enfermagem, com o objetivo de estimular o raciocínio clínico do discente de enfermagem.

O Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem constitui-se por elementos conceituais (habilidades de pensamento crítico) e necessita avaliação quanto à possibilidade de aplicação no ensino de enfermagem. Assim, as dificuldades descritas em relação ao ensino do processo diagnóstico em enfermagem, a inexistência de estudos que descrevam a utilização do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem no ensino em enfermagem, bem como a indicação da autora para a sua validação, proporcionaram reflexões que conduziram a seguinte tese: **o Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem, proposto por Bittencourt, apresenta elementos que o evidenciam como um modelo para o ensino do processo diagnóstico em enfermagem.**

Embora o objeto deste estudo não seja a avaliação de uma teoria, mas de um modelo teórico de enfermagem, justifica-se igualmente a sua importância para o ensino e a prática clínica, uma vez que a avaliação do Modelo Teórico do

Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem proporcionará a sua validação, com o objetivo de utilizá-lo no ensino teórico-prático do processo diagnóstico em enfermagem, concordando com os argumentos apresentados por Meleis (2012), ao justificar a aplicação do seu modelo de avaliação para as teorias de enfermagem com o objetivo de desenvolvimento da profissão e produção de conhecimentos.

Deste modo, a complexidade do processo diagnóstico em enfermagem e a sua relevância na prática clínica do enfermeiro, acenam para a necessidade de um olhar atento dos docentes para o uso de estratégias e modelos que operacionalizem o seu ensino na formação do enfermeiro, contribuindo para o desenvolvimento das habilidades de pensamento crítico e para a acurácia do diagnóstico de enfermagem nos cenários de realização do cuidado de enfermagem.

## 2 OBJETIVOS DO ESTUDO

Neste capítulo apresentam-se os objetivos que visam responder a questão de pesquisa e a sustentação da tese.

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Validar o **Modelo Teórico de Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem de Bittencourt**, na prática clínica, segundo as etapas de descrição e teste da utilidade, do modelo de avaliação de teorias de Meleis (2012).

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as habilidades de pensamento crítico destacadas pelos discentes, no processo diagnóstico em enfermagem na prática clínica.

Relacionar os metaconceitos e os elementos conceituais do modelo teórico do pensamento crítico com o processo diagnóstico em enfermagem, juntos a discentes.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Apresenta-se a fundamentação teórica que sustenta a proposta deste estudo, contemplando do processo diagnóstico em enfermagem, bem como o pensamento crítico e as habilidades que o constituem, as etapas do modelo de avaliação de teorias de Meleis e o Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem de Bittencourt.

#### 3.1 O PROCESSO DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

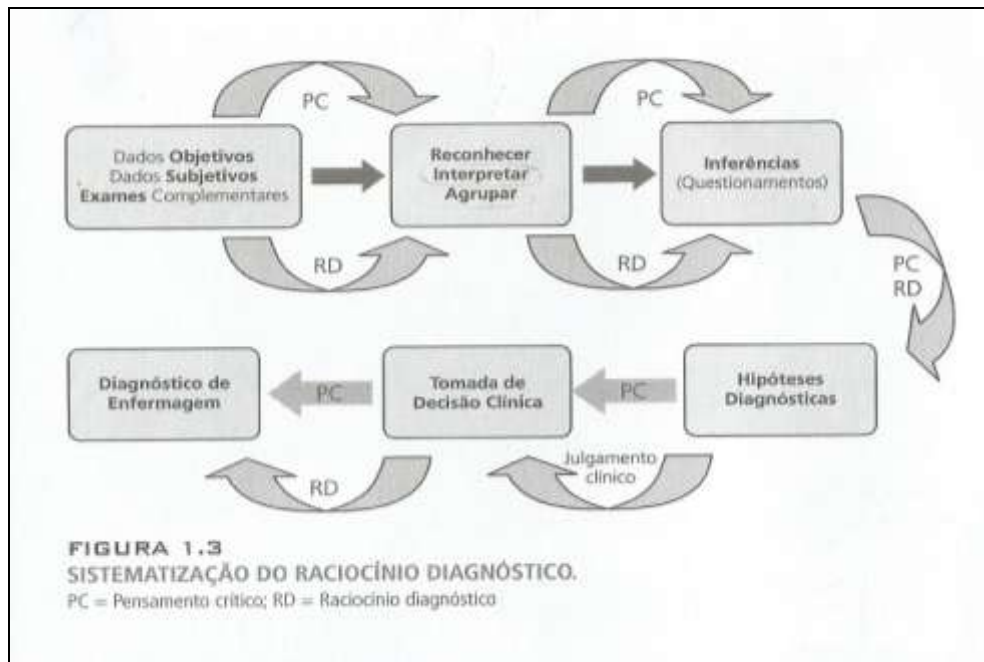
A enfermagem como profissão emergente no século XX, acompanhou as transformações sociais e econômicas que exerceram influências na atenção à saúde e, sem dúvidas, as crescentes demandas do sistema de saúde atual têm impacto importante no trabalho realizado pelos enfermeiros (O'NEILL et al.; 2011).

Neste contexto de mudanças, o processo de enfermagem se apresenta como um método dinâmico e sistematizado, estruturado em modelos ou em referenciais teóricos, que orientam o enfermeiro à realização de diagnósticos de enfermagem e tomada de decisão acurada. Estas habilidades exigem dos enfermeiros a associação de competências técnicas, científicas, éticas, estéticas e humanísticas e resultam no cuidado de enfermagem seguro e qualificado, visando a obtenção de resultados positivos em saúde (CROSSETTI et al., 2011).

Para o alcance deste propósito, tem-se no processo diagnóstico em enfermagem um modo que define um problema de saúde do indivíduo e avalia as causas que o estão determinando. Este processo abrange o raciocínio analítico, lógico e o raciocínio não analítico, intuitivo, conforme descreve Gordon (1994).

O processo diagnóstico em enfermagem envolve o raciocínio clínico, definido por Tanner (2006) como um processo deliberado de geração de hipóteses que são articuladas com evidências para emitir julgamentos clínicos. Depreende-se que o raciocínio clínico se manifesta por processos mentais e está presente nas ações e decisões assistenciais do enfermeiro, sustentando-se no pensamento crítico e no raciocínio diagnóstico para a tomada de decisão clínica deste profissional, representada pelo diagnóstico de enfermagem, conforme apresentado na figura 1 (CERULLO; CRUZ, 2010; CROSSETTI et al., 2011).

**Figura 1- O processo diagnóstico em enfermagem**



Fonte: Crossetti et al. (2011, p. 26)

Gordon (1994) foi a primeira autora a abordar o processo diagnóstico em enfermagem e descreveu que este processo envolve a coleta das informações, a interpretação das informações, o seu agrupamento e a denominação deste agrupamento. Ao caracterizá-lo, a autora relatou que a primeira etapa, representada pela coleta das informações, refere-se ao momento em que o paciente é avaliado; a interpretação das informações, segunda etapa do processo diagnóstico, decorre da análise dos dados coletados e, ao serem confrontados com os padrões de conhecimento recuperados da memória, conduzem a realização de inferências. A partir das inferências, os dados são agrupados e inter-relacionados e resultam em hipóteses diagnósticas para, finalmente, receberem uma categoria nominal, por meio da utilização de um sistema de classificação, ou, taxonomia, momento em que recebe uma denominação e tem-se o diagnóstico de enfermagem. (GORDON, 1994).

O processo diagnóstico em enfermagem exige a inter-relação de habilidades intelectuais, técnicas e interpessoais, experiência e organização do conhecimento, para que a interpretação das respostas humanas ocorra com acurácia<sup>3</sup>, uma vez que

<sup>3</sup> “o julgamento do avaliador sobre o grau com que uma afirmação diagnóstica corresponde aos dados da situação do paciente/cliente”(CRUZ et al., 2007, p. 128).



a decisão diagnóstica afeta diretamente a qualidade da assistência à saúde do paciente (RODRIGUES, 2012; JENSEN et al., 2014). Quanto às habilidades necessárias para a realização deste processo, Lunney (2012) destaca a importância da interlocução de processos interpessoais, técnicos e intelectuais no processo diagnóstico em enfermagem. Os processos interpessoais referem-se à comunicação entre pacientes e profissionais da saúde, visando à obtenção e análise dos dados para a tomada de decisão clínica. A anamnese e o exame físico são exemplos de ferramentas que representam os processos técnicos, pois exigem do enfermeiro conhecimentos técnico-científicos que fundamentam a condução da coleta de dados. O processo intelectual consiste no emprego da inteligência e das habilidades de pensamento crítico para analisar, sintetizar e validar os dados coletados, visando o julgamento clínico.

Tendo em conta a complexidade do processo diagnóstico em enfermagem e as habilidades necessárias para sua realização, aludem Bittencourt e Crossetti (2009) que o produto deste processo, o diagnóstico de enfermagem, detém importância vital, pois representa uma atividade intelectual desempenhada pelo enfermeiro no seu cotidiano, durante a realização do processo de enfermagem.

Considerando a complexidade do raciocínio necessário à realização do processo diagnóstico em enfermagem, permeado pelas habilidades de pensamento crítico, depreende-se a importância de as instituições de ensino definirem estratégias que proporcionem o seu aprendizado concreto, uma vez que são descritas dificuldades de aprendizagem do diagnóstico de enfermagem no ensino. A ocorrência de dificuldades de aprendizagem do diagnóstico de enfermagem foi tema de investigação realizada por Silva et al. (2011) com um grupo de acadêmicos de enfermagem. Os autores concluíram que as dificuldades relacionavam-se à deficiência de embasamento teórico dos acadêmicos, para sustentar o processo diagnóstico em enfermagem e o processo mental necessário para a operacionalização do diagnóstico de enfermagem.

Dificuldades no desenvolvimento das habilidades de pensamento crítico de acadêmicos de enfermagem são descritas por Bittencourt e Crossetti (2013) e podem estar relacionadas ao fato de que, entre os discentes, é conferida a maior importância à execução dos procedimentos técnicos em detrimento de atividades que exigem habilidades cognitivas, críticas e humanísticas. Também é destacado como um fator dificultador do ensino do diagnóstico de enfermagem, a existência de

fragmentação do processo diagnóstico nos currículos de graduação em enfermagem (LEAEBAL; FONTES; SILVA, 2010).

Embora existentes e desafiadoras, as dificuldades descritas requerem solução e, conforme sugerem Bittencourt e Crossetti (2009, p. 7) o processo de ensino do processo diagnóstico em enfermagem deve ser “pautado pelo uso de estratégias que estimulem o uso de habilidades cognitivas de pensamento crítico e lógico e do raciocínio clínico [...]”. Corroborando, Carlson-Catalano, (2004) enfatiza o uso de estratégias pedagógicas que possibilitem o desenvolvimento das habilidades diagnósticas entre estudantes de enfermagem e enfermeiros da prática clínica. Acrescenta que o desenvolvimento clínico do enfermeiro como diagnosticista, ocorre a partir da utilização de estratégias pedagógicas que incluam a análise de casos clínicos escritos e de situações de pacientes reais.

Dada a relevância do processo diagnóstico em enfermagem, enquanto atividade que demanda o desenvolvimento de um raciocínio complexo e que excede a dimensão do fazer técnico do enfermeiro, considera-se a necessidade do ensino pautado em estratégias inovadoras que contribuam para o aprendizado do julgamento das respostas humanas com precisão. Tanner (2006) salienta que o aprendizado do diagnóstico de enfermagem, resultado do processo diagnóstico em enfermagem, excede o conhecimento de fisiopatologia, e inclui habilidades interpessoais, características do ambiente de cuidado e o conhecimento do paciente.

Em estudo desenvolvido por Bittencourt (2011), sobre as etapas do processo diagnóstico em enfermagem, a autora acenou para a necessidade de conhecimento das habilidades de pensamento crítico e como se manifestam no processo diagnóstico em enfermagem para que seja possível compreender, no processo de formação do discente, o desdobramento do processo mental de tomada de decisão clínica.

### 3.2 HABILIDADES DE PENSAMENTO CRÍTICO E A INTERLOCUÇÃO COM O PROCESSO DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM

Os distintos ambientes de atenção à saúde, lócus de atuação do enfermeiro, foram modulados pelo processo de desenvolvimento científico e tecnológico que, por sua vez implicaram em mudanças na maneira de planejar o cuidado em enfermagem (ISACCS, 2010).

Atualmente, o saber e o fazer do enfermeiro exigem deste profissional, habilidades e competências para tomar decisões clínicas que sustentem com precisão o cuidado ao indivíduo, à família, ou à comunidade. Assim, em resposta às mudanças na atenção à saúde o pensamento crítico em enfermagem se faz necessário para o planejamento e a prestação do cuidado (SIMPSON; COURTNEY, 2007; ALFARO-LEFEVRE, 2010; ALFARO-LEFEVRE, 2014).

As mudanças sociopolíticas e econômicas que influenciam a prática do cuidado em enfermagem, também se expressam no ensino da profissão. Desse modo, a forma com que o enfermeiro explicita a arte da enfermagem, remete à necessidade de transformação do ensino da disciplina dentro das instituições formadoras, que desenvolvem ações teórico-práticas que conduzem ao desenvolvimento das habilidades de pensamento crítico.

Ao encontro desta afirmação, destaca-se uma constatação de Lima e Cassiani (2000), na primeira publicação brasileira sobre pensamento crítico em enfermagem, que sugeriram a necessidade dos enfermeiros educadores reformularem a visão do ensino-aprendizagem da profissão e enfatizaram a importância do desenvolvimento do “espírito crítico” do aluno, permitindo ao mesmo, elaborar questionamentos, divergir, analisar, argumentar e experimentar.

As transformações na prestação de serviços de saúde requerem a formação de enfermeiros “capazes de pensar criticamente, a fim de processarem dados complexos e tomarem decisões oportunas em relação ao cuidado ao cliente” conforme acrescentam Lima e Cassiani (2000, p. 24), que em revisão integrativa sobre o pensamento crítico, destacaram as definições de Watson e Glaser (1960), Brookfield (1987), Kataoka-Saylor (1994) e Faccione et al. (1994), apresentadas no quadro a seguir.

**Quadro 1 – Definições clássicas de pensamento crítico descritas na literatura**

Definições Clássicas de Pensamento Crítico	Autores
<p><i>1. Atitude de inquérito que envolve uma habilidade para reconhecer a existência de problemas e uma aceitação da necessidade geral de evidência em apoio do que se afirma ser verdade; 2. Conhecimento da natureza de inferências válidas, abstrações e generalizações em que o peso ou precisão de tipos diferentes de evidência são logicamente determinados, e 3. Habilidades para empregar e aplicar as atitudes e conhecimento acima.</i></p>	<p>WATSON &amp; GLASER, 1960</p>

<i>[...] um processo de reflexão sobre as hipóteses que permeiam as nossas ideias e ações, bem como as dos outros, reconhecendo como o contexto altera comportamentos, resultando em novas formas alternativas de pensar e viver.</i>	BROOKFIELD, 1987
<i>É um processo de pensamento reflexivo e razoável, sobre problemas de enfermagem, sem uma única solução e focado em decidir no que acreditar ou fazer.</i>	KATAOKA-SAYLOR, 1994
<i>Pensamento crítico é o julgamento intencional, auto-regulador que resulta em interpretação, análise, avaliação e inferência, assim como explicação das considerações de evidências conceituais, metodológicas, criteriológicas, ou contextuais sobre as quais o julgamento foi baseado.</i>	FACCIONE, et al, 1994

Fonte: Lima e Cassiani (2000).

Observa-se entre as definições acima descritas, uma convergência da compreensão do pensamento crítico enquanto um processo reflexivo, resultante de questionamentos, atitudes, análise e interpretação que conduzem a um julgamento e, conseqüentemente à tomada de decisão, partindo de criteriosa investigação.

Simpson e Courtney (2007) contribuem afirmando que o pensamento crítico é um julgamento proposital e resulta em interpretações, avaliações, inferências, explanações conceituais e metodológicas importantes à pesquisa, além de essencial na análise de situações simples ou complexas. Acrescenta-se a estas habilidades, o conhecimento técnico-científico (BITTENCOURT, 2011).

Lima e Cassiani (2000, p. 27) ao analisarem as definições dos autores consultados acerca do que consideram pensamento crítico, concluíram que:

Pensamento crítico é um tipo de pensamento complexo em que o indivíduo é capaz de exercer outras operações mentais como a análise, síntese, avaliação, interpretação, aplicação e tomada de decisão além de reconhecer e memorizar o resultado de processo de pensamentos de outros indivíduos (LIMA; CASSIANI, 2000, p. 27).

Embora uma variedade de definições o represente, destaca-se a importância conferida por Lunney (2011a, p. 27), ao considerar o pensamento crítico “uma dimensão da inteligência na enfermagem, necessária ao uso de elementos da prática de enfermagem, como o diagnóstico e a seleção dos resultados e das intervenções adequados” (LUNNEY, 2011a, p. 27).

Enquanto um componente essencial no planejamento e no desenvolvimento das ações do enfermeiro, o pensamento crítico também é caracterizado pela

orientação por padrões, políticas e códigos de ética, onde também há o envolvimento da lógica, da intuição, da criatividade e dirigido pelas necessidades dos pacientes, da família ou da comunidade, aspectos essenciais e que se fortalecem no conhecimento específico e na experiência clínica do enfermeiro, conforme salienta Alfaro-Lefevre (2014).

De fato, o complexo ambiente de saúde permeado pelos avanços tecnológico e científico do último século, requer do enfermeiro, habilidades cognitivas de análise, interpretação e inferência que o ajudem na tomada de decisões clínicas seguras, (SIMPSON; COURTNEY, 2007; KADOURA, 2010; CHANG et al., 2011). Estudo realizado com 20 enfermeiros que trabalham em emergências de três hospitais de Porto Alegre, RS, constatou que na avaliação clínica dos pacientes, os enfermeiros destacaram o uso das habilidades de pensamento crítico, a saber: conhecimento técnico-científico, experiência clínica, raciocínio clínico, julgamento clínico, intuição, predição, conhecimento do paciente, ética, conhecimento cultural e aplicação de padrões, que foram elencadas pelos enfermeiros, a partir de um caso clínico fictício (CROSSETTI et al., 2014).

Considerando as características de um pensador crítico e as habilidades necessárias para o seu desenvolvimento, alguns indicadores pessoais do pensamento crítico (IPPCs), representam comportamentos que elucidam tais características e atitudes do pensador crítico, a saber: consciente, genuíno, auto disciplinado, cuidadoso e prudente, confiante e resistente, honesto e direto, curioso e inquisitivo, alerta ao contexto, analítico e com discernimento, lógico e intuitivo, tolerante e justo, sensível a diversidade, criativo, proativo, corajoso, paciente e persistente, flexível, empático e orientado à melhoria (ALFARO-LEFEVRE, 2010; ALFARO-LEFEVRE, 2014),

Observam-se aproximações destes indicadores com as habilidades cognitivas e hábitos da mente, citados por Scheffer e Rubenfeld (2000, p. 357):

[...] os que raciocinam de forma crítica em enfermagem apresentam estes hábitos mentais: confiança, perspectiva contextual, criatividade, flexibilidade, curiosidade, integridade intelectual, intuição, compreensão, perseverança e reflexão. Estas pessoas praticam as habilidades cognitivas de análise, aplicação de padrões, discernimento, busca de informações, raciocínio lógico, previsão e transformação de conhecimentos (SCHEFFER; RUBENFELD, 2000, p. 357)

Os indicadores elencados por Alfaro-Lefevre (2014) e as habilidades cognitivas e hábitos da mente, destacadas por Scheffer e Rubenfeld (2000),

remetem à necessidade de o pensador crítico mobilizá-las e relacioná-las durante o processo diagnóstico em enfermagem, significando o processo cognitivo que orienta à tomada de decisão clínica.

Desse modo, o pensamento crítico é uma habilidade que necessita ser desenvolvida durante o ensino de enfermagem e permita que o futuro enfermeiro desenvolva um perfil de pensador crítico, que na compreensão de Bittencourt (2011, p. 44):

Culmina com a necessidade de desenvolvimento de aptidões críticas no ensino do processo diagnóstico em enfermagem, uma vez que, a habilidade em diagnosticar respostas humanas requer processos cognitivos e pessoais complexos.

Às aptidões críticas descritas por Bittencourt (2011) necessitam ser acrescidas as habilidades afetivas e sociais, para que seja alcançada a proficiência na tomada de decisão clínica, conforme constatou Corrêa (2003). Entretanto, descreve a autora, que mesmo ao mobilizar inconscientemente as habilidades necessárias para o processo diagnóstico em enfermagem e as consequentes ações de cuidado ao paciente, ainda não há uma clareza da manifestação dos elementos que permeiam esse processo de raciocínio (CORREA, 2003).

Esta reflexão conduziu a elaboração de questionamentos acerca do preparo e da segurança do profissional frente à responsabilidade em tomar decisões clínicas, além de indagar se a ciência da enfermagem oferece estrutura para dar embasamento aos julgamentos e às ações (CORREA, 2003).

Em resposta as últimas indagações apresentam-se a seguir alguns modelos teóricos de enfermagem, que constituem uma representação teórica e abstrata de conceitos que elucidam o saber em enfermagem e possibilitam reflexões acerca da sua aplicação na prática, no ensino e na pesquisa em enfermagem.

### 3.3 OS MODELOS TEÓRICOS DE ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA, O ENSINO E A PESQUISA.

Ao discorrer sobre a utilização de teorias, modelos teóricos e estruturas conceituais, Meleis (2012) afirma que o desenvolvimento teórico da disciplina de Enfermagem iniciou historicamente a partir da questão “como deve ser definida a Enfermagem?”. A resposta a esta pergunta, resultou no desenvolvimento de teorias e modelos com o objetivo de clarificar a missão e o objetivo da enfermagem, ou,

ações que envolvem o cuidado de enfermagem no contexto de sua prática (MELEIS, 2012). Descrevem Garcia e Nóbrega (2004), que um marco para o desenvolvimento de referenciais teóricos constituintes do corpo de conhecimentos de enfermagem é o livro de Hildegard Peplau que, em 1952, abordou o relacionamento interpessoal em enfermagem, estimulando outras teóricas a descreverem diferentes visões sobre a natureza da Enfermagem.

De fato, o avanço científico da disciplina da Enfermagem motivou muitas estudiosas da área ao desenvolvimento de teorias e modelos teóricos, especialmente a partir da década de 1950. Entretanto, os termos: estrutura teórica, modelos teóricos e teorias foram utilizados indiferentemente na literatura e, desde a década de 1980, a distinção entre estes termos tem sido debatida e investigada na área da Enfermagem. Enquanto as teorias são desenvolvidas para responder perguntas específicas, os modelos fornecem orientação para pesquisa ou para representar teorias e, a diferença entre eles, reside na ligação dos conceitos e na natureza das proposições (MELEIS, 2012).

Outras considerações da autora descrevem que uma teoria “é uma representação simbólica dos aspectos da realidade que são descobertos ou inventados para descrever, explicar, prever ou prescrever as respostas, os eventos, as situações, condições ou os relacionamentos” (MELEIS, 2012, p. 29). Complementa que as teorias estão em constante processo de desenvolvimento e seus conceitos relacionam-se aos fenômenos de uma disciplina e, entre si, formam afirmações teóricas.

Similarmente, os modelos conceituais representam esquemas organizados a partir de um fenômeno da realidade, que pode se referir a indivíduos, grupos ou situações de interesse para uma disciplina, conforme descrevem McEwen e Wills (2009) e Souza et al., (2010). Corroborando, os modelos conceituais são descritos como construções cognitivas, abstratas que reagrupam conceitos, conferem características e descrevem um fenômeno em estudo (COELHO; MENDES, 2011).

Como resposta ao desenvolvimento da disciplina da Enfermagem, o cuidado em enfermagem, inicialmente concebido como arte, tem se difundido como ciência a partir dos significados atribuídos pelos modelos conceituais e teorias de enfermagem, que contribuem para refletir a prática da enfermagem com o objetivo de melhorá-la, conforme afirmam Coelho e Mendes (2011). Descrevem que os modelos conceituais na enfermagem foram elaborados a partir de uma relação entre

os fenômenos centrais da profissão, entendidos como o ser humano, o ambiente, a saúde e a enfermagem, denominados metaparadigmas, cujas definições constituem os modelos teóricos desenvolvidos e difundidos desde 1950.

No tocante à aplicabilidade dos modelos teóricos de enfermagem no princípio do século XXI foram destacadas suas contribuições para o ensino, a pesquisa e a prática da profissão. No ensino, os modelos teóricos direcionam o modo de ensino-aprendizagem, colaborando, inclusive, para a formulação de novos currículos.

Lunney (2011b) faz referência ao uso de modelos teóricos de enfermagem por enfermeiras americanas em suas pesquisas e descreve que, o princípio do uso dos modelos ainda é incipiente entre as enfermeiras da prática clínica, por que prevalece nas instituições de saúde a avaliação do paciente amparada no modelo biomédico. Desse modo, a partir da definição do processo de enfermagem como um método de organização da assistência de enfermagem, estudos foram desenvolvidos com o objetivo de promover reflexões sobre a aplicabilidade de modelos teóricos de enfermagem já descritos na literatura, bem como o desenvolvimento de novos modelos que auxiliem no ensino ou na prática clínica do processo diagnóstico em enfermagem.

A necessidade de um modelo norteador para as enfermeiras no processo de raciocínio clínico é descrita por Lunney (2011b), que sugere que sejam empreendidos esforços para a adoção de um modelo universal de avaliação de enfermagem, que possibilite o processo de avaliação pelo enfermeiro, cujos dados coletados orientem a elaboração do diagnóstico das respostas humanas acerca dos problemas de saúde.

A autora menciona a utilização do modelo de Padrão Funcional de Saúde (PFS) proposto por Marjorie Gordon, recomendando-o para o auxílio às enfermeiras na identificação de questões de saúde e doença relevantes à prática da enfermagem, por refletir a interrelação entre aspectos biológicos, sociais, psicológicos, culturais e espirituais que compreendem dimensões do ser humano.

Coelho e Mendes (2011) descrevem o uso do Modelo de Adaptação de Roy (MAR) na implementação do processo de enfermagem, enfatizando sua relevância para a formulação de diagnósticos de enfermagem, como preditores das intervenções de enfermagem.

Experiências no ensino de graduação em enfermagem na Carolina do Norte (EUA), relatadas por Bland et al. (2009), demonstram o uso do *Outcome Present*



*State Test (OPT) Model*, desenvolvido por Pesut e Herman (1999), em atividades didáticas para o desenvolvimento do raciocínio clínico no processo diagnóstico de enfermagem. Neste estudo com 43 estudantes de graduação em enfermagem, o *OPT Model* foi utilizado na disciplina de psiquiatria, em que os alunos avaliaram dois estudos de caso e ao associá-lo ao uso de ferramentas desenvolvidas em *webdesign*, identificaram os problemas dos pacientes e organizaram dados clínicos que possibilitaram a identificação do diagnóstico de enfermagem prioritário risco para suicídio. Concluíram que, apesar da complexidade do OPT, o mesmo auxiliou os estudantes na organização das informações coletadas, conduzindo o raciocínio clínico e a decisão diagnóstica em enfermagem (BLAND et al., 2009).

A preocupação com as habilidades para identificar diagnósticos de enfermagem com precisão, ainda no processo de formação dos enfermeiros, motivou uma pesquisadora brasileira ao desenvolvimento do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem (BITTENCOURT, 2011), o qual será apresentado a seguir.

#### 3.4 MODELO TÉORICO DO PENSAMENTO CRÍTICO NO PROCESSO DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM PROPOSTO POR BITTENCOURT.

O modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem é resultado de um estudo desenvolvido com discentes de um curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). A estratégia utilizada para a realização da pesquisa desenvolvida por Bittencourt (2011) foi um estudo de caso clínico fictício, validado em pesquisa desenvolvida por Corrêa (2003).

Com base na identificação e definição dos discentes sobre as habilidades de pensamento crítico por eles aplicadas, no processo diagnóstico em enfermagem para a solução do caso clínico fictício e a relação dessas habilidades às etapas do processo diagnóstico em enfermagem, a autora caracterizou os metaconceitos ou conceitos centrais e os elementos conceituais que viriam a estruturar o modelo teórico de pensamento crítico (BITTENCOURT, 2011).

Os metaconceitos, ou conceitos centrais, são representados pelas etapas do processo diagnóstico em enfermagem que incluem a **coleta de dados, a interpretação e agrupamento de dados, as hipóteses diagnósticas e o**

**diagnóstico de enfermagem prioritário.** Os elementos conceituais do modelo teórico são as habilidades de pensamento crítico, identificadas pelos discentes, quais sejam: a análise, o conhecimento técnico-científico, raciocínio lógico, a experiência clínica, o conhecimento do paciente, a aplicação de padrões, o discernimento e a perspectiva contextual (BITTENCOURT, 2011). A interlocução dos elementos conceituais aos metaconceitos configura o modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem, ilustrado na figura 2.

A pesquisa realizada por Bittencourt (2011) visou identificar, a partir da percepção dos discentes de enfermagem, quais habilidades de pensamento crítico estão presentes no processo diagnóstico em enfermagem. Os participantes do estudo, após a análise de um caso clínico fictício, identificaram, listaram e definiram as habilidades de pensamento crítico (elementos conceituais) compreendidas por eles como constituintes das etapas do processo diagnóstico em enfermagem.

Para a elaboração das definições dos elementos conceituais foram realizados dois encontros de grupo focal com os discentes, para a discussão e definição das habilidades de pensamento crítico elencadas por eles, como contribuintes no processo diagnóstico em enfermagem. No quadro abaixo, são apresentadas as definições dos discentes para os elementos constituintes do processo diagnóstico em enfermagem, extraído dos resultados do estudo de Bittencourt (2011).

**Quadro 2 - Habilidades de Pensamento Crítico Constituintes do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem**

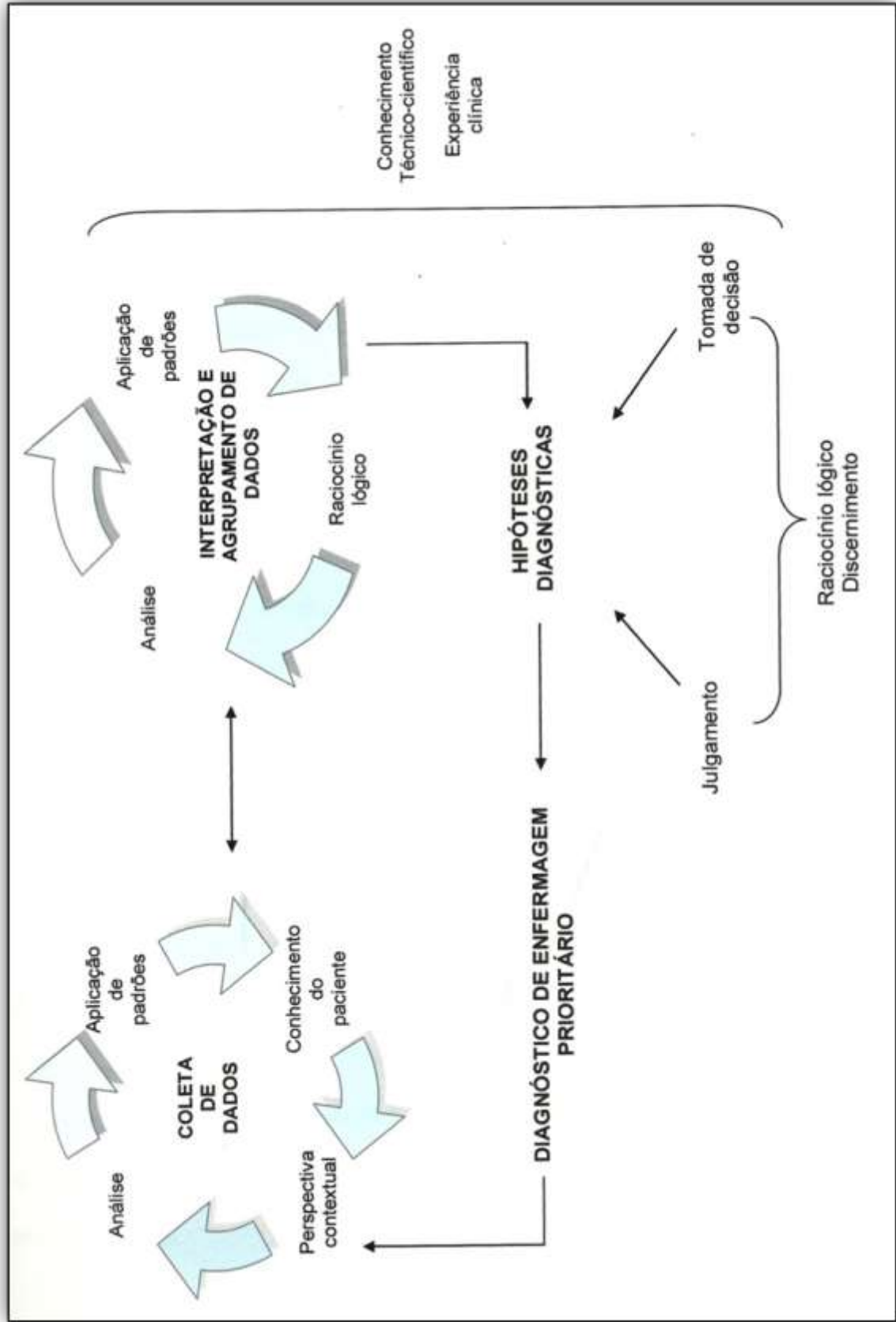
<b>HABILIDADES DE PENSAMENTO CRÍTICO</b>	<b>DEFINIÇÕES DOS DISCENTES DE ENFERMAGEM DO ESTUDO DE BITTENCOURT (2011)</b>
<b>Análise</b>	Consiste em investigar e avaliar os aspectos biopsicossociais visando à compreensão de uma situação de forma holística. Esta habilidade é caracterizada pela separação, seguida pelo agrupamento dos dados em subgrupos e consequente relação entre eles para a identificação do diagnóstico de enfermagem.
<b>Conhecimento técnico-científico</b>	Constitui-se pela inter-relação do conhecimento específico da enfermagem, originado na prática clínica com o conhecimento científico que justifica as evidências. Esta habilidade proporciona a coleta de dados focalizada e o

	conhecimento de padrões de saúde e problemas de saúde.
<b>Raciocínio lógico</b>	Processo de pensamento que consiste na junção das informações com o conhecimento técnico-científico para levantar evidências e identificar o diagnóstico de enfermagem.
<b>Experiência clínica</b>	É representada pela atuação do enfermeiro na assistência aos casos clínicos que possuem semelhanças e proporcionam uma previsão de situações, possibilitando comparar as semelhanças e as diferenças entre os dados observados.
<b>Conhecimento sobre o paciente</b>	Refere-se a um conjunto de características do paciente nos âmbitos físicos, espirituais, emocionais e sociais.
<b>Aplicação de padrões</b>	Representa a identificação, avaliação e o agrupamento de dados com base em informações da literatura. A aplicação de padrões ocorre pela articulação entre as evidências coletadas e a literatura, que resulta na definição dos diagnósticos de enfermagem.
<b>Discernimento</b>	Compreendido pela capacidade de julgamento dos dados observados com vistas a tomada de decisão clínica.
<b>Perspectiva contextual</b>	Consiste na visão de uma situação clínica como um todo, tendo em vista os aspectos biopsicossociais que envolvem o ser humano, para a determinação dos diagnósticos de enfermagem.

Fonte: Bittencourt (2011).

As etapas do processo diagnóstico em enfermagem, a partir da compreensão dos discentes da UFPB são desenvolvidas sob a influência das diferentes habilidades de pensamento crítico, necessárias para a determinação do diagnóstico de enfermagem prioritário. Este modelo teórico pode ser referência para observar ou analisar fenômenos que por seus significados são abstratos e, portanto, difíceis de perceber na prática clínica, ou seja, por meio deste modelo pode ser possível entender como se desenvolve o pensamento crítico do discente de enfermagem ao tomar decisões clínicas, no que se refere à precisão diagnóstica em enfermagem (BITTENCOURT, 2011).

Figura 2 - Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem



### 3.5 MODELO DE AVALIAÇÃO DE TEORIAS DE MELEIS

O modelo de avaliação de teorias proposto por Meleis foi descrito pela primeira vez em 1991, na publicação da obra *Theoretical Nursing: development and progress* e é utilizado mundialmente para avaliar teorias e modelos de cuidado em enfermagem. A autora argumenta a importância dos conceitos e das definições e afirma que a avaliação de teorias de enfermagem é componente essencial da prática, pois colabora para o desenvolvimento da disciplina e da ciência da enfermagem, além de promover o conhecimento da profissão (MELEIS, 2012). A importância da avaliação das teorias de enfermagem e dos modelos de cuidado e sua aplicabilidade na prática, na pesquisa ou no ensino da profissão são descritas por Wall (2008) e Meleis (2012). A importância da avaliação de teorias e modelos de cuidado em enfermagem é argumentada por Meleis, ao destacar a relevância da avaliação para:

- decidir qual teoria é mais apropriada para uso na pesquisa, na administração e no ensino de enfermagem;
- comparar e contrastar as diferentes explicações de um mesmo fenômeno;
- identificar estratégias que podem ser usadas para o avanço do desenvolvimento de teorias;
- identificar abordagens epistemológicas da disciplina através da atenção ao contexto sociocultural da teorista e da teoria;
- utilizar de forma coerente os quadros conceituais integrativos para comunicar ao público as justificativas e os objetivos da prática de enfermagem;
- efetuar mudanças na prática clínica, definir prioridades de pesquisa e identificar conteúdos para o ensino e guias para a administração em enfermagem;
- definir e articular as demandas da disciplina;
- ser um consumidor crítico de teorias e um consumidor crítico da prática baseada em evidências.

Originalmente, o modelo de análise de teorias de Meleis foi organizado em quatro etapas, a saber: descrição, análise, crítica e teste. Contudo, outros estudos desenvolvidos pela própria autora, acrescido de suas reflexões, possibilitaram o refinamento do modelo original com a inclusão da quinta etapa, denominada suporte.

As etapas do modelo de avaliação de Meleis são claramente delimitadas, constituem-se por unidades e critérios de análise que podem ser utilizados integral

ou parcialmente, conforme sugere a autora, sem qualquer prejuízo na avaliação de teorias ou modelo de cuidado em enfermagem.

O modelo de avaliação de teorias de Meleis (2012) será descrito a partir de uma tradução livre das cinco etapas propostas e de seus constituintes. Contudo, precedendo esta apresentação, considera-se relevante descrever as definições de pressupostos: conceito, fenômeno, modelo teórico ou conceitual e teoria, para a compreensão das etapas, das unidades e dos critérios de avaliação que constituem o modelo proposto por Meleis.

Pressupostos (*assumptions*)<sup>4</sup> são declarações, constatações que formam a base para a definição de conceitos e proposições; representam valores e crenças de uma teoria e constituem-se afirmações confiáveis e seguras, assumidas como corretas (MELEIS, 2012; WALL, 2008).

McEwen e Wills (2009, p. 52) definem conceito como “componente abstrato de um fenômeno, indispensável para entendê-lo”. Meleis (2012), por sua vez, o define como um fenômeno, ou, um grupo de fenômenos que fornece uma denominação acerca das ideias do indivíduo, ou de seu grupo, além de envolver impressões, percepções e experiências.

Fenômeno é um aspecto da realidade que pode ser sentido ou vivenciado conscientemente, resultante de experiências relacionadas aos sentidos (visão, audição, paladar, olfato, tato) e a sua conexão (MELEIS, 2012; McEWEN; WILLS, 2009). Meleis (2012, p. 27) complementa ser “um termo ou uma descrição para expressar uma ideia sobre uma situação, ou um caso, um processo, um grupo de eventos, ou um grupo de situações”.

A definição de modelo teórico é apresentada sob a percepção de diferentes autores. Para Christensen e Kenney (1995) trata-se de um conjunto de conceitos abstratos unidos por proposições<sup>5</sup> e evoluem de observações empíricas e intuitivas, sendo formulado a partir de generalizações específicas e quando são vistas situações específicas como exemplos de outros eventos mais gerais. MCEwen e Wills (2009) compreendem os modelos teóricos como um conjunto de conceitos que

---

<sup>4</sup>Tradução livre da palavra *assumptions*.

<sup>5</sup>Descrevem relações entre eventos, situações ou ações que podem evoluir para a descrição das propriedades de um conceito (MELEIS, 1999, p. 351 *apud* WALL, 2008, p. 41).

estão inter-relacionados e, na enfermagem estão relacionados aos interesses centrais da disciplina.

Por sua vez, uma teoria contém conceitos teóricos relacionados aos fenômenos e pode orientar o desenvolvimento de pesquisas, de hipóteses, e possui três aspectos fundamentais: definições, a interrelação entre conceitos e no nível de abstração (MELEIS, 2012)

Ao discorrer sobre a importância das teorias e sua aplicação na prática da Enfermagem, Meleis (2012, p. 27) chama a atenção que “o domínio da enfermagem engloba experiências e interações humanas e lida com conjuntos complexos de variáveis contextuais, portanto os critérios de avaliação de uma teoria devem considerar as formas como elas refletem e representam esses contextos”.

As etapas do modelo de avaliação proposto por Meleis (2012) são apresentadas a seguir com suas definições, seguidas de exemplos de aplicabilidade na prática da enfermagem. O modelo de avaliação de Meleis (2012) pode ser utilizado em sua totalidade, compreendendo as cinco etapas, ou em partes, uma vez que o seu objetivo é promover o desenvolvimento do conhecimento da disciplina Enfermagem.

A primeira etapa do modelo é a **descrição** que requer a leitura da teoria, ou do modelo teórico, de modo que se tenha uma visão generalizada sobre a sua proposta e seu objetivo. Os critérios e unidades de análise desta etapa são apresentados no quadro 3.

**Quadro 3 – Primeira etapa do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis: descrição**

CRITÉRIOS	UNIDADE DE ANÁLISE
<b>Componentes estruturais</b>	Pressupostos ( <i>assumptions</i> ) Proposições Conceitos
<b>Componentes funcionais</b>	Foco Cliente Enfermagem Saúde Interação paciente-enfermagem Ambiente Problemas de enfermagem Cuidados de enfermagem

Fonte: Meleis (2012, p. 186).

Considerada uma importante etapa na avaliação de teorias, a descrição visa à identificação dos elementos conceituais pertinentes à ideia central de uma teoria. Nesta etapa, os componentes funcionais são avaliados a partir de questões centrais sobre o foco da teoria com o cliente; qual definição a teoria oferece à enfermagem, ao cliente, à saúde, à relação cliente e enfermagem, aos problemas de enfermagem e se a teoria oferece algum *insight* referente às intervenções de enfermagem.

No Brasil, os estudos teórico-reflexivos desenvolvidos por Linard, Pagliuca e Rodrigues (2004), Moraes, Lopes e Braga (2006) Lúcio et al. (2008) e Lins et al. (2013) utilizaram apenas as unidades e critérios de análise do segmento descrição para avaliar, respectivamente a aplicabilidade das teorias de Travelbee, Peeplau, Paterson e Zderad e Rosemarie Rizzo Parse em diversificados contextos e processos de cuidado de enfermagem.

A segunda etapa denominada **análise**, consiste na avaliação das partes e dos componentes dos conceitos e da teoria, utilizando critérios pré-definidos, conforme descreve Meleis (2012). Neste segmento, ao avaliar uma teoria, a autora sugere a realização da análise de conceitos e menciona para operacionalizar esta etapa, a sequência de etapas descritas por Wilson (1969), que inclui a definição, identificação e descrição dos componentes de um conceito, sua comparação com outros conceitos, descrição de antecedentes e consequentes, descrição de caso-modelo e de caso-contrário.

A análise da teoria, de acordo com a autora do modelo é um processo que pode ocorrer no ciclo de desenvolvimento ou do teste da teoria, sendo também importantes os critérios de origem profissional e educacional da teorista, a origem paradigmática da teoria e suas dimensões internas, os quais proporcionam melhor compreensão da questão central, das metas, do fenômeno e das estratégias do desenvolvimento da teoria.

A teoria do alcance de metas, proposta por Imogene King, foi avaliada sob a perspectiva teórico-reflexiva de Moura e Pagliuca (2004) e Araújo, Oliveira e Fernandes (2005); Waidman, Elsen e Marcon (2006) investigaram os limites e possibilidades da aplicabilidade da teoria de Joyce Travelbee, através da descrição e análise dos conceitos e pressupostos, visando a construção de um método de cuidado à família. Na pesquisa desenvolvida por Wall (2008) a autora utilizou alguns critérios da segunda etapa do modelo de avaliação de teorias de Meleis para analisar o Modelo de Cuidado de Carraro, a qual se concentrou no componente



teoria, em apresentou a autora do modelo de cuidado, suas experiências profissionais e acadêmicas, a origem paradigmática do modelo e as suas dimensões internas. Fávero (2013) propôs em sua tese de doutorado o desenvolvimento de um modelo de cuidado domiciliar, fundamentado no Processo de Cuidar de Lacerda e na teoria de Jean Watson e ao utilizar o segundo segmento do modelo de avaliação de Meleis, concentrou-se na análise de conceitos, conforme os passos recomendados por Walker e Avant. A segunda etapa do modelo de avaliação de Meleis é apresentada no quadro 4.

**Quadro 4 - Segunda etapa do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis: análise**

<b>ANÁLISE</b>	<b>CRITÉRIOS</b>	<b>UNIDADES DE ANÁLISE</b>
Conceito	Diferenciação com outros conceitos	Definição Semântica Lógica Contextual Antecedentes Consequentes Casos exemplos
Teoria	Teorista	Experiência profissional Experiência educacional Relações profissionais Contexto sociocultural
	Origem paradigmática	Referências citações Pressuposições Conceitos Proposições Hipóteses Leis
	Dimensões internas	Fundamento Conteúdo Princípios Escopo Metas Contexto Nível de abstração Método

Fonte: Meleis (2012)

A **crítica à teoria**, terceira etapa do modelo de avaliação de Meleis (2012) é descrita como um exame crítico com o objetivo de determinar a existência de padrões, limitações, devendo ser observados diferentes critérios, entre os quais a relação entre a estrutura e a função, o diagrama da teoria, o círculo de influência e adesão, a utilidade e os componentes externos. Esta etapa é apresentada no quadro 5.

**Quadro 5 - Terceira etapa do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis: crítica**

<b>CRITÉRIOS</b>	<b>UNIDADES DE ANÁLISE</b>
<b>Relação entre a estrutura e a função</b>	Clareza Consistência Simplicidade/complexidade Tautologia/teleologia
<b>Diagrama da teoria</b>	Representação visual e gráfica Representação lógica Clareza
<b>Círculo de adesão</b>	Origem geográfica da teoria e sua expansão geográfica Influência da teórica x influência da teoria
<b>Utilidade</b>  - na prática  - na pesquisa  - na educação/formação  - na administração	- Direção, aplicabilidade, generalização, custo/efetividade, relevância.  -Consistência, testabilidade, preditabilidade  - estrutura filosófica, objetivos, conceitos  -estrutura do cuidado, organização do cuidado, diretrizes para o cuidado do paciente, sistema de classificação de paciente
<b>Componentes externos</b>  - valores pessoais - congruência com valores de outros profissionais - congruência com valores sociais - significado social	Valores implícitos e explícitos da teórica e da avaliadora Complementaridade, grau de abstração, competência Crenças, valores e costumes Significado para a humanidade

Fonte: Meleis(2012)

A crítica à teoria foi uma etapa do modelo identificada em nove estudos teóricos, publicados no Brasil, a saber: França e Pagliuca (2002), Rolim, Pagliuca e Cardoso (2005), Victor, Lopes e Ximenes (2005), Oliveira, Lopes e Araújo (2006), Oriá, Ximenes e Pagliuca (2007), Chaves, Araújo e Lopes (2007), Oliveira, Pagliuca e Barroso (2007), Barroso et al (2010) e Farias e Pagliuca (2012). Entre as teorias e modelos avaliados por estes autores, destacam-se a teoria do alcance de metas de King, a teoria do autocuidado de Orem, a teoria humanística de Paterson e Zderad, o modelo de Nola Pender, o modelo de adaptação de Sister Calista Roy e o Sunrise Model, proposto por Madeleine Leininger.

O **teste da teoria** é a quarta etapa do modelo de avaliação de teorias e representa o momento de verificação das suas proposições, por meio de um processo sistemático de pesquisa, cujos resultados poderão sugerir modificações ou aperfeiçoamentos e também propor uma relação cíclica entre prática, pesquisa e teoria. Na realização desta etapa, a autora sugere que o avaliador observe seis princípios, que podem ser utilizados para julgar a conveniência do teste aplicado. Os princípios descritos por Meleis (2012) incluem:

- sensibilidade do teste ao gênero;
- utilidade da teoria de forma abrangente para diferentes populações
- se o teste da teoria ocorreu em populações marginalizadas ou vulneráveis;
- se as questões e o método realizados refletem competência cultural;
- a possibilidade de a teoria ser testada em contexto nacional ou internacional;
- considerar a estrutura filosófica de cuidado à saúde, utilizada na estrutura do teste, trata-se de um cuidado curativo ou um cuidado de atenção primária à saúde.

Diferentes abordagens de testes realizados com teorias de enfermagem são descritos por Meleis (2012) e sua síntese é apresentada no quadro 6:

**Quadro 6 - Quarta etapa do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis: teste**

TIPOS DE TESTE DA TEORIA	OBJETIVO DO TESTE
<b>1 Teste da utilidade da teoria</b>	Abordagem utilizada no desenvolvimento de pesquisa para avaliar o uso da teoria na prática, no ensino ou na administração, onde os sujeitos podem ser enfermeiros, professores ou estudantes.
<b>2 Teste de proposições para outras disciplinas</b>	A pesquisa nesta categoria é desenhada para testar proposições de outras teorias desenvolvidas em outras disciplinas.
<b>3 Teste de proposições de outras disciplinas relacionadas com a enfermagem</b>	Propõe a testagem de proposições e sua relação com os fenômenos da enfermagem, ou com interesse nesta área.
<b>4 Teste de conceitos de enfermagem</b>	Desenvolvimento de estudos para identificar variáveis e mensurar conceitos, utilizando-se de instrumentos para validá-los.
<b>5 Teste de proposições de Enfermagem</b>	Investigações com proposições oriundas das teorias de enfermagem.
<b>6 Teste da interpretação</b>	Abordagem utilizada ao testar uma teoria e sua estrutura, possibilitando contribuições para seu refinamento, confirmação ou ampliação

Fonte: Meleis (2012).

O **teste da teoria** foi utilizado em duas teses de doutorado, em que as autoras optaram pelo teste da utilidade da teoria. Na tese defendida por Marilene Wall (2008), a autora confirmou a aplicabilidade do Modelo de Cuidado de Carraro para a prática da Enfermagem. Fávero (2013) ao utilizar o teste da utilidade da teoria, avaliou a aplicabilidade do Processo de Cuidar de Lacerda e da teoria do Cuidado Transpessoal, proposto por Watson, na elaboração de um modelo de cuidado de enfermagem domiciliar.

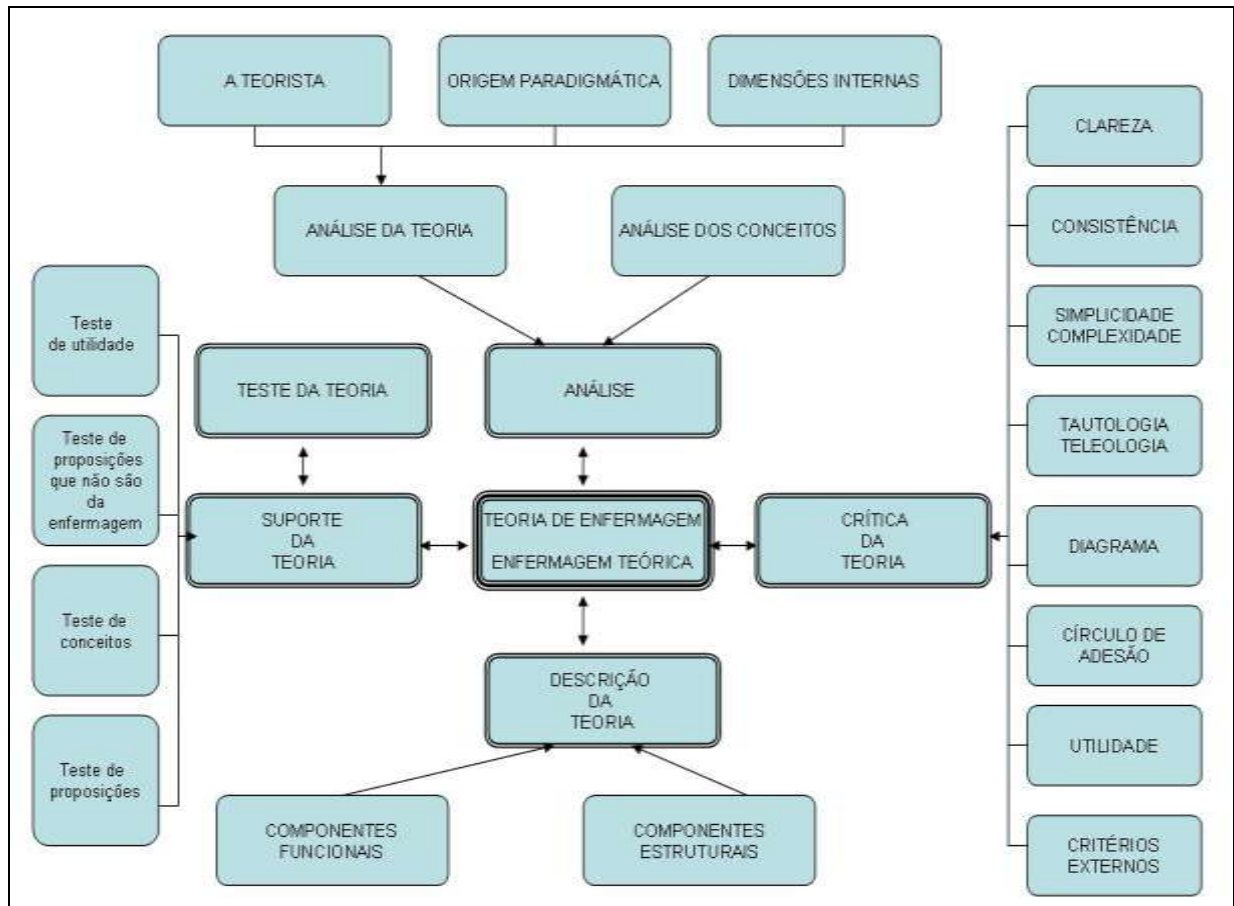
O último componente do modelo de avaliação de teorias denomina-se **suporte** e esta etapa possibilita avaliar o grau de extensão e aceitação de uma teoria, pela identificação da existência de uma comunidade científica que a utiliza em seu local de trabalho, ou em diferentes situações. Meleis (2012), considera esta etapa mais ampla que a anterior, pois inclui a aceitação de declarações, adaptação de problemas e reconhecimento de novos problemas de enfermagem, considera a experiência individual de pessoas que receberam cuidados de enfermagem fundamentados em uma teoria e também as experiências dos que prestaram cuidados de enfermagem, ou seja, os profissionais de enfermagem. Salaria que tanto os profissionais da prática clínica, quanto os educadores, considerados por ela pesquisadores, podem promover o suporte às teorias através de diferentes abordagens. A partir desta afirmação, Meleis (2012, p. 202) descreve algumas abordagens possíveis de fornecer suporte às teorias, durante o seu processo de avaliação:

- suporte à teoria através de análise filosófica;
- suporte à teoria através de análise de conceito;
- suporte à teoria através de dados existentes:
  - síntese analítica de estudos que tenham aplicado a teoria;
  - metanálises baseadas nos componentes da teoria;
  - bases de dados nacionais e regionais;
- suporte à teoria através de dados novos:
- realização de estudos narrativos, baseados na experiência clínica, na avaliação de clientes, situações ou uso terapêutico;
- estudos interpretativos baseados nas experiências de clientes;
- estudos preditivos sobre estresse e bem estar;

- estudos de sustentação da utilidade terapêutica de enfermagem e estudos futuros sobre teorias que predizem.

Com o objetivo de clarificar as etapas do modelo de avaliação de teorias de Meleis, ilustra-se a seguir uma síntese com as etapas do modelo.

**Figura 3 - Síntese das Etapas do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis**



Fonte: Wall (2008, p. 73).

Meleis (2012) afirma que a avaliação das teorias de enfermagem tem contribuído para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e acena para a importância da avaliação de modelos teóricos e teorias de enfermagem com a finalidade de aplicá-los na prática, no ensino e na pesquisa. O modelo de avaliação de teorias proposto por Meleis teve a sua primeira publicação em 1991 e, com o objetivo de conhecer a produção desenvolvida pela enfermagem brasileira em relação a aplicabilidade das teorias e modelos de enfermagem na prática, no ensino e na pesquisa, foi realizada uma busca na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), contemplando o período entre 1991 e 2015, para identificar produções

brasileiras que utilizaram o referencial de avaliação de teorias de Meleis. No período compreendido entre 2002 e 2013 foram desenvolvidos 21 estudos teórico-reflexivos utilizando o referencial de avaliação de teorias de Meleis e destes, duas pesquisas teóricas originadas em teses de Doutorado em Enfermagem, uma da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a outra na Universidade Federal do Paraná. Em ambas as pesquisas, as autoras propuseram avaliar as características de dois modelos de cuidado em Enfermagem, utilizando etapas do modelo de avaliação de Meleis. Em sua tese de doutorado, defendida na UFSC, Wall (2008) utilizou as cinco etapas do modelo de Afaf Meleis (2007), para analisar a aplicabilidade da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro (1994), tendo identificado que este modelo de cuidado, cujo enfoque é o ser humano e sua família no processo de intervenção cirúrgica, apresenta características de um modelo teórico à luz das etapas propostas por Meleis.

Fávero (2013) apresentou a construção de um modelo de cuidado de enfermagem domiciliar, fundamentado no processo de cuidar de Lacerda e nos pressupostos da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Para seu propósito, a autora utilizou algumas unidades e critérios de avaliação de quatro etapas do modelo de avaliação de teorias de Meleis.

Com exceção das teses desenvolvidas por Wall (2008) e Fávero (2013), as demais produções encontradas na BVS, utilizaram etapas distintas do modelo de avaliação de teorias de Meleis, justificando seu uso de acordo com os objetivos pretendidos pelos autores em relação à teoria de enfermagem escolhida e sua aplicabilidade nos diversos cenários de cuidado.

As produções e as propostas que nortearam a avaliação das teorias e modelos de cuidado de enfermagem estão apresentadas em ordem cronológica no quadro 7.

**Quadro 7- Estudos desenvolvidos no Brasil de 2002 a 2013 utilizando as etapas do Modelo de Avaliação de Teorias de Meleis**

TITULO	ANO	AUTORES	PROPOSTA DE ESTUDO
<b>Utilidade e significância social da Teoria do Alcance de Metas de King</b>	2002	França ISX Pagliuca LMF	Análise da utilidade e significância social da Teoria de King, utilizando o segmento crítica à teoria.

<b>Análise descritiva da teoria dos sistemas de enfermagem de OREM: aplicabilidade no ensino do auto-exame ocular dos portadores do HIV/AIDS</b>	2003	Caetano J.A. Pagliuca, L.M.F.	Descrição dos componentes estruturais e fundamentais da Teoria dos Sistemas de Enfermagem visando subsidiar a reflexão de sua aplicabilidade no ensino do auto-exame ocular pelos indivíduos portadores de HIV/AIDS
<b>Teoria Humanística: análise semântica do conceito de Community*</b>	2003	Pagliuca, L.M.F. Campos ACS	Reflexão crítica da clareza semântica do conceito de comunidade, definido na Teoria Humanística de Enfermagem
<b>A Teoria de King e sua interface com o programa “Saúde da Família”</b>	2004	Moura ERF Pagliuca, L.M.F.	Análise das contribuições da Teoria de Imogene King para o conhecimento e prática dos enfermeiros que atuam na saúde da família.
<b>Modelo de Roy na Enfermagem Obstétrica: análise sob a óptica de Meleis.</b>	2004	Rodrigues, D.P. Pagliuca, L.M.F. Silva, R.M.	Análise da utilização do Modelo de Adaptação de Roy no cuidado de enfermagem à mulher no pré, trans e pós-parto.
<b>Aplicando o modelo de avaliação de Meleis à Teoria de Travelbee.</b>	2004	Linard, A.G. Pagliuca, L.M.F. Rodrigues, M.S.P.	Reflexão crítico-interpretativa da Teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee.
<b>Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido</b>	2005	Rolim, K.M.C. Pagliuca, L.M.F. Cardoso, M.V.L.M.	Reflexão crítica sobre a “utilidade” do conceito de relação interpessoal e de diálogo da Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad
<b>Compreensão do Modelo de King sobre o paradigma do interacionismo simbólico</b>	2005	Araujo I.M.A et al	Análise da do modelo de Imogene King e sua congruência com perspectiva do interacionismo simbólico, através do segmento análise do modelo de Meleis.
<b>Análise do diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender</b>	2005	Victor, J.F. Lopes, M.V.O. Ximenes, L.B.	Reflexão sobre o diagrama do Modelo de promoção da Saúde de Nola J. Pender
<b>Modo fisiológico do Modelo de Adaptação de Sister Calista Roy: análise reflexiva segundo Meleis</b>	2006	Oliveira, T.C. Lopes, M.V.O. Araújo, T. L.	Análise da consistência e da clareza do modo fisiológico apresentado na Teoria de adaptação de Sister Calista Roy
<b>Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família</b>	2006	Waidman MAP Elsen I Marcon SS	Análise da teoria de Joyce Travelbee a partir de reflexão teórico-filosófica dos pressupostos e conceitos apresentados pela autora.

<b>Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo.</b>	2006	Moraes LMP Lopes MVO Braga VAB	Análise dos componentes funcionais da teoria e sua relação com o referencial de grupos terapêuticos de dependentes químicos.
<b>Clareza na utilização dos sistemas sociais da teoria de alcance de metas</b>	2007	Chaves ES Araujo TL Lopes MVO	Estudo teórico-filosófico para avaliação da clareza da organização dos sistemas sociais da teoria do alcance de metas.
<b>Sunrise Model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis</b>	2007	Oriá, M.O.B. Ximenes L.B. Pagliuca L.M.F.	Análise do diagrama do <i>Sunrise Model</i> da Teoria do Cuidado Cultural
<b>Análise do círculo de contágio da teoria da ação racional e sua adequação à Enfermagem</b>	2007	Oliveira, S.H.S. Pagliuca L.M.F. Barroso, M.G.	Análise interpretativa da teoria da ação racional e sua aplicabilidade na área da Enfermagem.
<b>Características da proposta de cuidado de enfermagem de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis</b>	2008	Wall, M.	Análise interpretativa da Proposta de Cuidado de Enfermagem de Carraro .
<b>A teoria do cuidado transpessoal na Enfermagem: análise segundo Meleis</b>	2010	Silva, C.M. et al	Análise interpretativa da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, por meio da descrição dos componentes funcionais da teoria.
<b>Utilidade da teoria de autocuidado na assistência ao portador do vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS)</b>	2010	Barroso, L.M.M. Brito, D.M.S. Galvão, M.T.G. Lopes, M.V.O.	Analisar a contribuição da Teoria do autocuidado de Orem na assistência ao paciente com HIV/AIDS
<b>Modelo teórico do autocuidado: análise crítico-reflexiva da aplicação no cuidado de uma gestante de alto risco</b>	2012	Farias, MDA Pagliuca L.M.F.	Analisar a acessibilidade do Modelo Teórico do Auto cuidado e sua aplicação no cuidado a gestante de alto-risco.
<b>Teoria do tornar-se humano na enfermagem ecológica: aplicando o método de avaliação de Meleis</b>	2013	Lins, GAI. et al	Reflexão interpretativa da teoria do tornar-se humano de Rosemari Rizzo Parse por meio de correlação dedutiva de conceitos e estrutura da teoria com preceitos da saúde ambiental e do trabalhador.



<b>Construção de um Modelo de Cuidado Transpessoal em Enfermagem Domiciliar a partir do Processo de Cuidar de Lacerda</b>	2013	Favero L	Construção de um modelo de cuidado de enfermagem domiciliar a partir do processo de cuidar de Lacerda.
---	------	----------	--

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Salienta-se que nas publicações descritas no quadro 7, no modelo de avaliação de teorias de Meleis foram utilizados estudos teórico-reflexivos que analisaram as possíveis interlocuções das teorias de enfermagem e dos modelos de cuidado de enfermagem nos contextos da prática, do ensino e da pesquisa em enfermagem. O uso parcial, ou total das etapas do modelo de avaliação de teorias de Meleis foi definido de acordo com a proposta de cada estudo.

Nesta pesquisa que propõe validar o modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem na prática clínica, o modelo será avaliado à luz das etapas **descrição** e **teste da utilidade**.

## 4 MÉTODO

Este capítulo apresenta o percurso metodológico realizado para a concretização do estudo.

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A abordagem qualitativa é descrita como holística, por possibilitar a compreensão da totalidade do fenômeno em estudo; também é flexível por permitir adequações no percurso de realização da pesquisa e, o papel do pesquisador é fundamental no desenvolvimento do estudo por possibilitar a sua imersão no ambiente em que ocorre o estudo, visando explorar a complexidade do fenômeno em investigação, a partir da experiência humana relatada pelas pessoas que o vivenciam (POLIT; BECK, 2011).

Diversas disciplinas das ciências humanas têm fundamentado a pesquisa qualitativa, conforme descrevem Polit e Beck (2011). Os estudos qualitativos trabalham com o universo de valores, crenças e atitudes, correspondendo aos fenômenos e às relações mais profundas que não podem se reduzir a operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

A opção pelo delineamento e pela abordagem apresentados, justifica-se pela proposta do estudo que visa, a partir das compreensões dos discentes concluintes do curso de graduação em enfermagem, validar os elementos conceituais e os metaconceitos que compõem o modelo teórico de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem.

### 4.2 CAMPO DO ESTUDO

O estudo desenvolveu-se em duas instituições, a saber: uma instituição de ensino privada e uma instituição de saúde pública, ambas localizadas em um município da região do Vale do Rio dos Sinos, no Rio Grande do Sul.

A instituição de ensino superior, campo desta pesquisa, está sediada na região de referência da indústria coureiro-calçadista. Fundada há 45 anos, consolidou-se como Universidade e oferece 50 opções de cursos de graduação

entre licenciaturas, bacharelados e cursos superiores de tecnologia em diferentes áreas de conhecimento (humanas, sociais, tecnológicas e da saúde); cursos de Pós-Graduação lato senso (MBA, Residência Multiprofissional em Saúde) e stricto senso.

O Curso de Enfermagem forma bacharéis há 15 anos e atualmente tem cerca de 600 alunos matriculados. O corpo docente é composto por 32 enfermeiros, quatro desses com doutorado e 22 com mestrado, além dos docentes da área de conhecimento das ciências básicas da saúde. O currículo do curso integraliza 10 semestres com 4000 horas, distribuídas em atividades teóricas, práticas e estágios curriculares desenvolvidos junto a instituições de saúde do Vale do Rio dos Sinos e de Porto Alegre, além dos laboratórios de simulação.

A instituição de saúde lócus deste estudo é um hospital público localizado na mesma região, fundado no final da década de 1940 e mantido pela prefeitura municipal onde está situado. É referência no atendimento aos casos de trauma na região e oferece serviço de emergência com classificação de risco, unidades de assistência a pacientes em pré e pós-cirurgias gerais, cardíacas e traumato-ortopédicas, unidade de assistência a pacientes com doenças crônicas, unidade de internação obstétrica, unidade de terapia intensiva adulto e neonatal, centro cirúrgico, banco de sangue e serviços de apoio ao diagnóstico.

A instituição dispõe suas unidades de internação como campos para o desenvolvimento dos estágios curriculares dos diferentes cursos da área da saúde, entre esses o curso de graduação em Enfermagem. A opção por esta instituição deve-se às características e à diversidade de experiências no atendimento de enfermagem, oportunizadas ao acadêmico durante toda a sua formação, o que proporciona sua inserção real na prática clínica e favorece ao exercício das habilidades e competências privativas do enfermeiro. Neste estudo, foram escolhidas duas unidades de internação clínica por apresentarem casos clínicos comuns de atendimento de enfermagem.

### 4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram acadêmicos de enfermagem e pacientes adultos hospitalizados. Os acadêmicos de enfermagem estavam matriculados na

disciplina Estágio Curricular IV (EC IV)<sup>6</sup>, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Feevale, localizada no Vale do Rio dos Sinos - RS; os pacientes estavam internados nas unidades clínicas do referido hospital.

O EC IV ocorre no último semestre do curso, totalmente desenvolvido em ambiente hospitalar, com carga horária de 390 horas, distribuídas em cinco meses. Neste estágio, os acadêmicos desenvolvem suas atividades de assistência direta, planejamento da assistência e gerenciamento em enfermagem, nas unidades de internação clínica e cirúrgica, na unidade de terapia intensiva adulto, emergência, no centro obstétrico e alojamento conjunto.

A supervisão deste estágio é diária e realizada por um enfermeiro-docente da universidade, que os acompanha e avalia em relação ao desenvolvimento das competências técnico-científicas, incluindo as habilidades para realização de procedimentos técnicos de média e alta complexidades, desenvolvimento do Processo de Enfermagem e atividades relacionadas ao gerenciamento de recursos humanos e materiais da unidade em que estão realizando o estágio.

O EC IV é uma disciplina em que se matriculam, semestralmente, cerca de 45 alunos, divididos em grupos com até 10 integrantes. Os grupos são distribuídos em diferentes instituições de saúde do município sede da Universidade e de Porto Alegre. Para a realização desta pesquisa, tendo em vista que a coleta de dados ocorreria no hospital e na sede da Universidade, foram convidados os alunos matriculados na disciplina EC IV, cujas suas atividades no semestre letivo 2014/2, foram desenvolvidas no hospital escolhido como campo desta pesquisa. No semestre previsto para a coleta dos dados um grupo com oito alunos cursou o EC IV nesse hospital.

Participaram deste estudo oito acadêmicos matriculados no EC IV com atividades do estágio no hospital campo desta pesquisa e quatro pacientes adultos, internados nas unidades clínicas e cirúrgicas dessa instituição de saúde.

O convite ao grupo de acadêmicos de enfermagem foi realizado de acordo com os seguintes critérios:

---

<sup>6</sup> Componente curricular obrigatório da matriz curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Feevale.

- Estar regularmente matriculado na disciplina de EC IV com atividades no hospital campo de estudo<sup>7</sup>.

Constituiu-se critério de exclusão para acadêmicos a impossibilidade de participação das sessões dos grupos focais, propostos no seguimento da coleta dos dados a ser realizada no campus da Universidade.

A escolha dos pacientes foi realizada após a inserção da pesquisadora no campo de estudo e obteve o auxílio do enfermeiro docente, responsável pelo grupo de alunos. A lista de pacientes das duas unidades de internação clínica e cirúrgica escolhidas foi disponibilizada à pesquisadora para a realização do convite, em concordância com os seguintes critérios:

- Pacientes adultos, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com tempo mínimo de hospitalização de 48 horas, por motivo clínico<sup>8</sup>, em condições de comunicação verbal e orientados no tempo e no espaço, com capacidade para consentir a realização da avaliação clínica pelos acadêmicos.

Consideraram-se os seguintes critérios de exclusão:

- Pacientes adultos com quadro de agitação psicomotora, incapacitados de comunicar-se ou em situação de terminalidade.

A seleção dos pacientes ocorreu após o consentimento dos acadêmicos sobre a participação no estudo. Para a realização da pesquisa, foram inicialmente escolhidos oito (8) pacientes internados em duas unidades clínicas e cirúrgicas escolhidas, na instituição de saúde. Estes pacientes foram convidados pela pesquisadora e avaliados em relação às suas condições clínicas, sendo excluídos quatro (4) por apresentarem condição clínica instável.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados constituiu-se por quatro momentos distintos e consecutivos: apresentação da proposta de pesquisa, apresentação da ferramenta *Cmap Tools*<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Na Universidade de origem dos discentes, a bibliografia adotada para o ensino do diagnóstico de enfermagem é o livro *Manual de Diagnósticos de Enfermagem* de Lynda Juall Carpenito Moyet e, nesta pesquisa, os discentes utilizaram a 13ª edição.

<sup>8</sup> Pacientes com diagnóstico médico de problemas endócrinos, cardiovasculares, respiratórios ou neurológicos.

<sup>9</sup> Ferramenta que auxilia na elaboração de mapas conceituais, utilizados para representar o conhecimento através da expressão gráfica e fluxo de um processo de pensamento. Neste estudo, a ferramenta auxiliou na organização dos dados clínicos dos pacientes do estudo de caso.

para o desenvolvimento de estudos de caso, avaliação clínica do paciente e sessões de grupo focal, conforme a descrição a seguir apresentada.

#### **4.4.1 Aplicação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem**

Bittencourt (2011), ao finalizar sua tese, recomendou o desenvolvimento da validação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem, com o objetivo de avaliar a sua aplicabilidade. Neste sentido, compreendendo a relevância do desenvolvimento deste modelo teórico para o ensino do processo diagnóstico em enfermagem, elegeu-se um grupo de alunos graduandos do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Feevale, para aplicá-lo na prática clínica e, assim, avaliar pela clareza de seus elementos conceituais a aplicabilidade em uma situação real de ensino de enfermagem na disciplina de EC IV, que integraliza o currículo de Enfermagem da Universidade.

##### *4.4.1.1 Primeiro momento da aplicação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico<sup>10</sup> no Processo Diagnóstico em Enfermagem*

O primeiro momento da aplicação do MTPC ocorreu no laboratório de informática da Universidade, com o grupo de alunos convidados para o estudo. Inicialmente estes alunos receberam orientações quanto à utilização do *software Cmap Tools*, indicado como estratégia de ensino para o desenvolvimento do pensamento crítico. Nesta atividade, os alunos desenvolveram mapas conceituais com informações clínicas colhidas de pacientes sob seus cuidados na disciplina de EC IV.

Esta atividade foi necessária para proporcionar familiaridade dos alunos na elaboração dos mapas conceituais (MC) e sua utilização posterior para a organização dos dados clínicos da pesquisa a ser realizada no hospital. Os MCs foram elaborados com o apoio deste *software* e os alunos receberam orientações sobre as etapas do processo diagnóstico em enfermagem (PDE) por meio da exposição visual do MTPC. Esta fase constituiu-se em um exercício da utilização do

---

<sup>10</sup> Modelo Teórico do Pensamento Crítico será descrito pela sigla MTPC.

*software* e um momento de esclarecimento de dúvidas quanto à elaboração do diagnóstico de enfermagem (DE)

A opção pelo uso de MC deve-se ao fato desta estratégia ser reconhecida na literatura em enfermagem como um meio para o desenvolvimento do raciocínio clínico. Justifica-se a opção pela ferramenta *Cmap Tools*, pela experiência da pesquisadora com este *software*, por sua característica de livre acesso e, por estar disponível nos laboratórios de informática da Universidade campo deste estudo.

É importante salientar que, antes desta atividade, nenhum dos alunos havia desenvolvido atividades acadêmicas com o *software*.

#### *4.4.1.2 Segundo momento da aplicação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem*

Esta etapa foi operacionalizada pela inserção da pesquisadora no hospital para proceder à orientação da coleta dos dados clínicos com os pacientes em campo de estágio, que ocorreu dois meses após o início das atividades da disciplina de EC IV, devido à ambientação necessária aos acadêmicos no que tange às rotinas institucionais em relação à assistência e ao gerenciamento em enfermagem, focos do último estágio.

Os alunos receberam novas explicações sobre o MTPC, orientações quanto aos dois instrumentos norteadores da avaliação clínica do paciente: um desenvolvido para a coleta de dados originada do exame clínico do paciente e o outro, com as etapas do PDE e as respectivas habilidades de pensamento crítico (APÊNDICE A), definidas no estudo de Bittencourt (2011).

Após a seleção dos pacientes pela pesquisadora, os acadêmicos foram divididos em quatro duplas e a cada uma foi designado um paciente<sup>11</sup>, cujo estado clínico era desconhecido dos alunos.

Esta etapa da coleta de dados constituiu-se por um estudo de caso clínico real, o qual é descrito por Galdeano, Rossi e Zago (2003) e corroborado por Carlson-Catalano (2004) e Carneiro e Silva (2012), como um método importante no ensino de enfermagem. Aludem os autores que estudos de caso clínico, realizados

---

<sup>11</sup>A opção por utilizar um paciente por dupla de alunos justifica-se pela descrição de estudos de validação de instrumentos, que recomendam a avaliação simultânea realizada por especialistas que, nesta pesquisa, são os acadêmicos de enfermagem do último estágio do curso de graduação.

no ambiente real possibilitam uma investigação minuciosa do caso a partir da observação, do entendimento e da análise da situação em estudo, promovendo a aquisição de conhecimento e experiência que auxiliam o profissional na tomada de decisão clínica futura.

Inicialmente, um aluno por vez de cada dupla foi dirigido ao paciente selecionado, para realizar a avaliação clínica pretendida e, ao término desta, retornou para a sala para preencher o segundo roteiro de avaliação com as etapas do processo diagnóstico em enfermagem, proposto no MTPC (APÊNDICE B). Neste roteiro, cada aluno descreveu suas impressões em relação aos dados subjetivos e objetivos coletados, elaborou um mapa conceitual a próprio punho, propôs hipóteses diagnósticas e, dentre estas, elegeu um diagnóstico de enfermagem prioritário, justificando a sua opção. Para cada etapa descrita, os alunos elencaram as habilidades de PC utilizadas por eles durante o PDE, com a respectiva justificativa de sua utilização.

Ao término do preenchimento dos instrumentos, finalizou-se a coleta de dados no ambiente real. Os roteiros de anamnese e exame físico e os instrumentos de descrição das etapas do PDE foram recolhidos pela pesquisadora, que esclareceu dúvidas dos alunos sobre as etapas seguintes da coleta dos dados e agendou os encontros de grupo focal.

As justificativas da utilização das habilidades de pensamento crítico foram analisadas pela pesquisadora e confrontadas com a literatura, para então, nos encontros de grupo focal, moderar as discussões sobre o fenômeno em estudo.

#### *4.4.1.3 Terceiro momento da aplicação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem*

Esta etapa desenvolveu-se por meio de três sessões de grupo focal, técnica de coleta de dados em grupo que valoriza a comunicação entre os participantes que são estimulados pelo moderador a expor suas experiências em torno do objeto de estudo. Entre os benefícios desta técnica, descreve-se que pode “intensificar o acesso a informações acerca de um fenômeno, seja pela intenção de gerar tantas ideias quanto possíveis, ou pela averiguação de uma ideia em profundidade” (DALL’AGNOL; TRENCH, 1999, p. 6). Na formação do grupo focal, recomenda-se que a sua composição seja por indivíduos que apresentem pelo menos um ponto em



comum para o desenvolvimento do estudo. A escolha dos participantes é intencional e determinada pelo objetivo da proposta de pesquisa.

Consoante aos benefícios e características descritos depreende-se que, aplicada a proposta desta pesquisa, o traço comum dos sujeitos deste estudo é o fato de serem concluintes do curso de graduação em enfermagem, o que indica a intenção quanto à composição da amostra e permitiu a discussão com profundidade dos temas emergentes do objeto de estudo.

Esta técnica de coleta prevê a participação de um coordenador ou moderador e de um observador. À pesquisadora foi atribuído o papel de coordenadora das sessões, atuando como condutora do debate, além de esclarecer as etapas da coleta, a dinâmica dos encontros e os temas em discussão (DALL'AGNOL, TRENCH, 1999; FLICK, 2010).

O papel de observador no grupo focal foi atribuído a uma acadêmica de enfermagem do 8º semestre, com vivência prévia em pesquisa e experiência com grupo focal. A observadora auxiliou na organização das sessões, bem como no monitoramento do tempo dos encontros e também com a descrição da síntese dos encontros, conforme recomendam Dall'agnol e Trench (1999).

Nesta pesquisa optou-se pela técnica de moderação não diretiva, que permite a livre expressão dos participantes sobre o fenômeno em estudo, reduzindo a influência do moderador, sendo considerado o melhor estilo para a condução de grupos focais (DALLA'GNOL; TRENCH, 1999).

Foram realizadas três sessões de grupo focal, guiadas pelos roteiros apresentados no apêndice C. Na primeira sessão foi estabelecido o *seeting*<sup>12</sup> com os acadêmicos e explicado que as sessões seriam gravadas em áudio, sendo preservadas as identificações individuais. Esta sessão ocorreu em uma sala reservada na Universidade e as demais sessões em salas reservadas no hospital, livres de ruídos ou interrupções.

Cada encontro de grupo focal foi precedido por informações que permitiram esclarecer a dinâmica do encontro, bem como apresentaram uma síntese do encontro anterior, visando à discussão do tema norteador da nova sessão. O tempo máximo de 2 horas é descrito na literatura como previsto para cada encontro de grupo focal e, nesta pesquisa este tempo foi respeitado uma vez que ao exceder

---

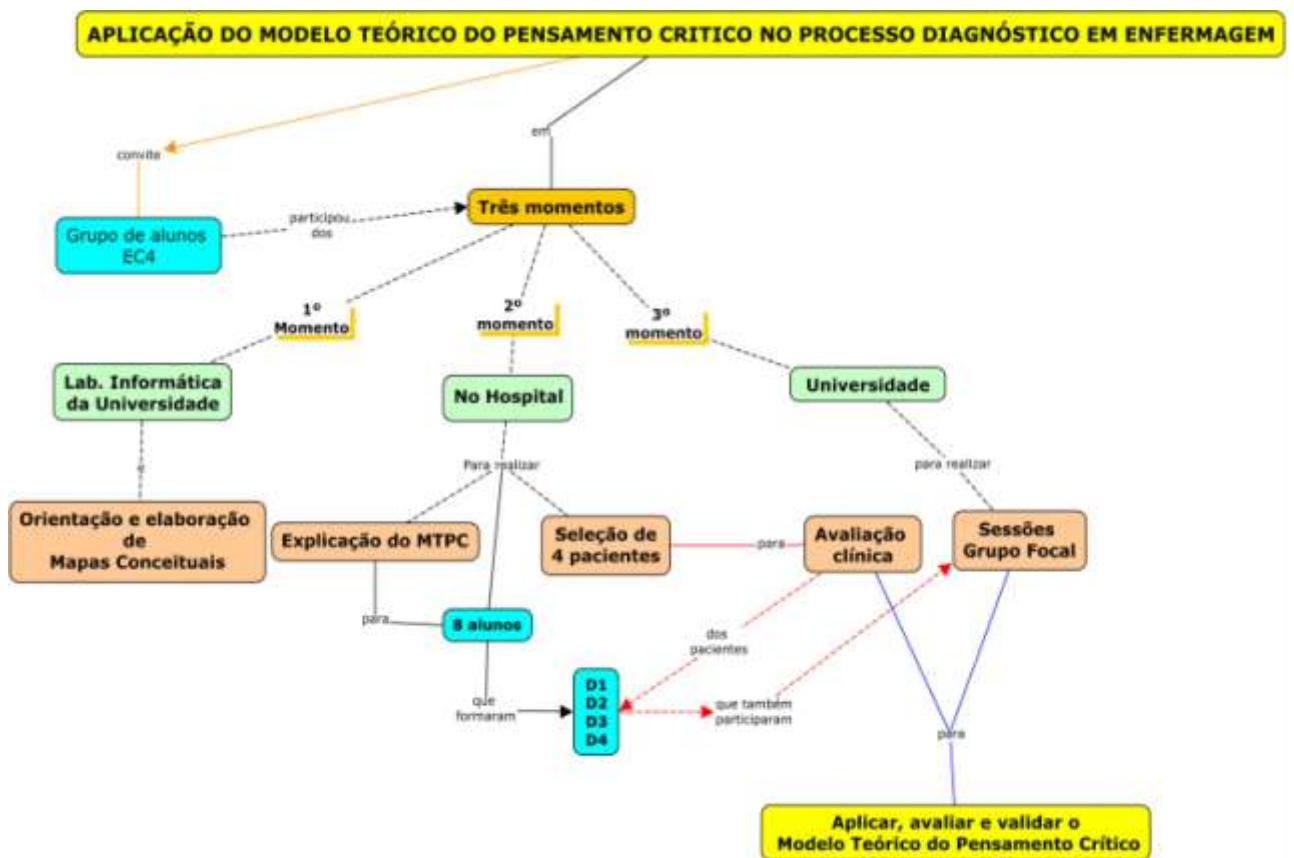
<sup>12</sup>Apresentação das regras básicas de convivência do grupo, bem como para esclarecer o compromisso ético entre o grupo e o pesquisador (DALL'AGNOL; TRENCH,1999)

este limite, pode ocorrer fadiga desencadeada pela discussão e vieses na pesquisa (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

A agenda dos grupos focais foi desenvolvida em três encontros com os acadêmicos (APÊNDICE C) e os relatos originados nas discussões, transcritos integralmente, revisados pela pesquisadora e o seu conteúdo validado pelos alunos-participantes.

A figura 4 apresenta uma síntese dos momentos de aplicação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem.

**Figura 4 - Momentos da aplicação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem na prática clínica de Enfermagem**



Fonte: Autora.

#### 4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A análise das informações ocorreu inicialmente, por estatística descritiva para avaliar a distribuição por frequência dos elementos conceituais (habilidades de

pensamento crítico) em cada metaconceito do processo diagnóstico em enfermagem, permitindo uma caracterização das respostas dos discentes.

As informações originadas das sessões de grupo focal foram submetidas à técnica de análise de conteúdo, compreendida por conjunto de técnicas de análise das comunicações e que utiliza procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo dos relatos, visando a sua interpretação (BARDIN, 2011).

A autora propõe o desenvolvimento da técnica em três etapas distintas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e a interpretação. A primeira etapa consiste em organizar os dados brutos a partir da leitura exaustiva dos conteúdos das mensagens. Na segunda etapa, codificam-se os dados a partir de unidades de texto e a última etapa, realiza-se a categorização, a partir da classificação dos elementos, de acordo com suas semelhanças, seguida do reagrupamento com base nas características comuns dos relatos.

A pré-análise ocorreu após o término de cada sessão de grupo focal, por meio da transcrição literal das informações obtidas nos encontros e posterior leitura e releitura das discussões, visando a imersão da pesquisadora nos significados obtidos pelos relatos dos alunos. A pré-análise também permite evidenciar a necessidade de complementação ou esclarecimento de possíveis lacunas que tenham sido identificadas em relação ao tema em discussão, o que possibilitou reorganizar a condução das sessões de grupo focal. A segunda e a terceira etapas da análise de conteúdo foram realizadas respectivamente pela decomposição dos textos e organização em blocos de significados visando a adequação dos temas às categorias de análise pré-definidas para a interpretação e a discussão dos relatos, com base no referencial teórico inerente à temática em estudo.

Para organizar o processo de análise, conforme os passos descritos por Bardin (2011) utilizou-se o software *N-Vivo for Windows*, versão 10. Os relatos dos grupos focais foram inicialmente codificados em **nós**<sup>13</sup> detalhados e, que em seguida foram agrupados de acordo com os significados encontrados nos relatos, para a posterior definição dos temas aderentes às categorias pré-definidas (descrição e teste), conforme apresentado no quadro 8 (p. 70).

A análise do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem iniciará pela apresentação do pensamento crítico no processo

---

<sup>13</sup> Codificações realizadas com o software N-Vivo.

diagnóstico em enfermagem como um fenômeno em estudo e que originou o desenvolvimento do modelo teórico em avaliação.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A execução do estudo ocorreu após a sua aprovação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ/UFRGS) e submissão à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e da Universidade Feevale (Anexos A e B). A pesquisa atende às normativas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

Aos participantes do estudo foram fornecidos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado em consonância com o que determina a resolução acima citada, sendo garantidos o anonimato e o sigilo das suas identidades, a autonomia da participação, o esclarecimento dos benefícios e dos riscos previstos durante a realização do estudo (BRASIL, 2012). Este documento informou ao participante o objetivo, a justificativa, bem como os riscos e benefícios de sua participação na pesquisa. Os riscos da participação discente incluíram os possíveis desconfortos pelo confronto de ideias nas sessões de grupo focal, minimizados pela intervenção da pesquisadora na moderação destes encontros.

Aos pacientes participantes foi informado que o procedimento de avaliação clínica poderia causar algum desconforto relacionado ao exame físico (ausculta, inspeção, palpação e percussão) de segmentos corporais, que foi minimizado pelo uso correto da técnica e pelo respeito à privacidade e ao conforto do paciente durante a sua recuperação da saúde.

O TCLE foi lido com os sujeitos do estudo e, esclarecidas as dúvidas, a pesquisadora e os sujeitos do estudo assinaram o documento em duas vias de igual teor, permanecendo uma via com cada sujeito da pesquisa e a outra com a pesquisadora. A assinatura do TCLE com os discentes ocorreu no segundo momento da coleta dos dados e, com os pacientes, no momento do convite para a participação na pesquisa. Os documentos originados do estudo permanecerão sob a guarda da pesquisadora pelo período de cinco anos e após serão destruídos. Os resultados do estudo serão apresentados ao colegiado do Curso de Enfermagem da

Universidade Feevale, conforme solicitação da direção do Instituto de Ciências da Saúde.

Para apresentar os resultados do estudo e com o objetivo de manter as identidades dos discentes e dos pacientes no anonimato, na apresentação dos resultados nas diferentes categorias de análise deste estudo e nos mapas conceituais, os discentes receberão a denominação de acadêmico, identificados com a letra A, seguido de um número (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7 e A8). Os pacientes serão identificados pela letra P, também seguida de um número (P1, P2, P3, P4).

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo é destinado à apresentação e discussão dos resultados do estudo à luz do referencial de avaliação de teorias proposto por Meleis (2012).

A avaliação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem será apresentada por meio das etapas descrição e teste, que serão discutidas a partir da interpretação dos elementos constituintes do modelo teórico, por meio da associação dos resultados obtidos da análise de conteúdo dos relatos originados dos grupos focais, com os critérios de avaliação descritos por Meleis (2012) congruentes com as etapas do modelo de avaliação. Desta interpretação inicial, foram pré-definidas duas categorias que receberam os nomes dos dois segmentos do modelo de análise de teorias de Meleis (2012) utilizados para avaliar o modelo teórico do pensamento crítico. Os temas associados às categorias emergiram da análise de conteúdo dos relatos dos grupos focais e são apresentados no quadro 8. Estas categorias e os temas correspondentes nortearão a discussão dos resultados deste estudo.

**Quadro 8- Síntese das categorias e dos temas de análise**

CATEGORIAS PRÉ DEFINIDAS	TEMAS
<p style="text-align: center;"><b>DESCRIÇÃO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O PENSAMENTO CRÍTICO NO PROCESSO DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM</li> <li>• AS HABILIDADES DE PENSAMENTO CRÍTICO NO PROCESSO DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>TESTE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO DO PENSAMENTO CRÍTICO NO PROCESSO DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM NA PRÁTICA CLÍNICA</li> <li>• O MODELO TEÓRICO DO PENSAMENTO CRÍTICO E O ENSINO DO PROCESSO DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM: TESTE DA UTILIDADE</li> </ul>

Fonte: Informações da pesquisa, 2015.

No que tange ao modelo de avaliação de teorias de Meleis (2012) as etapas **análise, crítica e suporte** não foram utilizadas neste estudo, pois entende-se que a validação do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem foi alcançada com a descrição e o teste do modelo teórico; a utilização da etapa **suporte** necessita de outras experiências com o modelo teórico em avaliação, de modo que, ao finalizar o processo de avaliação, seja possível avaliar a possibilidade de sua ampla utilização no contexto do ensino de enfermagem.

Os integrantes do grupo de alunos que participou deste estudo tinham média de idade de 30 anos; experiências prévias na área da enfermagem foram relatadas por dois discentes com formação e atuação prévia como técnicos de enfermagem há 12 anos; três mencionaram experiências voltadas apenas aos estágios obrigatórios do curso e os demais associaram a essas atividades curriculares, outros estágios não obrigatórios desenvolvidos no âmbito da enfermagem.

## 5.1 MODELO TEÓRICO DO PENSAMENTO CRÍTICO NO PROCESSO DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DE MELEIS

O Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem (MTPC) é representado pelas etapas de realização do processo diagnóstico em enfermagem (PDE), distribuídas em quatro etapas consecutivas, a saber: **a coleta de dados, a interpretação e o agrupamento dos dados, as hipóteses diagnósticas e o diagnóstico de enfermagem prioritário** e são identificados como metaconceitos. De acordo com o modelo teórico, as etapas do PDE se desenvolvem mediadas pela expressão das habilidades de pensamento crítico, compreendidos como os conceitos do modelo teórico em avaliação.

Com o objetivo de compreender os conceitos constituintes do MTPC, considera-se relevante relembrar as definições de modelo e de fenômeno, uma vez que este estudo visa à validação de um modelo teórico que se traduz na expressão de um fenômeno, o pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. Meleis (2012) afirma que um fenômeno é um aspecto da realidade que pode ser vivenciado ou sentido, representado por uma descrição que expressa ideia acerca de uma situação, um caso, um processo ou um grupo destes eventos (MELEIS, 2012).

Aludem McEwen e Wills (2009), que os modelos representam esquemas organizados a partir de um fenômeno da realidade, podendo referir-se a indivíduos, grupos ou situações de interesse para uma disciplina. Modelos teóricos representam um conjunto de conceitos abstratos, unidos por proposições, podendo evoluir de observações empíricas e intuitivas (CHRISTENSEN; KENNEY, 1995). No olhar de McEwen e Wills (2009), na enfermagem, há uma inter-relação dos conceitos, presentes nos modelos teóricos, com o foco central da disciplina: o cuidado em enfermagem.

Desta análise inicial, depreende-se que o Modelo Teórico do Pensamento Crítico apresenta um fenômeno – o processo diagnóstico em enfermagem, cuja descrição ampla, tanto na literatura nacional, quanto internacional de enfermagem, confere importância a sua finalidade, qual seja: sistematizar o processo de raciocínio clínico a partir da interação das habilidades técnicas, intelectuais e interpessoais do enfermeiro no contato com suas experiências da prática clínica, “pois oportuniza a identificação de evidências, a partir de informações verdadeiras, relativas às reais



condições do indivíduo, possibilitando a identificação do diagnóstico de enfermagem correto, com as consequentes intervenções e resultados” (BITTENCOURT; CROSSETTI, 2009, p. 1).

O Modelo Teórico do Pensamento Crítico no processo diagnóstico em enfermagem originou-se das inquietudes de Bittencourt (2011) a partir de sua experiência docente no ensino do processo diagnóstico em enfermagem. Este modelo será avaliado à luz das etapas descrição e teste da utilidade, proposto no modelo de avaliação de teorias de Meleis (2012).

## 5.2 DESCRIÇÃO

Esta categoria apresenta a descrição do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem (MTPC) e foi pré-definida a partir da primeira etapa do modelo de avaliação proposto por Meleis (2012). A apresentação desta categoria será norteada pela discussão dos temas **o pensamento crítico e o processo diagnóstico em enfermagem e as habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem**, que emergiram das respostas colhidas nos instrumentos de apresentação do modelo teórico do pensamento crítico (Apêndice B) e dos relatos originados nos grupos focais.

A etapa **descrição**, em acordo com o modelo de avaliação de teorias de Meleis, consiste em avaliar os componentes estruturais e funcionais constituintes de uma teoria, ou, no caso em estudo, a existência destes componentes no modelo teórico. A autora menciona que, para iniciar o processo de avaliação de uma teoria, ou, neste caso, do modelo teórico, é fundamental que o avaliador realize a leitura previa do seu conteúdo, visando à apreensão de suas características (MELEIS 2012).

À luz do referencial proposto por Meleis (2012), o modelo teórico do pensamento crítico não apresenta todas as unidades de análise relacionadas aos componentes estruturais e funcionais. Os componentes funcionais explicitam o foco da teoria, o papel do enfermeiro, a indicação de intervenções e os resultados das ações de enfermagem, além da definição de Enfermagem, cliente, saúde, problemas de enfermagem, ambiente e interação paciente-enfermeiro. Nenhuma destas unidades de análise está explícita na figura que ilustra o modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem.

A **descrição** do modelo teórico do pensamento crítico se concentrará em identificar e analisar os seus **componentes estruturais**, quais sejam, as proposições e os conceitos. Esta avaliação será apresentada a partir da interlocução dos significados dos componentes estruturais do modelo teórico, com os relatos e as descrições dos discentes em relação aos conceitos (habilidades de pensamento crítico), revelados no processo de coleta dos dados realizada durante a aplicação do modelo teórico na prática clínica.

Ao avaliarmos os componentes estruturais do modelo teórico do pensamento crítico, não foram identificados pressupostos. Em uma teoria, ou em um modelo teórico, os pressupostos apresentam descrições sobre a vida, a morte, o comportamento humano, a saúde, a doença e a enfermagem, tendo suas origens em afirmações previamente testadas em estudos, ou outras teorias. Evoluem a partir de pontos de vista filosóficos, éticos, culturais ou sociais, refletindo os valores da teórica (MELEIS, 2012).

Embora o modelo teórico do pensamento crítico não apresente pressupostos, na leitura da tese que orientou o desenvolvimento deste modelo teórico, foram identificadas algumas afirmações descritas por Bittencourt (2011), autora do modelo como sendo proposições. Estas são definidas por Meleis (2012, p. 187) como “afirmações descritivas de propriedades e dimensões de um conceito ou uma afirmação que articula dois ou mais conceitos”. Assim, as afirmações a seguir são consideradas proposições do modelo teórico do pensamento crítico, pois representam a sua finalidade:

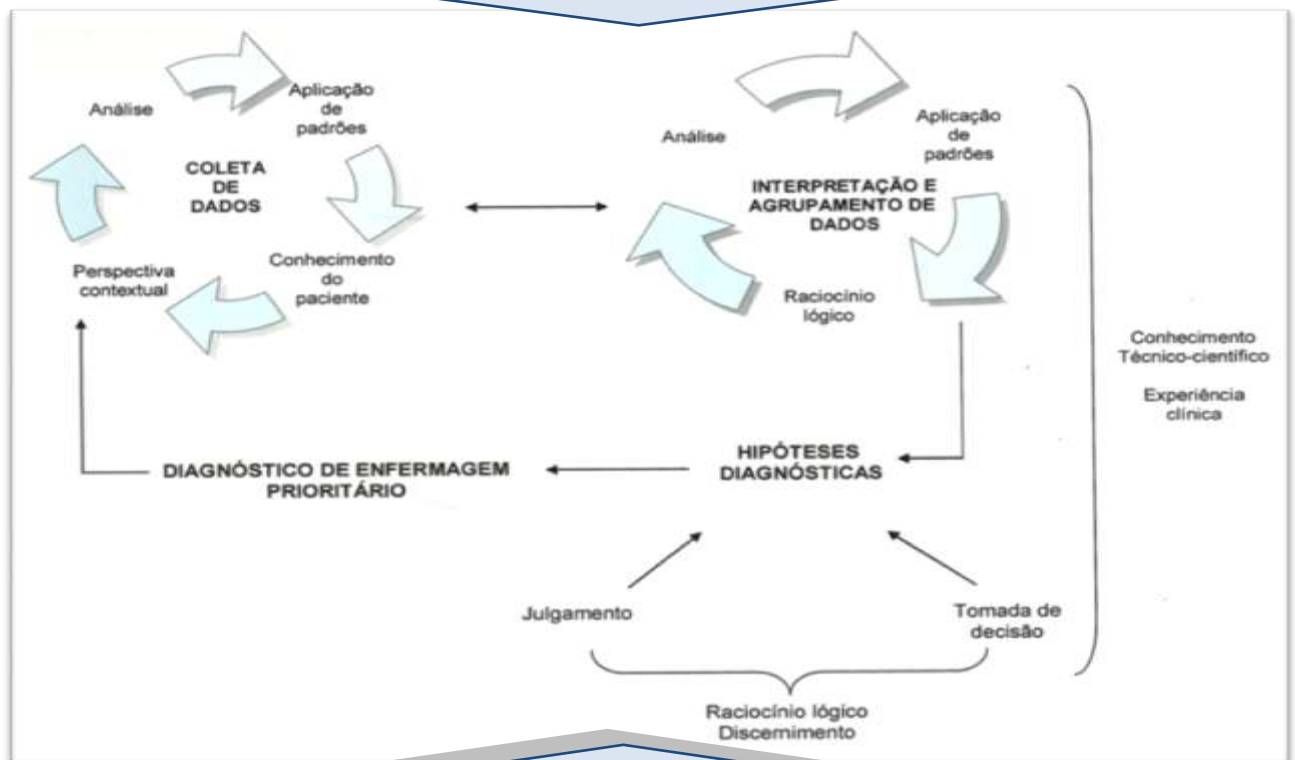
- O modelo teórico do pensamento crítico possibilita observar e interpretar o **pensamento crítico do discente** de enfermagem ao tomar decisões quanto ao **diagnóstico de enfermagem prioritário** (BITTENCOURT, 2011, p. 172).
- O modelo teórico do pensamento crítico representa **etapas dinâmicas e inter-relacionadas** de um processo que se destina a orientar o **raciocínio do enfermeiro**, na tentativa de compreensão de respostas humanas frente ao adoecimento, ou aos processos vitais (BITTENCOURT, 2011, p. 179)

Embora essas afirmações não estejam descritas na estrutura do modelo teórico do pensamento crítico, remetem a interpretação do seu objetivo, qual seja a identificação do diagnóstico de enfermagem a partir de um processo de pensamento que se desenvolve por meio da expressão de habilidades intelectuais, técnicas e

interpessoais, conforme assenta Lunney (2011b). Para explicitar a importância das afirmações de Bittencourt (2011) e sua relação com o modelo teórico do pensamento crítico, foram acrescentadas à ilustração do modelo, duas proposições que o sustentam (Figura 5).

**Figura 5 - As Proposições e o Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem**

O modelo teórico do pensamento crítico possibilita observar e interpretar o **pensamento crítico do discente** de enfermagem ao tomar decisões quanto ao diagnóstico de enfermagem prioritário. (BITTENCOURT, 2011, p. 172)



O modelo teórico do pensamento crítico representa etapas dinâmicas e inter-relacionadas de um processo que se destina a orientar o **raciocínio do enfermeiro**, na tentativa de compreensão de respostas humanas frente ao adoecimento, ou aos processos vitais. (BITTENCOURT, 2011, p. 179)

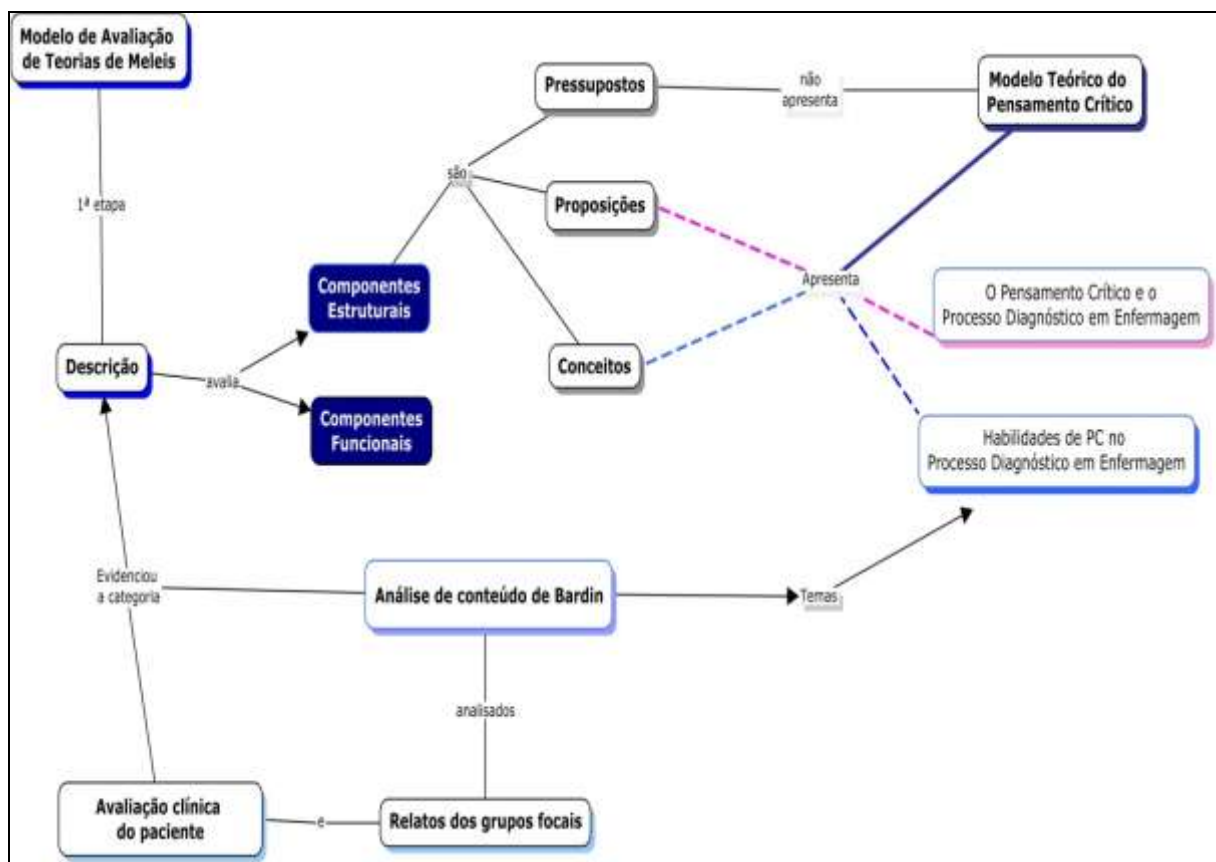
Fonte: Adaptado de Bittencourt (2011).

Outro componente estrutural do modelo teórico do pensamento crítico constitui-se pelos conceitos centrais (metaconceitos) **coleta de dados**,

**interpretação e agrupamento de dados, hipóteses diagnósticas e diagnóstico de enfermagem prioritário**, representativos das etapas do processo diagnóstico em enfermagem. Estas são operacionalizadas pelos conceitos, ou habilidades de pensamento crítico, quais sejam: **a análise, a aplicação de padrões, a perspectiva contextual, o conhecimento do paciente, o raciocínio lógico, o discernimento, o julgamento, a tomada de decisão, o conhecimento técnico-científico e a experiência clínica** (BITTENCOURT, 2011). A avaliação destes conceitos será apresentada no tema **as habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem**.

Para ilustrar as unidades de análise que apresentam a **descrição** do modelo teórico do pensamento crítico e explicitar os seus **componentes estruturais**, à luz do referencial de Meleis, apresenta-se a figura 6.

**Figura 6 - Descrição dos componentes estruturais do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem**



Fonte: Autora.

### 5.2.1 O pensamento crítico e o processo diagnóstico em enfermagem

A leitura da tese que originou a elaboração do MTPC e a interpretação do significado de **proposição** conforme descreve Meleis (2012), conduziu a elaboração de inferências sobre algumas considerações teóricas, descritas por Bittencourt (2011), em relação ao modelo teórico que desenvolveu para orientar o processo diagnóstico em enfermagem. Encontraram-se duas afirmações realizadas pela autora do MTPC e que são interpretadas como proposições, uma vez que suas afirmações permitem uma compreensão da proposta deste modelo, conforme ilustra a figura 5 (p. 75).

Bittencourt (2011, p. 172) destaca em sua afirmação apresentada junto à ilustração do modelo teórico do pensamento crítico (p.73) que “o modelo teórico do pensamento crítico possibilita observar e interpretar o pensamento crítico do discente de enfermagem ao tomar decisões quanto ao diagnóstico de enfermagem prioritário”.

No léxico, **raciocinar** significa refletir, pensar e **raciocínio** assume o significado de encadeamento lógico de juízos ou pensamentos. **Pensamento** é o ato ou efeito de pensar, a capacidade de formular conceitos (FERREIRA, 2010).

O processo diagnóstico em enfermagem, expresso no modelo teórico do pensamento crítico, representa um processo de pensamento complexo do enfermeiro, formulado a partir da análise e da interpretação de dados subjetivos e objetivos, que resultam no julgamento das respostas humanas e a consequente tomada de decisão clínica, desencadeadas nos processos de saúde e doença. Este processo de pensamento complexo, que se manifesta no cotidiano da prática clínica do enfermeiro, pelas habilidades de **pensamento crítico**, que Faccione (2007, p. 21) o define como “um julgamento intencional, auto-regulador que resulta em interpretação, análise, avaliação e inferência, assim como explicação das considerações de evidências conceituais, metodológicas, criteriológicas, ou contextuais sobre as quais o julgamento foi baseado”.

A interpretação da primeira afirmação descrita por Bittencourt (2011) e compreendida como uma proposição será discutida a partir da interpretação dos significados atribuídos pelos discentes deste estudo, em relação ao pensamento crítico e ao processo diagnóstico em enfermagem.

Enquanto um tema a ser investigado nesta pesquisa, o **pensamento crítico** foi foco da discussão desenvolvida no primeiro grupo focal, a partir da apresentação aos discentes, da questão “**o que entendem por pensamento crítico?**” Esta discussão foi necessária, tendo em vista que nas etapas seguintes do estudo pretendia-se validar o modelo teórico do pensamento crítico, o que demandou a percepção da pesquisadora para a necessidade de inicialmente elucidar este tema com os discentes. A questão norteadora do primeiro grupo focal possibilitou reconhecer quais significados os discentes atribuíam ao pensamento crítico e como percebiam a sua expressão, no processo de aprendizagem durante a formação em enfermagem.

Eu ainda não tinha ouvido falar, mas o pensamento crítico esteve presente em toda a nossa trajetória, mas nunca paramos para pensar neste termo. Agora que tu nos apresentou as habilidades também, que a gente percebeu: poxa, eu usava realmente todas essas habilidades para fazer o diagnóstico de enfermagem, mas nunca tinha parado para pensar. **A1**

Na pesquisa para o meu TCC, como eu abordei essa parte de processo de enfermagem, eu li sobre pensamento crítico, mas não me aprofundi. Mas acho que a gente vai **moldando a nossa forma de pensar** e vai ficando mais fácil, mais objetivo. **A6**

Sobre o pensamento crítico na nossa trajetória acadêmica se falou muito numa **visão ampla**, não olhar só a patologia, ou o motivo de internação, que a gente deve ter uma visão. **A3**

A questão do pensamento crítico é sempre comentada, os professores falam, mas não tem aquele aprofundamento. Mas é sempre cobrado o **olhar geral do paciente**, fazer uma **análise geral desse paciente**, sempre. Cuidar até da família, da comunidade; **olhar como um todo**. **A4**

Um pouco foi dito na formação acadêmica em relação a isso, que a gente viu que **cada enfermeiro terá uma visão**, uma forma de avaliar. **A5**

E não é voltado para a doença é voltado para o cuidado, então **cada um tem uma forma de pensar**. **A2**

(Grupo Focal 1 - 20/11/2014)

O pensamento crítico é um termo mencionado no contexto acadêmico pelos docentes, que chamam a atenção para a sua importância e o relacionam ao desenvolvimento de **uma visão ampla do paciente**, conforme relatam os discentes. Embora estes discentes não atribuam claramente uma definição para o termo pensamento crítico, denota-se haver uma interpretação do seu significado a partir das expressões: **visão ampla, olhar geral do paciente, olhar como um todo**, de acordo com o que aprenderam com os docentes. Essas expressões se aproximam

da descrição de Facione (2007), ao caracterizar o pensamento crítico como resultado de interpretação, análise, avaliação e inferência. Nesta perspectiva, presume-se que ter pensamento crítico em enfermagem, de acordo com os significados atribuídos pelos discentes, significa ter uma visão ampla, ou um olhar do paciente como um todo. O aluno ao avaliar o paciente nos aspectos biopsicossociais está exercendo um olhar ampliado acerca de suas necessidades, mobilizando habilidades de pensamento crítico para processar as informações colhidas, formular hipóteses diagnósticas e tomar uma decisão clínica.

Ao afirmarem que cada enfermeiro terá uma visão **(A5)**, uma forma de pensar e que o pensamento crítico não está voltado para a doença, mas para o cuidado **(A2)**, a discussão se encaminhou para a importância das experiências e vivências, como colaborativas do desenvolvimento e da expressão do pensamento crítico em enfermagem.

Quando a gente se depara com o paciente, isso tudo deve se juntar! Tenho que saber tudo e tenho que ter um pensamento crítico para saber o que devo saber para fazer uma avaliação. **A3**

[...] a experiência que tu está tendo vai “adquirindo” o pensamento crítico. E também com o próprio paciente, você avalia o que ele relata. **A4**

Isso, com a experiência nos estágios, por que fora os estágios eu não tenho. **A2**

Na tua vivência em relação à resposta que o paciente apresenta do tratamento, tu acabas desenvolvendo teu olhar crítico. **A5**

E talvez o que uma considera como prioridade, a outra acha menos. **A7**

É, o que tu vais priorizar, então tu vê que aquele diagnóstico que foi aberto num momento não é mais o prioritário, então tu vê outro diagnóstico. **A4**

Mas para isso, tu tens que ler muito e estudar. Eu senti essa diferença quando eu vi o paciente, é tudo muito rápido, quando tu olhas para o paciente vem tudo muito rápido, bem como o professor falava. **A3**

**(Grupo Focal 1 – 20/11/2014)**

Infere-se que os discentes reconhecem o pensamento crítico como intrínseco à prática clínica, manifestando-se a partir de suas vivências, integradas ao conhecimento técnico científico. Este olhar ampliado, interpretado pelos discentes como parte do pensamento crítico, adquire acurácia na medida em que ocorre a articulação do conhecimento técnico-científico do aluno, com as experiências originadas de sua inserção na prática clínica.

Eu vejo assim: tu tens um pensamento quando tu entra na graduação e então ele é construído. A partir do conhecimento tu vais tendo mais críticas. **A8**

A visão do todo aumenta! **A2**

Durante a graduação, o pensamento é fragmentado, a cada matéria, a cada teoria, a cada semestre que passa, para agora no final juntar todos os fragmentos, para ter uma visão do todo. Mas ele vem sendo construído a cada fase do aprendizado[...] **A7**

Isso, a visão do todo aumenta à medida que a gente vai tendo mais experiência na área, cada vez mais vamos construindo o pensamento crítico. **A8**

**(Grupo Focal 1- 20/11/2014)**

Novamente, a expressão **visão do todo** foi descrita pelos discentes, permitindo compreender que, na medida em que ocorre o avanço na formação do enfermeiro, seu conhecimento técnico-científico e suas experiências clínicas são ampliados, admitindo maior habilidade de interpretação das respostas e, conseqüentemente, maior visão do todo, resultando no desenvolvimento do pensamento crítico e na tomada de decisão clínica. A relação entre conhecimento técnico científico e experiência clínica é afirmada por Bittencourt (2011), quando descreve a sua relevância para o reconhecimento de manifestações clínicas do paciente e a identificação do diagnóstico de enfermagem.

Portanto, para este grupo de discentes ao depararem-se com a discussão motivadora do grupo focal, compreenderam o pensamento crítico como um fenômeno que, embora não seja discutido de forma clara na academia, e seja algumas vezes comentado pelos docentes, como refere **A4**, está presente na formação e parece obter visibilidade, a partir das experiências nos campos de estágio, quando estão frente a um paciente real, não fragmentado em conteúdos, exigindo a coleta e a interpretação dos dados coletados para proceder a avaliação clínica e a imediata intervenção, conforme **A2, A3 e A4**.

Estas impressões que remetem a certa insegurança dos discentes para tomar decisões clínicas frente aos problemas manifestados no paciente real é corroborada por Lira e Lopes (2011, p. 2), ao afirmarem que “aprender a raciocinar clinicamente é uma das tarefas mais complexas em termos cognitivos e um dos temas mais diretamente envolvidos na tomada de decisão clínica”.

Nesta perspectiva de desenvolvimento do pensamento crítico, **A2, A7 e A8** o compreendem como um processo elaborado e que evolui concomitante com as



etapas de formação do enfermeiro, pela associação de novos conhecimentos e experiências, adquiridos na prática clínica desenvolvida nos estágios.

Em face à importância do pensamento crítico na enfermagem, especificamente no processo de formação do enfermeiro, Hunter et al. (2014) sugere que o seu desenvolvimento seja foco de atenção nos currículos de enfermagem, visando ao cuidado efetivo e seguro do paciente. Para proporcionar o desenvolvimento do pensamento crítico ainda no processo de formação do discente de enfermagem, estudos nacionais e internacionais citam os estudos de casos clínicos, a aprendizagem baseada em problemas e a elaboração de mapas conceituais como estratégias de ensino que promovem o desenvolvimento do pensamento crítico do estudante de graduação em enfermagem (FREITAS; CARMONA, 2011; LIRA; LOPES, 2011; MARTYN et al., 2014; CROSSETTI et al., 2009).

Em atenção ao que descreve Bittencourt (2011, p. 179) sobre o propósito do modelo teórico do pensamento crítico, afirma que ele representa “etapas dinâmicas e inter-relacionadas de um processo que se destina a orientar o raciocínio do enfermeiro”. O processo ao qual se refere a autora do modelo é representado pelos conceitos centrais **coleta de dados, interpretação e agrupamento de dados, hipóteses diagnósticas e diagnóstico de enfermagem prioritário**, já descritos na literatura por Gordon (1994), como integrantes do processo diagnóstico em enfermagem.

Além da discussão sobre pensamento crítico, os discentes também expressaram suas compreensões sobre o processo diagnóstico em enfermagem e sua operacionalização, dialogando sobre este tema a partir da questão “o que entendem por processo diagnóstico em enfermagem”?

É um processo em que tu **avalias primeiro o paciente e identifica os problemas apresentados por ele**. A partir daí, elabora-se o raciocínio com o apoio do exame físico e da anamnese, com o conhecimento que tu tens e a experiência, surge o processo de raciocínio para o diagnóstico de enfermagem. **A4**

**Olhando e conhecendo o paciente e a patologia é a base**. Então tu pensas: o **problema principal** dele é este e, a partir desta identificação, começa a fazer um raciocínio, com todas as outras questões associadas. **A1**

Sim, inicia pelo **problema principal**. **A2**

Quando eu vou avaliar um paciente, como onde eu fico geralmente os pacientes estão sedados e intubados e eu não tenho contato com familiar,

por que a visita é as 5h da tarde, eu procuro achar o motivo da internação e avaliar o estado que ele chegou para mim. **A3**

Quando se consegue **relacionar as tuas experiências, o que tu já viu das patologias** na sala de aula, a própria prática e então começa a aplicar o processo diagnóstico. **(A6)**

Tu vais focar primeiro o que o paciente está apresentando como problema maior. **A7**

Se tu não tiver o conhecimento científico, tu até pode fazer uma ótima coleta de dados, mas o que tu vais fazer com aqueles dados? Se tu não souber determinada patologia, ou avaliar determinada queixa do paciente, qual conduta poderá influenciar na melhora? Não irá resolver nada! **A5**

**(Grupo Focal 1- 20/11/2014)**

Da análise dos relatos, depreende-se que o reconhecimento do problema ou da queixa principal do paciente é o fator desencadeante para o início do processo diagnóstico em enfermagem, sendo novamente citados o conhecimento técnico científico e a experiência, como constituintes deste processo, presumindo-se que os discentes compreendem a inter-relação das etapas do processo diagnóstico em enfermagem, bem como as habilidades que o constituem. **A5** explicita esta relação ao defender a necessidade de avaliar a queixa do paciente e associá-la ao conhecimento de sua patologia principal, evidenciando a importância da realização da coleta de dados fidedigna, apoiada no conhecimento científico que permita a interpretação adequada dos dados clínicos, para além da realização da coleta de dados.

Salientam Crossetti et al. (2011, p. 27) que para a identificação de um problema em particular “o enfermeiro precisa direcionar sua atenção às informações provenientes do paciente, reconhecer alterações, interpretar, agrupar, denominar e inferir sobre elas”. Estes passos são congruentes com as etapas do processo diagnóstico em enfermagem, o qual requer para o seu desenvolvimento, um processo de pensamento complexo a ser elaborado pela articulação de diferentes habilidades do enfermeiro.

Ao discorrer sobre os processos de pensamento, Faccione (2007) destaca o uso dos modelos intuitivo e reflexivo. O primeiro se manifesta por meio de atalhos cognitivos, é mais rápido e elaborado a partir de ideias e experiências facilmente associadas e que conduzem a um rápido julgamento, utilizado em situações que requerem decisões imediatas. Por sua vez, o sistema de pensamento reflexivo é mais cuidadoso, mobilizado a partir de situações que requerem a análise e a

interpretação mais profunda de conceitos e o planejamento de ações que possam antecipar os resultados a serem alcançados, o que representa um processo de pensamento hipotético-dedutivo.

Ao confrontarmos a descrição de Faccione (2007) em relação aos processos de pensamento, com os relatos de **A1, A3, A5 e A6** sobre o desenvolvimento do processo diagnóstico em enfermagem, depreende-se que estes alunos realizam o processo diagnóstico através do pensamento reflexivo, por meio da união de dados originados dos seus conhecimentos e das experiências adquiridas na formação teórico-prática, analisados e interpretados para realizar a tomada de decisão clínica.

Ao avaliarmos o modelo teórico do pensamento crítico e a apresentação das etapas do processo diagnóstico em enfermagem, mediadas pelas habilidades de pensamento, sustenta-se a impressão inicial sobre afirmação de Bittencourt (2011) ser uma **proposição do seu modelo**, ao descrever que “o modelo teórico do pensamento crítico possibilita observar e interpretar o **pensamento crítico do discente de enfermagem** ao tomar decisões quanto ao diagnóstico de enfermagem prioritário”.

Com vistas à validação do modelo teórico do pensamento crítico no ensino do processo de enfermagem, considera-se importante refletir a necessidade de ampliar a sua discussão no âmbito acadêmico, de modo que a definição deste termo, primeiramente, seja esclarecida entre os membros do corpo docente, para que esses possam, nas situações de ensino, observar e interpretar como o aluno mobiliza suas habilidades de pensamento crítico para tomar decisões clínicas.

### **5.2.2 Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem**

No processo diagnóstico em enfermagem conforme apresentado no modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem de Bittencourt, os **conceitos** ou **habilidades de pensamento crítico (PC)** são apresentados num processo dinâmico, que organiza o raciocínio para a definição do diagnóstico de enfermagem prioritário. Estas habilidades de PC constituintes do modelo teórico representam uma parte da estrutura deste modelo, quais sejam os **conceitos** do modelo teórico do pensamento crítico.

Para apresentar a **descrição** das habilidades de PC (conceitos), recorre-se a Meleis (2012) que em seu modelo de avaliação de teorias, os descreve como constituintes da estrutura interna da teoria. Quanto a sua origem, alude que os conceitos tanto podem ser primitivos, originados na teoria, quanto derivados, oriundos de outras teorias. Orienta Meleis (2012) que ao descrever os conceitos de uma teoria, o avaliador também deve observar a sua clareza e definição, as propriedades observáveis e a existência de barreiras.

No que se refere à origem dos conceitos centrais constituintes do modelo teórico do pensamento crítico, estes são reconhecidos na literatura de enfermagem e representam as fases do processo diagnóstico em enfermagem, descritas por Gordon (1994). Por sua vez, as habilidades de PC, também descritas no modelo teórico do pensamento crítico, derivam de um consenso de especialistas que as definiram, primariamente, em estudo desenvolvido por Scheffer e Rubenfeld (2000).

Portanto, os conceitos que estruturam o modelo teórico do pensamento crítico derivam de outros estudos desenvolvidos por pesquisadores da área da enfermagem. Contudo, no estudo que originou o modelo teórico do pensamento crítico, as habilidades de PC foram elencadas, discutidas e analisadas pelos discentes de enfermagem da UFPB, a partir da avaliação de um caso clínico fictício e obtiveram, na elaboração final do modelo teórico, uma refinada interpretação pelo olhar crítico de sua autora. Cada habilidade de PC que compõe o modelo teórico recebeu uma definição, apresentada por Bittencourt (2011) e a interlocução destas habilidades de PC, nas etapas do processo diagnóstico em enfermagem conduziu a autora à elaboração das afirmações que são apresentadas na figura 5 (p. 75), analisadas e interpretadas na seção anterior como proposições do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem.

Neste estudo, a descrição dos conceitos do modelo teórico do pensamento crítico ocorreu a partir da sua aplicação na prática clínica, momento em que os discentes deveriam reconhecer as habilidades de PC inerentes ao desenvolvimento do processo diagnóstico em enfermagem. Este reconhecimento aconteceu após a avaliação clínica dos pacientes, quando os discentes elencaram no instrumento de coleta (Apêndice B) as habilidades de PC utilizadas por eles durante o processo diagnóstico em enfermagem, realizado a partir da coleta dos dados clínicos do paciente real avaliado. As habilidades de PC escolhidas pelos discentes foram

tabuladas em uma planilha eletrônica e suas frequências de aplicação no processo diagnóstico em enfermagem, estão apresentadas na tabela 1.

**Tabela 1 - Habilidades de PC Utilizadas no Processo Diagnóstico em Enfermagem na Prática Clínica (n=8)**

<b>ETAPAS DO PROCESSO DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>TOTAL</b>
	f (%)*	f (%)*	f (%)*
<b>Coleta de dados</b>			
Análise	7 (87,5)	1 (12,5)	8 (100%)
Conhecimento do paciente	7 (87,5)	1 (12,5)	8 (100%)
Perspectiva contextual	5 (62,5)	3 (37,5)	8 (100%)
Aplicação de padrões	6 (75)	2 (25)	8 (100%)
<b>Interpretação e agrupamento</b>			
Análise	6 (75)	2 (25)	8 (100%)
Aplicação de padrões	4 (50)	4 (50)	8 (100%)
Raciocínio lógico	8(100)	0	8 (100%)
<b>Hipóteses diagnósticas</b>			
Julgamento	6 (75)	2 (25)	8 (100%)
Tomada de decisões	5 (62,5)	3 (37,5)	8 (100%)
Raciocínio lógico	5 (62,5)	3 (37,5)	8 (100%)
Discernimento	6 (75)	2 (25)	8 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

\* Resultados expressos em frequência e percentual

Na etapa da **coleta de dados**, conforme o modelo teórico do pensamento crítico tem-se a expressão de quatro habilidades de PC, a saber: a análise, o conhecimento do paciente, a perspectiva contextual e a aplicação de padrões que ocorrem de maneira dinâmica. Todas estas habilidades foram identificadas pela maioria dos discentes, havendo destaque para a **análise (87,5%)**, o **conhecimento do paciente (87,5%)** e a **aplicação de padrões (75%)**.

Das habilidades de PC envolvidas na **interpretação e no agrupamento dos dados**, o **raciocínio lógico (100%)** e a **análise (75%)** obtiveram maior expressão. A **aplicação de padrões**, que na etapa da coleta de dados não foi escolhida por dois discentes, nesta não foi identificada por 50% deles. Na **hipótese diagnóstica** prevaleceram as habilidades **julgamento** e **discernimento**, ambas com **75%** de escolha pelos discentes. A tomada de decisões e o raciocínio lógico foram escolhidas por **62,5%** dos discentes.

Após elencarem as habilidades PC que julgavam necessárias ao desenvolvimento do processo diagnóstico em enfermagem, os discentes justificaram a escolha de cada habilidade no próprio instrumento de coleta. A síntese destas justificativas correspondentes à escolha das habilidades de PC que utilizaram na aplicação do modelo teórico do pensamento crítico é apresentada no quadro 9.

**Quadro 9 - Habilidades de PC elencadas e justificadas pelos discentes na aplicação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem**

<b>HABILIDADE DE PC</b>	<b>JUSTIFICATIVA DOS ACADÊMICOS</b>
<b>ANÁLISE</b>	<p>A1- Serve para analisar os dados referidos pelo paciente e aqueles observados; os dados mais relevantes no quadro do paciente.</p> <p>A2 - une as informações prestadas pelo paciente com as do prontuário.</p> <p>A4 - Colabora para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem</p> <p>A5 - para analisar os dados do prontuário, os exames complementares, o exame físico, reunir sinais e sintomas e agrupar os dados.</p> <p>A6 - Une informações subjetivas e objetivas, avalia a situação atual e reflete para definir plano de cuidados.</p> <p>A7 - Analisa todos os dados obtidos</p> <p>A8 - Habilidade para analisar os exames complementares e a nota de internação</p>
<b>CONHECIMENTO SOBRE O PACIENTE</b>	<p>A1 - Útil nessa etapa, embora o paciente não soubesse do seu diagnóstico.</p> <p>A2 - é o conhecimento do paciente sobre seu quadro clínico atual.</p> <p>A3 - utilizada quando o paciente tem bom entendimento sobre o quadro clínico.</p> <p>A5 - Conhecimento do paciente sobre o histórico de saúde, tempo de manifestação dos sintomas.</p> <p>A6 - Utilizada para desmistificar e reorientar o paciente.</p> <p>A7 - Quando o paciente está ciente do seu estado de saúde.</p> <p>A8 - Une as informações do paciente</p>
<b>PERSPECTIVA CONTEXTUAL</b>	<p>A1 - Para entender melhor o quadro clínico atual do paciente.</p> <p>A4 - Colabora para entender a cultura do paciente e do seu meio social.</p> <p>A5 - Pode identificar a falta de cuidado do paciente com a sua saúde.</p> <p>A6 - Entendimento da situação atual do paciente e sua condição de saúde.</p> <p>A8 - Para avaliar a evolução do paciente, relacionado ao quadro clínico atual</p>
	<p>A1 - Aplicação das técnicas de exame físico, anamnese, ética.</p> <p>A2 - ética e o respeito com o paciente</p>

<p><b>APLICAÇÃO DE PADRÕES</b></p>	<p>A4- Colabora para o desenvolvimento do processo de enfermagem</p> <p>A5 - Conhecimento técnico-científico, comunicação, ética e relacionamento interpessoal. Importante para a elaboração das hipóteses diagnósticas.</p> <p>A6 - Inclui a ética, o respeito, o conhecimento científico e técnico do enfermeiro.</p> <p>A7 - Ética, conhecimento técnico-científico,</p> <p>A8 - Ética, conhecimentos de semiologia, semiotécnica, abordagem do paciente.</p>
<p><b>RACIOCÍNIO LÓGICO</b></p>	<p>A1 - Útil para ligar os dados coletados e julgar quais diagnósticos de enfermagem são adequados.</p> <p>A2 - Útil para relacionar os dados do paciente ao seu quadro clínico.</p> <p>A3 - para avaliar o quadro clínico e relacioná-lo aos hábitos do paciente.</p> <p>A4 - Reúne os dados coletados.</p> <p>A5 - Reúne o conhecimento para confirmar os sinais e sintomas do paciente.</p> <p>A6 - Organização das informações em grupos relacionados.</p> <p>A7 - União entre os dados relatados pelo paciente, o exame físico e o conhecimento científico do enfermeiro.</p> <p>A8 - Reúne o conhecimento técnico-científico e os dados coletados</p>
<p><b>JULGAMENTO</b></p>	<p>A1 - Para verificar quais diagnósticos de enfermagem podem se adequar ao quadro clínico do paciente.</p> <p>A3 - Utilizado para avaliar o histórico do paciente</p> <p>A4 - Importante para definir as hipóteses</p> <p>A5 - Conhecer os sinais e sintomas, avaliar, relacionar e julgar o mais importante.</p> <p>A6 - Reúne as informações e define os diagnósticos de enfermagem e os cuidados.</p> <p>A8 - Aplica-se o conhecimento adquirido nos anos de formação</p>
<p><b>DISCERNIMENTO</b></p>	<p>A1 - Útil para fazer o "link" com a patologia e com o quadro clínico do paciente.</p> <p>A2 - Entender, diferenciar, priorizar e analisar os dados.</p> <p>A4 - Importante para definir os diagnósticos de enfermagem.</p> <p>A5 - Importante com o conhecimento para determinar o diagnóstico de enfermagem</p> <p>A6 – Permite ligar casos anteriores aos atuais e semelhantes, usando o conhecimento e a experiência.</p> <p>A8 - Usada a partir do conhecimento da patologia.</p>

<b>TOMADA DE DECISÃO</b>	<p>A2 - Utilizada para priorizar dados de grande relevância</p> <p>A4 - Usada para definir o diagnóstico de enfermagem prioritário.</p> <p>A5 - Relaciona sinais e sintomas para elaborar as condutas.</p> <p>A6 - Permite escolher os diagnósticos que melhor se encaixam com os sinais e sintomas.</p> <p>A8 - Usada a partir da coleta de dados do prontuário + a abordagem na avaliação do paciente</p>
----------------------------------	---

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

De acordo com a síntese apresentada no quadro 9, a habilidade de PC análise foi descrita nos instrumentos de coleta, após a avaliação do paciente, como importante para *analisar os dados referidos pelo paciente e aqueles observados (A1); unir as informações prestadas pelo paciente com as do prontuário (A2); colaborar para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem (A4); analisar os dados do prontuário, os exames complementares, o exame físico, reunir sinais e sintomas e agrupar os dados (A5); unir informações subjetivas e objetivas (A6); analisar todos os dados obtidos (A7); analisar os exames complementares e a nota de internação (A8).*

Na aplicação do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem de Bittencourt, a **análise** foi elencada por sete discentes na etapa de coleta de dados e por seis na interpretação e agrupamento de dados. Em síntese, as justificativas descritas pelos discentes e apresentadas no quadro 9, remetem ao uso desta habilidade com a finalidade de **análise das informações subjetivas, objetivas e dos registros no prontuário do paciente, interação entre dados subjetivos e objetivos e para reunir os sinais e sintomas.**

No léxico **análise** significa *exame de cada parte de um todo para conhecê-lo a natureza e as funções* (FERREIRA, 2010, p. 49). Enquanto uma habilidade de PC, a **análise** foi caracterizada por Bittencourt e Crosseti (2013, p. 344) como uma habilidade em que há “avaliação e detalhamento de uma história clínica, observação e relação de dados do paciente, compreensão de prioridades e de necessidades de saúde e agrupamento dos principais sinais e sintomas”.

Esta caracterização conferida pelas autoras remete às justificativas apresentadas pelos discentes deste estudo, sintetizadas no quadro 9 quando destacam a sua utilização na coleta de dados. Esta etapa do processo diagnóstico em enfermagem é descrita por Bittencourt (2011, p. 85) como “uma etapa complexa no processo diagnóstico em enfermagem”. De fato, a coleta de dados apresenta-se



complexa na medida em que deve reunir a habilidade de comunicação do enfermeiro ao seu conhecimento técnico científico uma vez que, ao coletar os dados, tem-se o início do processo de raciocínio, para a elaboração do diagnóstico em enfermagem do paciente.

Lunney (2013, p. 120) acrescenta que “o raciocínio diagnóstico associado à coleta de dados de enfermagem envolve o reconhecimento da existência de indicadores, a geração mental de diagnósticos possíveis e a comparação de indicadores com diagnósticos possíveis [...]”.

Portanto, constata-se à luz das opiniões dos discentes que a **coleta de dados** no processo diagnóstico em enfermagem é norteadora das demais etapas, devendo ser elaborada a partir da coleta de informações, originadas da avaliação subjetiva e objetiva do paciente, sendo orientada pelo conhecimento técnico científico demonstrado pela aplicação correta das técnicas propedêuticas de exame físico, pela abordagem de comunicação verbal e não verbal, estas representativas da habilidade interpessoal a ser desenvolvida pelo enfermeiro.

Deste modo, na realização da coleta dos dados para prosseguir com o processo diagnóstico em enfermagem, a habilidade de **análise** soma-se à **aplicação de padrões**, possibilitando que os padrões de conhecimento técnico e científico sejam confrontados com os dados subjetivos, proporcionando a indicação de pistas, para sejam interpretadas visando à geração das hipóteses diagnósticas. Nesta perspectiva, justifica-se a importância da habilidade de PC **análise** na coleta de dados e no agrupamento e interpretação que guiam o processo diagnóstico em enfermagem.

Contudo, embora a **aplicação de padrões** seja importante e necessária ao desenvolvimento do processo diagnóstico em enfermagem e constitua uma habilidade de PC do modelo teórico do pensamento crítico, durante a aplicação do modelo na prática clínica, entre os discentes deste estudo, não obteve representatividade, conforme resultados explicitados na tabela 1.

Os resultados demonstraram o uso **aplicação de padrões** por 75% dos discentes na coleta de dados e por 50% deles na etapa de interpretação e agrupamento dos dados, sendo observado que alguns discentes a elencaram na coleta de dados e não o fizeram na interpretação e agrupamento dos dados.

Na síntese apresentada no quadro 9, o uso da **aplicação de padrões** foi justificado como “*aplicação das técnicas de exame físico, anamnese e ética (A1)*;

*ética e respeito com o paciente (A2); colabora para o processo de enfermagem (A4); conhecimento técnico científico, comunicação, ética e relacionamento interpessoal (A5); ética, respeito, conhecimento científico e técnico do enfermeiro; ética e conhecimento técnico científico (A6); ética e conhecimento técnico científico (A7); ética, conhecimentos de semiologia, semiotécnica e abordagem do paciente (A8).*

Embora a frequência de escolha da habilidade de PC **aplicação de padrões** não tenha sido expressiva na segunda etapa do processo diagnóstico em enfermagem, denota-se pelas justificativas descritas que os discentes compreendem a sua importância neste processo. As descrições apresentadas expressam a relação desta habilidade de PC com conhecimentos técnico científico, de comunicação, ética e respeito, denotando uma preocupação com os interesses do paciente durante a sua avaliação clínica.

Deste modo, presume-se que o fato dos discentes não a terem escolhido na aplicação do modelo teórico durante a avaliação clínica do paciente, na primeira e na segunda etapas do processo diagnóstico em enfermagem, não significa menor importância a esta habilidade de PC.

No estudo desenvolvido por Bittencourt (2011), na avaliação do caso clínico fictício, dos sete discentes participantes, apenas três elegeram a **aplicação de padrões** como uma habilidade de pensamento crítico. A autora do modelo teórico do pensamento crítico obteve dos discentes a compreensão desta habilidade nos grupos focais, em que houve a discussão do seu significado no processo diagnóstico em enfermagem.

O **conhecimento sobre o paciente** foi outra habilidade de PC elencada por 87,5% dos discentes, que a utilizaram para apoiar a coleta de dados, durante a aplicação do modelo teórico. Esta habilidade de PC foi descrita como: *útil (A1); conhecimento do paciente sobre o seu quadro clínico atual (A2); o paciente tem bom entendimento sobre o seu quadro clínico (A3); conhecimento do paciente sobre o histórico de saúde e sintomas (A5); para desmistificar e reorientar o paciente (A6); o paciente está ciente do seu estado de saúde (A7); as informações do paciente (A8).*

No estudo de Bittencourt (2011), os discentes compreenderam o **conhecimento sobre o paciente** como uma habilidade que descreve o “conhecimento amplo da vida de uma pessoa, uma obtenção de informações sobre aspectos pessoais e físicos, sobre dados históricos, objetivos e subjetivos [...]” (p. 134). Na aplicação do modelo teórico do pensamento crítico, esta habilidade foi

justificada pelos discentes como um conhecimento que o paciente tem do seu histórico de saúde e como ele percebe e relata a manifestação de sinais e sintomas, usualmente coletados na primeira etapa do processo diagnóstico em enfermagem, não havendo descrição sobre a inclusão das informações objetivas, coletadas pelo enfermeiro.

Estas diferentes percepções sugerem o necessário esclarecimento da definição da habilidade de PC **conhecimento do paciente**, uma vez que, tanto pode representar o conhecimento que o paciente tem sobre a sua história clínica, pela expressão através dos dados subjetivos, quanto pode denotar o conhecimento que o enfermeiro apreende, por meio dos dados objetivos, ambos coletados na primeira etapa do processo diagnóstico em enfermagem. Indiferente à compreensão dos discentes, o uso desta habilidade teve a sua expressão confirmada na coleta dos dados.

A habilidade **perspectiva contextual** foi escolhida por 62,5% dos discentes que justificaram sua opção por entenderem que: *“serve para entender melhor o quadro clínico atual do paciente (A1); para entender a cultura do paciente e do seu meio social (A4); pode identificar a falta de cuidado do paciente com a sua saúde (A5); é o entendimento sobre a situação atual do paciente (A6); avalia a evolução do paciente e o relaciona ao quadro atual (A8)*. À luz de Scheffer e Rubenfeld (2000), esta habilidade de PC significa “análise da situação como um todo, incluindo relações, antecedentes e ambiente relevantes a algum acontecimento”.

No estudo desenvolvido por Bittencourt (2011), a **perspectiva contextual** foi elencada por dois discentes e constitui uma habilidade do modelo teórico do pensamento crítico por que na compreensão dos discentes “corresponde à visão de uma situação clínica como um todo, tendo em vista uma análise holística, com base no conhecimento dos aspectos biopsicossociais que envolvem o ser humano para a identificação dos diagnósticos de enfermagem” (p. 160). Depreende-se que as justificativas apresentadas pelos discentes e sintetizadas no quadro 9, em relação à habilidade que está sendo discutida, estão em acordo com a definição conferida por Bittencourt (2011), uma vez que denotam um caráter de avaliação holística do paciente, contemplando seus aspectos biopsicossociais e espirituais no momento da coleta de dados.

A habilidade de PC denominada **raciocínio lógico**, inerente às duas etapas do processo diagnóstico em enfermagem, conforme explicitado no modelo teórico do

pensamento crítico, foi reconhecida por todos os discentes na etapa de interpretação e agrupamento de dados e por 62,5% na etapa de hipótese diagnóstica. Esta habilidade foi descrita como: *liga os dados coletados e julga quais diagnósticos de enfermagem são adequados (A1); relaciona os dados do paciente ao dado clínico (A2); avalia o quadro clínico e o relaciona aos hábitos do paciente (A3); reúne dados coletados (A4); reúne o conhecimento aos sinais e sintomas do paciente (A5); organiza informações em grupos relacionados (A6); une dados relatados pelo paciente aos dados objetivos e conhecimento do enfermeiro (A7); reúne conhecimento técnico científico aos dados coletados (A8).*

Percebe-se que os discentes deste estudo tem um mesmo entendimento sobre o significado do **raciocínio lógico**, quando o caracterizam como uma habilidade que “relaciona os dados do paciente ao dado clínico; reúne dados coletados, reúne o conhecimento aos sinais e sintomas; une dados relatados aos dados objetivos e conhecimento” (A1, A3, A4, A5), podendo-se inferir que associam esta habilidade de PC ao **agrupamento e interpretação dos dados** que permitirão decodificar uma determinada situação clínica em análise, para em seguida elaborar **hipóteses** e, por meio da expressão de outras habilidades tomar a decisão clínica final.

No estudo que originou o modelo teórico do pensamento crítico, o **raciocínio lógico** foi definido pelos discentes como “uma forma de pensar que consiste na percepção imediata de uma situação, no agrupamento e na relação entre os dados relevantes [...] junção de informações com o conhecimento técnico-científico para levantar evidências e para estabelecer sua relação coerente com o diagnóstico de enfermagem” (BITTENCOURT, 2011, p. 154)

O **discernimento** foi uma habilidade identificada por 75% dos discentes, quando elaboraram as hipóteses diagnósticas. Entre as justificativas para a sua utilização nesta etapa tem-se a habilidade de discernimento como: “*útil para fazer o link com a patologia e com o quadro clínico do paciente*” (A1); “*entender, diferenciar, priorizar, analisar dados*” (A2); “*importante para definir os diagnósticos de enfermagem*” (A4); “*com o conhecimento para definir os diagnósticos de enfermagem*” (A5); “*permite ligar casos anteriores aos atuais* (A6); “*usado a partir do conhecimento da patologia*”(A8). **Discernimento** foi definido como “capacidade de julgamento de dados analisados, tendo em vista a tomada de decisão para a definição do diagnóstico de enfermagem prioritário” (BITTENCOURT, 2011, p. 154).

O discente **A2** apresenta uma síntese do seu significado, ao descrever o discernimento como o ato de “entender, diferenciar e analisar” dados. De fato, discernir, no seu sentido literal, remete “à análise e à distinção de algo” (FERREIRA, 2010, p. 257), o que encontra-se também justificado nas demais descrições apresentadas que mencionam a habilidade de discernir relacionada ao conhecimento da situação clínica, ou unicamente da patologia, conforme justifica A8. Associada ao **raciocínio lógico**, o **discernimento** apoia o julgamento dos dados coletados para que ocorra a definição do diagnóstico de enfermagem prioritário, conforme salienta Bittencourt (2011).

No que tange a habilidade de PC **julgamento**, 75% dos discentes a escolheram na etapa de **hipótese diagnóstica**. Entre as descrições que justificam a opção por esta habilidade, destacam-se as seguintes: “*verificar quais diagnósticos de enfermagem se adequam ao paciente (A1)*”; “*avaliar o histórico do paciente (A3)*”; “*conhecer os sinais e sintomas, avaliar e julgar o mais importante (A5)*”; “*aplicar o conhecimento dos anos de formação (A8)*”. Estas impressões indicam que para utilizar a habilidade de PC **julgamento**, é necessário avaliar uma dada situação clínica, conhecer os sinais e sintomas e ao aplicar o conhecimento, o estamos relacionando aos dados que foram previamente coletados e avaliados, o que sugere que, antes de julgar, retoma-se uma síntese da **coleta e da interpretação dos dados**, de modo que seja possível emitir um julgamento, para a consequente tomada de decisão clínica.

A **tomada de decisão clínica** no estudo de Bittencourt (2011) não é definida como uma habilidade de PC do modelo teórico do pensamento crítico, estando ilustrada no modelo em interlocução com as habilidades de PC **julgamento**, **discernimento e raciocínio lógico** no momento em que ocorre transformação das hipóteses diagnósticas em um diagnóstico de enfermagem prioritário.

A avaliação clínica dos pacientes deste estudo evidenciou que **62,5%** dos discentes, identificaram a **tomada de decisão clínica**, ao definirem o diagnóstico de enfermagem prioritário para o seu paciente. Destes que a escolheram, destacam-se as justificativas de **A4** que julga ser importante para “definir o diagnóstico de enfermagem prioritário”; **A6** que descreve que a tomada de decisão clínica “permite escolher os diagnósticos que melhor se encaixam nos sinais e sintomas” e **A5**, que a relaciona à “escolha dos sinais e sintomas para elaborar as condutas”. Destas justificativas, observa-se que alguns discentes, através de suas justificativas,

parecem entender a tomada de decisão clínica como uma ação que, tanto serve para definir um diagnóstico de enfermagem prioritário, com base em sinais e sintomas, quanto para elaborar as condutas, quais sejam as ações de enfermagem.

De fato, o processo de tomada de decisão clínica não é uma ação simples e sua realização depende da interlocução de habilidades interpessoais, técnicas e intelectuais, manifestadas nas habilidades de pensamento crítico apresentadas no modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico de enfermagem.

Tendo em conta as afirmações apresentadas no modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem, conforme a figura 5 (p. 75) e, compreendendo-as como proposições descritas por Bittencourt (2011), concorda-se com a autora que “o modelo teórico do pensamento crítico representa etapas dinâmicas e inter-relacionadas de um processo que se destina a orientar o raciocínio do enfermeiro, na tentativa de compreensão de respostas humanas frente ao adoecimento, ou, aos processos vitais.”

Deste modo, para que esta proposição seja compreendida enquanto parte do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem, salienta-se a necessidade de apresentar aos discentes, durante o processo de formação, desde as primeiras séries, as habilidades de pensamento crítico que permeiam o desenvolvimento do processo diagnóstico em enfermagem.

### 5.3 TESTE

O teste é um momento de verificação das proposições de uma teoria, desenvolvendo-se a partir de um processo sistemático de pesquisa, conforme descreve Meleis (2012). O modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem não apresenta proposições descritas em sua estrutura, entretanto, conforme já apresentado na categoria **descrição**, duas afirmações de Bittencourt (2011) foram identificadas e compreendidas como proposições do modelo teórico do pensamento crítico, pois explicitam a sua finalidade. Depreende-se que essas afirmações (proposições) foram testadas, durante a aplicação do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem na prática clínica e, elucidadas nas sessões de grupos focais, a partir do reconhecimento das habilidades de PC constituintes do modelo teórico do pensamento crítico.

Para a realização do **teste**, Meleis (2012) propõe seis abordagens e apresenta uma lista de princípios (p. 49), que devem ser considerados pelo avaliador para a conveniência do teste. Elegeu-se o **teste da utilidade** como o mais adequado, uma vez que, entre as suas características, propõe testar a habilidade do sujeito (estudante, enfermeiro, administrador ou docente) em lembrar, compreender, avaliar e aplicar uma determinada teoria (MELEIS, 2012). Dentre os princípios listados, para a aplicação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem foram considerados:

- a abrangência da utilidade do modelo teórico para diferentes populações;
- a estrutura filosófica de cuidado à saúde utilizada na estrutura do teste, ou seja, se o cuidado tem enfoque curativo ou preventivo.

A relação destes princípios com a aplicação do Modelo teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem encaminhou a seguinte reflexão:

- **Da abrangência do seu uso:** entende-se que este modelo teórico, ao ser validado para uso no ensino de enfermagem, poderá ser aplicado nos diferentes contextos do ensino do processo diagnóstico em enfermagem, independente da taxonomia a ser utilizada para descrever o diagnóstico de enfermagem, uma vez que o modelo teórico norteia as etapas do processo diagnóstico em enfermagem, não havendo em sua estrutura a recomendação de uma determinada taxonomia.
- **Da estrutura filosófica de cuidado à saúde:** o modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem foi aplicado na prática clínica, desenvolvida em um serviço de atenção terciária, em um hospital geral de referência da região onde a Universidade Feevale está instalada. A instituição de saúde onde se desenvolveu a disciplina de EC 4, não apresenta uma estrutura filosófica clara para o cuidado à saúde. Contudo, as atividades de cuidado de enfermagem destinam-se ao atendimento das necessidades humanas básicas dos indivíduos que procuram este serviço de saúde, para a resolução dos seus problemas. Deste modo, depreende-se que o cuidado de enfermagem esteja orientado a atender o indivíduo e a coletividade de forma holística.

A realização do **teste da utilidade** atende ao objetivo geral do estudo que consiste em **validar o Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem de Bittencourt**.

No léxico **validar**, significa *tornar válido, legitimar, confirmar* (FERREIRA, 2010, p. 772). Contribuindo para o desenvolvimento do corpo de conhecimentos da enfermagem, Chaves, Carvalho e Rossi (2008, p. 514) aludem que “a validação é uma constante preocupação na medição de fenômenos de enfermagem, pela qual são colhidas evidências que estabelecerão o rigor e a autenticidade do fenômeno”. Descrevem que a partir da década de 1990, houve destaque para a realização de estudos de validação de diagnósticos de enfermagem, para os quais foram utilizados métodos específicos, reconhecidos na literatura, a saber: validação de construto, validação de conteúdo, validação clínica (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Semelhante destaque foi conferido ao desenvolvimento dos modelos de cuidado em enfermagem, para os quais não havia na literatura da área a existência de instrumentos que os legitimassem. Esta lacuna foi destacada por Rocha (2008), que propôs a construção de um instrumento para a validação de modelos de cuidado em enfermagem. No que tange a validação de modelos teóricos no contexto da enfermagem brasileira, identificou-se um estudo desenvolvido por Souza e Silva (2011), que validaram um modelo teórico de apoio a pessoas com tuberculose, por meio do método de validação comunicativa<sup>14</sup>, desenvolvida a partir dos relatos das vivências dos pacientes com tuberculose.

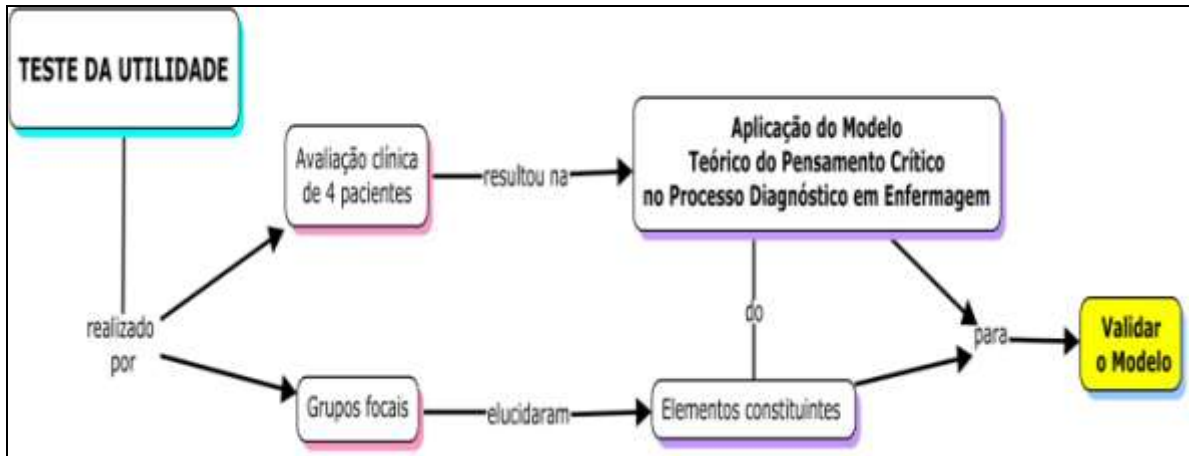
Em atenção ao que recomenda Meleis (2012) sobre a etapa do **teste**, este deve ser realizado a partir de um processo sistemático de pesquisa, que neste estudo iniciou com a avaliação clínica dos pacientes, seguida da aplicação do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem e da realização dos grupos focais (figura 7), que constituíram etapas necessárias para que o objetivo principal desta pesquisa fosse atingido.

---

<sup>14</sup>Validação comunicativa é descrita como um método de validação de relatos originados das entrevistas realizadas nas pesquisas qualitativas, em que o conteúdo é devolvido aos sujeitos do estudo, que elaboram estruturas para relacionar os seus relatos aos temas complexos de interesse do pesquisador (FLICK, 2009).



**Figura 7- Etapas da pesquisa utilizadas no teste da utilidade para Validação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem de Bittencourt**



Fonte: Autora.

### 5.3.1 Validação do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico de enfermagem na prática clínica

A validação do modelo teórico do pensamento crítico ocorreu no terceiro e quarto momentos da coleta de dados desta pesquisa, por meio dos seguintes passos: iniciou com a avaliação clínica dos pacientes no ambiente real e consequente preenchimento do instrumento norteador da coleta de dados clínicos (Apêndice A). A seguir, os discentes demonstraram a expressão das habilidades de PC no processo diagnóstico em enfermagem (Apêndice B) e realizaram a elaboração manual dos mapas conceituais. A validação finalizou com a realização dos grupos focais, visando a discussão dos dados originados da aplicação do modelo teórico do pensamento crítico no ensino da prática clínica enfermagem.

Para elucidar junto aos discentes alguns aspectos contraditórios da manifestação das habilidades de PC no processo diagnóstico em enfermagem, inicialmente identificados durante a coleta de dados, realizou-se a discussão dessas habilidades no segundo e terceiro encontros de grupo focal. Na segunda sessão do grupo focal, a pesquisadora apresentou aos discentes as definições de cada habilidade de PC, descritas por Bittencourt e Crossetti (2013). Esta atividade foi necessária para proceder à etapa de revisão dos mapas conceituais elaborados e descrição das habilidades de PC utilizadas para realizar o processo diagnóstico em enfermagem.

Após a explanação, os discentes receberam seus mapas conceituais para revisão das habilidades elencadas, sendo concedido um tempo de 20 minutos, para esta atividade. Os discentes realizaram modificações nos desenhos dos mapas conceituais e incluíram, ou excluíram alguma habilidade de PC no processo diagnóstico em enfermagem, ilustrados nos mapas confeccionados. Ao término desta atividade foi iniciada a discussão que elucidou o uso das habilidades de PC pelos discentes, a partir da aplicação do modelo teórico do pensamento crítico.

A discussão dos resultados do processo de validação do modelo teórico será guiada pelos relatos originados nos grupos focais, com a apresentação e análise dos mapas conceituais, desenvolvidos no software *Cmap Tools*, que refletem com fidedignidade os mapas conceituais elaborados manualmente pelos discentes. As habilidades de PC serão apresentadas seguindo a mesma sequência de ilustração do modelo teórico do pensamento crítico. As habilidades de PC foram discutidas pelos discentes a partir da questão propulsora: **quais elementos conceituais vocês entendem necessários para o processo de diagnóstico em enfermagem?**

### 5.3.1.1 Análise

A habilidade de PC **análise** foi elencada por 87,5% dos discentes, como constituinte da **coleta de dados** no processo diagnóstico em enfermagem e por 75%, na **interpretação e coleta dos dados**. O uso desta habilidade de PC foi confirmado pelos discentes, nas etapas iniciais do processo diagnóstico, durante as discussões do segundo grupo focal. Assim, o uso da **análise** foi destacado pela maioria dos discentes na coleta e na interpretação dos dados.

Na **coleta de dados** a gente utiliza mais. **A4**

Na **avaliação** desta coleta. É a análise de um todo **A7**

Também utilizamos na **coleta de dados**. **A5**

Na **interpretação dos dados**, para elaborar o diagnóstico de enfermagem. Sem ela não vamos ter o diagnóstico. **A1**

A análise é a **chave de tudo!** Vais ter as informações, terás **conversado com o paciente**, então você analisa as informações e vem o diagnóstico de enfermagem. **A6**

**(Grupo Focal 2 – 27/11/2014)**

Inicialmente identificada no instrumento de coleta de dados (apêndice B, a **análise** foi reconhecida como uma habilidade de PC presente na coleta e na interpretação e agrupamento dos dados, duas importantes etapas do processo diagnóstico em enfermagem, descrito no modelo teórico do pensamento crítico de Bittencourt. Os relatos demonstram certeza da presença desta importante habilidade para coletar os dados, agrupá-los e interpretá-los visando a escolha do diagnóstico de enfermagem.

Cabe destacar o relato de **A6**, quando afirma ser a análise a “*chave de tudo*”, denotando uma compreensão que, ao realizar a análise, esta possibilita uma “abertura” do processo de pensamento, portanto essencial para dar sequência ao processo diagnóstico em enfermagem. Esta discussão foi complementada pelas impressões de outros discentes, ao compreenderem que a habilidade de PC **análise** tem o propósito de unir os dados ao conhecimento e também proporcionar uma visão ampliada do enfermeiro, referida por **A7** como a **análise de um todo**, e que contribui para o desenvolvimento do processo de pensamento, que culminará com a tomada de decisão clínica. Assim, complementam em seus relatos que:

A análise é onde tu vais reunir os dados coletados e juntar com o conhecimento, analisar. **(A4)**

É ampliar mais a tua visão, o teu pensamento. Assim, nós vamos chegar ao diagnóstico certo. **(A3)**

É reunir o que o paciente te refere com o que tu tens escrito. **(A5)**

**(Grupo Focal 2 – 27/11/2014)**

Esta habilidade de PC está presente em duas etapas do processo diagnóstico em enfermagem, conforme ilustrado no modelo teórico do pensamento crítico, sendo necessária na coleta de dados e na interpretação e agrupamento dos dados. No estudo desenvolvido por Scheffer e Rubinfeld (2000), a **análise** foi definida como “separação ou fragmentação de um todo em partes para a descoberta da natureza, do funcionamento e das relações”. Na elaboração do modelo teórico do pensamento crítico, Bittencourt (2011) avaliou as compreensões de 7 discentes de enfermagem em relação a esta habilidade, obtendo do conjunto de informações, a seguinte definição para esta habilidade (p. 154):

Consiste numa investigação e avaliação de aspectos biopsicossociais para se compreender uma situação de forma holística. Apresenta como características, a separação, o agrupamento de dados em subgrupos e a relação entre eles para identificar o diagnóstico de enfermagem (2011, p. 154).

Em acordo com a definição descrita por Bittencourt (2011), os discentes deste estudo complementaram:

É verificar o que realmente o paciente está necessitando, o que está faltando e o que está falhando no tratamento, no cuidado, para que a gente tenha uma ação. (A5)

Tu vais avaliar o primeiro o paciente e identificar os problemas por ele apresentado. (A4)

Tu vais focar primeiro o que o paciente está te apresentando como problema maior dele. (A7)

O problema principal e que tu pode atuar, por que nem sempre é assim. Por exemplo, o paciente interna por um problema, mas a enfermagem vai atuar para prevenir a ulcera por pressão, onde vai concentrar os maiores cuidados. (A6)

**(Grupo focal 2 - 27/11/2014).**

Denota-se dos relatos de **A5, A7, A4 e A6** certa diferença de como utilizam a **análise** para avaliar os pacientes. Percebe-se que **A5 e A7** utilizam a habilidade de análise de modo que a coleta de dados estejam mais centrados no problema principal do paciente, possivelmente da queixa principal, ou do diagnóstico médico apresentado pelo paciente. Esta impressão parece estar confirmada ao analisarmos a ilustração do mapa conceitual de **A7** (figura 10), em que a decisão do diagnóstico de enfermagem prioritário foi realizada a partir da queixa principal do paciente. Por sua vez, conforme os relatos de **A4 e A6**, a habilidade de análise é utilizada para avaliar o todo, agrupar as informações, separá-las para, então elencar as prioridades do paciente. É possível perceber estas características no mapa conceitual desenvolvido por **A4** (figura 13).

A avaliação clínica de um paciente é constante, inicia na admissão e se desenvolve durante o período de permanência do paciente na instituição de saúde e orientada pela forma como realiza-se a coleta dos dados, bem como pelo foco que guia a elaboração das questões. Alfaro-Lefevre (2014) sugere três maneiras de investigar os dados:

- Investigação na base de dados: é mais abrangente e obtida no contato inicial.

- Investigação focalizada: orientada para a coleta de dados de um estado específico do paciente.
- Investigação prioritária rápida: são coletas de dados curtas, focalizadas e que priorizam as informações mais importantes.

Independente do modo como realizamos a coleta dos dados, o uso da habilidade de PC **análise** é fundamental para interpretá-los e estabelecer o diagnóstico de enfermagem e o planejamento do cuidado, que o enfermeiro julga ser o mais importante, para o seu paciente, no momento da avaliação. Confirma-se a **análise** como uma habilidade constituinte das etapas iniciais do processo diagnóstico em enfermagem, mas acredita-se que cada pessoa utilizará esta habilidade associada ao padrão de conhecimentos e a sua experiência clínica.

Deste modo, embora durante a avaliação clínica, nem todos os discentes tenham elencado a **análise** como uma habilidade de PC presente nas etapas que iniciam o processo diagnóstico em enfermagem, após a explicação inicial das definições das habilidades de PC que se encaminhou para a discussão da questão propulsora do segundo grupo focal, todos os discentes a incluíram em seus mapas conceituais, conforme se observam nas figuras 7 a 14, apresentados ao final desta discussão.

#### *5.3.1.2 Aplicação de padrões*

A aplicação de padrões também foi identificada e justificada nos instrumentos de coleta de dados na avaliação clínica do paciente. Contudo, o uso desta habilidade apresentou certa contradição, uma vez que foi identificada por 75% dos discentes na **coleta de dados** e por 50%, na **interpretação e agrupamento dos dados**. Em acordo com o modelo teórico do pensamento crítico, esta habilidade de PC está presente nas duas etapas citadas e reflete a aplicação de padrões de conhecimento originados na literatura para apoiar a análise dos dados subjetivos e objetivos.

Após o esclarecimento desta habilidade de PC pela pesquisadora e a revisão dos mapas conceituais pelos discentes, os que não haviam incluído esta habilidade como inerente às etapas iniciais do processo diagnóstico em enfermagem, a incluíram e, a seguir a descreveram nos grupos focais com suas impressões sobre a importância desta habilidade para o processo diagnóstico em enfermagem.

É o que a gente aplica a todos, por exemplo, o respeito ao paciente, os valores éticos. (A6)

É a ética, o conhecimento científico e as técnicas. (A4)

Seria o que já conhecemos de padrões, por exemplo o conhecimento científico, as técnicas que utilizamos. (A1)

Eu coloquei como conhecimento científico, comunicação, ética e relacionamento interpessoal. (A5)

Entra o que o paciente relatou, a tua coleta de dados e o conhecimento que tu tens dos sinais e sintomas que ele apresenta. (A7)

Eu não tinha marcado. Mas agora entendi! Concordo com a ética; também é reunir as informações do paciente e do prontuário com o conhecimento (A2)

Quando a gente realiza uma avaliação no paciente, tem que existir a ética, por que muitas vezes terá mais de um paciente no quarto e tu estás avaliando o outro, mas não vai expor o quadro clínico do paciente. Então sempre saber como falar, como fazer as perguntas e tentar expor o mínimo o paciente. Eu acredito que é importante. (A7)

#### **Grupo Focal 2 (27/11/2014)**

**Aplicar padrões** é fundamental nas etapas iniciais do processo diagnóstico em enfermagem, uma vez reúne os padrões de conhecimento necessários para que a coleta de dados seja eficiente e completa. Associada à análise, na coleta de dados, assegura uma coerência na interpretação e no agrupamento dos dados para conduzir à elaboração de hipóteses diagnósticas. Alude Bittencourt (2011, p. 159) que a aplicação de padrões:

[...] auxilia o enfermeiro no julgamento dos dados, tendo em vista que no levantamento dos dados, identificam-se todas as informações importantes e, para agrupá-las, faz-se necessário o conhecimento de padrões estabelecidos pela literatura para avaliar os dados alterados ou dentro da normalidade.

Outro padrão de conhecimento lembrado por A7 é a ética, que descreve a sua importância na relação interpessoal do enfermeiro com o paciente, no momento em que ocorre a entrevista, devendo ser considerado o respeito a sua privacidade durante a avaliação clínica.

A comunicação também foi destacada pelo mesmo discente ao descrever que é importante “**sempre saber como falar**”. A comunicação verbal e não verbal são parte da habilidade de relacionamento interpessoal que o enfermeiro deve possuir e na descrição de Domingues et al. (2010) é determinante para o sucesso, não

apenas da coleta dos dados, mas para as demais fases do processo de enfermagem. As habilidades técnicas representadas pela técnica da realização da anamnese e pela propedêutica do exame físico são, igualmente, relevantes no desenvolvimento do processo diagnóstico em enfermagem. Assim, a junção das habilidades técnicas às habilidades interpessoais, conduz à realização da coleta de dados consistente e não superficial. Os discentes **A5**, **A6** e **A3** destacam a realização da anamnese e do exame físico e descrevem exemplos de manifestações clínicas que, para serem elucidadas, requerem, além da habilidade técnica, a habilidade de comunicação do enfermeiro, tanto para coletar, quanto para interpretar os dados.

Se o paciente entrou por dispneia, às vezes não temos outras informações prévias para avaliar. Então, o que levou o paciente a ter esta dispneia? Isso tu tens que investigar através da anamnese e do exame físico do paciente. (A5)

Pela entrevista com o paciente e pelo exame físico. (A6)

Outro exemplo: uma taquicardia, mas o paciente relata como uma angústia, um aperto. Mas quando tu avalias e tu perguntas, na verdade o paciente tem taquicardia e isso a gente precisa saber decifrar. (A3)

#### **Grupo Focal 2 (27/11/2014)**

**A3** qualifica a interpretação dos dados com a expressão “**saber decifrar**”, o que remete à realização da análise de uma situação, apoiada nas habilidades interpessoais e de conhecimentos técnico-científicos das disciplinas básicas como patologia e fisiologia. Por exemplo, ao avaliar um paciente que relata taquicardia, imediatamente o enfermeiro irá reunir outros dados para avaliar a causa da manifestação desta alteração de sinal vital. Ao reunir o dado objetivo *taquicardia* ao relato de *angústia* do paciente, conforme o exemplo de A3 denota-se a importância do enfermeiro perceber a necessidade de coletar outras informações e interpretá-las para definir uma tomada de decisão clínica.

O **conhecimento científico**, no modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem é apresentado junto à **experiência clínica**, ambos apoiando as demais habilidades de PC, distribuídas nas etapas do processo diagnóstico em enfermagem. Bittencourt (2011) descreve estas duas habilidades como pilares no processo diagnóstico em enfermagem. Os discentes **A5** e **A7**

ênfatizam a sua importância ao relatarem no seguimento da discussão que para a avaliação de um paciente:

Deve ter um embasamento científico. **(A7)**

Sem conhecimento científico não se faz nada! Quando vou avaliar um paciente, tem coisas que se eu tenho dúvidas, eu terei que ler, pesquisar em artigos, estudos. Sem um conhecimento técnico e científico, tu não vais conseguir fazer a avaliação correta. Por exemplo, não adianta tu dizer que ‘o paciente está com dor’, mas a dor tem origem onde? Por que ela acontece? **(A5)**

**(Grupo focal 2, 27/11/2014)**

O conhecimento científico é originado da literatura e o conhecimento técnico-científico é compreendido como aquele aplicado na prática. A compreensão de **A5** acerca da importância do conhecimento científico, associando-o à aplicação de padrões encontra-se ancorada na percepção de Bittencourt (2011, p. 140), ao afirmar que a aplicação de padrões “[...] consiste na utilização de um conhecimento pré-determinado por pesquisas científicas para julgamento de uma situação clínica com base na comparação de dados observados com informações concernentes da literatura”.

A percepção dos discentes sobre a habilidade **aplicação de padrões** confirma o reconhecimento desta habilidade de PC como relevante durante a avaliação do paciente. Presume-se que o fato de não a terem elencado como parte integrante do modelo teórico na realização da avaliação clínica, deva-se ao fato de que, inicialmente, não havia a compreensão de parte dos discentes, em relação ao significado deste termo e a sua finalidade no modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. Nos mapas conceituais dos discentes, a habilidade **aplicação de padrões** está presente na primeira, ou, na segunda etapa do processo diagnóstico em enfermagem.

### *5.3.1.3 Raciocínio lógico*

O **raciocínio lógico** é descrito por Bittencourt (2011, p. 155) como uma “forma de pensar que consiste na percepção imediata de uma situação, no agrupamento e na relação entre dados relevantes”. No modelo teórico do pensamento crítico, esta habilidade de PC está presente em dois momentos do processo diagnóstico em enfermagem: **interpretação e agrupamento de dados** e



**hipóteses diagnósticas.** Na primeira etapa, o **raciocínio lógico** desenvolve-se a partir de uma dada situação clínica que tem seus dados subjetivos e objetivos analisados, a seguir interpretados pela aplicação de padrões.

Na etapa seguinte, da identificação das hipóteses diagnósticas, o **raciocínio lógico** tem sua expressão associada ao julgamento, ao discernimento e à tomada de decisão. Depreende-se que nesta etapa, o **raciocínio lógico** exerce a sua expressão para reunir os dados e priorizá-los, visando o discernimento e a tomada de decisão clínica. Observou-se que na aplicação do modelo teórico na prática clínica, esta habilidade apresentou 100% de frequência na segunda etapa do processo diagnóstico e, na fase seguinte, 62,5% a reconheceram como elemento constituinte. Para esclarecer esta divergência observada nos resultados originados dos instrumentos de avaliação clínica, discutiu-se nos grupos focais, como os discentes compreendem e identificam o **raciocínio lógico** no processo diagnóstico em enfermagem.

Eu acho que envolve um processo em que, primeiro avalia o paciente e identifica os problemas por ele apresentados. A partir daí, tu elaboras o raciocínio, com o apoio do exame físico, da anamnese, o conhecimento que tu tens e a experiência. (A4)

A gente coleta os dados e já pensa! Na verdade ele [o pensamento] é único, não fragmenta: eu vou coletar, agora vou pensar e analisar. Então tu pensa: o problema do paciente é este, então a partir desta identificação, começa a fazer um raciocínio, com todas as outras questões associadas. (A1)

É, por exemplo, se um paciente tem insuficiência renal, se está todo edemaciado, então tu já vê um diagnóstico de enfermagem para esse problema. (A7)

Se eu tenho um paciente que tem que deambular, pergunto “ele pode”? Tem como? Tenho funcionário para acompanhá-lo na deambulação? (A3)

É verificar o que realmente o paciente está necessitando. Se o paciente tem uma determinada patologia, então tu vais focar nela: o paciente tem diabetes, deve ter uma alimentação adequada, então tu deves dar orientações. Mas tu pensa: será que ele irá conseguir manter o tratamento. (A5)

**(Grupo Focal 2, 27/11/2014)**

Percebe-se que a habilidade de PC nominada **raciocínio lógico** é reconhecida pelos discentes, que relatam sua manifestação ainda no processo de coleta dos dados, quando ocorre a união dos dados objetivos aos subjetivos e sua relação com os sinais e sintomas identificados no paciente, parecendo desenvolver-se num processo dinâmico, concomitante às demais habilidades. Esta impressão é exemplificada pelo relato de **A1** que entende o pensamento, no processo

diagnóstico em enfermagem, como algo não fragmentado que, na medida em que os dados são coletados, também sofrem um processo analítico, seguindo-se o desenvolvimento do raciocínio lógico.

Outro exemplo descrito por A7 associa à uma patologia, um dado, um sinal que pode estar associado a ela e que poderá conduzir a um diagnóstico de enfermagem específico. Nesta situação exemplificada, o enfermeiro necessita ter um consistente conhecimento sobre a patologia descrita, para reunir outros dados clínicos além da manifestação do edema, para que o raciocínio lógico seja indutivo e possibilite a tomada de decisão clínica mais acurada.

Ao discorrer sobre esta habilidade de PC Bittencourt (2011), salienta que diante da percepção imediata de uma situação clínica, a análise, a relação e a compreensão dos dados e da sequência dos acontecimentos que resultaram na situação em análise, possibilita que o raciocínio se desenvolva com coerência para a compreensão das manifestações clínicas. Os relatos de quatro discentes demonstram este entendimento em relação ao **raciocínio lógico** no processo diagnóstico em enfermagem.

A partir do momento que tu vais fazendo a coleta, tu comesças a analisar e a criar uma hipótese. (A3)

É que é tão rápido que a gente acha que pode pular direto. (A1)

Quando vai coletando, já vai pensando. (A7)

Eu uso a partir do conhecimento que eu tenho da patologia. Quanto mais conhecimento eu tiver da patologia, somada a minha experiência, mais eu consigo validar um diagnóstico. (A8)

**(Grupo Focal 2, 27/11/2014)**

Lunney (2011b) afirma que as habilidades de análise, discernimento e aplicação de padrões estão intimamente envolvidas com o **raciocínio lógico** na elaboração dos diagnósticos de enfermagem. Estas habilidades parecem associadas quando **A3**, **A1**, **A7** e **A8** relatam como entendem o uso da habilidade de PC **raciocínio lógico**, no desenvolvimento do processo diagnóstico em enfermagem.

Nos relatos de **A5** e **A7** (Grupo Focal 2, p.104) demonstra-se o desenvolvimento do **raciocínio lógico** mediado pela identificação da patologia do paciente. Para **A5** a partir da patologia já é possível pensar nas orientações

necessárias para o paciente com diagnóstico de diabetes *mellitus*. Presume-se que **A5**, ao utilizar a habilidade de **raciocínio lógico**, inicia o seu processo de pensamento norteado pelos sinais e sintomas relacionados à doença e manifestados pelos pacientes e os reúne aos dados que está coletando, para a seguir interpretá-los e definir um diagnóstico de enfermagem que oriente o planejamento do cuidado. Esta percepção de **A5** é corroborada por Bittencourt (2011), que acrescenta a importância do **raciocínio lógico** quando o enfermeiro pensa na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), em como prover o cuidado e quais resultados quer atingir. Embora o conhecimento sobre fisiopatologia seja necessário para interpretar os sinais e sintomas dos pacientes, em relação às suas necessidades fisiológicas, para realizar o julgamento das respostas humanas, deve ser associado o conhecimento específico e amplo da enfermagem, conforme alude Bittencourt (2011).

Depreende-se que o conhecimento específico e amplo da enfermagem, ao que se refere Bittencourt, contemple aqueles relacionados aos aspectos psicossociais e espirituais do paciente, cujos dados serão possíveis de coleta, ao associarmos a habilidade de PC **perspectiva contextual**.

#### *5.3.1.4 Perspectiva contextual*

A perspectiva contextual não apresentou claro entendimento pelos discentes, ao aplicarem o instrumento de avaliação aos pacientes, pois foi elencada por 62,5% do grupo. A definição desta habilidade foi apresentada no segundo grupo focal, quando aos discentes foi questionada a escolha desta habilidade e sua relação com o processo diagnóstico em enfermagem. Alguns discentes manifestaram não tê-la entendido, o que justifica não terem optado por incluí-la naquele momento.

Eu não entendi o que era. (A2)

Eu não sabia o que era. (A3)

Eu utilizei para entender a situação atual do paciente, o que o levou à internação, sua condição de saúde. (A6)

Também utilizei para entender melhor o quadro clínico do paciente. (A1)

Eu descrevi que colabora na coleta de dados para entender a parte cultural, social do paciente. (A4)

**(Grupo Focal 2, 27/11/2014)**

Percepções semelhantes às citadas por **A6, A1 e A4** foram identificadas por Bittencourt (2011) na análise dos relatos dos discentes que compuseram a amostra do seu estudo na Paraíba. A autora descreve que a perspectiva contextual orienta a uma compreensão geral do ser humano, devendo ser considerada a sua inserção no ambiente social, familiar e físico, proporcionando uma interpretação ampla dos dados coletados, permitindo a elaboração do diagnóstico de enfermagem com acurácia e relacionado aos reais problemas do paciente.

Esta habilidade de PC apresenta-se definida como “visão de uma situação clínica como um todo, tendo em vista a necessidade de uma análise holística com base no conhecimento de aspectos biopsicossociais que envolvem o ser humano para a determinação de diagnósticos de enfermagem” (BITTENCOURT, 2011, p. 155). Ao encontro desta definição que indica a **análise holística do paciente**, os três discentes que a citam, justificaram que serviu para conhecer a condição de saúde do paciente e os aspectos de sua vida social e cultural. Ao elencarem esta habilidade de PC na avaliação do paciente, presume-se que os discentes A6, A1 e A4 valorizam, na coleta de dados, outras informações colaborativas para a identificação das causas dos problemas de saúde do paciente, o que sugere que não realizam o processo diagnóstico em enfermagem com enfoque na patologia, mas, a partir dos dados identificados, agrupados e interpretados.

### *5.3.1.5 Conhecimento sobre o paciente*

Esta habilidade de PC foi elencada pela maioria dos discentes na aplicação do modelo teórico do pensamento crítico e, as justificativas do seu uso, conforme apresentado na discussão do tema **habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem**, sugerem que os discentes a entendem como uma habilidade em que há somente a coleta de dados subjetivos. Visando o esclarecimento, no grupo focal foi questionado aos discentes, o que significava esta habilidade e qual a sua importância no processo diagnóstico em enfermagem.

Eu coloquei a respeito do histórico dele, do tempo em que os sinais e sintomas são apresentados e o que ele conhece do tratamento, se ele consegue perceber a patologia. (A5)

É uma habilidade bem importante para que tu consigas fazer o diagnóstico. (A1)

O conhecimento do paciente é bem importante por que tu vai chegar no paciente, vai conversar com ele que vai dizer “estou com dor em tal lugar”. Então tu vai conseguir focar mais por que o paciente sabe o que está sentindo e você foca a tua avaliação, no que o paciente disse. (A7)

É o conhecimento que ele tem da doença. (A4)

Então eu tenho que saber que alguma coisa está errada. E o conhecimento dele conseguir identificar algo que está errado nos ajuda. (A5)

E com o próprio paciente você avalia o que ele relata. (A4)

**(Grupo Focal 2, 27/11/2014)**

Os relatos sugerem a importância conferida a esta habilidade e a valorização dos discentes ao que é, primeiramente, relatado, compreendido pelo paciente sobre a sua doença, a partir das informações obtidas na coleta de dados. Este conhecimento que o paciente apresenta sobre a sua patologia, ou queixa principal, de certo modo, orienta a coleta de dados objetiva, o exame físico que realizam com enfoque no problema principal, reconhecido pelo paciente. É percebida certa aproximação dos relatos, com a definição de Bittencourt (2011, p. 155), para esta habilidade:

Conhecimento do paciente se refere a um conjunto de características específicas sobre um paciente, o que envolve seus aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Consiste na avaliação de dados objetivos, subjetivos e históricos para determinarem-se diagnósticos de enfermagem específicos para cada situação clínica.

Na coleta de dados, primeira etapa do processo diagnóstico em enfermagem, é fundamental **conhecer o paciente** no que se refere aos seus antecedentes clínicos, problemas atuais de saúde e, ainda, reconhecer seus hábitos de vida e o contexto social em que vive o paciente. Estas informações são coletadas a partir do relato verbal do paciente, ou do seu acompanhante e podem ser complementadas por outras informações do seu prontuário, quando há estes registros.

Embora no início deste grupo focal, tenha havido o esclarecimento da definição da habilidade **conhecimento sobre o paciente**, os discentes mantiveram suas compreensões com enfoque no conhecimento que o paciente tem sobre a sua saúde, ou seja, conhecimento do paciente significa como ele entende e consegue expressar a sua situação de saúde e doença, um enfoque nos dados subjetivos. Ao serem questionados se a utilizariam para o processo diagnóstico em um paciente

impossibilitado de expressar verbalmente o seu conhecimento, seis discentes manifestaram que não a utilizariam, justificando seu uso na aplicação do modelo, porque o paciente tinha condições de verbalização.

Eu usei por que o paciente estava falando, não era um paciente intubado, ou inconsciente. (A8)

Eu também usei no meu paciente. Por que fica bem difícil analisar o prontuário e na prática, a gente percebe que o familiar, o acompanhante que está lá não sabe o que o paciente tem, não sabe há quanto tempo tem a doença, não sabe qual medicamento o paciente está usando. (A5)

Então não daria para usar o conhecimento do paciente. (A7)

No que eu coletei, o paciente parecia não saber seu diagnóstico, então tem a questão de como tu vais coletar os dados, de ter esse cuidado. (A1)

Eu só não manteria o conhecimento do paciente se estivesse sem acompanhante e não verbalizasse, por exemplo. (A6)

Por que quando o paciente não fala, muitas vezes é o nosso caso, no meu horário, não tem contato com o familiar então não consigo usar o conhecimento do paciente. (A3)

#### **Grupo focal 2 (27/11/2014)**

Os discentes reconhecem a importância do **conhecimento sobre o paciente** na etapa da coleta de dados, entretanto, presume-se que a opção em não utilizar esta habilidade de PC na coleta de dados, relaciona-se ao critério de exclusão: qualquer paciente impossibilitado de comunicar-se verbalmente e que esteja sem acompanhante. Depreende-se, portanto, que os discentes não relacionam o **conhecimento sobre o paciente** à coleta de dados objetivos, pela realização do exame físico, ou por dados complementares do seu prontuário.

Na ilustração dos mapas conceituais, o uso desta habilidade foi descrito em sete mapas, confirmando o dado inicialmente coletado na aplicação do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem.

#### *5.3.1.6 Experiência*

A experiência é uma habilidade que permeia todo o processo diagnóstico em enfermagem, conforme ilustrado na estrutura do Modelo Teórico do Pensamento Crítico. A experiência foi uma habilidade destacada pelos discentes nos encontros

de grupo focal 2 e 3. Quando questionados sobre esta habilidade e qual sua importância na realização do processo diagnóstico em enfermagem, responderam:

A experiência é importante também. Ao relacionar as tuas experiências o que já viu das patologias na sala de aula e a própria prática, então começa a aplicar o Processo de Enfermagem. (A6)

A experiência e a visão do todo. (A2)

A gente começa a desenvolver a experiência a partir do momento em que vamos a campo de estágio, quando começamos a avaliar os pacientes. (A4)

É, começa a ficar mais claro na prática. (A2)

Com a vivência acadêmica, muda o pensamento. Lá tu não pensava, vamos supor, paciente com edema, o que pode ser? Hoje, tu vê os sintomas, começa a criar as hipóteses. É diferente lá no 5º semestre. (A4)

Nós que não tínhamos a vivência do ambiente hospitalar, de ter aquele contato direto com o paciente, bah! Sem ter a vivência do campo de estágio, fica difícil. (A5)

**Grupo focal 2 (27/11/2014)**

A discussão apresentada retrata a relação que os discentes fazem da experiência com a imersão em campo de estágio para desenvolver a tomada de decisão. Esta impressão é descrita, especialmente, quando mencionam as dificuldades anteriores para validar um diagnóstico de enfermagem nos campos de estágio.

Lá no 5º semestre, ao descobrir que não conseguia validar um diagnóstico, que faltava dado, voltava lá no quarto, encontrava a mesma coisa. Hoje é tudo mais objetivo e tu já vais "linkando" as coisas. (A6)

Já sabemos o que temos que coletar. (A7)

Com a visualização do paciente é diferente de só ter a teoria. (A2)

Sabemos o que tem relevância, até pela questão de tempo, de organizar. Com a experiência que a gente vai moldando a nossa forma de pensar e vai ficando mais fácil, mais objetivo. (A6)

Ah... melhorou muito! Eu tenho uma visão mais ampla para o diagnóstico. Validar qual é o problema do paciente, acho que isso é importante. Lá no 5º a gente validava qualquer um, agora não. (A8)

A gente validava qualquer um que desse para validar, sem ser prioritário. (A1)

Com a prática, a vivência eu consegui entender melhor e realizar todo o processo de enfermagem. O fato de tu estar na realidade, de saber que para determinado paciente, tal diagnóstico de enfermagem é o prioritário, ficou mais tranquilo com a experiência. (A4)

**Grupo focal 2 (27/11/2014)**

Estes discentes concordam que, à medida que avançam nas etapas de seu currículo na graduação em Enfermagem, reúnem conhecimentos à experiência e, estas duas habilidades de PC contribuem para o desenvolvimento do processo diagnóstico em enfermagem e consequente definição do diagnóstico de enfermagem prioritário. Em síntese, “*validar o problema do paciente (A8), saber o que é relevante (A6), o que tem que coletar (A7)*” e o fato de “*estar na realidade (A4)*”, indica a preocupação dos discentes com a coleta de dados, visando a validação do diagnóstico de enfermagem para o paciente que obtém clareza, quando realizada no ambiente real de cuidado.

De fato, a experiência clínica é moldada a partir das vivências obtidas em situações semelhantes e, no caso dos discentes, no que é vivenciado na prática, no ambiente real de cuidado. A experiência orienta o profissional na coleta dos dados e na sua interpretação, seja pelo reconhecimento de sinais e sintomas, ou do possível desfecho clínico do paciente, sendo relevante associar a esta experiência, o conhecimento técnico-científico para sustentar o julgamento, a tomada de decisão clínica e o planejamento dos cuidados de enfermagem. Esta associação é ratificada em um estudo realizado por Crossetti et al. (2014, p. 57) em que a experiência clínica e o conhecimento técnico-científico são reconhecidos como “essenciais e complementares para a definição das ações de cuidado dos pacientes”.

#### *5.3.1.7 Discernimento, julgamento e tomada de decisão*

A discussão das habilidades **discernimento, julgamento e tomada de decisão** será apresentada na mesma sequência, na qual se apresentam na etapa das **hipóteses diagnósticas**. O **discernimento** foi uma habilidade escolhida por 75% dos discentes ao aplicarem o modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem na prática clínica. Na segunda sessão de grupo focal, a discussão sobre o uso desta habilidade de PC confirmou as justificativas descritas previamente pelos discentes.

Com o discernimento é possível entender, diferenciar, priorizar os dados.  
(A2)

A partir do discernimento, tu vais conseguir validar os teus diagnósticos.  
(A4)

Na parte das hipóteses, consegues elencar os teus diagnósticos. (A1)



É o que tiver mais relevância naquele caso. (A4)

É a capacidade de diferenciar o que é de uma determinada patologia, ou que tem relação a um determinado problema e não a outro. (A1)

É o que pode ser a causa do problema devido a uma patologia. (A5)

#### Grupo focal 2 (27/11/2014)

De acordo com a definição descrita por Bittencourt (2011, p. 155), **discernimento** é “a capacidade de julgamento de dados observados, tendo em vista a tomada de decisão quanto ao diagnóstico de enfermagem prioritário”. Na avaliação de uma situação clínica, faz-se importante reunir os dados coletados, analisá-los e interpretá-los. Constata-se, a partir da opinião dos discentes, que a escolha entre um diagnóstico de enfermagem e outro, está norteada pelo conhecimento que apresentam em relação à patologia e às manifestações clínicas apresentadas pelo paciente e, ao analisarem as diferenças dos dados coletados, utilizam o **discernimento** para a definição do diagnóstico de enfermagem prioritário.

Constatou-se na aplicação do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem, na discussão da segunda sessão de grupo focal e em seis mapas conceituais, o reconhecimento dos discentes em relação ao uso da habilidade de PC **discernimento**, para definir o diagnóstico de enfermagem prioritário.

No modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem, o **discernimento** ocorre associado ao **raciocínio lógico** e para conduzir um julgamento e, na sequência, à tomada de decisão visando a definição do diagnóstico de enfermagem prioritário. O **julgamento e a tomada de decisão** não são habilidades de PC definidas no estudo de Bittencourt (2011), mas resultam do uso das demais habilidades de PC, constituintes do modelo teórico do pensamento crítico para desenvolver o processo diagnóstico em enfermagem.

Na sequência das discussões do segundo grupo focal houve a manifestação dos discentes **A1 e A5** em relação ao julgamento e sua relação com a tomada de decisão clínica.

Na tomada de decisão, o julgamento está incluído, mas o contrário não. Eu analiso, julgo, mas a tomada de decisão tem relação com o que vou priorizar. (A1)

Tu faz a tomada de decisão a partir do julgamento. (A5)

#### Grupo focal 2 (27/11/2014)

Entendem os discentes que para tomar decisões é necessário, inicialmente, realizar um julgamento, ou seja, a definição do diagnóstico de enfermagem prioritário resulta do julgamento e, presume-se pelos relatos, que está implícita a compreensão dos demais discentes quanto a esta habilidade no processo diagnóstico em enfermagem realizado com os pacientes avaliados na prática clínica.

#### *5.3.1.8 O processo diagnóstico em enfermagem na ótica dos discentes*

Como parte deste processo de validação, a análise dos mapas conceituais elaborados pelos alunos em relação aos casos clínicos avaliados, demonstrou como as habilidades de PC foram identificadas e utilizadas por eles. O uso de mapas conceituais é reconhecido como uma estratégia de ensino-aprendizagem na enfermagem, pois permite visualizar o que e como o estudante aprende, além de promover o desenvolvimento das suas habilidades de pensamento crítico (WEILLIE et al., 2013; HARRISON; GIBBONS, 2013).

O mapeamento conceitual (MC) é uma estratégia de ensino que pode ser utilizada para resoluções de casos clínicos, conforme aludem Ferreira e Cohrs (2012). Acrescenta-se o benefício do MC, para evidenciar cognitivos dos estudantes de graduação, no que tange as suas capacidades de geração de respostas eficientes para resolver problemas, colaborando para o aprendizado da competência clínica dos alunos de enfermagem (DOMENICO; PICONEZ; GUTIERREZ, 2009).

Deste modo, ensinar os alunos a pensar criticamente é um importante componente do ensino de enfermagem e o uso do MC pode ajudar a facilitar o pensamento crítico no aluno de enfermagem (VACEK, 2009).

Em relação à qualidade da aprendizagem por meio do MC, Hay e Kinchin (2012) descrevem o método desenvolvido por Novak na década de 1990. Esse método avalia o MC quanto à apresentação da hierarquia de conceitos e as ligações estabelecidas entre eles. O MC inicia pela apresentação dos conceitos maiores, idealmente incluídos no topo do mapa, as ideias subordinadas a esses conceitos são apresentadas abaixo. Os conceitos apresentados no MC são ligados por setas que representam a associação das ideias; os MC compreendem qualquer número

de declarações ou proposições, cada uma composta de conceitos emparelhados e ligados.

Para elucidar como as habilidades de PC se manifestaram nas avaliações clínicas realizadas pelos discentes, utilizou-se a estratégia de elaboração de MC<sup>15</sup>. Inicialmente desenvolvidos manualmente pelos discentes após uma breve explicação do método pela pesquisadora, os MC foram transcritos para o software *Cmap Tools*, respeitando a sua originalidade. A opção pelo *Cmap Tools* justifica-se por ser de livre acesso e estar instalado em todos os laboratórios de informática da Universidade de origem dos sujeitos do estudo. Os MCs serão apresentados seguindo a ordem das duplas responsáveis pela avaliação de cada paciente.

A dupla **A1 e A6** avaliou o paciente **P1**. No processo diagnóstico em enfermagem para este paciente, a **análise** foi identificada por ambos a partir do relato do paciente de que sua queixa principal era *dor na coluna* (A1) e *dor e fraqueza de membros inferiores* (A6). Orientados pelas queixas do paciente, os discentes demonstraram nos respectivos mapas, o processo diagnóstico em enfermagem relacionando os dados colhidos, ao conjunto de habilidades de PC que utilizaram. Observa-se em ambos os mapas conceituais, que a habilidade **aplicação de padrões** indicada junto às informações, reflete o uso dos padrões de conhecimento utilizados pelos dois discentes, que valorizaram dados da história de saúde prévia e os hábitos do paciente e que proporcionaram também a manifestação de outras necessidades, as quais deveriam ser acompanhadas pelo enfermeiro.

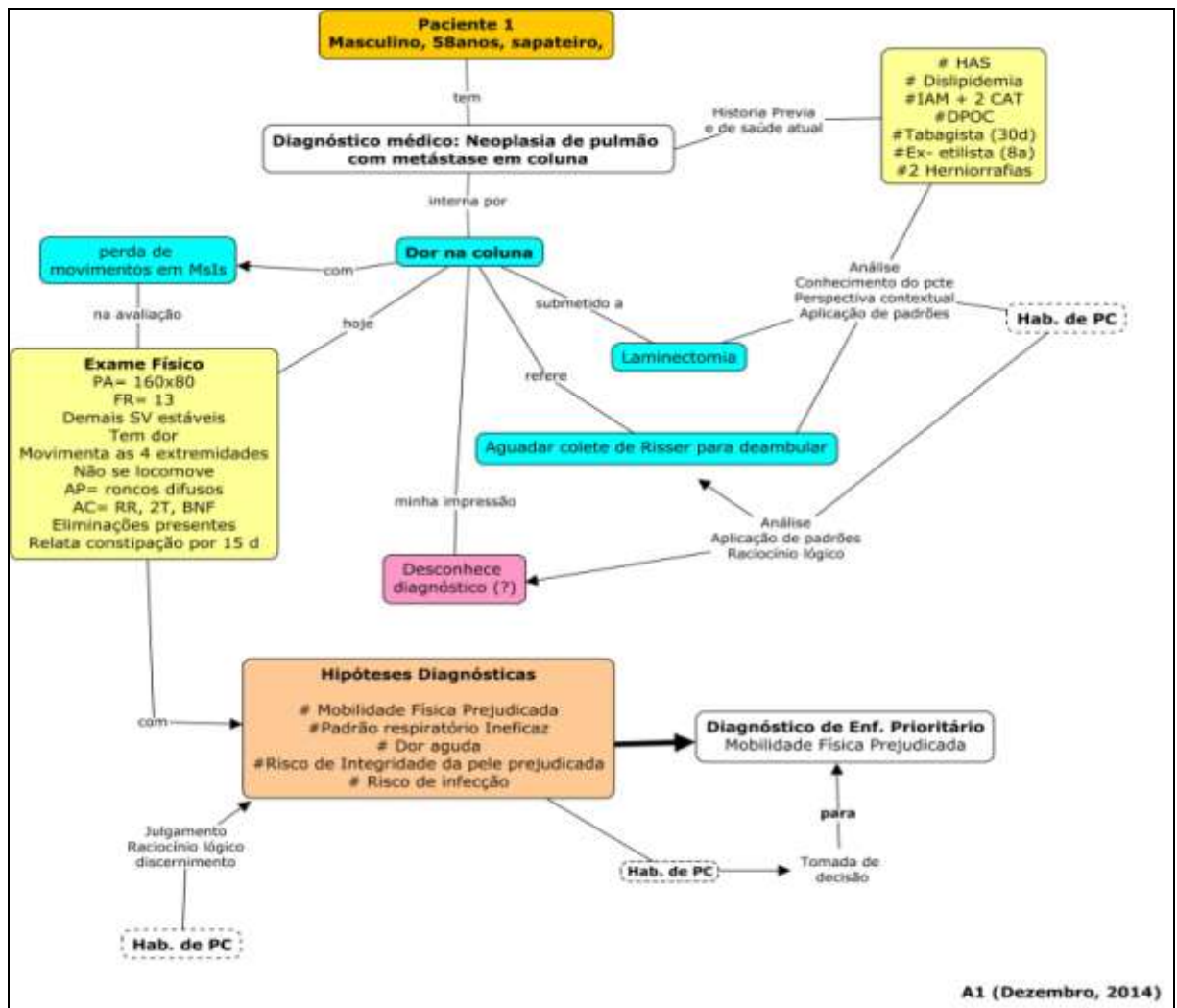
**A1** utilizou as habilidades de PC **juízo, raciocínio lógico e discernimento** para elaborar cinco (5) hipóteses diagnósticas, todas relacionadas a algum problema apresentado pelo paciente e, para definir o diagnóstico prioritário, utilizou a habilidade de PC **tomada de decisão** confirmando o diagnóstico de enfermagem **Mobilidade física prejudicada**, estando relacionada à queixa principal do paciente. Por sua vez, **A6** agrupou e interpretou os dados clínicos do mesmo paciente, identificou quatro (4) hipóteses diagnósticas, algumas relacionadas de forma clara aos problemas apresentados pelo paciente e descritos no mapa conceitual. Utilizou as habilidades de PC **tomada de decisão e discernimento** para definir o diagnóstico de enfermagem prioritário de **Mobilidade física prejudicada**,

---

<sup>15</sup> Os mapas conceituais foram elaborados com a versão 6.1.1 do software *Cmap Tools*.

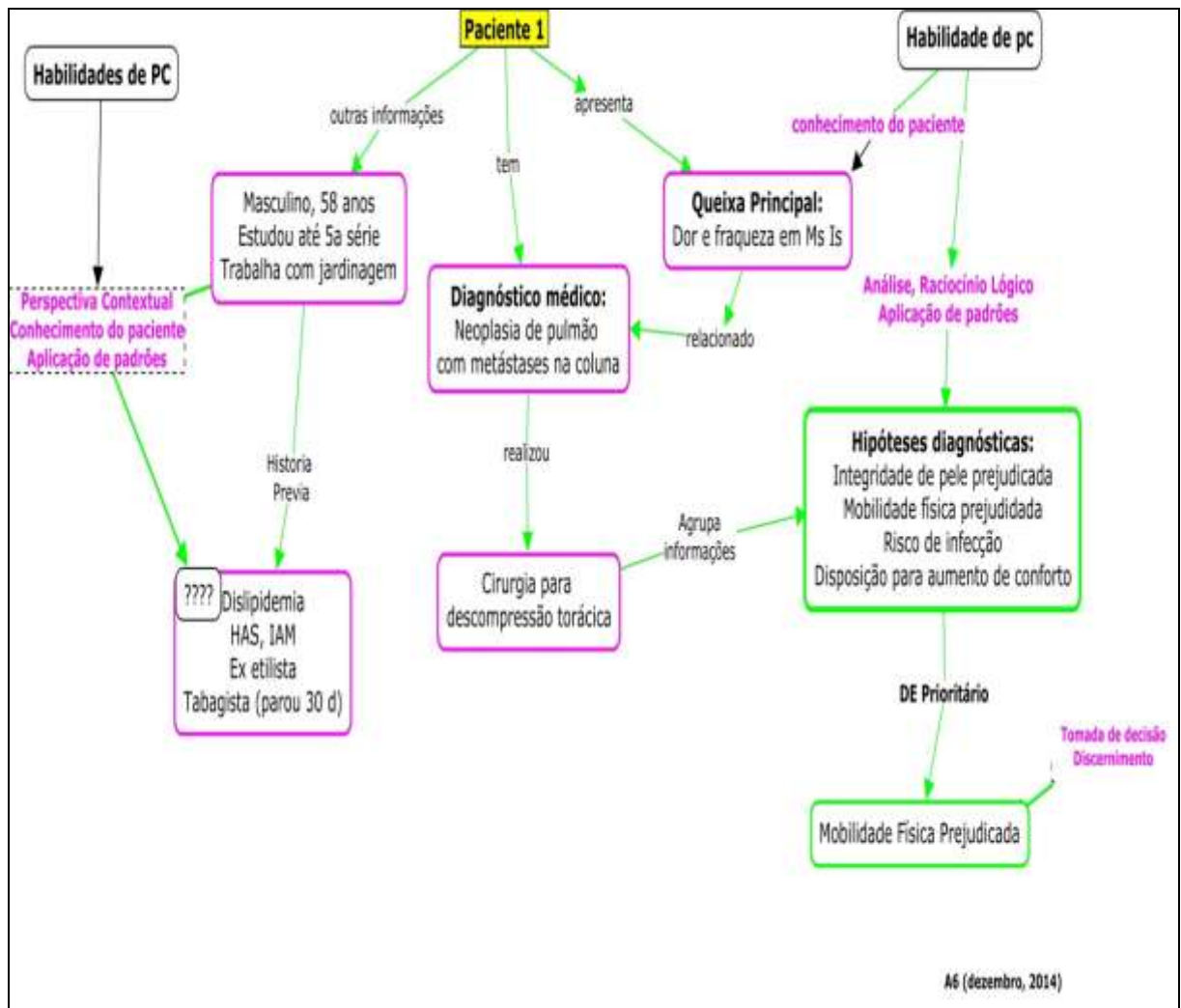
que foi justificado pelo discente, devido à apresentação do quadro clínico do paciente à época da avaliação, que o impossibilitava de realizar atividades de vida diária, conforme avaliou o discente.

Figura 8 - Mapa conceitual de A1



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Figura 9- Mapa conceitual de A6



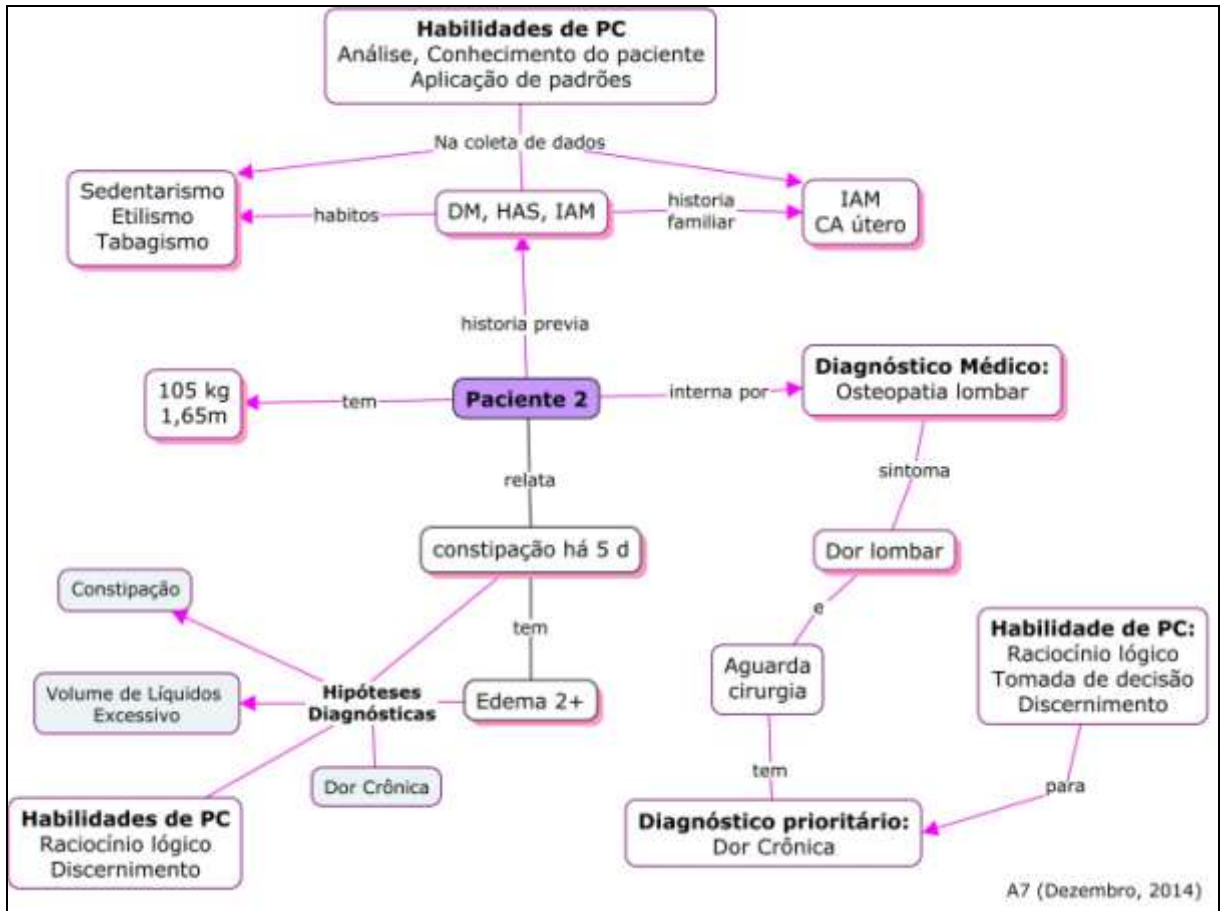
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A dupla **A3** e **A7** avaliou o paciente **P2**. O MC inicialmente elaborado por **A3** não descrevia com clareza os dados coletados, tão pouco apresentava as habilidades de PC utilizadas no processo diagnóstico em enfermagem. Assim, este discente foi orientado a clarificar a disposição das informações descritas no mapa conceitual, desenhado manualmente, visando compreensão das habilidades de PC inter-relacionadas ao processo diagnóstico que havia desenvolvido.

Na nova versão do mapa, **A3** destacou as informações da coleta de dados que, no seu entendimento, eram relevantes ao processo diagnóstico em enfermagem e descreveu as habilidades de PC que, na sua ótica são importantes em cada etapa. Na figura 10, observam-se as relações estabelecidas pelo discente entre os dados clínicos do paciente e outras informações de história pessoal e hábitos de vida que, na interpretação, influenciaram para a manifestação das queixas do paciente e o desenvolvimento do seu problema de saúde atual. O mapa conceitual demonstra que o diagnóstico de enfermagem prioritário escolhido pelo discente foi **dor crônica**, que na ilustração do mapa relaciona-se diretamente ao diagnóstico médico e não ao problema relatado, a saber, a dor do paciente. Entretanto, ao relacionar estas informações em um único quadro e utilizar para isso as habilidades de PC **análise** e **aplicação de padrões**, sua opção pelo diagnóstico de enfermagem é justificada de maneira mais clara, demonstrando a importância da **coleta, da interpretação e do agrupamento de dados**, mediados pelas habilidades de pensamento crítico descritas pelo discente no seu mapa conceitual. Na aplicação do instrumento de avaliação clínica do seu paciente, este discente identificou a habilidade de **raciocínio lógico** e justificou-a para avaliar o quadro clínico do paciente, mas ao expressar sua avaliação, provavelmente não se lembrou de incluí-la em associação às demais habilidades de PC apresentadas no mapa.



Figura 11 - Mapa conceitual de A7



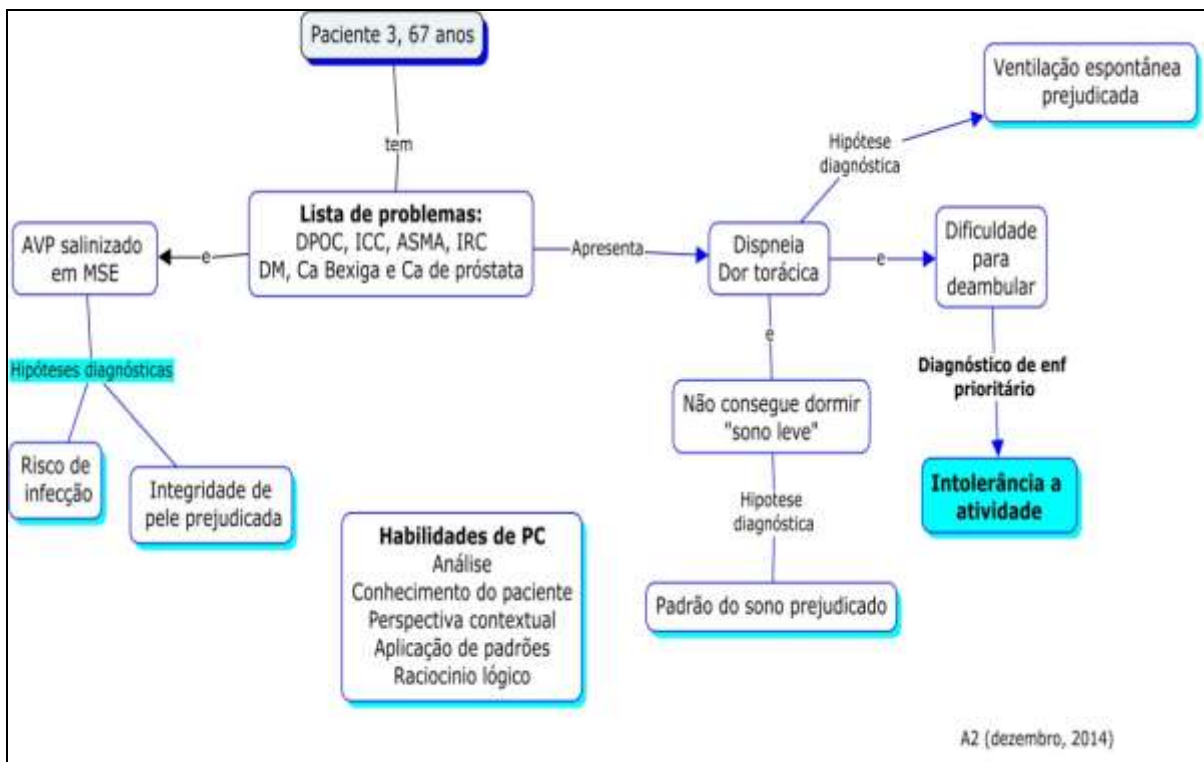
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A dupla de discentes **A2 e A8** avaliou o paciente **P3e**, desta avaliação foram elaborados os mapas apresentados nas figuras 12 e 13. Observa-se que ambos os mapas apresentam a associação semelhante dos dados, mas na figura 12, o mapa conceitual informa a presença de algumas habilidades de PC, sem associá-las às etapas do processo diagnóstico em enfermagem. No mapa conceitual de **A2**, constatam-se três hipóteses diagnósticas relacionadas aos dados subjetivos e objetivos coletados na primeira etapa do processo diagnóstico em enfermagem. Os problemas principais, **dispneia e dor torácica** foram identificados e na interpretação da discente, orientaram a elaboração da hipótese diagnóstica **ventilação espontânea prejudicada**. Entretanto, ao associar os dois primeiros sintomas à **difficuldade de deambular**, relatada pelo paciente, observa-se a definição do diagnóstico de enfermagem prioritário denominado **intolerância à atividade**. Na avaliação clínica, realizada no hospital, **A2**, não elencou as habilidades de PC perspectiva contextual, aplicação de padrões, julgamento e raciocínio lógico,



que foram incluídas após revisão que realizou no mapa conceitual, no segundo grupo focal. **A2** elaborou o diagnóstico de enfermagem **Intolerância à atividade relacionada à resposta fisiológica alterada à atividade, caracterizada por dispneia**. Esta decisão foi justificada por que na coleta dos dados, embora não descrito no mapa conceitual, o paciente pratica de atividade física antes da internação, não apresentando a mesma capacidade de realizá-la, devido ao problema de saúde atual.

**Figura 12 - Mapa conceitual de A2**

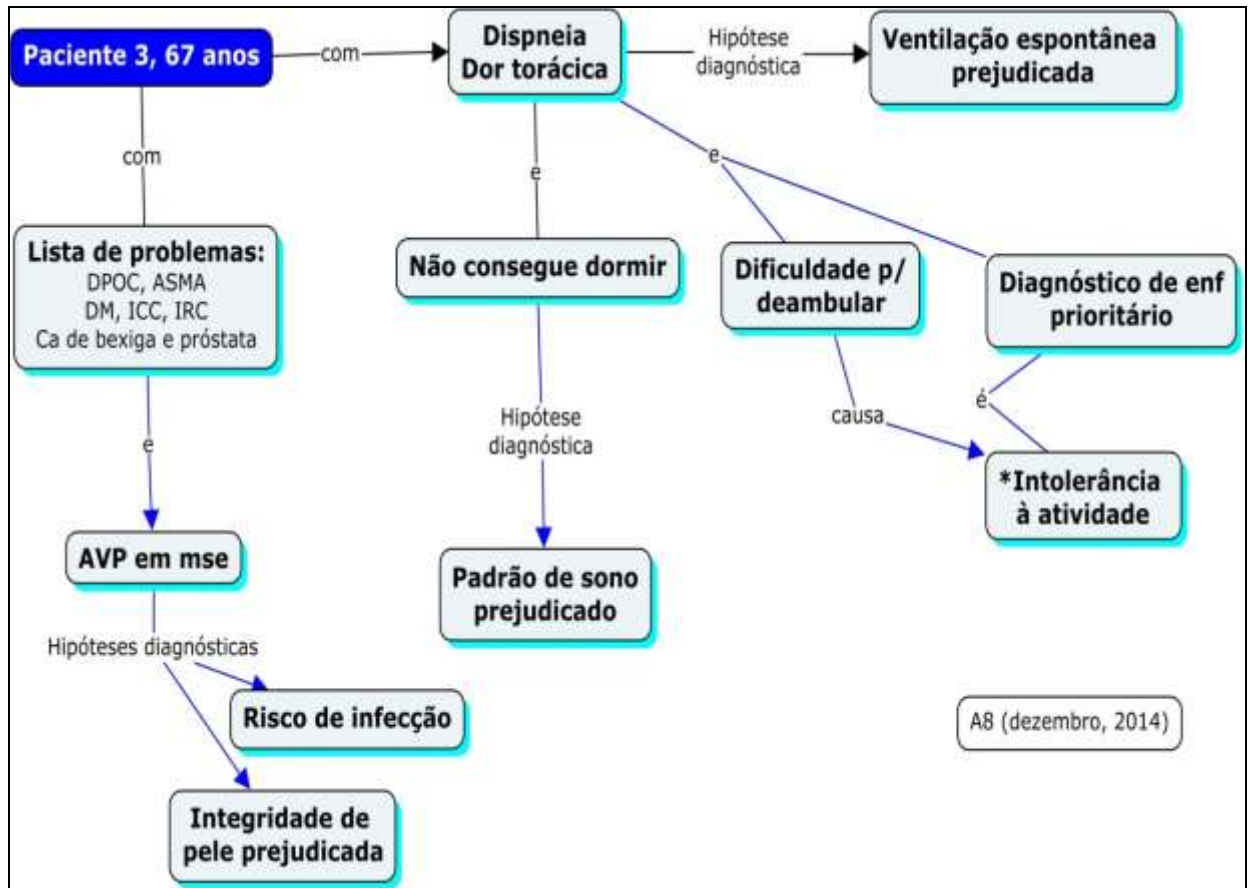


Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

**A8** elencou todas as habilidades de PC na avaliação clínica do paciente no hospital e as justificou também. No mapa conceitual que desenvolveu (figura 13), ilustram-se os problemas apresentados pelo paciente, três hipóteses diagnósticas e, à semelhança de **A2**, a definição do diagnóstico de enfermagem prioritário a partir da junção das manifestações clínicas que estão claramente associadas. A escolha do diagnóstico de enfermagem prioritário **Intolerância à atividade** foi justificada pelo discente **A8** com base na queixa de **dispneia** relatada pelo paciente e por sua avaliação durante o exame físico. Assim, o diagnóstico de enfermagem prioritário deste paciente foi elaborado em sua totalidade como **Intolerância à atividade**

relacionada ao comprometimento do transporte de O<sub>2</sub>, secundário à insuficiência cardíaca evidenciado pela dispneia.

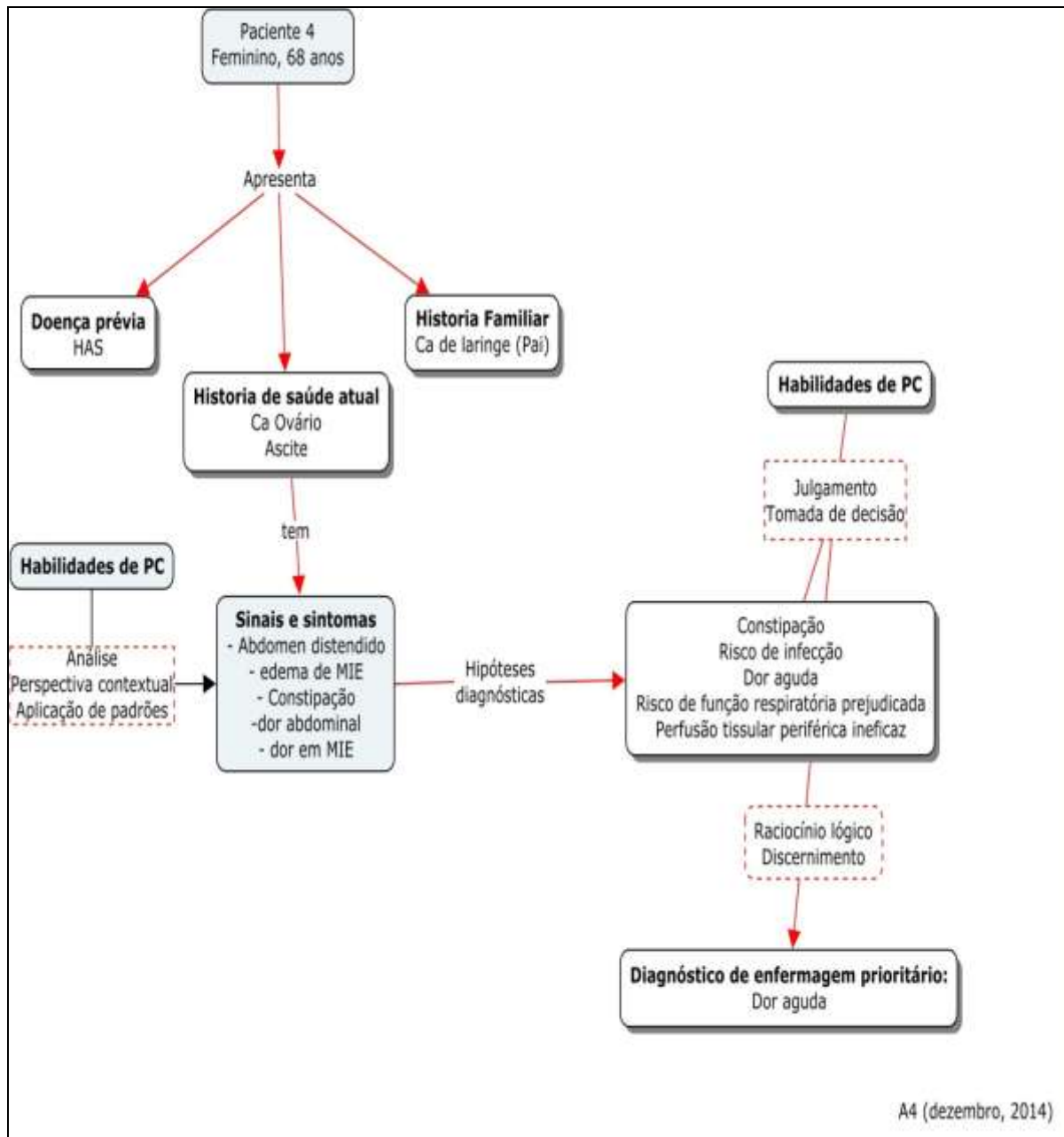
Figura 13 - Mapa conceitual de A8



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A dupla de alunos **A4 e A5** avaliou o paciente **P4e** desta avaliação, elaboraram os mapas conceituais ilustrados nas figuras 14 e 15. No mapa conceitual da figura 14, percebe-se a apresentação organizada dos dados relacionados às etapas de **coleta, agrupamento e interpretação dos dados** com a indicação das habilidades de PC utilizadas do processo diagnóstico em enfermagem. O mapa desenvolvido por **A4**, apresenta cinco hipóteses diagnósticas, constatando-se nesta etapa, o uso de todas as habilidades de PC previstas no modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. O discente definiu como diagnóstico de enfermagem prioritário a **dor aguda**, que estava listado como uma hipótese diagnóstica. Para justificar sua escolha, **A4** descreveu que a “dor era uma prioridade”.

Figura 14 - Mapa conceitual de A4

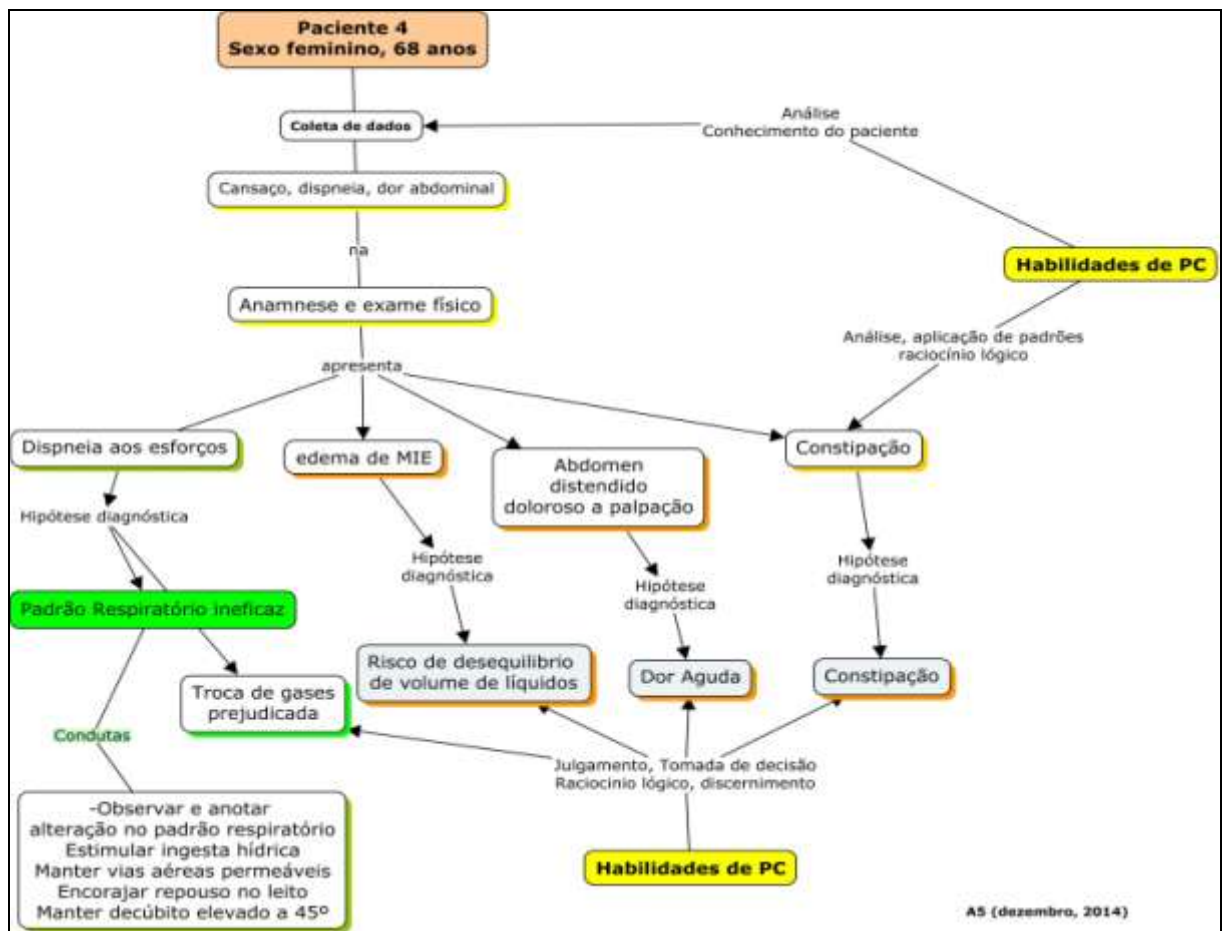


Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O mapa conceitual ilustrado na figura 15 apresenta a avaliação realizada por **A5**, que também confere destaque às habilidades de PC utilizadas. Na avaliação clínica do paciente no hospital, **A5** elencou todas as habilidades de PC como constituintes das etapas do processo diagnóstico em enfermagem e as justificou. É possível constatar na figura 15, a apresentação da **coleta, agrupamento e interpretação dos dados** interagindo com as habilidades de PC indicadas no modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem para essas etapas, exceto a **perspectiva contextual**, não incluída por **A5** no mapa, mas

identificada no instrumento utilizado na coleta dos dados na prática clínica. A **interpretação e o agrupamento dos dados** conduziram à elaboração de cinco hipóteses diagnósticas, que foram julgadas pelo discente, que definiu como diagnóstico prioritário o **Padrão respiratório ineficaz**. Esta definição não foi justificada por **A5** nos instrumentos, contudo, na apresentação do mapa conceitual, há um destaque em relação aos demais diagnósticos de enfermagem inicialmente identificados.

**Figura 15 - Mapa conceitual de A5**



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

### 5.3.2 O modelo teórico do pensamento crítico e o ensino do processo diagnóstico em enfermagem: teste da utilidade

O teste possibilita avaliar se um fenômeno descrito numa teoria, ou, em um modelo teórico é aplicável a situações práticas ou do ensino. O teste da utilidade do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem elucidou as habilidades de pensamento crítico, inicialmente, elencadas pelos

discentes deste estudo, durante a avaliação de um paciente na prática clínica. Observaram-se as relações dos dados coletados e, posteriormente, apresentados nos mapas conceituais, que são representativos do entendimento dos discentes sobre o que é o processo diagnóstico em enfermagem, como ocorre a interlocução das habilidades de PC e como o diagnóstico de enfermagem prioritário é definido.

O terceiro grupo focal consistiu num seguimento do segundo grupo focal, ambos realizados com o objetivo de relacionar os elementos conceituais (habilidades de PC) aos metaconceitos (etapas do processo diagnóstico em enfermagem) e, assim, obter a validação do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem, cuja relevância foi relatada pelos discentes, quando questionados sobre a sua aplicação na prática clínica.

A gente viu este modelo com as habilidades e ficou mais fácil entender o processo de raciocínio diagnóstico. Por que antes a gente usava essas habilidades, mas não sabia que as estava usando. (A4)

Com o modelo fica mais fácil entender o processo de raciocínio diagnóstico. (A2)

Antes, parecia que nós pulávamos etapas até chegar ao diagnóstico final. Então com a explicação deste modelo, das habilidades, como a aplicação de padrões, por exemplo, está válido. E assim deveria ser na hora de ensinar os alunos, para explicar melhor o processo de enfermagem e explicar o modelo para chegar a um diagnóstico de enfermagem.(A5)

Facilitaria muito o entendimento do diagnóstico, por que depois que a gente entendeu todos os conceitos [do modelo], ficou melhor. (A6)

Melhorou muito, eu tive uma visão mais ampla para chegar ao diagnóstico. (A8)

### **Grupo focal 3 (11/12/2014)**

Na sequência deste diálogo, a pesquisadora entregou ao grupo a estrutura impressa do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem de Bittencourt, para que os discentes procedessem à análise final, com o objetivo de identificar a necessidade de inclusão, exclusão, ou, transferência, de alguma habilidade de PC, das etapas do processo diagnóstico em enfermagem. O grupo de discentes necessitou de alguns instantes de reflexão para então manifestar-se em relação à estrutura original do modelo teórico do pensamento crítico.

Eu penso ser importante o uso de todas as habilidades que estão no modelo. (A4)

Eu concordo conforme o que já tínhamos discutido, que a aplicação destas habilidades é importante para chegar ao diagnóstico de enfermagem. (A5)

Na minha opinião, estão todas as habilidades de acordo nas etapas do modelo. (A1)

Eu mantenho o modelo. (A6)

É [pausa] explicando desta maneira [aponta para a ilustração], facilitaria a explicação do diagnóstico de enfermagem, além do passo a passo. (A5)

### Grupo focal 3 (11/12/2014)

Estes discentes, ao realizarem a análise da estrutura do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem, confirmaram a manutenção de sua estrutura de apresentação para orientar o ensino do processo diagnóstico em enfermagem. Neste processo de validação do modelo teórico do pensamento crítico, na medida em que ocorreu a discussão dos temas relacionados ao processo de enfermagem, ao processo diagnóstico em enfermagem e diante do esclarecimento realizado pela pesquisadora, em relação às habilidades de PC, os discentes mostraram-se motivados para prosseguir com a discussão, que conduziu à sugestão de inclusão de habilidades de PC na primeira etapa do processo diagnóstico em enfermagem.

Não sei, mas na coleta de dados eu incluiria o raciocínio lógico depois do conhecimento do paciente. (A3)

Eu também pensei nessa possibilidade, de incluir o raciocínio lógico na coleta de dados. (A2)

Por que ajudaria na perspectiva contextual. (A3)

E por que se tu tiveres um raciocínio lógico, vais coletar mais dados. (A2)

E de repente, poder instigar um pouco mais o paciente. (A8)

Eu já penso que esta habilidade de raciocínio esteja mesmo na interpretação e no agrupamento. (A5)

Eu ainda incluiria a tomada de decisão na interpretação e no agrupamento de dados, pois, para agrupar, eu entendo que tu tenhas que tomar decisão, ter uma iniciativa. (A8)

Na minha opinião, a tomada de decisão tu vais utilizar somente para a última etapa mesmo, por que no momento em que estás interpretando, agrupando, tu não estás decidindo. (A1)

Eu também concordo com A1. Tu não estás decidindo nesta etapa [aponta para a interpretação e agrupamento no modelo teórico]. (A6)

Eu mantenho como está. (A5)

**Grupo focal 3 (11/12/2014)**

Neste diálogo os discentes **A3, A2 e A8** sugeriram a inclusão da habilidade de PC **raciocínio lógico** na **coleta de dados A8**, a **tomada de decisão** durante a **interpretação e agrupamento de dados**. Não houve concordância destas sugestões pelos discentes **A1, A5 e A6**, que justificaram a manutenção da estrutura original do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem.

Entretanto, a inclusão da habilidade de PC **raciocínio lógico** na **coleta de dados** é uma sugestão que merece análise, uma vez sua definição é descrita “uma forma de pensar a partir da percepção imediata de uma situação, no agrupamento e na relação entre dados relevantes” (BITTENCOURT, 2011, p. 155). A inclusão desta habilidade de PC na **coleta de dados** no processo diagnóstico em enfermagem presume que o enfermeiro ao identificar um sinal ou um sintoma, manifestados pelo paciente, imediatamente relacionará estes dados com o conhecimento técnico-científico e com a experiência clínica, para orientar a coleta de dados e estabelecer, com maior agilidade, as **hipóteses diagnósticas**.

Deste modo, o uso da habilidade de PC **raciocínio lógico**, na **coleta de dados** do processo diagnóstico em enfermagem, pode ocorrer na medida em que o profissional acumula **experiência** sua área de atuação e identifica especificidades durante a avaliação de situações clínicas semelhantes a outras vivenciadas, o que permite mobilizar, de forma mais rápida, as habilidades de pensamento crítico para tomar decisões clínicas.

Esta análise encontra-se amparada em Benner (1984), que estudou a aquisição e o desenvolvimento de habilidades em enfermagem, descrevendo-as no livro *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. A autora constatou diferenças na expressão da experiência clínica e do conhecimento técnico-científico de 21 pares de enfermeiros participantes do seu estudo, avaliados conforme um modelo desenvolvido por **Dreyfus**<sup>16</sup> em que o desenvolvimento de habilidades é dividido em cinco níveis de proficiência, a saber: **novato, iniciante avançado, competente, proficiente e expert**.

---

<sup>16</sup> Stuart Dreyfus (matemático) e Hubert Dreyfus (filósofo) desenvolveram o **Modelo de Dreyfus**, que caracteriza a aquisição de habilidades em cinco níveis de proficiência, cujas diferenças resultam de aspectos relacionados à aquisição de performance das habilidades desenvolvidas pelo indivíduo.

Benner (1984) constatou que estes níveis de proficiência são identificados pela maneira como um enfermeiro analisa uma determinada situação e toma decisões clínicas. Alude a autora que o enfermeiro **novato** recebe esta caracterização quando não tem experiência e as adquire ao ser ensinado. Complementa que os estudantes de enfermagem entram como **novatos** nas áreas clínicas, pois tem pouca compreensão do significado das situações que foram aprendidas a partir dos termos descritos nos livros. Este nível de proficiência também é característico de enfermeiros que ingressam em um ambiente clínico, sem experiências com determinados casos, ou, quando o tratamento clínico e os cuidados de enfermagem são pouco conhecidos por eles (BENNER, 1984).

O **iniciante avançado**, conforme descreve a autora é caracterizado como aquele que demonstra desempenho aceitável frente às experiências com situações reais em que, por iniciativa, ou, pela orientação de um preceptor, conseguiu coletar dados relevantes para a situação clínica. O **competente** refere-se ao enfermeiro que vivencia situações clínicas semelhantes há dois ou três anos e apresenta maior habilidade de análise diante de um problema. O **proficiente** caracteriza-se por entender uma situação clínica como um todo, a partir dos termos, ou palavras apresentadas e, baseado em sua experiência em situações recentes, estabelece uma perspectiva com metas a longo prazo (BENNER, 1984).

O quinto nível de proficiência, denominado **expert**, possui vasto conhecimento e experiência, utiliza a intuição associada a essas habilidades e seu modo de raciocinar, decorre da compreensão da totalidade da situação. Refere a autora que os enfermeiros **experts** são reconhecidos quando realizam julgamentos e tomam decisões em situações clínicas complexas de maneira notável, ou, quando detectam facilmente mudanças clínicas nos pacientes. Acrescenta que o desenvolvimento do conhecimento do enfermeiro **expert**, decorre de suas experiências documentadas e que possibilitam orientar outros enfermeiros.

Desta análise infere-se que a habilidade de PC **raciocínio lógico** pode ser incluída na etapa **coleta de dados** no modelo teórico do pensamento crítico, conforme sugestão dos discentes **A3**, **A2** e **A8**. Contudo a expressão desta habilidade de PC na **coleta de dados**, poderá ser influenciada pelo **conhecimento técnico-científico** e pela **experiência clínica** acumuladas pelo discente no momento da aplicação do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem.



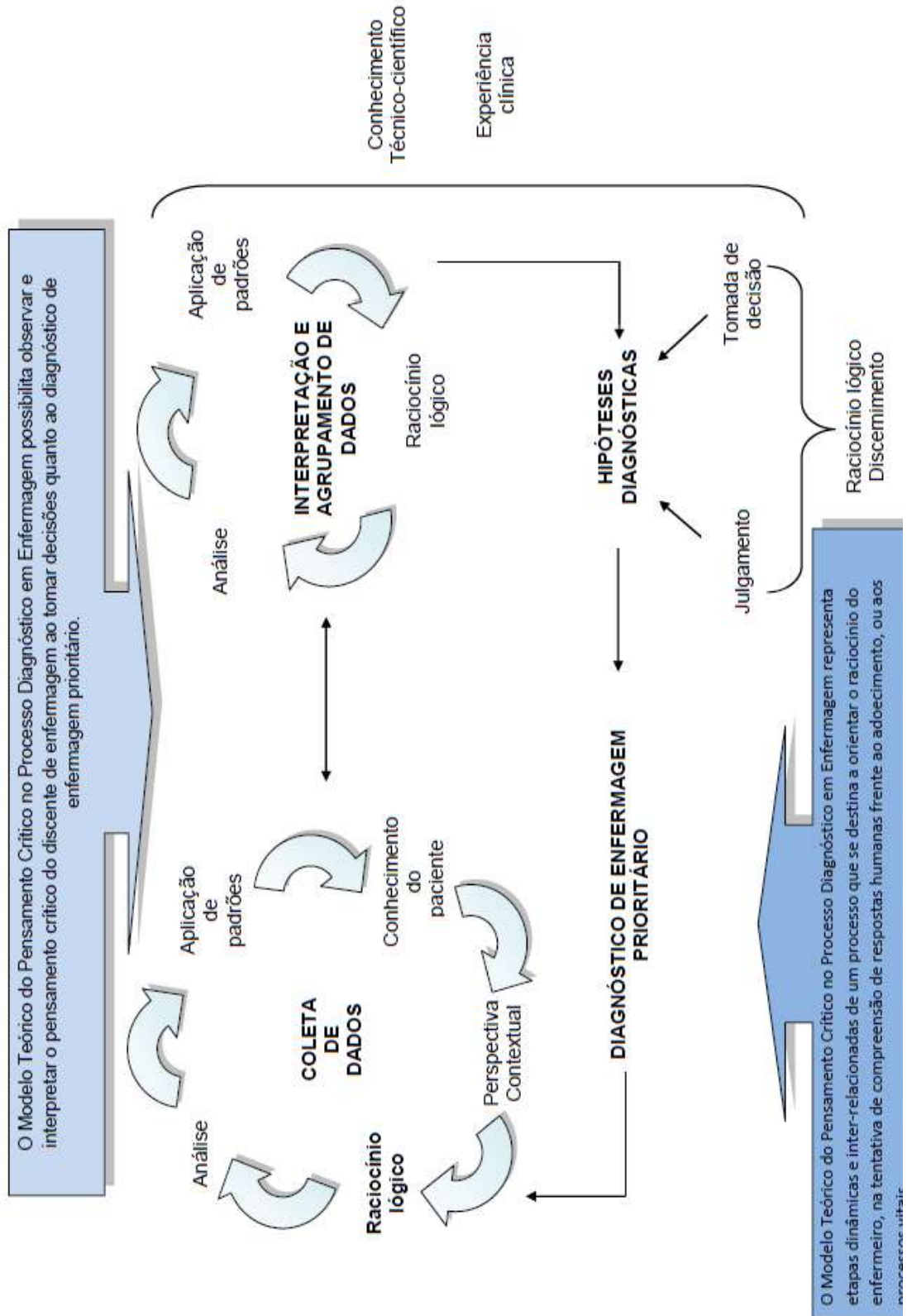
Em relação ao modelo teórico em avaliação, depreende-se que a sua aplicação no ensino do processo diagnóstico em enfermagem poderá ocorrer nos diferentes contextos do ensino de enfermagem, quais sejam, a atenção primária a saúde e a atenção hospitalar. Considera-se importante para a aplicação do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem, que os discentes tenham conhecimentos de anatomia, fisiologia, patologia, semiologia e semiotécnica, de modo que compreendam as etapas do processo diagnóstico em enfermagem e identifiquem o diagnóstico de enfermagem prioritário, independente da taxonomia utilizada para esta descrição.

De um modo geral, os currículos dos cursos de graduação em enfermagem proporcionam os conhecimentos iniciais dos eixos básico e específico de enfermagem entre o primeiro e o segundo anos da formação do discente, o que permite a indicação da aplicação do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem, a partir do terceiro semestre dos cursos de graduação em enfermagem nas atividades teóricas e práticas de disciplinas do eixo de conhecimentos específicos da enfermagem.

A interpretação dos discentes sobre as habilidades de PC e as etapas do processo diagnóstico em enfermagem, permitiu validar o Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem de Bittencourt, como um modelo orientado ao ensino do processo diagnóstico em enfermagem.

Contudo, para explicitar com clareza a sua finalidade, sugere-se acrescentar a sua estrutura, as afirmações destacadas na figura 16, interpretadas como proposições do modelo. Do mesmo modo, a inclusão da habilidade de PC **raciocínio lógico**, na **coleta de dados**, poderá contribuir para a interlocução dos dados colhidos nesta etapa durante o processo de pensamento crítico do discente de enfermagem. A figura 16 (p. 128) apresenta a nova proposta de estrutura do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem com o acréscimo das **proposições** e da habilidade de PC **raciocínio lógico**. Salienta-se que este modelo teórico representa etapas de um processo mental complexo inerente à atividade de diagnosticador do enfermeiro, sendo salutar o seu desenvolvimento no percurso da graduação em enfermagem, mediado por estratégias de ensino, que permitam a expressão das habilidades de PC para definir o diagnóstico de enfermagem prioritário.

Figura 16 - Proposta da nova estrutura do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem de Bittencourt. (Adaptado de Bittencourt, 2011)



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos que nortearam o desenvolvimento deste estudo foram atingidos pela validação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem, constatada a partir da sua aplicação na prática clínica, associada à discussão de temas complexos, que explicitaram o processo de pensamento crítico do discente ao tomar decisões clínicas.

Argumentou-se inicialmente a complexidade intelectual requerida do enfermeiro ao tomar decisões clínicas e a sua relevância no processo que orienta o julgamento das respostas humanas e culmina com o diagnóstico de enfermagem prioritário. Devido a sua complexidade e, sendo parte fundamental no processo diagnóstico em enfermagem, o pensamento crítico necessita ser apresentado e elucidado entre os discentes na graduação, sendo salutar o uso de modelos associados às estratégias de ensino, que facilitem a sua operacionalização e contribuam para o desenvolvimento da habilidade intelectual do discente de enfermagem.

Validar o Modelo Teórico do Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico em Enfermagem foi o objetivo principal desta pesquisa com discentes concluintes de um curso de Enfermagem, do Vale do Rio dos Sinos, RS e, considera-se este objetivo atingido, na medida em que foi possível identificar quais habilidades de pensamento crítico o discente demonstra utilizar no desenvolvimento do processo diagnóstico em enfermagem e como o interpretam na dinâmica deste processo. Constatou-se que o modelo apresenta elementos que contribuem para o ensino-aprendizagem do processo de raciocínio clínico do discente de enfermagem para a tomada de decisão clínica.

A aplicação do modelo teórico do pensamento crítico desenvolveu-se em uma atividade de estágio curricular, no ambiente hospitalar, e possibilitou constatar, a partir da avaliação de quatro pacientes hospitalizados, com diferentes problemas de saúde, quais habilidades de pensamento crítico os discentes utilizam nas diferentes etapas do processo diagnóstico em enfermagem. A complexidade deste processo de pensamento requer a interlocução de habilidades técnicas na condução da entrevista, a associação de conhecimentos técnico-científicos oriundos da literatura com as evidências coletadas dos pacientes, a capacidade de analisar e interpretar os dados, conduzindo o discente ao desenvolvimento de um raciocínio rápido, que

permita, finalmente, discernir as informações relevantes, emitir um julgamento e tomar uma decisão clínica.

Na aplicação do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem evidenciou-se entre os discentes, o uso das habilidades de pensamento crítico: raciocínio lógico, análise, conhecimento sobre o paciente, aplicação de padrões, julgamento, discernimento, perspectiva contextual e tomada de decisões, elementos que constituem o modelo teórico em avaliação, e que permeiam o processo diagnóstico em enfermagem.

Observou-se, na aplicação do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem na prática clínica, que a habilidade perspectiva contextual na **coleta de dados**, a aplicação de padrões, na **interpretação e agrupamento de dados**, a tomada de decisão e o raciocínio lógico nas **hipóteses diagnósticas**, não foram, inicialmente, escolhidas por todos os discentes.

Ao realizarmos uma análise mais profunda em relação a estas habilidades de pensamento crítico, confirma-se a relevância da habilidade **aplicação de padrões**, uma vez que representa a interlocução dos dados subjetivos e objetivos, com a literatura básica e específica utilizada em enfermagem. A utilização desta habilidade nas duas primeiras etapas do processo diagnóstico em enfermagem contribui para o desenvolvimento do **raciocínio lógico**, ao avaliarmos uma determinada situação clínica, o que permite a percepção imediata do problema de maior prioridade do paciente com vistas à **tomada de decisão** clínica com acurácia. A que ser considerada a **perspectiva contextual**, habilidade necessária no processo diagnóstico em enfermagem e que possibilita compreender o paciente nos seus aspectos biopsicossociais e espirituais.

O destaque conferido à análise destas habilidades de pensamento crítico justifica-se pela importante interlocução que apresentam no processo de pensamento do enfermeiro e que, embora não tenham apresentado maior expressão, na aplicação do modelo teórico na prática clínica, são mais percebidas e utilizadas quando o enfermeiro as associa à **experiência clínica** e ao **conhecimento técnico-científico**, balizadores de todo o processo diagnóstico em enfermagem.

Deste modo, entende-se que enquanto uma atividade demonstrada pela junção de habilidades técnicas, intelectuais e interpessoais, o processo diagnóstico

em enfermagem e as habilidades de pensamento crítico são aprimorados, na medida em que o discente tem novas experiências, ou vivencia casos clínicos semelhantes nos campos de prática. Esta percepção foi ratificada pelos discentes, ao afirmarem que a definição do diagnóstico de enfermagem prioritário melhorou na medida em que obtiveram mais experiências clínicas reais. Associado a esta experiência, afirmaram a importância do conhecimento técnico-científico e que ele esteja em constante atualização, para dar suporte às avaliações realizadas nos pacientes, denotando a preocupação deste grupo em relação à correta avaliação clínica do paciente para a definição do diagnóstico de enfermagem prioritário e o consequente planejamento do cuidado de enfermagem.

Observaram-se semelhanças com o estudo desenvolvido por Bittencourt (2011), quando os discentes exemplificaram a utilização das habilidades de pensamento crítico, a partir da descrição de aspectos da fisiopatologia nos casos clínicos exemplificados e que nortearam o processo de coleta de dados, interpretação e desenvolvimento de hipóteses diagnósticas no processo diagnóstico em enfermagem. De fato, o conhecimento da base fisiopatológica é igualmente importante neste processo e o conhecimento do enfermeiro, em relação às manifestações clínicas das doenças, requer muito estudo para a associação de informações visando a correta interpretação do problema de saúde do paciente.

Entretanto, conforme afirmado, o julgamento das respostas humanas é algo complexo e faz-se necessário associar ao conhecimento da fisiopatologia, outros que permitam identificar necessidades psicossociais e espirituais, apresentadas pelo paciente no momento da avaliação. Depreende-se, que associado à experiência clínica, o uso de estratégias de ensino que facilitem a expressão das habilidades de pensamento crítico do discente, poderão favorecer esta associação pretendida, com vistas à avaliação holística do paciente.

Outro aspecto a ser considerado neste estudo, diz respeito às interpretações dos discentes em relação à habilidade de pensamento crítico **conhecimento sobre o paciente**. Esta habilidade foi interpretada pelos discentes como oriunda unicamente da coleta de dados subjetivos, não havendo relato ou justificativas que a relacionassem também aos dados objetivos, conforme a definição descrita pela autora do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. Deste modo, para melhor elucidar esta habilidade de pensamento crítico, sugere-se a realização de estudos que analisem o seu conceito e

proporcionem a compreensão desta habilidade de pensamento crítico em profundidade no processo diagnóstico em enfermagem.

No que se refere ao modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem, além das habilidades de pensamento crítico e das etapas do processo diagnóstico em enfermagem que constituem a sua estrutura, sugere-se, a partir da constatação da pesquisadora, com base nos dados coletados, a inclusão das **proposições** apresentadas inicialmente na figura 5 (p. 75), pois explicita, de maneira clara, a finalidade do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. Do mesmo modo, compreendendo a interlocução da habilidade **raciocínio lógico** com a **aplicação de padrões** e a **análise**, faz-se a sugestão de sua inclusão na etapa da **coleta de dados**.

Ao refletir sobre o pensamento crítico, a autora do modelo salienta que, enquanto um modo de pensar, o modelo necessita ser aprimorado por estratégias de ensino que propiciem o desenvolvimento das habilidades intelectuais. Nesse sentido, o uso dos mapas conceituais neste estudo permitiu não somente contribuir para a validação do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem, mas entender como o discente organiza o seu processo de raciocínio, mediado pelas habilidades de pensamento crítico.

Assim, constata-se a importância dos mapas conceituais como estratégia de ensino, associada à aplicação do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem, uma vez que permitirá identificar com clareza as informações utilizadas durante o raciocínio do discente, ao realizar o processo diagnóstico em enfermagem. Neste sentido, julga-se relevante que esta associação tenha início nos primeiros semestres da graduação, após o discente ter concluído as disciplinas básicas de anatomia, fisiologia, patologia, semiologia e semiotécnica, que são padrões de conhecimento fundamentais na avaliação do paciente.

Os resultados demonstram a tese apresentada inicialmente sobre o modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem constituir-se por elementos que o validam como um o modelo de ensino do processo diagnóstico em enfermagem e proporcionam o desenvolvimento do raciocínio clínico do discente.

Entretanto, para a sua efetiva aplicação no ensino teórico e prático em enfermagem, entende-se relevante recomendar aos docentes-enfermeiros o conhecimento conceitual do pensamento crítico e de suas habilidades enquanto

mediadoras do processo diagnóstico em enfermagem. Do mesmo modo, sugere-se que as escolas formadoras incentivem o docente ao uso de outras estratégias de ensino, estimuladoras do desenvolvimento das habilidades de pensamento crítico dos discentes de enfermagem.

Neste sentido, recomenda-se o uso do mapeamento conceitual como uma estratégia de ensino associada ao desenvolvimento do processo diagnóstico em enfermagem, visto ser uma estratégia reconhecida internacionalmente no contexto do ensino de enfermagem por proporcionar reflexão e estímulo a metacognição, favorecendo o desenvolvimento das competências clínicas do aluno de enfermagem.

É reconhecido que o desenvolvimento do corpo de conhecimentos da área da enfermagem, por meio de investigações científicas fortalece a arte do cuidado e proporciona a visibilidade à profissão. Assim, a complexidade do tema em estudo e a relevância conferida pelos discentes em relação ao modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem, sugerem o desenvolvimento de outras pesquisas, que permitam estudar o pensamento crítico holístico.

Depreende-se que novas investigações sobre o tema, contribuirão para o desenvolvimento contínuo das habilidades de pensamento crítico do discente de enfermagem, preparando-o para que em sua futura prática profissional, seja capaz de julgar com segurança as respostas humanas e, assim, tomar decisões clínicas com acurácia, visando à qualidade da assistência de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico. Porto Alegre: Artmed, 2010.

\_\_\_\_\_. **Aplicação do processo de enfermagem**: fundamentos para o raciocínio clínico. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ALMEIDA, M.A.; LUCENA, A.F. O processo de enfermagem e as classificações NANDA– I, NIC e NOC. In: \_\_\_\_\_ **Processo de enfermagem na prática clínica**: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 23-40.

ATAY, S.; KARABACK, U. Care plans using concept maps and their effects on the critical thinking dispositions of nursing students. **International Journal of Nursing Practice**, Malden, v. 18, no. 3, p. 233-239, 2012.

AZIZI-FINI, I.; HAJIBAGHERI, A.; ADIB-HAJBAGHERY, M. Critical thinking skills in nursing students: a comparison between freshmen and senior students. **Nursing and Midwifery Studies**, Kashanl, v. 4, no. 1, p. 1-5, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4377532/>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, A.L.B.L. et al. **Anamnese & exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010.

BENNER, P. **From novice to expert**: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley, 1984.

BITTENCOURT, G.K.G.D. **Modelo teórico de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BITTENCOURT, G.K.G.D.; CROSSETTI, M.G.O. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2. p. 341-347, 2013. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. O processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, na ótica de estudos acadêmicos. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 1-8, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2009.2224/476>>. Acesso em: 13 jun. 2015.



BLAND, A.R. et al. Implementation and testing of the OPT MODEL as a teaching strategy in an undergraduate psychiatric nursing course. **Nursing Education Perspective**, Washington, DC, v. 30, no. 1, p. 14-21, Jan./Feb. 2009. Disponível em: <[http://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/D\\_Kautz\\_Implementation\\_2009.pdf](http://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/D_Kautz_Implementation_2009.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2012.

BURREL, L.A. Integrating critical thinking strategies into nursing curricula. **Teaching and Learning in Nursing**, New York, v.9, no. 2, p. 53-58, 2014. Disponível em: <<http://www.jtln.org>>. Acesso em: 10 set. 2014.

BRASIL. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos no Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2014.

CARLSON-CATALANO, J. Método pedagógico para o desenvolvimento da habilidade diagnóstica. In: LUNNEY, M. **Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análises**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 70-95.

CARNEIRO, T.M.; SILVA, I.A.S. Diagnósticos de enfermagem para o paciente com epidermólise tóxica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.1, p. 72-76, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/10.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2012.

CARRILES-ORTIZ, M.G. et al. Efecto de una estrategia educativa participativa en el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de enfermería. **Enfermería Global**, Murcia, n. 26, p. 136-145, abr. 2012. Disponível em: <[www.um.es/eglobal](http://www.um.es/eglobal)>. Acesso em: 20 jun. 2015.

CERULLO, J.A.S.B.; CRUZ, D.A.L.M. Implementação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA – I em hospitais brasileiros. In: GAIDZINSKI R.R. et al. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 38-46.

CHAVES, E.C.L.; CARVALHO, E.C.; ROSSI, L.A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n.2, p. 513-515, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a22.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

COELHO, S.M.S.; MENDES, I.M.D.M. Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4. P. 845-850, out./dez. 2011.

CORRÊA, C.G. **Raciocínio clínico: o desafio do cuidar**. 2003. 175 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.

CROSSETI, M.G.O. et al. Estratégias de ensino das habilidades do pensamento crítico na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 732-741, dez. 2009.

\_\_\_\_\_. Pensamento crítico e raciocínio diagnóstico. In: SILVA, E.R.R. et al. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011a. p. 19-33.

\_\_\_\_\_. Validação de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. In: ALMEIDA, M.A.A. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011b.p. 89-99.

CROSSETI, M.G.O. et al. Estratégias de ensino das habilidades do pensamento crítica na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 732-741, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

CROSSETTI, M.G.O.; LOWENHAUPT, M.D.; DIAS, V.L.M. Construção do processo de enfermagem no HCPA e sua informatização. In: ALMEIDA M.A.A. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 41-52.

CROSSETTI, M.G.O. et. al. Elementos estruturais do pensamento crítico de enfermeiros atuantes em emergências. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3. p. 55-60, set. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

CRUZ, D.A.L.M. et al. Adaptação para a língua portuguesa e validação do Lunney Scoring Method for Rating Accuracy of Nursing Diagnoses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 98-104, mar. 2007.

CRUZ, D.A.L.M. Processo de enfermagem e classificações. In: GAIDZINSKI R.R. et al. (Org). **Diagnósticos de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 25-37.

DALLAG’NOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1. p. 5-25, jan. 1999.

DOMINGUES, T.A.M. et al. Entrevista. In: BARROS A.L.B.L. et al. **Anamnese & exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap. 4

DOMENICO, E.B.; PICONEZ, S.C.B.; GUTIÉRREZ, M.G.R. Mapas conceituais para resolução de casos clínicos como uma estratégia de ensino e aprendizagem a ser explorada na formação de enfermeiros: um ensaio. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niteroi, v. 1, n. 8, 2009.

FACIONE, P.A. **Critical thinking: what it is and why it counts?** 2007. Disponível em <<http://www.insightassessment.com/Resources/Select-Tools-For-Teaching-For-and-About-Thinking/Critical-Thinking-What-It-Is-and-Why-It-Counts/Critical-Thinking-What-It-Is-and-Why-It-Counts-PDF>>. Acesso em: 04 maio 2015.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8. ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2010.

FERREIRA, P.F; COHRS, E.B.L.D. Software Cmap Tools para a construção de mapas conceituais: a avaliação dos estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46 , n. 4. p. 967-972, 2012.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A.; ZAGO, M.M.F. Roteiro instrucional para a elaboração de um roteiro de estudo de caso clínico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 371-375, maio/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2012.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 228-232, mar./abr. 2004.

\_\_\_\_\_. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1. p. 188-193, mar. 2009.

GORDON, M. **Nursing diagnoses: process and application**. St. Louis: Mosby, 1994.

\_\_\_\_\_. Diagnóstico clínico en las profesiones de la salud. In: \_\_\_\_\_ **Diagnóstico Enfermero: proceso y aplicación**. 3ª ed. Madri: Mosby/Doyma, 1996. p. 35-58.

HARRISON, S.; GIBBONS, C. Nursing student perceptions of concept maps: from theory to practice. **Nursing Education Perspectives**, New York, v. 34, no. 6. p. 395-399, Dec. 2013.

HAY, D.; KINCHIN, I. Using concept mapping to measure learning quality. **Education Training**, Bingley, v. 50, no. 2. p. 167-182, 2009. Disponível em: <[www.emeraldinsight.com/0040-0912.htm](http://www.emeraldinsight.com/0040-0912.htm)>. Acesso em: 15 maio 2014.

HUCKABAY, L.M. Clinical reasoned judgment and the nursing process. **Nursing Forum**, Auckland, v. 44, no. 2, p. 72-78, Apr./June 2009.

ISAACS, L.G. Patrones de pensamiento crítico en alumnos post exposición a un modelo de enseñanza integrado a enfermería. **Investigación y Educación en Enfermería**, Antioquia, v. 28, n. 3, p. 363-369, 2010.

HUNTER, S. et al. Critical thinking skills of undergraduate nursing students: description and demographic predictors. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 34, no. 5, p. 809-814, 2014. Disponível em: <<http://www.elsevier.com/nedt>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

JENSEN, R. et al. Tradução e adaptação cultural para o Brasil do modelo Developing Nurses' Thinking. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 197-203, mar./abr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000200197&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200197&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 12 fev. 2015.

KADDOURA, M.A. Effect of the essentials of critical care orientation (ECCO) program on the development of nurses' critical thinking skills. **Journal of Continuing Education in Nursing**, Pitman, v.41, no. 9, p. 424-432, 2010.

LEADEBAL, O.D.C.P.; FONTES, W.D.; SILVA, C.C. Ensino do processo de enfermagem: planejamento e inserção em matrizes curriculares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 190-198, 2010. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/eeusp>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

LIMA, M.A.C.; CASSIANI, S.H.B. Pensamento crítico: um enfoque na educação de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 23-30, jan. 2000.

LIRA, A.L.B.C.; LOPES, M.V.O. Diagnóstico de enfermagem: estratégia educativa fundamentada na aprendizagem baseada em problema. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, [8 telas], jul./ago. 2011. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 20 maio 2014.

LUNNEY, M. Diagnóstico de enfermagem, pensamento e pensamento crítico. In: \_\_\_\_\_ **Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análises**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 21-38.

\_\_\_\_\_. Levantamento de dados, julgamento clínico e diagnósticos de enfermagem: como determinar diagnósticos precisos. In: **DIAGNÓSTICOS de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010a.

\_\_\_\_\_. Use of critical thinking in the diagnostic process. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Malden, v.21, no. 2, p. 82-88, Apr./June 2010b.

\_\_\_\_\_. **Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: análises e estudos de casos em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011a.

\_\_\_\_\_. Importância do uso de um modelo de enfermagem para o raciocínio clínico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.24, n. 6, p. vii, 2011b. Editorial.

\_\_\_\_\_. Coleta de dados, julgamento clínico e diagnósticos de enfermagem: como determinar diagnósticos precisos. In: **DIAGNÓSTICOS de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 113-133.

MARTYN, J. et al. Exploring the relationships between teaching, approaches to learning and critical thinking in a problem-based learning foundation nursing course. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 34, no. 5, p. 829-835, 2014. Disponível em: <<http://www.elsevier.com/nedt>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

McEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2012.

\_\_\_\_\_. A model for evaluation of theories: description, analysis, critique, testing, and support. . In: MELEIS A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2012. p. 179-204.

\_\_\_\_\_. Theory: metaphors, symbols, definitions. In: MELEIS A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2012. p. 23-37.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. rev. ampl. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, T.C.; LOPES, M.V.O.; ARAÚJO, T.L. Modo fisiológico do modelo de adaptação de Sister Calista Roy: análise reflexiva segundo Meleis. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niteroi, v. 5, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/70/22>>. Acesso em: 05 abr. 2013.

O'NEILL, S. et al. Nursing works: the application of lean thinking to nursing process. **Journal of Nursing Administration**, Hagerstown, v. 41, no. 2, p. 546-552, 2011.

PESUT, D.J.; HERMAN, J. Nursing process: traditions and transformations. In: \_\_\_\_\_ **Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking**. New York: Delmar Publishers, 1999. p. 17-29.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROCHA, P.K. **Construção e validação de um instrumento para avaliação de modelos de cuidado de enfermagem**. 2008. 112 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/91449>>. Acesso em 20 ago. 2015.

RODRIGUES, A.S. **Raciocínio diagnóstico de enfermeiros e estudantes de enfermagem**. 2012. 118 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-14112012-103847/pt-br.php>>. Acesso em: 23 dez. 2014.

SCHEFFER, B.K.; RUBENFELD, M.G. A consensus statement on critical thinking innursing. **Journal of Nursing Education**, Thorofare, v.39, no. 8, p. 352-359, 2000.

SILVA, A.G.I. et al. Dificuldades dos estudantes de enfermagem na aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, na perspectiva da metacognição. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 465-471, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a04v15n3.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2014.

SIMPSON, E.; COURTNEY, M. The development of a critical thinking conceptual model to enhance critical thinking skills in middle-eastern nurses: a middle-eastern experience. **Australian Journal of Advanced Nursing**, South Melbourne, v. 25, no.1, p. 56-63, 2007.

SOUZA, M.F. et al. Bases teórico-metodológicas para a coleta de dados em enfermagem. In: BARROS, A.L.B.L. et al. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 21-28.

SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 778-783, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000600008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000600008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 ago. 2015.

TANNER, C.A. Thinking like a nurse: a research based Model of Clinical Judgment in Nursing. **Journal of Nursing Education**, Toronto, v. 45, no. 6, p. 204-211, 2011. Disponível em: <[http://www.mccc.edu/nursing/documents/Thinking\\_Like\\_A\\_Nurse\\_Tanner.pdf](http://www.mccc.edu/nursing/documents/Thinking_Like_A_Nurse_Tanner.pdf)>. Acesso em: 12 maio 2015.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. **SAE - sistematização da assistência de enfermagem**: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TWIBELL, D.N.S.; RYAN, M.; HERMIZ, M. Faculty perceptions of critical thinking in student clinical experiences. **Journal of Nursing Education**, Toronto, v. 44, no. 2, p. 71-79, 2005.

VACEK, J. E. Using a conceptual approach with a concept map of psychosis as an exemplar to promote critical thinking. **Journal of Nursing Education**, Thorofare, v. 48, no. 1, p. 49-53, Jan. 2009.

WEILLIE, L. et al. The longitudinal effect of concept map teaching on critical thinking of nursing students. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 33, n. 10, p. 1219-1223, 2013.

WILKINSON JM. Diagnostic reasoning. In: \_\_\_\_\_ WILKINSON J.M. **Nursing process and critical thinking**. 4<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall, 2007. p. 151-203.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

**PROJETO DE PESQUISA: MODELO TEÓRICO DE PENSAMENTO CRÍTICO  
NO PROCESSO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: ANÁLISE À LUZ DO  
MODELO DE AVALIAÇÃO DE MELES**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Religião:

( ) Católico ( ) Evangélico ( ) Espírita ( ) Umbanda Outra \_\_\_\_\_

Queixa Principal: \_\_\_\_\_

História de saúde atual: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA DE SAÚDE PRÉVIA: ( ) Sim ( ) Não**

( ) ACFA ( ) Cardiopatia isquêmica ( ) ICC ( ) HAS ( ) IAM ( ) TVP

( ) DPOC ( ) TEP ( ) BCP ( ) Asma

( ) AVE ( ) Alzheimer ( ) Parkinson

( ) DM ( ) Dislipidemia ( ) IRC

( ) HCV ( ) HBV ( ) HIV ( ) TB Outra \_\_\_\_\_

**ALERGIA: ( ) SIM** \_\_\_\_\_

( ) NÃO

**HISTÓRICO DE SAÚDE FAMILIAR (Incluir grau de parentesco):**

**MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO:**

1 ( ) SIM \_\_\_\_\_

2 ( ) NÃO

**HÁBITOS DE VIDA: sono tranquilo insônia**

Tabagismo: ( ) SIM Nº de cigarros/dia: \_\_\_\_\_ ( ) NÃO

Uso de Drogas: ( ) SIM \_\_\_\_\_ ( ) NÃO

Etilismo: ( ) SIM Qual frequência: \_\_\_\_\_ ( ) NÃO

Atividade física: ( ) SIM \_\_\_\_\_ vezes/semana ( ) NÃO

Lazer: ( ) SIM \_\_\_\_\_ ( ) NÃO

SV: TA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ Tax \_\_\_\_\_ Dor

(0-10): \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA****#CONSCIÊNCIA**

( ) ACORDADO ( ) SONOLENTO ( ) OBNUBILADO ( ) TORPOR

**#ORIENTAÇÃO**

( ) ORIENTADO ( ) DESORIENTADO

**#COMPORTAMENTO**

( ) AGITADO ( ) TRANQUILO

**#COMUNICAÇÃO**

( ) DISARTRIA ( ) DISFONIA ( ) AFSIA ( ) S/ ALTERAÇÕES

**#ALTERAÇÃOSENSITIVA**

( ) PARESTESIA ( ) HIPOESTESIA ( ) HIPERESTESIA ( )SEM ALTERAÇÕES

**#MOTRICIDADE**

( ) HEMIPLEGIA D E ( )HEMIPARESIA D E

( ) TETRAPLEGIA ( ) S/ ALTERAÇÕES

**#PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**

**VISÃO:** ( ) ALTERADA ( )D ( ) E Óculos ou próteses: ( ) SIM ( ) NÃO

( ) SEM ALTERAÇÃO

**AUDIÇÃO:** ( ) ALTERADA ( )D ( ) E

( ) SEM ALTERAÇÃO

**OLFATO**

( ) ANOSMIA( ) HIPOSMIA( ) HIPEROSMIA

**EXAME DA CABEÇA E PESCOÇO**

( ) SEM ALTERAÇÕES( ) ALTERADA\_\_\_\_\_

**RESPIRATÓRIO****PADRÃO RESPIRATÓRIO**

( ) EUPNEICO ( ) DISPNEIA( ) TAQUIPNEIA ( ) BRADIPNEIA ( ) ORTOPNEIA

**AUSCULTA PULMONAR**

( ) MURMURIOS VESICULARES ( ) D ( ) E

( ) RUIDOS ADVENTÍCIOS ( ) D ( ) E

**MUSCULATURA ACESSÓRIA:**( ) SIM 2 ( ) NÃO

**USO DE DISPOSITIVO:**

( ) SIM\_\_\_\_\_Tipo:\_\_\_\_\_

( ) NÃO



**CARDIOVASCULAR**

**EDEMA:** ( ) SIM \_\_\_/\_\_\_(CRUZES)( ) NÃO

**AUSCULTA CARDIACA**

( ) S/ ALTERAÇÕES\_\_\_\_\_ ( ) C/ ALTERAÇÕES\_\_\_\_\_

**DIGESTÓRIO****ALIMENTAÇÃO**

( ) VIA ORAL( ) SONDA

( ) VO + SONDA( ) NPO TERAPÊUTICO

**AValiação DO ABDOMEN**

( ) COM ALTERAÇÕES\_\_\_\_\_

( ) S/ ALTERAÇÕES\_\_\_\_\_

**ELIMINAÇÕES INTESTINAIS**

( ) C/ ALTERAÇÕES \_\_\_\_\_

( ) S/ ALTERAÇÕES

**TEGUMENTAR (PELE E MUCOSAS)**

INTEGRIDADE ( ) SIM( ) NÃO\_\_\_\_\_

**TURGOR:**

( ) SIM( ) NÃO

**COLORAÇÃO**

( ) S/ ALTERAÇÕES

( ) PALIDEZ ( ) ICTERÍCIA( ) PALIDEZ ( ) CIANOSE ( ) S/ ALTERAÇÕES

**GENITOURINÁRIO****PADRÃO URINÁRIO**

( ) C/ ALTERAÇÕES QUAL:\_\_\_\_\_

( ) S/ ALTERAÇÕES

**USO DE SONDA:** ( ) SIM\_\_\_\_\_ ( ) NÃO

**ÚLTIMO CP:**\_\_\_\_\_

**OBS:**\_\_\_\_\_

**EXAME DAS MAMAS**

( ) C/ ALTERAÇÕES ( ) E ( ) D

( ) S/ ALTERAÇÕES

**LOCOMOTOR****CONDIÇÕES DE LOCOMOÇÃO**

( ) S/ AUXÍLIO ( ) ACAMADO

( ) C/ AUXÍLIO DE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Acadêmico de Enfermagem:** \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

Antes de utilizar este roteiro, você deve ter realizado a avaliação clínica do paciente escolhido pela pesquisadora responsável. Este roteiro representa as fases que constituem o processo diagnóstico em enfermagem. Após realizar a avaliação clínica do paciente, solicita-se que você descreva os dados relevantes e os agrupe em objetivos e subjetivos, em seguida, elabore hipóteses diagnósticas, utilizando a Taxonomia da NANDA – I e selecione o diagnóstico de enfermagem prioritário.

PACIENTE Nº \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M

Motivo da internação atual (sinais e sintomas): \_\_\_\_\_

Patologia atual (CID 10): \_\_\_\_\_

### 1 COLETA DE DADOS

<u>Dados subjetivos</u>	<u>Dados objetivos</u>
<b>Habilidades de pensamento crítico utilizadas nesta etapa</b>	
( ) Análise Justificativa:	( ) Conhecimento do paciente Justificativa:
( ) perspectiva contextual Justificativa:	( ) Aplicação de padrões Justificativa:

**2 INTERPRETAÇÃO E AGRUPAMENTO DE DADOS:** utilize o espaço abaixo para expressar por mapa conceitual os dados objetivos e subjetivos mais relevantes e que foram agrupados.

--

**Marque quais habilidades você utilizou para essa etapa:**

<b>Habilidades de pensamento crítico utilizadas nesta etapa</b>
<input type="checkbox"/> Análise Justificativa:
<input type="checkbox"/> Aplicação de padrões Justificativa:
<input type="checkbox"/> Raciocínio lógico Justificativa:

**1 HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS (Taxonomia da NANDA – I):**

---



---



---

<b>Habilidades de pensamento crítico utilizadas nesta etapa</b>
<input type="checkbox"/> Julgamento Justificativa:
<input type="checkbox"/> Tomada de decisão Justificativa:

Raciocínio lógico

Justificativa:

Discernimento

Justificativa:

## 2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIO

\_\_\_\_\_  
**JUSTIFIQUE A SUA ESCOLHA:**\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Acadêmico nº**\_\_\_\_\_

## APÊNDICE C - ORGANIZAÇÃO DA SESSÃO DE GRUPO FOCAL E GUIA DE TEMAS

### 1ª SESSÃO

#### **TEMA: O PENSAMENTO CRÍTICO E O PROCESSO DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM**

**Objetivo:** Identificar, com base na percepção dos discentes, as habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico de enfermagem, aplicado na prática clínica

**Tempo de sessão: 2:00h**

1º MOMENTO: Apresentação da proposta da sessão, explicação da condução do debate, estimativa de tempo de duração.

2º MOMENTO: Debate a partir das questões propulsoras apresentadas:

- a) O que entendem por pensamento crítico?
- b) O que entendem por processo diagnóstico em enfermagem?
- c) Quais habilidades de pensamento crítico vocês consideram necessárias no desenvolvimento do processo diagnóstico em enfermagem?

### 2ª SESSÃO

#### **TEMA: ELEMENTOS CONCEITUAIS CONSTITUINTES DO PROCESSO DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM**

**Objetivo:** Relacionar com os discentes, os metaconceitos e os elementos conceituais do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico de enfermagem, aplicado em ambiente real.

**Tempo de sessão: 2:00 h**

1º MOMENTO: Apresentação da proposta da sessão e do tempo de duração.

**2º MOMENTO: realizar síntese da discussão do grupo anterior e esclarecer a diferença entre PE, PDE e habilidades de PC.**

3º MOMENTO: Devolução dos instrumentos de avaliação clínica para a discussão dos elementos conceituais a partir da seguinte questão propulsora:

- a) Quais elementos conceituais vocês entendem necessários para o processo de diagnóstico em enfermagem?

### **3ª SESSÃO**

#### **TEMA: Validação do Modelo Teórico do Pensamento Crítico**

**Objetivo:** Relacionar com os discentes, os metaconceitos e os elementos conceituais do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico de enfermagem, aplicado em ambiente real.

**Tempo de sessão:** 1:00h

**1º MOMENTO:** retomar a discussão do encontro anterior.

**2º MOMENTO:** projetar para as acadêmicas a figura com o esquema das etapas do modelo teórico do pensamento crítico e questionar:

- a) nas etapas do processo diagnóstico em enfermagem, quais habilidades de pensamento crítico (elementos conceituais) vocês entendem ser necessárias?
- b) Qual o entendimento do grupo sobre cada habilidade apresentada na figura?
- c) O grupo valida este modelo teórico do pensamento crítico para uso no ensino do processo diagnóstico de enfermagem?

## **APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O ACADÊMICO DE ENFERMAGEM**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **MODELO TEÓRICO DEPENDSAMENTO CRÍTICO NO PROCESSO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: ANÁLISE À LUZ DO MODELO DE AVALIAÇÃO DE MELEIS**, que será realizada pela pesquisadora responsável Ma. Ana Amélia Antunes Lima da Universidade Feevale, orientada pela pesquisadora professora Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti, vinculada a Escola de Enfermagem da UFRGS. O objetivo deste estudo é Validar o Modelo Teórico de Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica, a luz do modelo de análise de teorias proposto por Meleis.

Sua participação nesta pesquisa será voluntária e consistirá em realizar a avaliação clínica de um paciente, utilizando um instrumento elaborado para esta pesquisa e participar de sessões de grupo focal para a discussão dos resultados de avaliação realizada. As sessões serão gravadas em áudio com gravador digital e os relatos serão transcritos integralmente por digitação, para posterior validação do conteúdo. A sua participação neste estudo poderá causar desconfortos no confronto das ideias durante as sessões de grupo focal, que serão minimizados pela mediação da pesquisadora. Os benefícios almejados com sua participação incluem a possibilidade de validar cientificamente um modelo que possa contribuir para o ensino da precisão na elaboração do diagnóstico de enfermagem, que influenciará no aprimoramento e qualidade da assistência de enfermagem, bem como na visibilidade do enfermeiro.

Você tem a liberdade de optar pela participação na pesquisa e retirar o consentimento a qualquer momento, sem a necessidade de comunicar-se com o(s) pesquisador(es). Estará assegurado a você o custeio para o transporte (residência-Universidade - residência), nos dias de realização do grupo focal.

Garante-se o sigilo de seus dados de identificação primando pela privacidade e por seu anonimato. Manteremos em arquivo, sob nossa guarda, por 5 anos, todos os dados e documentos da pesquisa. Após transcorrido esse período, os mesmos serão destruídos.



Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será rubricado em todas as folhas e assinado em duas vias, permanecendo uma com você e a outra deverá retornar ao pesquisador.

Abaixo, você dispõe do telefone e endereço eletrônico institucional do pesquisador responsável, Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti (e-mail: [mgcrossetti@gmail.com](mailto:mgcrossetti@gmail.com) ou telefone:3308.5426) podendo esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, em qualquer momento no decorrer da pesquisa.

Pesquisadora: Ana Amélia Antunes Lima \_\_\_\_\_

E-mail: [anaamelialima21@gmail.com](mailto:anaamelialima21@gmail.com)

Fone: 51.3303.9000

Declaro que li o TCLE: concordo com o que me foi exposto e aceito participar da pesquisa proposta.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2014.

**Contato com o CEP/ UFRGS pelo telefone 33083738 e E-mail: [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br)**

## **APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PACIENTE DO ESTUDO DE CASO**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **MODELO TEÓRICO DE PENSAMENTO CRÍTICO NO PROCESSO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: ANÁLISE À LUZ DO MODELO DE AVALIAÇÃO DE MELEIS**, que será realizada pela pesquisadora responsável Ma. Ana Amélia Antunes Lima da Universidade Feevale, orientada pela pesquisadora professora Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti, vinculada a Escola de Enfermagem da UFRGS. O objetivo deste estudo é Analisar a aplicabilidade do Modelo Teórico de Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica, à luz do modelo de avaliação de teorias proposto por Meleis.

Sua participação nesta pesquisa será voluntária e consistirá em fornecer informações de sua condição de saúde atual, motivo de internação e consentir que os acadêmicos de enfermagem \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ realizem um exame clínico de enfermagem. Esses procedimentos poderão causar algum desconforto relacionado ao exame físico (ausculta, inspeção, palpação e percussão) de segmentos corporais, mas que serão minimizados pelo uso correto da técnica e pelo respeito a sua privacidade e conforto durante a recuperação da sua saúde. Sua participação estará contribuindo para a melhoria do ensino e aprendizagem de futuros enfermeiros e para a qualidade do cuidado de enfermagem prestado. A avaliação clínica tem duração aproximada de 30 minutos e será realizada pelos acadêmicos apenas uma vez, em dois momentos distintos, no mesmo dia. Garante-se o sigilo de seus dados de identificação primando pela privacidade e por seu anonimato. Manteremos em arquivo, sob nossa guarda, por 5 anos, todos os dados e documentos da pesquisa. Após transcorrido esse período, os mesmos serão destruídos.

O (A) senhor(a) tem a liberdade de optar pela participação na pesquisa e retirar o consentimento a qualquer momento, sem a necessidade de comunicar-se com as pesquisadoras. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será rubricado em todas as folhas e assinado em duas vias, permanecendo uma com você e a outra deverá retornar ao pesquisador.

Abaixo, você dispõe do telefone e endereço eletrônico institucional do pesquisador responsável, Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti (e-mail: [mgcrossetti@gmail.com](mailto:mgcrossetti@gmail.com) ou telefone: 3308.5426) podendo esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, em qualquer momento no decorrer da pesquisa.

Pesquisadora: Ana Amélia Antunes Lima \_\_\_\_\_

E-mail: [anaamelialima21@gmail.com](mailto:anaamelialima21@gmail.com)

Fone: 51.3303.9000

Declaro que li o TCLE: concordo com o que me foi exposto e aceito participar da pesquisa proposta.

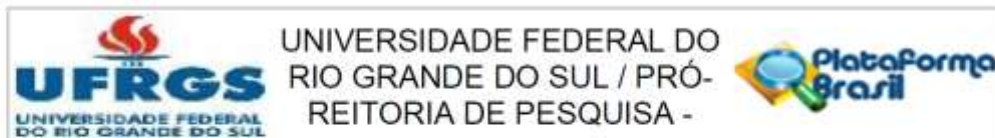
**Nome do participante:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2014.

**Contato com o CEP/ UFRGS pelo telefone 33083738 e E-mail: [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br)**

## ANEXO A – APROVAÇÃO DA PESQUISA NO CEP DA UFRGS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MODELO TEÓRICO DE PENSAMENTO CRÍTICO NO PROCESSO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: ANÁLISE À LUZ DO MODELO DE AVALIAÇÃO DE MELEIS

**Pesquisador:** Maria da Graça Oliveira Crossetti

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 25202014.6.0000.5347

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 648.658

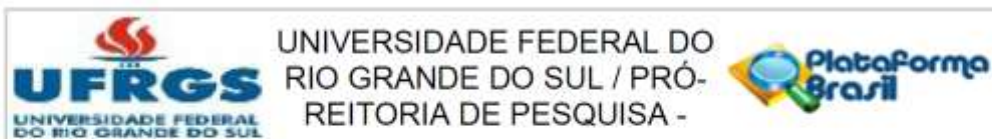
**Data da Relatoria:** 15/05/2014

#### Apresentação do Projeto:

Projeto vinculado ao Curso de Doutorado - PPGENF-UFRGS.

Propõe análise de modelo teórico que favoreça a apreciação crítica do processo de enfermagem principalmente com relação ao diagnóstico e tomadas de decisões nas ações clínicas. Apresenta consistente revisão teórica acerca do tema, destacando estudos que pautam no referencial proposto por Meleis - reconhecido pela comunidade científica de enfermagem - cujos achados anunciam evidências teóricas que possibilitam afirmar acerca da importância das teorias e modelos de cuidado para a prática da enfermagem. Contudo, aponta que não foram encontrados estudos que tenham utilizado o modelo de análise de teorias de Meleis para avaliar modelos teóricos e sua aplicabilidade na prática clínica - objeto da presente investigação. Considerando o processo diagnóstico em enfermagem como uma atividade complexa, que exige refinamento, experiência e conhecimento teórico-científico associado às habilidades interpessoais, considera relevante para o ensino e para a prática clínica de enfermagem a utilização de modelos teóricos que possibilitem orientar o processo de pensamento do enfermeiro na tomada de decisão clínica.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 648.658

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO PRIMÁRIO**

Analisar a aplicabilidade do Modelo Teórico de Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica, a luz do modelo de análise de teorias proposto por Meleis (2012).

**OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

- Identificar, com base na percepção dos discentes, as habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico de enfermagem, na prática clínica.
- Relacionar com os discentes, os metaconceitos e os elementos conceituais do modelo teórico do pensamento crítico no processo diagnóstico de enfermagem, na prática clínica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**BENEFÍCIOS**

Argumenta que a análise deste modelo teórico (Meleis) possibilitará avaliar a sua aplicabilidade no ensino clínico de enfermagem, o que poderá trazer contribuições também a prática clínica da profissão.

**RISCOS**

Na atual versão dos termos de apresentação obrigatória, atendeu recomendação de explicitar objetivamente acerca dos riscos para os participantes e respectivas precauções. Com relação à participação discente sobre possíveis desconfortos pelo confronto de ideias nas sessões de grupo focal, que serão minimizados pela intervenção da pesquisadora na moderação destes encontros. Quanto aos pacientes participantes, menciona que o procedimento de avaliação clínica poderá causar algum desconforto relacionado ao exame físico (ausculta, inspeção, palpação e percussão) de segmentos corporais, mas que será minimizado pelo uso correto da técnica e pelo respeito a privacidade e conforto do paciente durante a sua recuperação da saúde.

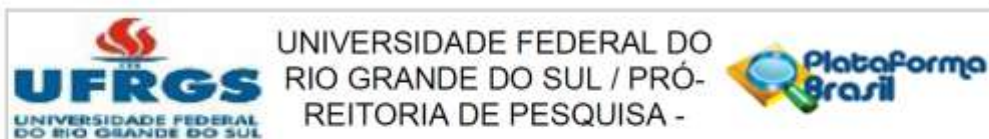
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa a ser desenvolvido em um hospital público da região do Vale do Rio dos Sinos/RS, fundado na década de 1920 no município de São Leopoldo sendo mantido pela prefeitura municipal.

**PARTICIPANTES DO ESTUDO**

- 10 ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM matriculados na disciplina Estágio Curricular III (EC III) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Feevale, localizada no Vale do Rio dos Sinos, RS. Essa disciplina prática ocorre no último semestre do curso, totalmente desenvolvida em ambiente hospitalar, com carga horária de 330 horas. Os discentes são distribuídos nas áreas de clínica-cirúrgica, unidade de tratamento intensivo adulto e

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Fairospilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 648.658

pediátrico, emergência, centro cirúrgico e sala de recuperação pós-anestésica, unidade de internação pediátrica, unidade de internação obstétrica e unidade de cuidados intensivos em neonatologia, onde permanecem alocados durante a vigência da disciplina, de modo que possam realizar atividades de assistência direta, planejamento da assistência e gerenciamento de enfermagem.

- 5 PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES CLÍNICAS. A escolha será realizada após a inserção da pesquisadora no campo de estudo e terá o auxílio do enfermeiro docente responsável pelo grupo de discentes. Este auxílio consistirá em apresentar a pesquisadora aos enfermeiros responsáveis pelas unidades de internação no hospital, de modo que se obtenha o acesso à lista de pacientes que contemplem os seguintes critérios de inclusão: Pacientes adultos, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, hospitalizados há 48 horas, por motivo clínico, trauma ou em pós operatório, e que estejam nas unidades clínicas C1, C2, D, Bayard, neurologia ou na sala da emergência, que estejam em condições de comunicação verbal e orientados no tempo e no espaço, permitindo o consentimento para a realização da avaliação clínica pelos discentes.

OBS: Na versão atual, adequou critérios de exclusão, esclarecendo que serão excluídos do estudo os discentes de enfermagem matriculados na disciplina de Estágio Curricular III que estiverem impossibilitados de participar dos encontros de grupo focal. No que tange aos pacientes, serão excluídos aqueles que estiverem com quadro de agitação psicomotora, incapacitados de se comunicarem ou em situação de terminalidade.

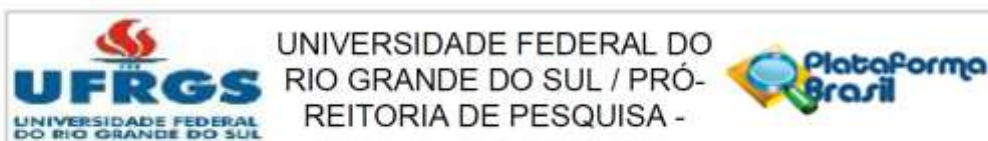
#### PERCURSO METODOLÓGICO

Prevê coleta de dados em momentos distintos, mas complementares e necessários ao desenvolvimento da proposta:

1ºMOMENTO: Avaliação de pacientes por discentes de enfermagem, de casos clínicos reais nas unidades de internação do hospital campo do estudo. Cada paciente será avaliado por 2 discentes de enfermagem, no mesmo dia e turno, de modo que seja realizado o processo diagnóstico em enfermagem do paciente, considerando a sua condição clínica no dia dessa avaliação. Para tanto, adotará dois instrumentos: de avaliação clínica de enfermagem e diagnóstico em enfermagem, discriminados em apêndices. Ao término da realização desta etapa, os instrumentos de avaliação dos pacientes serão recolhidos pela pesquisadora, para o processamento dos dados coletados relacionados aos metaconceitos e respectivos elementos conceituais indicados pelos discentes, na realização do processo diagnóstico de enfermagem.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br





Continuação do Parecer: 648.658

2ºMOMENTO: Técnica de Grupos Focais com os discentes para discussão dos resultados obtidos na 1ª etapa, ressaltando as habilidades de pensamento crítico (elementos conceituais) para o processo diagnóstico de enfermagem. Descreve detalhadamente os procedimentos metodológicos, sendo previstos dois encontros de 2 horas que serão moderados pela pesquisadora-mestranda, incluindo um observador que também é Mestrando do PPGENF-UFRGS, devidamente habilitado na técnica de observação. O processo de análise do modelo teórico do pensamento crítico será realizado após a avaliação do caso clínico e através dos encontros de grupo focal (agora explicitado que os mesmos serão gravados em áudio com posterior transcrição), que ocorrerão em sessões guiadas por temas relacionados ao tema do estudo, especificado em apêndice. Está previsto auxílio financeiro a ser custeado pela pesquisadora responsável (orientadora do estudo), para custeio do transporte referente ao percurso domicílio - campus II - domicílio, nos dias de realização dos encontros do grupo focal.

#### ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

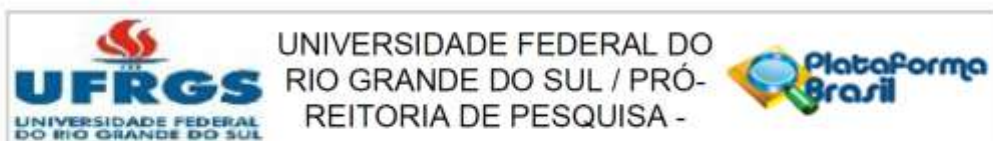
A análise das informações ocorrerá, inicialmente, por estatística descritiva de modo a permitir avaliação da distribuição por frequência dos elementos conceituais em cada metaconceito do processo diagnóstico em enfermagem, permitindo uma caracterização das respostas dos discentes. As informações originadas das sessões de grupo focal serão analisadas pela técnica de análise de conteúdo, compreendida por conjunto de técnicas de análise das comunicações e que utiliza procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo dos relatos, visando a sua interpretação (BARDIN, 2011). A validação dos elementos conceituais constituintes do Modelo Teórico de Pensamento Crítico proposto por Bittencourt (2011) ocorrerá pela convergência dos relatos originados nas sessões de grupo focal com os acadêmicos de enfermagem participantes da pesquisa.

**CUSTEIO DO PROJETO:** Adequou informação - será custeado pela Pesquisadora Responsável (Orientadora do Estudo).

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresenta documento comprobatório de validação da COMPESQ-EENF-UFRGS quanto à tramitação e aprovação do projeto.
- Apresenta documentos de anuência, devidamente assinados, tanto da Feevale como do Hospital Centenário - campo do estudo.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br)



Continuação do Parecer: 648.658

- Apresenta Termos de Consentimento (pacientes e discentes) em versões ajustadas conforme recomendações anteriores.

**Recomendações:**

----

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Atendeu as recomendações enunciadas no parecer anterior, contemplando ajustes nos termos de apresentação obrigatória.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

PORTO ALEGRE, 15 de Maio de 2014

---

**Assinado por:**  
**José Artur Bogo Chies**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** [etica@propeq.ufrgs.br](mailto:etica@propeq.ufrgs.br)



## ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DA UNIVERSIDADE FEEVALE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MODELO TEÓRICO DE PENSAMENTO CRÍTICO NO PROCESSO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: ANÁLISE À LUZ DO MODELO DE AVALIAÇÃO DE MELEIS

**Pesquisador:** Maria da Graça Oliveira Crossetti

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 25202014.6.3001.5348

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 655.524

**Data da Relatoria:** 04/06/2014

#### Apresentação do Projeto:

Projeto vinculado ao Curso de Doutorado - PPGENF-UFRGS. Propõe análise de modelo teórico que favoreça a apreciação crítica do processo de enfermagem principalmente com relação ao diagnóstico e tomadas de decisões nas ações clínicas. Apresenta consistente visão teórica acerca do tema, destacando estudos que pautam no referencial proposto por Meleis - reconhecido pela comunidade científica de enfermagem - cujos achados anunciam evidências teóricas que possibilitam afirmar acerca da importância das teorias e modelos de cuidado para a prática da enfermagem. Contudo, aponta que não foram encontrados estudos que tenham utilizado o modelo de análise de teorias de Meleis para avaliar modelos teóricos e sua aplicabilidade na prática clínica - objeto da presente investigação. Considerando o processo diagnóstico em enfermagem como uma atividade complexa, que exige refinamento, experiência e conhecimento teórico-científico associado às habilidades interpessoais, considera relevante para o ensino e para a prática clínica de enfermagem a utilização de modelos teóricos que possibilitem orientar o processo de pensamento do enfermeiro na tomada de decisão clínica.

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar a aplicabilidade do Modelo Teórico de Pensamento Crítico no Processo Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica, a luz do modelo de análise de teorias proposto por Meleis (2012).

**Endereço:** RS 239, nº 2755  
**Bairro:** Vila Nova **CEP:** 93.352-000  
**UF:** RS **Município:** NOVO HAMBURGO  
**Telefone:** (51)3586-8800 **Fax:** (51)3586-8800 **E-mail:** sanfeliceg@feevale.br



Continuação do Parecer: 655.524

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**BENEFÍCIOS**

Argumenta que a análise deste modelo teórico (Meleis) possibilitará avaliar a sua aplicabilidade no ensino clínico de enfermagem, o que poderá trazer contribuições também a prática clínica da profissão.

**RISCOS**

Na atual versão dos termos de apresentação obrigatória, atendeu recomendação de explicitar objetivamente acerca dos riscos para os participantes e respectivas precauções. Com relação à participação discente sobre possíveis desconfortos pelo confronto de ideias nas sessões de grupo focal, que serão minimizados pela intervenção da pesquisadora na moderação destes encontros. Quanto aos pacientes participantes, menciona que o procedimento de avaliação clínica poderá causar algum desconforto relacionado ao exame físico (ausculta, inspeção, palpação e percussão) de segmentos corporais, mas que será minimizado pelo uso correto da técnica e pelo respeito a privacidade e conforto do paciente durante a sua recuperação da saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

De acordo com o CEP/UFRGS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

De acordo.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

De acordo com o CEP/UFRGS.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP/FEEVALE, aprova o presente projeto de pesquisa.

Endereço: RS 239, nº 2755  
 Bairro: Vila Nova CEP: 93.352-000  
 UF: RS Município: NOVO HAMBURGO  
 Telefone: (51)3586-8800 Fax: (51)3586-8800 E-mail: sanfeliceg@feevale.br



Continuação do Parecer: 655.524

NOVO HAMBURGO, 21 de Maio de 2014

---

**Assinado por:**  
**Gustavo Roese Sanfelice**  
**(Coordenador)**

Endereço: RS 239, nº 2755  
Bairro: Vila Nova CEP: 93.352-000  
UF: RS Município: NOVO HAMBURGO  
Telefone: (51)3586-8800 Fax: (51)3586-8800 E-mail: sanfeliceg@feevale.br